

MAPA DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA Y ESPAÑA

Ana Lydia Fernandez Layos, Winfred
Lichuma, Marta O'Kelly, Maria Elena Ruiz
Abril, Adriana Zumaran Jibaja



INDEX

PRÓLOGO	5
AGRADECIMIENTOS	7
RESUMEN EJECUTIVO	8
ACRÓNIMOS	16
CAPÍTULO 1: LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ESPAÑA	19
1. Estado de la Cuestión	19
2. Instrumentos en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	27
2.1. Mecanismos Internacionales	27
2.2. Marco Jurídico Nacional	29
2.3. Principales Políticas Específicas y Programas en Temas de Igualdad de Género y Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	32
3. Actores en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	33
3.1. Actores Gubernamentales	33
3.2. ACTORES DE LA SOCIEDAD CIVIL	37
4. Mecanismos para el Diálogo y la Concertación en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	41
5. Conclusiones	42
6. Recomendaciones y Prioridades para la Incidencia Política en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en España	45
CAPÍTULO 2: LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA	48
1. Introducción	48
2. La Cooperación Española en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	49
2.1. Marco Normativo Internacional	49
2.2. Marco Estatal	50
2.2.1. Legislación Estatal en Materia de Cooperación e Igualdad	50
2.2.2. Instrumentos de la Cooperación Española	51
2.3. Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en los Instrumentos de la Cooperación Española	52
2.4. Género y Salud Sexual y Reproductiva en la Cooperación Descentralizada	57
3. Mapa de los Actores de la Cooperación Española en Salud Sexual y Reproductiva en África	58
3.1. Cooperación Estatal Bilateral en SSR	59
3.2. Cooperación Estatal Multilateral en SSR	59
3.3. Cooperación Descentralizada	60
3.3.1. Universidades	61
3.3.2. ONG	62



4. La Ayuda Oficial al Desarrollo Española en Materia de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en África	63
5. Conclusiones	65
CAPÍTULO 3: PANORÁMICA DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN 11 PAÍSES AFRICANOS	68
1. Introducción	68
2. Panorámica de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en África	69
CAPÍTULO 4: ANÁLISIS REGIONAL DE LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA	76
1. Marco Político y Legislativo en Igualdad de Género, Salud y DSR de la Unión Africana y a Escala Subregional	76
1.1. Unión Africana	76
1.1.1. Antecedentes de la Unión Africana (UA)	77
1.1.2. Órganos de la UA	78
1.1.3. Mandato de Igualdad de Género y Empoderamiento de las Mujeres en la UA	79
1.1.4. Marco jurídico internacional y regional para la protección de los Derechos y la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres	80
1.1.5. Otros mecanismos útiles de la Dirección de la Mujer, Género y Desarrollo de la UA (WGDD, por sus siglas en inglés)	82
1.2. Análisis Subregional	82
1.2.1. Comunidades Económicas Regionales (CER):	83
1.2.2. Compromisos legales y políticos a escala regional y subregional	84
2. Mapa de Actores Gubernamentales y No Gubernamentales de la Salud y de SDR en la UA y Subregiones	90
2.1. Actores Gubernamentales	90
2.2. Actores no Gubernamentales	91
3. Mecanismos y Procesos de Toma de Decisiones de los SDR en el Ámbito de la Unión Africana y Subregiones	92
3.1. Toma de decisiones a nivel de la UA	92
3.2. Toma de decisiones a escala subregional	97
4. Conclusiones	103
5. Áreas de Acción y Recomendaciones en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en África	106
BIBLIOGRAFÍA	109
ANEXOS	115
ANEXO I. METODOLOGÍA	116
ANEXO II. LISTA DE INDICADORES EN LA BASE DE DATOS DEL MAPA DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA Y ESPAÑA	117



ANEXO III. PERFILES PAÍS	120
1. ANGOLA	120
2. CABO VERDE	124
3. ETIOPIA	128
4. GAMBIA	134
5. KENIA	139
6. MALÍ	145
7. MOZAMBIQUE	150
8. NAMIBIA	155
9. NÍGER	160
10. REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO	165
11. SENEGAL	171
ANEXO IV. TABLA RESUMEN DEL ANÁLISIS REGIONAL DE LA SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA	177
ANEXO V. RATIFICACIÓN CONTINENTAL DE TRATADOS INTERNACIONALES RELEVANTES EN MATERIA DE IGUALDAD Y SDR EN ÁFRICA	182

PRÓLOGO

¿Por qué un Mapa de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en África y España ahora?

El presente Mapa de Salud Sexual y Reproductiva en África y España pretende ser una herramienta para la acción en favor de los Derechos Sexuales y Reproductivos en África y España. El Mapa ofrece una panorámica de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos en África y España así como de los instrumentos y actores clave para hacer incidencia política en la lucha por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Probablemente, nada de lo que se recoge en este Mapa es nuevo. Pero lo que sí es nuevo es la forma en la que se ha seleccionado y presentado la información bajo un enfoque de acción política e incidencia, de manera que invite a la acción en la lucha por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

¿Por qué un Mapa como éste ahora? Porque sigue habiendo todavía múltiples violaciones a los derechos sexuales y reproductivos en muchos países en África y mucho por lo que luchar para su pleno cumplimiento en España. La información en el Capítulo 3 de este mapa nos muestra serias violaciones a los derechos básicos de las mujeres (y de los hombres) en el área sexual y reproductiva en muchos de los 11 países africanos que se analizan en el Mapa. Desde el matrimonio precoz, hasta los derechos de las personas homosexuales, o el derecho al aborto, pasando por el acceso a métodos anticonceptivos o a servicios de salud sexual y reproductiva básicos, queda todavía mucho por lo que luchar en África. En España, el Capítulo 1 muestra que si bien se ha avanzado de manera significativa en las últimas décadas, y mucho en el campo de los derechos en los últimos años, queda trabajo por hacer para consolidar esos avances a nivel político y social. También pone de manifiesto lo lejos que estamos de otros países de nuestro entorno en aspectos como la maternidad desmedicalizada o la integración de un enfoque de derechos en las políticas de salud.

También se necesita un Mapa como este ahora porque a través de la acción conjunta Norte-Sur, desde plataformas como la de la Red de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor, podemos ser más eficaces en la lucha por los derechos de las mujeres en el Norte y el Sur y podemos poner en común estrategias de acción. Por ejemplo, en una de las reuniones del Grupo de Trabajo de Salud de la Red para preparar el presente Mapa, un activista de Malí preguntó a sus colegas españolas *cómo hacían para trabajar y encontrar puntos de encuentro con los grupos conservadores que están en contra de los derechos sexuales y reproductivos en España.* Esperaba que la respuesta le sirviera para diseñar su estrategia contra/con los grupos conservadores que acababan de echar por tierra en tan solo unas horas años de trabajo de la sociedad civil maliense en una reforma del código civil que reconociera derechos (sexuales y reproductivos) clave de las mujeres.

Además de aprender mutuamente e intercambiar ideas para la acción, una plataforma Norte-Sur permite utilizar estrategias distintas para la promoción de la salud y los DSR. Influir en las políticas de cooperación de los países del Norte, que tanta repercusión pueden tener en lo que pasa en África, es más fácil con socios y socias en países donantes que conocen mejor que nadie y están más cerca de sus gobiernos. Cuando vemos los 270 millones de dólares que Uganda va a dejar de percibir del *Global Fund* este año por sus políticas de salud anti-gay, no podemos sino pensar en el gran potencial que tiene la labor conjunta a este

nivel. El Capítulo 2 del Mapa aborda la cooperación española en África en materia de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

Este Mapa, y su versión web, no son un simple informe y una bonita y útil página web. En el proceso de elaboración de este Mapa han participado muchos hombres y mujeres que forman parte de la Red de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor. En el camino hemos puesto en común nuestras inquietudes, intereses, necesidades y estrategias para la acción. Hemos aprendido las unas de las otras y hemos construido alianzas que servirán para nuestro trabajo futuro en la lucha por los derechos de las mujeres en África y en España.

Éste es un mapa atípico y asimétrico que incluye un país y un continente entero, como lo es la Red de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor. Esta Red es una experiencia atípica en el buen sentido de la palabra. En el sentido de la innovación y la valentía por apostar por formas distintas de hacer cooperación entre mujeres y por relaciones más equitativas entre el Norte y el Sur en las que la sociedad civil y las mujeres tengan el protagonismo. Aquí confluyen activistas y organizaciones de la sociedad civil de África y España que luchan por el objetivo común de crear un mundo mejor para todos y todas. Desde que la primera idea de hacer un mapa surgiera en Maputo, en 2006, ha llovido mucho. La Red ha pasado de ser una idea a una realidad con más de 1,500 integrantes en España y 52 países africanos. Este Mapa es un ejemplo de lo que las mujeres africanas, españolas y de todo el mundo pueden conseguir juntas cuando ponen en común sus objetivos y estrategias para la acción.

*Secretariado de la Red de Mujeres Africanas y
Españolas por un Mundo Mejor*

AGRADECIMIENTOS

Este documento ha sido posible gracias al trabajo y compromiso de muchas personas. Todos y todas las integrantes del grupo de trabajo de Salud de la Red de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor han jugado un rol fundamental en la definición y elaboración del Mapa a lo largo de todo el proceso. Los y las más de 50 activistas y expertos y expertas en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de España y de más de 20 países africanos que participaron en las reuniones del Grupo de Trabajo de Salud de la Red de Madrid (Abril de 2010) y Sevilla (Julio de 2011) han enriquecido este documento con sus comentarios, aportes, y perspectivas diversas y lo han hecho mejor y más útil para el trabajo de todos y todas en la lucha por los derechos sexuales y reproductivos en España y África.

El Secretariado de la Red, bajo la dirección de Maria Elena Ruiz Abril, en la oficina de ONU Mujeres en las Islas Canarias, ha sido el responsable de la elaboración de la publicación. Diakhoumba Gassama, coordinadora africana de la Red, hizo posible el despegue del Mapa y la reunión del grupo de trabajo en Abril 2010 donde comenzó el proceso de preparación del mismo. Ana Lydia Fernández Layos (Especialista en Género) ha sido la coordinadora de la elaboración y publicación del Mapa. Rut Gómez Sobrino (Especialista en Comunicación) ha participado en tareas de edición y ha coordinado el diseño de la versión web del Mapa (www.map-srhr.org). Ambas, junto con Inés Cadahia Pérez (Asistente de Proyecto), hicieron posible la reunión del grupo de trabajo en Sevilla en Julio del 2007. Inés Cadahia Pérez y Khanysa Eunice Mabyeka (Especialista en Género) han realizado diversas tareas de traducción, edición y revisión de las distintas versiones del documento. Adriana Zumaran (Especialista en Salud sexual y Reproductiva) y Winnie Lichuma (Especialista en Género y Derechos Humanos) fueron responsables de la vasta tarea de recogida de datos y produjeron el primer borrador del Mapa. Para ello contaron con el apoyo y colaboración de Montserrat Pineda en el Capítulo 1 sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en España. Heather Adams, Margaret Hart, David Bovy, y Nabila Kadri han sido responsables de la traducción de la mayor parte del documento. Javier Martínez de la Varga ha cedido su trabajo fotográfico para ilustrar este documento y su versión web.

Merece especial mención la labor de la organización Red Activas y de su directora Marta O'Kelly, que han liderado y acompañado el proceso de elaboración del Mapa junto al Secretariado de la Red de Mujeres por un Mundo Mejor desde el principio, y han dedicado intensas horas de trabajo y discusiones para que el Mapa fuera una realidad. Su contribución al Mapa no es sino el reflejo de su compromiso incansable con la lucha por los derechos de las mujeres.

Finalmente, el liderazgo de todas las integrantes del Comité de Coordinación de la Red de Mujeres Africanas y Españolas por un mundo mejor en los últimos 4 años: Carole Agengo, Ana Rosa Alcalde, Ángeles Álvarez, Amany Asfour, Faten Ben Amor, Juana Bengoa, Monsterrat Boix, Elizabeth Delport, Aminata Dieye, Hannah Forster, Jimena Llamedo, , Françoise Kungwa, Rocío Mora, Therese Nyondiko, Marisa Soletto, Fatoumata Traore, Alba Varela, Casilda Velasco, ha sido fundamental para que el Mapa se pudiera llevar a cabo. Para concluir, esta publicación no hubiera sido posible sin el apoyo técnico de UNIFEM y ONU Mujeres, y el respaldo financiero del Gobierno de España, principal financiador de la Red de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor y de sus actividades.

RESUMEN EJECUTIVO

El Mapa de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en África y España proporciona información clave para llevar a cabo incidencia a favor de los Derechos Sexuales y Reproductivos en África y en España. Cada capítulo presenta los principales indicadores de salud y derechos sexuales y reproductivos; instrumentos políticos y legales; actores y mecanismos de diálogo y articulación a nivel nacional/regional en este área. La información está presentada en cuatro capítulos: (i) situación en España; (ii) la cooperación española en África; (iii) estudios de caso de 11 países africanos; (iv) análisis regional en África. Además, la información de los 11 países africanos también está disponible en forma de ficha país en el apéndice III, así como a través de una base de datos interactiva en la versión online de este mapa: www.map-srhr.org

El Mapa es el resultado del trabajo del Grupo de Salud de la Red de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor. El desarrollo del Mapa, coordinado por el Secretariado de la Red, ha incluido las siguientes etapas: reunión del grupo de trabajo de salud para definición conceptual del Mapa (Madrid, Abril 2010); recogida de datos y análisis de la información (Febrero-Junio 2011); reunión del grupo de trabajo de salud para discusión y revisión del primer borrador del mapa (Sevilla, Julio 2011). El Mapa está basado en una revisión documental de legislación, políticas, estadísticas y otros informes desarrollados tanto por la sociedad civil como por instituciones públicas. Esta información ha sido complementada con entrevistas concertadas con organizaciones integrantes de la Red de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor así como otras organizaciones africanas y españolas que trabajan en materia de incidencia en salud y derechos sexuales y reproductivos.

La Red de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor es una plataforma de más de 1,500 organizaciones y personas que trabajan en España y África en la promoción de la igualdad de género y los derechos de las mujeres. Esta iniciativa está apoyada financieramente por el Gobierno de España y técnicamente por ONU Mujeres, la agencia de NNUU para la igualdad de género y los derechos de las mujeres. Para más información sobre la red se puede visitar el siguiente enlace: www.reddemujeresporunmundomejor.org

❖ **Capítulo 1. Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en España**

En los últimos 10 años, el estado español ha vivido un avance sin precedentes en el respeto y protección de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. A través del desarrollo de diferentes medidas y políticas, el estado español ha ampliado el marco de garantía de estos derechos alineándose así con los principales instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, la eliminación de la violencia contra las mujeres, la equidad y los derechos sexuales y reproductivos.

Entre las principales políticas desarrolladas destacan la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo y la Ley Integral contra la Violencia de Género. La primera viene a dar respuesta a la mayoría de las reivindicaciones de la sociedad civil pro-derechos sexuales y reproductivos. La segunda es una ambiciosa medida legislativa que aborda la violencia de género de forma integral. Además, España cuenta con otras políticas relevantes en el ámbito de la igualdad de género y la SDRS destacando sobre todo: la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), el Plan Estratégico de Igualdad

de Oportunidades 2008-2011, el Plan Multisectorial frente a la Infección por VIH y Sida 2008-2012 y la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud.

La desaparición del Ministerio de Igualdad ha supuesto sin embargo un retroceso en el apoyo institucional a políticas de igualdad. Tras la desaparición del Ministerio de Igualdad en 2010, el organismo responsable de las políticas de equidad de género y SDR en España es el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI). La sociedad civil de forma mayoritaria ha expresado su disconformidad con la transformación del Ministerio de Igualdad en una Secretaría General, al considerarlo una pérdida de valor social y un retroceso para la agenda política de alto nivel impulsada por dicho ministerio.

El Observatorio de la Salud de las Mujeres y el Observatorio Estatal contra la Violencia de Género son los dos organismos responsables del seguimiento de las políticas de igualdad y SDR a nivel central. Ambos están situados institucionalmente bajo el MSPSI. El primero se ocupa de los aspectos de equidad en el acceso y calidad de la atención en el sistema nacional de salud en SSR, mientras que al segundo le corresponden funciones de asesoramiento, evaluación, colaboración institucional, elaboración de informes y estudios y propuestas de actuación en materia de violencia de género.

La sociedad civil española en toda su diversidad es un actor activo en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. El movimiento feminista en concreto es un actor destacado que ha impulsado muchos de los logros que se han conseguido en pro de los derechos de las mujeres en las últimas décadas.

A pesar de la existencia de comités técnicos para el seguimiento de políticas de SSR, en general no existen mecanismos de rendición de cuentas que permitan una participación directa de la sociedad civil en el seguimiento de las políticas públicas relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El mecanismo para el diálogo y concertación sobre las políticas en SSR son los comités técnicos que elaboran y realizan el seguimiento de las Estrategias del Observatorio de Salud de la Mujer del MSPSI. Tanto las comunidades autónomas como entidades de la sociedad civil y asociaciones de profesionales han participado en los comités creados para la elaboración de las distintas estrategias. Sin embargo, el reto sigue siendo articular, tal como recomienda la ENSSR, un espacio formal de interlocución política entre las administraciones públicas y la sociedad civil organizada para la toma de decisiones en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

De reciente creación, el Consejo de Participación de la Mujer podría convertirse en el espacio de diálogo y consenso para el seguimiento de todas las políticas de igualdad. Aunque en la actualidad se ha constituido exclusivamente de forma formal y no ha mantenido ninguna reunión, su estructura lo sitúa como un potencial mecanismo de concertación esencial para el seguimiento de todas las políticas de igualdad, incluidas las del sector salud. El Consejo se compone de una presidencia, dos vicepresidencias, una secretaria y 40 vocalías; 13 en representación de las Administraciones públicas, 20 en representación de asociaciones de mujeres (elegidas por el movimiento de mujeres), 4 en representación de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas a nivel estatal y 3 personas expertas de reconocido prestigio en el ámbito de la igualdad.

❖ Capítulo 2. La Cooperación Española en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en África

La cooperación española ha desarrollado en los últimos diez años un amplio marco político, conceptual y programático para guiar la acción de España en esta área. La Ley de Cooperación, la Ley de Igualdad entre hombres y mujeres, las estrategias sectoriales, el Plan Director, así como sus planes de aplicación, junto con las políticas y actuaciones de la cooperación descentralizada, constituyen este ambicioso marco. Los principales retos residen en la armonización entre todos los agentes, el desarrollo de capacidades y la consolidación del sistema de funcionamiento.

Tanto la igualdad de género como los derechos sexuales y reproductivos tienen un rol importante dentro del marco actual de la cooperación española. La estrategia de género en desarrollo de la cooperación española ha supuesto un salto muy importante en el posicionamiento conceptual de la cooperación española en materia de género y derechos sexuales y reproductivos. Es especialmente destacable la importancia que concede al fortalecimiento del diálogo social y político en torno a los derechos sexuales y reproductivos, VIH/SIDA y género.

La estrategia de salud de la cooperación española de 2006 asume el enfoque de derechos humanos y se plantea el objetivo de contribuir de manera eficaz a establecer las condiciones para mejorar la salud de las poblaciones en especial aquellas en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad. Para el contexto africano, la estrategia establece que la SSR integrará una visión amplia de género, salud y desarrollo y un enfoque que contemple la diversa y compleja realidad socio-cultural del continente. También señala como temas de especial interés la mortalidad materna y su relación con el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios antes, durante y después del parto, la mutilación genital femenina y la necesidad de paliar la feminización del SIDA mediante acciones que apoyen el empoderamiento de las mujeres.

El plan director 2009-2012 identifica las prioridades sectoriales y geográficas de la cooperación e incrementa la prioridad brindada hasta el momento tanto a la salud sexual y reproductiva como al continente africano. Si bien desde el Plan Director 2005-2009 se incorporaron varios avances en el reconocimiento de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, es el Plan Director 2009-2012 el que consigue que estos aspectos se consoliden como líneas prioritarias de actuación. El Plan Director 2009-2012 incluye género como una de las cinco prioridades horizontales y salud y género como dos de las doce prioridades sectoriales. El Plan considera diez países africanos como países prioritarios (Etiopía, Malí, Mozambique, Senegal, Cabo Verde, Níger, Marruecos, Mauritania, Argelia, y la Población Saharavi) siete como países de atención focalizada (Guinea Ecuatorial, Sudán, Guinea Bissau, Gambia, Angola, República Democrática del Congo y Guinea Conakry) y 3 como países en los que consolidar logros del desarrollo (Namibia, Túnez y Egipto).

Actualmente, la cooperación española tiene 10 Documentos de Estrategia País (DEPs) con países socios africanos, la mayor parte de los cuales priorizan alguna de las líneas estratégicas sobre género y salud. En el caso de género, se priorizaron el fortalecimiento de las políticas y mecanismos nacionales de igualdad de género, la mejora de oportunidades de las mujeres en el ámbito económico, y la promoción de una mayor representación de las mujeres y participación paritaria en todos los espacios sociales y políticos. Cuatro países no

priorizaron ninguna de las líneas estratégicas del sector (Mauritania, Población Saharaui, Angola y Namibia). En el caso de salud, las líneas priorizadas son el fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud, la mejora de la SSR y reducción de la mortalidad materna, la mejora de la salud infantil y la lucha contra enfermedades prevalentes (VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis) y olvidadas. A excepción de Argelia y Túnez, todos los DEPs priorizan alguna de las líneas mencionadas.

El desarrollo de políticas de cooperación de las comunidades autónomas se ha reforzado notablemente en los últimos cinco años, de manera que todas cuentan con una Ley de Cooperación y todas a excepción de Murcia han elaborado Planes Estratégicos o Directores. La integración de género en dichos instrumentos es significativa y todos los planes incorporan este tema como prioridad transversal. En el caso de las prioridades sectoriales, la equidad de género aparece en los 17 casos a excepción de Galicia, Cantabria, Extremadura, La Rioja y Valencia. Destacan especialmente los Planes Directores de Andalucía, Cataluña, País Vasco, Canarias, Asturias y Navarra, que asumen el enfoque de Género en Desarrollo y establecen la equidad de género como prioridad transversal y sectorial. La salud es también un elemento común en las prioridades de todas las comunidades autónomas, que asumen mayoritariamente el enfoque de atención primaria y el reto de contribuir a fortalecer los sistemas sanitarios.

En cuanto a las prioridades geográficas de la cooperación autonómica, todos los planes directores señalan países africanos como prioritarios – a excepción de la Rioja- con diversas preferencias que incluyen países que no son socios de la cooperación estatal como Benín, Burkina Faso, Kenia, Uganda, Ruanda, Costa de Marfil, Chad, Malawi, Togo, Burundi y Camerún.

El mapa de actores de la cooperación española en África en el campo de la salud sexual y reproductiva ofrece un panorama amplio y diverso en el que participan una gran variedad de agentes estatales y no estatales. El reto de este amplio abanico de actores recae en reforzar las potencialidades, optimizar el diálogo entre ellos y favorecer un marco coordinado de intervención que incorpore de manera sustantiva los enfoques de derechos humanos y de género en desarrollo.

La AOD española ha aumentado significativamente en el último quinquenio, pasando del 0,27% de la RNB en 2005 a 0,46% en 2009. No obstante, en los dos últimos años se han producido reducciones y de acuerdo a las previsiones del Plan Anual de Cooperación Internacional, España dedicará en 2011 algo más de 4 mil millones de euros a Ayuda Oficial al Desarrollo. Este porcentaje, equivalente al 0,4% de la Renta Nacional Bruta se ubica por debajo del 0,5% planteado por el Plan Director como meta intermedia para 2010 y ha supuesto la reprogramación de la meta del 0,7% para 2015.

A pesar de los avances significativos de los últimos 5 años, el descenso en el conjunto de la AOD ha impactado en la financiación a SSR. El 1,07% de AOD distribuible destinada al subsector de SSR dista de la meta del 6% establecida mediante la Ley de Igualdad y recogida por el Plan Director vigente.

Este efecto de reducción se ha visto parcialmente compensado en el caso de África por la reorientación de las prioridades geográficas de la AOD española que colocan al continente como uno de los principales destinos. En concreto la AOD española en el sector SSR se concentra fuertemente en África en los últimos años. En 2009, 7 de los 10 principales países destino de AOD española en este sector son africanos.

❖ Capítulo 3. Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en 11 Países Africanos

La Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos en África siguen siendo un desafío en la mayoría de los países a pesar de estar garantizados por un amplio marco legal internacional, regional y nacional. Como en otras regiones, la definición de los derechos sexuales y reproductivos en África, y lo que es más importante, su ejercicio, están determinados por prácticas y creencias socio-culturales las cuales favorecen o violan dichos derechos.

El capítulo tres ofrece una panorámica de la situación actual de los derechos sexuales y reproductivos en África, basada en un análisis de 11 países africanos. Los países tratados son: Cabo Verde, Níger, Senegal, Malí y Gambia (África Occidental); Namibia, Angola y Mozambique (África Meridional); Etiopía y Kenia (África Oriental); y la República Democrática del Congo (África Central). El capítulo se basa en la información recopilada en la base de datos del Mapa de Salud Sexual y Reproductiva que contiene: (i) los principales indicadores de desarrollo humano, género, salud y derechos sexuales y reproductivos; (ii) los instrumentos legales y políticos nacionales e internacionales, y (iii) los actores gubernamentales y de la sociedad civil así como mecanismos de diálogo y coordinación para la promoción de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Indicadores de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

La base de datos muestra una situación socio-económica diversa en los países analizados pero con la característica común de persistentes desigualdades de género que sitúan a las mujeres en una posición de vulnerabilidad en distintos ámbitos:

- **La Mortalidad Materna** sigue siendo alta en los países analizados, poniendo en riesgo la vida de las mujeres a dar a luz.
- **Fertilidad.** En todos los países analizados, excepto en Níger y Senegal, las mujeres tienen un mayor número de hijas/os del que desearían, mientras que entre los hombres el número de hijas/os real es inferior al deseado.
- La **violencia de género** en sus distintas formas está presente en todos los países analizados, incluida la Mutilación Genital Femenina y el tráfico de mujeres con fines de explotación sexual.
- **La situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes requiere atención urgente.** En todos los países salvo Namibia, al menos una de cada cinco adolescentes ha estado embarazada al menos una vez y en Malí, Níger y Mozambique la cifra aumenta a una de cada tres jóvenes.

Instrumentos políticos y legales

Los países africanos se han dotado de un sistema de protección de los derechos humanos a través de la ratificación de distintos tratados internacionales y regionales. Todos los países

analizados forman parte del sistema universal de los Derechos Humanos aunque sólo Senegal y Malí han ratificado los nueve tratados básicos. A nivel de tratados regionales, todos los países de este estudio han ratificado la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos y han ratificado el Protocolo a la sobre la Igualdad de Género en África, conocido como el Protocolo de Maputo, salvo Etiopía, que sólo lo ha firmado.

El avance en la traslación de los compromisos en legislación nacional es sin embargo dispar.

El marco jurídico en los países analizados muestra un panorama muy diverso en cuanto a la protección de los derechos sexuales y reproductivos y la igualdad de género. Por ejemplo, en lo que se refiere al derecho a elegir cuántos hijos/os tener y cuándo tenerlos, la comparativa muestra una falta de protección jurídica en la mayoría de los marcos constitucionales y jurídicos analizados, con la excepción de Senegal, Malí, Etiopía y Mozambique. Sólo en Cabo Verde y Mozambique (actualmente a la espera de que el Parlamento apruebe el borrador de ley) se considera legal la interrupción voluntaria del embarazo.

Mientras que todos los países tienen políticas de género y de salud sexual y reproductiva, éstas no van acompañadas de dotación presupuestaria automáticamente.

Un dato positivo es que todos los países tienen una Política Nacional de Género que identifica las prioridades principales para la promoción de la igualdad de género y los derechos de las mujeres. Además, en cuanto a los instrumentos políticos, todos los países comparados cuentan con leyes, políticas y planes para impulsar la salud sexual y reproductiva, aunque sólo siete - Cabo Verde, Níger, Malí, Senegal, Gambia, Mozambique y Etiopía- también tienen una Hoja de Ruta para acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna. **Ninguno de los países analizados cumple el compromiso de Abuja que exige la asignación del 15% del presupuesto nacional al sector salud.** Aunque todos los países menos Namibia y Mozambique han incrementado el porcentaje asignado entre el 2006 y 2007, el gasto público sigue siendo insuficiente para responder a los retos del sector sanitario.

Actores

Entre los actores gubernamentales y de la sociedad civil en los países analizados, la sociedad civil ha tomado el liderazgo en la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a pesar de las dificultades que encuentra en su trabajo de incidencia.

A nivel nacional, todos los países en cuestión tienen una entidad nacional ministerial para promover la igualdad de género y la condición de las mujeres, salvo Cabo Verde, donde la coordinación está en manos del Instituto Caboverdiano para la Igualdad de Género. Asimismo, las políticas sobre la salud sexual y reproductiva son competencia del Ministerio de Salud en todos los países. Las organizaciones de mujeres, como organizaciones de la sociedad civil, están presentes en todos los países, donde llevan a cabo trabajo de incidencia en salud y derechos sexuales y reproductivos y han contribuido de manera significativa a la formulación de la legislación y las políticas. Las organizaciones de mujeres no sólo sufren restricciones jurídicas, políticas, religiosas o sociales, sino que también se enfrentan a dificultades considerables para acceder a los recursos que necesitan para llevar a cabo su trabajo.

❖ **Capítulo 4. Análisis Regional de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos en África**

La Unión Africana ha adoptado numerosos instrumentos para promover la igualdad de género con el fin de lograr los ODM y otros objetivos de salud y derechos sexuales y reproductivos. Entre ellos se incluye la Carta Africana de los Derechos Humanos de los Pueblos, la Carta Africana de los Derechos y Bienestar del Niño y el Protocolo a la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres en África. A nivel sub-regional los tratados fundacionales de las Comunidades Económicas Regionales (CERs) han contribuido también a establecer un marco en el área de los Derechos y la Salud Sexual y Reproductiva. Las Comunidades Económicas del Este, Sur y Oeste tienen cláusulas de género en sus tratados constitutivos. La adopción de la Declaración Solemne sobre Igualdad de Género en África en 2004 es sin duda otro hito en la región ya que por primera vez, una organización continental se ha comprometido formalmente con la igualdad de género al más alto nivel.

Los órganos relevantes para el trabajo de incidencia en SDR en la Unión Africana son la Asamblea de la Unión, el Consejo Ejecutivo, el Comité de Representantes Permanentes, la Comisión de la Unión Africana, el Comité Económico, Social y Cultural, la Corte Africana de Justicia de la Unión, el Parlamento Pan-Africano, el Consejo de Paz y Seguridad y las instituciones financieras. El proceso de toma de decisiones tiene seis niveles: la Comisión lo inicia, pasando después al Comité de Representantes Permanentes, quien lo analiza y pasa a continuación a la reunión de expertas/os cuyas recomendaciones reciben las ministras y los ministros sectoriales, entre ellos los de salud, que se reúnen cada dos años. Las recomendaciones de dichas reuniones son aprobadas por el Comité de Representantes Permanente, y lo que se considera relevante se envía al Consejo Ejecutivo que lo transmite finalmente a las/os jefas/es de Estado durante la cumbre ordinaria.

A nivel de políticas públicas, la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos se han articulado en varias declaraciones. Las más importantes son, la Declaración de Abuja sobre VIH/Sida, la Declaración de Bamako sobre la Reducción de la Mortalidad Materna (2001), la Declaración de Maputo sobre Malaria, VIH/Sida, Tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, el Plan de Acción de Maputo sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos para la aplicación de la Política Continental de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2006), el Plan de Acción de Ouagadougou contra la Trata de Seres Humanos, en especial Mujeres y Niñas/os (2006), la Estrategia de Salud Africana (2007-2015), la Campaña para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna en África (CARMMA) y en general todos los programas del Directorado de Género de la Comisión de la Unión Africana.

A nivel sub-regional, las Comunidades Económicas Regionales (CERs) han facilitado una mayor atención a los temas de igualdad de género a través del establecimiento de Unidades de Género. Éstas han sido las encargadas de diseñar políticas institucionales de transversalización de género. Una vez tomadas las decisiones a nivel de la UA, las CERs son importantes socios en la implementación de las mismas por lo que su liderazgo en temas de género es particularmente importante.

La falta de información y conocimiento sobre el proceso de toma de decisiones en la Unión Africana es un limitante en la acción de incidencia de las Redes y Organizaciones de la Sociedad Civil africanas. Las ONGs y OSC africanas pueden incidir en distinta etapas del

proceso de toma de decisiones de la UA. Lo pueden hacer individualmente o a través de coaliciones a nivel nacional o regional. Sin embargo, la mayoría de las OSC no están familiarizadas con los procesos de toma de decisiones y los mecanismos para canalizar su participación en el sistema de la UA. Alrededor del 70 % de las organizaciones entrevistadas para la realización de este Mapa manifestaron no entender los procesos de toma de decisiones de la UA o las Comunidades Económicas Regionales. En general las OSCs sólo participan en la fase final del proceso, justo en el momento de celebración de la cumbre. Sin embargo, cada vez lo hace un mayor número de OSCs. El Capítulo 4 de este Mapa pretende cubrir parte de esa laguna al menos a nivel de facilitar información clave sobre este tema.

ACRÓNIMOS

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AIF	Asociación Internacional de Fomento
AIM	Alianza Internacional de Microbicidas
APRM	Mecanismo de Examen entre los Propios Países Africanos (<i>African Peer Review Mechanism</i>)
AUC	Comisión de la Unión Africana (<i>African Union Commission</i>)
BAfD	Banco Africano de Desarrollo
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
CAO	Comunidad de África Oriental (<i>EAC, East Africa Community</i>)
CARMMA	Campaña para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna en África.
CCAA	Comunidades Autónomas
CCPR	Pacto de Derechos Civiles y Políticos (<i>Covenant on Civil and Political Rights</i>)
CDH	Convención de Derechos del Niño
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CE	Comisión Europea
CEDAW	Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres (<i>Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women</i>)
CEDEAO	Comunidad Económica de los Estados de África Occidental
CEN SAD	Comunidad de Estados Sahelo-Saharianos
CER	Comunidades Económicas Regionales
CERD	Convención para la Eliminación de la Discriminación Racial (<i>Convention on the Elimination of Racial Discrimination</i>)
CIDO	Dirección de la Ciudadanía Africana y la Diáspora de la Unión Africana (<i>Citizens and Diaspora Directorate of the African Union</i>)
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
CMW	Convención para la Protección de los Derechos de las y los Trabajadoras/es Migrantes (<i>Convention on the Protection of Rights of Migrant Workers</i>)
COMESA	Mercado Común para África Oriental y Meridional (<i>Common Market for Eastern and Southern Africa</i>)
COMPI	Coordinadora de Organizaciones de Mujeres para la Participación y la Igualdad
CPPED	Convención para la Protección de todas las Personas ante la Desaparición Forzada (<i>Convention on the Protection of People Enforced Disappearance</i>)
CPR	Comité Permanente de Representantes
CPS	Consejo de Paz y Seguridad
DEPs	Documentos de Estrategia País
DEPs	Documentos Estrategia País
DGPOLDE	Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo
DRH	División de Salud Reproductiva (<i>Division of Reproductive Health</i>)

DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
EACSO	Foro de organizaciones de la Sociedad Civil de África Oriental (<i>East Africa Civil Society Organization Forum</i>)
EAPN	Estrategia de Atención al Parto Normal
EASSI	Iniciativa de Apoyo Sub-regional del África Oriental (<i>East Africa Sub-regional Support Initiative</i>)
ECA	Comisión Económica para África (Economic Commission for Africa)
ECOSOC	Consejo Cultural, Social y Económico (Economic, Social and Cultural Council)
ECSA	África Oriental, Central y Meridional (East Central and Southern Africa)
EDS	Encuesta Demográfica y de Salud
ENSSR	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
FAS	Mujeres Solidaridad Africa (Femmes Africa Solidarite)
FED	Fondo de Ayuda al Desarrollo
FED	Fondo de Ayuda al Desarrollo
FELGTB	Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales
FEMNET	Red de Mujeres Africanas para el Desarrollo y la Comunicación.
FPFE	Federación de Planificación Familiar España
GBV	Violencia de Género
GED	Género en Desarrollo
GIMAC	Campaña Género está en mi Agenda
IAMI	Iniciativa Internacional para la vacuna del SIDA (International Aids Vaccine Initiative)
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IGAD	Autoridad Intergubernamental para el Desarrollo (Inter-Governmental Authority on Development)
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación (España)
MEH	Ministerio de Economía y Hacienda (España)
MGF	Mutilación Genital Femenina
MM	Mortalidad Materna
MPoA	Plan de Acción de Maputo sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (Maputo Plan of Action on Sexual and Reproductive Health Rights)
MSPSI	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (España)
NEPAD	Nueva Alianza para el Desarrollo de África (<i>New Partnership for Africa's Development</i>)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental

ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OSCs	Organizaciones de la Sociedad Civil
OSM	Observatorio de Salud de las Mujeres (España)
OTC	Oficina Técnica de Cooperación (España)
OUA	Organización para la Unidad Africana
PACI	Plan Anual de Cooperación Internacional
PAEs	Planes de Actuación Especial
PAP	Parlamento PanAfricano (Pan Africa Parliament)
PD	Plan Director (de la Cooperación Española)
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (<i>CESCR Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights</i>)
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
RDC	República Democrática del Congo
REC	Comunidad Económica Regional (<i>Regional Economic Community</i>)
RNB	Renta Nacional Bruta
SADC	Comunidad de África Meridional para el Desarrollo (<i>Southern Africa Development Community</i>)
SAFAIDS	Servicio de Divulgación de Información sobre el VIH y el Sida de África Meridional
SDGEA	Declaración Solemne sobre la Igualdad de Género en África (<i>Solemn Declaration on Gender Equality in Africa</i>)
SDSR	Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SOAWR	Solidaridad para los Derechos de las Mujeres Africanas (<i>Solidarity for African Women's Rights</i>)
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TB	Tuberculosis
UMA	Unión del Magreb Árabe
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (<i>United Nations Fund for Population</i>)
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (<i>United Nations Children Development Fund</i>)
UA	Unión Africana
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WACSOFF	Foro de Organizaciones de la Sociedad Civil de África Occidental (<i>West Africa Civil Society Forum</i>)
WAWA	Asociación de Mujeres del Oeste de África (<i>West Africa Women's Association</i>)
WGDD	Dirección de Mujer, Género y Desarrollo de la UA (<i>Women, Gender and Development Directorate</i>)
YFS	Servicio de Atención para Jóvenes



1 LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ESPAÑA

CAPÍTULO 1: LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ESPAÑA

1. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Paulatinamente, y de manera especial en la última década, el Estado español cuenta con importantes **avances** en la protección de la salud y los derechos sexuales y reproductivos entre los cuales el más relevante es el **desarrollo normativo¹ en temas prioritarios para las mujeres como la anticoncepción, el aborto, el matrimonio homosexual y la lucha contra la violencia de género.**

¹ . Algunas de las leyes que se consideran avances están recurridas por la oposición en este momento.

Por otro lado, aún quedan pendientes múltiples **retos** para el ejercicio real de los Derechos Sexuales y Reproductivos entre los cuales se encuentran:

La Integralidad, es necesario trascender un abordaje estrictamente sanitario de las cuestiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

- **La Equidad** en distintos aspectos incluyendo:

- *el territorial – servicios equivalentes en distintas comunidades autónomas: analizar el rol de las distintas administraciones en España en la aplicación de la legislación vigente ya que se produce de forma dispar en cada CCAA.*

- *la adecuación a las diversas necesidades en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos a lo largo del ciclo de vida*

- *la interculturalidad*

- *la diversidad sexual*

- **El Seguimiento y Evaluación de políticas:** instaurar mecanismos adecuados para contar con información más completa que permita identificar los avances y los retos

- **La Participación y articulación de todos los actores sociales a través de más y mejores canales** para la definición, implementación y rendición de cuentas de las iniciativas relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos

A lo largo del presente apartado se expondrá de forma más detallada la situación actual en España en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos:

Derecho a Elegir y Disfrutar de la Maternidad

En España cada vez se tienen menos hijas/os y el inicio de la maternidad y paternidad tiende a ser cada vez más tardío. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, el descenso en el número de nacimientos es resultado de un efecto combinado de una menor fecundidad y

Recuadro 1. Principales Avances en Materia de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en España

Legislativos:

- Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de Salud Sexual y Reproductiva y la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Ley 3/2007 de 22 de marzo para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres
- Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio.
- Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género .

Políticas:

- Nueva normativa Ministerio de Salud para Financiación Pública de Nuevos Anticonceptivos (2011)
- Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2010)
- Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (2008)
- Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011)
- Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y Sida (2008-2012)

Iniciativas:

- Acceso a anticonceptivos garantizado salvo barreras en anticoncepción de emergencia.
- Adecuación del modelo de atención para lograr una mayor humanización del proceso en el embarazo, el parto y el post parto.
- Se ha legislado la transversalización de la educación afectivo sexual en el ámbito educativo.

de una reducción del número de mujeres en edad fértil². Al mismo tiempo, la edad de inicio de la maternidad mantiene una tendencia creciente, situándose en 31.05 años en 2009 y en 2010 en 31,8 años. En este caso las diferencias entre mujeres españolas y extranjeras son importantes – en 2010, las primeras inician la maternidad a los 31.8 años mientras que las segundas lo hacen a los 28.5³.

El acceso a las nuevas técnicas de reproducción asistida constituye una gran oportunidad frente a las dificultades para la concepción y el surgimiento de nuevas formas de familia. Es importante reflexionar sobre el grado de acceso que están teniendo las mujeres a este nuevo marco reproductivo y las implicaciones que puede tener sobre la sexualidad, la igualdad de género, las relaciones, etc.

La implementación de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud (EAPN) ha supuesto un gran avance fomentando una mayor humanización del proceso de atención al embarazo, parto y postparto, colocando el bienestar de las mujeres como eje determinante y fomentando su participación y capacidad de decisión junto con el de los hombres en todas las cuestiones relacionadas con el proceso reproductivo. Por ejemplo, ahora son las matronas, o éstas compartiendo el trabajo con el personal de ginecología, las que atienden el embarazo en muchos sistemas de salud y la gran mayoría de maternidades hospitalarias han eliminado el sistema de nidos y están aplicando en los servicios de obstetricia el contacto piel con piel madre-bebé inmediato tras el nacimiento en los partos normales y muchos de los patológicos, dados los beneficios que aporta.

Casi el 50% de los centros del sistema público de salud realiza algún tipo de acción para incluir a las mujeres embarazadas en sus programas de seguimiento del proceso de embarazo⁴. La actividad más utilizada en todas las CCAA es la de dar información en la consulta en el momento de comunicar el embarazo sobre los programas de orientación prenatal, la importancia del contacto precoz piel con piel y la puesta al pecho en los primeros minutos tras el parto. También proporcionan información actualizada sobre prácticas clínicas y los derechos de las mujeres a participar en la toma de decisiones, sobre las alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor, la movilidad y distintas posiciones en el parto, sobre los beneficios de tener una persona acompañante elegida, y la elaboración de un plan de parto y nacimiento⁵.

Es imprescindible que se garantice un mínimo de visitas de asesoría post-parto y el fomento de la corresponsabilidad de mujeres y hombres en la crianza. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSSR), aproximadamente el 44,8% de los centros de salud (de un total de 484 centros) realizan dos visitas puerperales y el 4,3% más de tres. No se observa variabilidad respecto al momento en el que se realiza la primera visita, que la mayoría de los centros realizan durante la primera semana tras el parto. El 47,2% de los centros de salud llevan a

² La última década se caracterizó por un paulatino incremento del número de hijas/os por mujer – que pasó de 1.23 en el año 2000 a 1.46 en el 2008-. Esta tendencia cambió a partir del 2009, cuando los nacimientos se redujeron tanto entre las mujeres de nacionalidad española como en las extranjeras – situándose en 1.33 y 1.67 hijas/os respectivamente.

³ Instituto Nacional de Estadística: Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Primer semestre año 2010. Datos avanzados. Nota de prensa publicada el 27 de enero de 2011.

⁴ Atención al embarazo, parto y posparto en España. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2007.

⁵ Ibidem, nota 2.

cabo algún tipo de asesoramiento tras el parto y la iniciativa más frecuente (en el 89,9% de los centros que realizan alguna) son charlas o talleres con madres y grupos de apoyo a la lactancia. Las iniciativas para fomentar la corresponsabilidad de las madres y padres en la crianza dicen realizarlas el 23,4% de los centros de salud: la mayor parte de los centros indican hacerlo a través de las madres (les aconsejan que vayan sus parejas o hacen un recordatorio en las consultas)⁶.

Derechos Sexuales

Ha habido avances en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos que se derivan de la Ley 2/2010 aunque su garantía efectiva continúa siendo un reto. La normalización de los servicios de salud sexual de calidad dentro de la cartera de los sistemas públicos varía enormemente de unas regiones a otras. Al definir la salud sexual, el sistema sanitario se limita generalmente a abordar la prevención de ITS-VIH y embarazos no deseados, dejando de lado otros aspectos primordiales como la perspectiva de derechos sexuales y de género y la atención en sexualidad. Así, por ejemplo, la promoción de la sexualidad no está integrada en las prestaciones básicas de salud y solo cinco CCAA (Cataluña, Navarra, Aragón, Andalucía y Extremadura) incluyen dentro de las funciones de los centros de planificación familiar o atención a las mujeres las cuestiones de sexoterapia, educación o información sexual. Esto también está ligado con una limitada capacidad estratégica para establecer políticas de educación sexual en las escuelas, algo imprescindible para mejorar los indicadores de SSR.

Anticoncepción

La mayoría de las CCAA cuenta con programas y protocolos específicos de planificación familiar aunque según señala la ENSSR, recogiendo datos de un informe de la FPFE, cada centro funciona dependiendo de la implicación y voluntad de profesionales y según los recursos disponibles. Asimismo, indica que “se siguen produciendo dificultades derivadas de la alta presión asistencial, el reducido tiempo para consultas, prejuicios personales de algunos y algunas profesionales, y el déficit de formación sanitaria que dificulta el correcto enfoque para atender la prestación y seguimiento de métodos de prevención de embarazos no deseados”. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2009: el 43% de las parejas estables usan preservativo o anticonceptivos, el 39% del grupo de edad de 16 a 34 años usa la píldora anticonceptiva (pilo-post).

En muchos casos, las barreras para el acceso a los métodos anticonceptivos se producen en el momento de la dispensación del producto, especialmente en relación a la anticoncepción de emergencia. En mayo de 2009, el Gobierno anunció la puesta en marcha de una medida que permitiera la adquisición de la anticoncepción de urgencia sin receta médica en las farmacias de todo el territorio⁷, propuesta que entró en vigor en el mes de septiembre⁸. No obstante, según la ENSSR, si bien es cierto que la financiación total de la anticoncepción de

⁶ ENSSR, MSPSI, 2010.

⁷ <http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1507>.

⁸ Con esta decisión, España se equipara a otros países de su entorno en los que ya se dispensa sin receta: Francia, Reino Unido, Portugal, Bélgica, Dinamarca, Eslovenia, Finlandia, Holanda, Islandia, Luxemburgo, Noruega, Suecia y Suiza.

urgencia existe en ocho CCAA, en el resto del territorio son las personas usuarias quienes asumen su coste – que puede llegar a 19 euros – lo cual condiciona especialmente el acceso de las mujeres inmigrantes y de las jóvenes, según la FPF⁹.

No existe un protocolo común que establezca las condiciones de su prestación en todos los servicios de salud, lo que implica diferencias en cuanto a su acceso, el lugar donde se dispensa, las condiciones para su adquisición y la existencia de servicios de fin de semana.

En las mejores ocasiones, esta situación genera un peregrinaje de las y los consumidoras/es, en su mayoría adolescentes, hacia todo tipo de recursos sanitarios, hasta conseguir la píldora postcoital. En otros casos, simplemente no llegan a tener acceso a la misma, a pesar de tener derecho a ello. En todas las CCAA se ofertan los métodos anticonceptivos conforme a lo estipulado en la Cartera de Servicios Comunes del SNS, aunque en la financiación pública y accesibilidad a los métodos anticonceptivos se ha observado una gran variabilidad territorial que, una vez más, genera desigualdades e inequidades en su acceso. Son siete las CCAA que tienen normativa específica para dispensar métodos de prevención de ITS-VIH y métodos para ejercer la maternidad/paternidad decidida en la red sanitaria pública. Estas normativas se relacionan especialmente con la disponibilidad de preservativos, DIU de cobre y píldoras anticonceptivas de urgencia para dispensación gratuita en los propios centros. En el caso del preservativo masculino y femenino (en menor medida) para la prevención de ITS, y en concreto de VIH, en la mayoría de las autonomías se facilita de forma gratuita o parcialmente subvencionada a través de programas dirigidos a colectivos específicos como la juventud.

En cuanto a la **Estructura Asistencial en materia de Anticoncepción**, el mapa estatal se caracteriza de nuevo por su diversidad y sus diferencias según CCAA, lo que genera **inequidades en el sistema sanitario**.

Recuadro 2. Estructuras de Atención en Salud Sexual

Según la ENSSR, podemos encontrar 3 modelos o estructuras diferentes:

- a) CCAA que cuentan con un sistema mixto donde los Centros de Salud de atención primaria, coexisten con centros específicos donde se presta asistencia a la salud sexual y reproductiva, como es el caso de Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana Extremadura, Galicia, La Rioja, Murcia, Navarra y País Vasco;
- b) CCAA que han integrado los antiguos Centros o Consultas de Planificación Familiar en los Centros de Salud de atención primaria, en los cuales se centraliza toda la asistencia para la prevención de embarazos no deseados, con la excepción de las derivaciones a atención ambulatoria y hospitalaria, como es el caso de Andalucía;
- c) Ayuntamientos que mantienen Centros que realizan algunas prestaciones en materia de anticoncepción, en Madrid-Ciudad.

En algunas CCAA, además, se organizan servicios específicos dirigidos a la población joven con un formato muy diverso. Entre ellos encontramos, en el contexto de ciertos centros de salud y de Institutos de Enseñanza Secundaria, lo que se denomina la Consulta Joven o la Tarde Joven y también asesorías sobre sexualidad juvenil, Centros Jóvenes de Anticoncepción y Sexualidad (CJAS), el Programa de Intervenciones Educativas en Secundaria, Teléfonos Jóvenes de información sexual y páginas web específicas^{Mark}.

⁹ La anticoncepción de urgencia en España, Federación de Planificación Familiar Estatal, Madrid, 2008.

Derecho a la Información sobre Salud y Sexualidad

Tal y como lo recoge la Ley 2/2010¹⁰, es necesario integrar la Educación Afectivo-Sexual, el “buen trato” y la educación para la paz dentro del sistema educativo ya que se denota un retroceso general en las campañas de prevención y en la presencia de información en los medios de comunicación y en los centros de salud. Se requiere además desarrollar herramientas, materiales y programas, especialmente destinados a niñas/os y jóvenes para educar en sexualidad desde una perspectiva de igualdad y valores democráticos. Así como incorporar en la educación universitaria relacionada con la salud, el enfoque bio-psico-social, cultural, de derechos y género y más específicamente formación relacionada con la IVE, el parto normal y otras cuestiones tradicionalmente excluidas de la formación médica.

Interrupción Voluntaria del Embarazo

Con la nueva Ley 2/2010¹¹, se introduce la posibilidad de que la mujer pueda interrumpir su embarazo por voluntad propia dentro de las primeras 14 semanas de gestación sin que sea necesario que exista acreditación médica para ello y siendo sólo obligatorio informar sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad existentes y dejar transcurrir 3 días desde la facilitación de dicha información a efectos de período de reflexión. Esta nueva regulación incorpora también la posibilidad de interrumpir el embarazo por causas médicas dentro de las 22 semanas de gestación siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada o existan graves anomalías en el feto.

A nivel de prestaciones, el aborto continúa siendo desigualmente accesible a las mujeres en función de las normativas específicas de cada CCAA y el impacto de la objeción de conciencia ejercida por las y los profesionales sanitarios. Navarra, Murcia o Extremadura por ejemplo no cuentan con ningún centro público acreditado para la interrupción voluntaria del embarazo y en las comunidades donde si existen, la proporción de intervenciones realizadas en estos servicios en relación a las clínicas privadas es muy poco significativa. En algunos casos, el sistema sanitario concierta la prestación con clínicas privadas, (en Andalucía o Asturias), pero fuera de estos casos, la única opción para las mujeres es hacer frente al coste de la operación o intentar acogerse a alguna ayuda social (Cataluña, Navarra¹² o Madrid financian en ocasiones abortos realizados en la sanidad privada).

En este sentido, la Ley 2/2010 intenta dar respuesta a esta problemática estableciendo en su artículo 18 que los servicios públicos de salud deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar este derecho incluyendo esta prestación dentro de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Igualmente, aunque la Ley reconoce a las y los profesionales sanitarios el derecho a ejercer la objeción de conciencia, también establece que en los casos en que el servicio público de salud no pueda garantizar la intervención, el sistema de salud reconocerá a las mujeres el derecho a acudir a otro centro acreditado del territorio nacional con el compromiso escrito de hacerse cargo del abono de la prestación. Será necesario que transcurran algunos años para poder evaluar la implementación real de

¹⁰ La Ley 2/2010 establece en su artículo 9 que “el sistema educativo contemplará la formación en SSR como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores”.

¹¹ Hasta la aprobación de la Ley 2/2010 la Interrupción voluntaria del Embarazo era considerada un delito despenalizado sólo en 3 supuestos: violación, malformación fetal y peligro para la salud física o psíquica de la mujer embarazada.

¹² En Navarra, las mujeres deben desplazarse a otras CCAA para acceder a la IVE a pesar de que el propio Parlamento Foral de Navarra, de acuerdo con la Ley estatal de SSR e interrupción voluntaria del embarazo, aprobó en julio del 2010 que las mujeres de Navarra pudieran tener acceso a dicha prestación en su CCAA.

la Ley en las CCAA (algunas reticentes a aplicarla) y en qué medida ha significado cambios reales en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

El Ministerio de Sanidad reportó en 2008 que las tasas más altas de IVE corresponden a mujeres jóvenes -20.65 por cada 1000 mujeres en edad fértil entre 20 y 24 años, 15.57 para el rango entre 25 a 29 y 13.7 para las menores de 20 años¹³. Además de garantizar el acceso a la IVE, es imprescindible profundizar en sus causas para asegurar el disfrute de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en España. Un estudio realizado recientemente por la FPFE, identificó entre las mujeres que demandaron una IVE un bajo uso de los servicios de planificación familiar. **Existe consenso en que factores como carencias en educación afectiva sexual de calidad, la situación socio económica, el fracaso escolar, el deterioro de la salud física y mental, el aislamiento social, la violencia¹⁴ y la pobreza se asocian con el embarazo entre las jóvenes y la maternidad temprana¹⁵.**

Recuadro 3. La Interrupción Voluntaria del Embarazo en la UE

LEGISLACIÓN EUROPEA SOBRE IVE: La mayoría de la normativa fue elaborada en la década de los 70, si bien se han producido modificaciones en los últimos años, impulsadas tanto a iniciativa de gobiernos democristianos, como liberales o socialdemócratas: Gran Bretaña (1967 y 1990), Finlandia (1970) Austria (1975), Francia (1975 con reformas en 2007), Suecia (1975 con reformas 2007) Italia (1978), Holanda (1980 y 1984), Alemania (1992-1995), Bélgica (1990) Bulgaria (1990 y 2005), Dinamarca (2007) y Portugal (2007). Solamente Holanda tiene una ley de plazo sin indicaciones, y el plazo para la interrupción voluntaria del embarazo llega hasta las 24 semanas; mientras que en Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Italia, Suecia y Portugal las leyes combinan los plazos con las indicaciones.

Tasa de aborto en la Unión Europea

País	Tasa de Aborto por cada 1000 nacimientos en Europea (2004)
Alemania	183.74
Dinamarca	236.52
España	186.95
Finlandia	193.25
Italia	243.76
Noruega	247.07
Países Bajos	149.96
Reino Unido	278.63
Suecia	341.37
Unión Europea	261.45

Fuente: Organización Mundial de la Salud <http://data.euro.who.int/hfad/>

¹³ Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

¹⁴ El Observatorio de Violencia estima que al menos una de cada 4 IVES en España es resultado de relaciones sexuales que ocurren en contextos de violencia.

¹⁵ Ganar en Salud con la juventud. Recomendaciones sobre Salud Sexual y Reproductiva. Grupo de trabajo de Promoción de la Salud. Consejo Interterritorial de Salud. Junio 2002.

Violencia de Género

A pesar de disponer de una Ley Integral contra la Violencia de Género muy avanzada, el número de muertes de mujeres a manos de sus parejas no deja de aumentar en España. Es preciso seguir profundizando en las causas que están en la base de esta situación y reflexionar sobre cómo es posible contribuir a que se produzcan avances con la involucración de hombres y mujeres.

Las situaciones relacionadas con actividades sexuales en contra de la voluntad, abusos y/o violaciones continúan siendo alarmantes, mostrando los índices de vulnerabilidad de los derechos humanos mayoritariamente de las mujeres y generalmente dentro del ámbito familiar, próximo o de pareja. En todos los casos, tanto hombres como mujeres señalan que ha sido un hecho reiterado, lo que dificulta no sólo poder prevenir las agresiones y denunciarlas, sino que además suele generar sentimientos contradictorios, provocados por la pérdida del vínculo afectivo, unido a sentimientos de vergüenza y de culpa.

En cuanto al sexo pagado, los datos confirman que son casi exclusivamente hombres quienes afirman haber pagado por tener relaciones sexuales: una vez (10,2%) y más veces (21,9%). Por grupos de edad, son sobre todo los hombres mayores de 35 años en adelante (25,7%). Resulta significativo que sea una práctica con una incidencia bastante importante también entre las y los jóvenes de 25 a 34, grupo de edad en que estas cifras suponen el 18,3%.

Recuadro 4. La Violencia de Género en España

- Según el MSPSI, en 2010 murieron 73 mujeres a causa de la violencia de género, 63 de ellas de nacionalidad española el resto de nacionalidad extranjera según el III Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia contra la Mujer^{Mark} durante 2009
- Llegaron a los juzgados un total de 135.540 denuncias por violencia de género, una media mensual de 11.295 y una media diaria de 371 denuncias y un descenso, respecto a 2008, del 4,6%.
- Del total de asuntos incoados por violencia de género en el período indicado, el 69,4% de las víctimas tenía nacionalidad española, y el 30,6% nacionalidad extranjera.
- Durante 2010, se atendieron 68.541 llamadas por violencia de género en el servicio de atención telefónica del 016, lo que implica un descenso del 8,6% respecto a las atendidas en 2008 (74.951).
- A finales de 2009, el número de mujeres víctimas de violencia de género que estaban utilizando el servicio de tele asistencia móvil ascendía a 13.696, un 11,6% más que la cifra registrada en 2008.

Trata de Seres Humanos con Fines de Explotación Sexual 16

La trata constituye una manifestación más de la situación de desigualdad en la que se encuentran las mujeres y niñas y una clara expresión de la violencia de género. Debe tenerse en cuenta la conexión entre la Trata y la prostitución a la hora de intervenir en salud sexual desde los servicios de salud: los riesgos de las peticiones de desprotección de los hombres que demandan sexo pagado, la necesidad de medidas de reducción de daños con las mujeres prostituidas y traficadas, así como contemplar las consecuencias para la salud derivadas de los abusos y agresiones¹⁷.

¹⁶ Tal y como indica el Plan Integral de Lucha contra la Trata de Seres Humanos con Fines de Explotación Sexual (2009-2010), abarca la prostitución, el turismo sexual, la compra de novias por correspondencia y los matrimonios serviles.

¹⁷ Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MSPSI, 2010.

Recuadro 5. Abuso Sexual según algunos datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual

- Algo más del 7,4% de las mujeres entrevistadas, frente al 3,5% de los hombres reconocen haber sufrido, una vez y más de una vez este abuso.
- En el caso de las mujeres sucede mayoritariamente, con un hombre (91,7%) que además suele ser su pareja estable (64%); mientras, en el caso de los hombres, ha sido con una mujer (56,4%) que es su pareja estable (31,4%), o bien otro hombre (12,6%).
- Con respecto a la incidencia de abusos sexuales, los datos indican que las mujeres encuestadas reconocen haberlos sufrido una vez (2,9%) y más de una vez (2,3%), mientras que los hombres afirman haberlos sufrido en mucha menor proporción (1,1%) "una vez". En el mismo sentido, las mujeres han tenido relaciones contra su voluntad más de una vez el (5,0%) frente a los hombres (el 1,4% "una vez").
- En cuanto al sexo de la persona que abusa o agrede, con independencia del sexo de la persona que ha sido abusada, coincide en ser mayoritariamente un hombre (en casi el 83,2% de los casos). En los casos de abuso o violación a mujeres el agresor ha sido un hombre (88,8%) y de un hombre ha sido otro hombre (65,4%) o una mujer (26,8%). En el caso de mujeres suelen ser familiares o conocidos (25,3% y 26,6%), y en el de hombres conocidos (46,2%) o desconocidos (23,0%).

2. INSTRUMENTOS EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

2.1. MECANISMOS INTERNACIONALES

España ha ratificado los principales acuerdos internacionales relativos a la defensa de los derechos humanos, la eliminación de la violencia contra las mujeres, la equidad, y los DSR.

Tabla 1. Instrumentos Internacionales relacionados con la Igualdad de Género y la SDR Ratificados por España

Año	Instrumentos Internacionales de Naciones Unidas	Relación con DSR
1948	Declaración Universal de Derechos Humanos	Reconoce el papel de los estados en la defensa de los derechos humanos y el derecho a la salud.
1966	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Reconoce en el artículo 12 el derecho a controlar el propio cuerpo.
1979	Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer	Entre otras cuestiones establece un marco contra la violencia sexual.
1986	Declaración sobre el Derecho al Desarrollo	Reconoce el papel de los estados y el papel de las mujeres en el desarrollo.
1994	Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (+5, +10, +15)	Origina, reconoce y avala las definiciones de salud sexual y salud reproductiva y define los derechos sexuales y los reproductivos.

Tabla 1. Instrumentos Internacionales relacionados con la Igualdad de Género y la SDR Ratificados por España

Año	Instrumentos Internacionales de Naciones Unidas	Relación con SDR
1995	Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing (+5,+10+15)	Es la agenda política donde el derecho al propio cuerpo y por ende a los SDR está totalmente reflejado.
2000	Declaración del Milenio	Reconoce la igualdad de género, la salud materna la lucha contra el VIH/Sida como ejes del desarrollo humano sostenible.
2001	Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de NNUU	Describe compromisos respecto a la lucha contra el VIH/Sida y los relaciona con desigualdades y con derechos.
2006	Principios de Yogyakarta sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género.	Describe los principios aplicables a las políticas sobre orientación sexual.

Fuente: elaboración propia

Así mismo, en el ámbito europeo, el Estado español viene orientado en cuanto a la garantía de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a través de una serie de normas que si bien no son vinculantes, constituyen recomendaciones para todos los estados miembros de la Unión Europea y forman parte del acervo comunitario compartido por los diferentes estados.

Tabla 2. Ejemplos de Resoluciones del Parlamento Europeo vinculadas a SDR

Resolución 1607/2008 de 16 abril de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa.	Reafirma el derecho de todo ser humano, y en particular de las mujeres, al respeto de su integridad física y a la libre disposición de su cuerpo, incluyendo dentro de este contexto, el derecho a que la decisión última de recurrir o no a un aborto corresponda a la mujer interesada. Esta medida debe ser aplicada, aunque no de forma obligatoria por los Estados miembros que han sido invitados a despenalizar el aborto dentro de unos plazos de gestación razonables.
Resolución 2001/2128(INI) aprobada por el Parlamento Europeo.	Se establecen una serie de recomendaciones a los gobiernos de los Estados miembros en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación sexual.

Fuente: elaboración propia.

2.2. MARCO JURÍDICO NACIONAL

Desde marzo de 2010, el Estado español cuenta con la primera ley específica en este ámbito: **la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual Y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo**. El proceso de elaboración y adopción de esta ley, mostró los diferentes posicionamientos y debates que existen en la sociedad española sobre los DSR y dejó patente la fuerza de elementos de resistencia que dificultan el avance hacia el respeto de los derechos humanos de las mujeres. En este sentido, el movimiento anti derechos liderado a nivel político por partidos conservadores mostró su oposición a la adopción de

esta ley e incluso la llevó al Tribunal Constitucional, al igual que ocurrió con la Ley de matrimonio de personas del mismo sexo. En el lado opuesto, un sector del movimiento feminista se mostró bastante crítico con la ley al considerar que no daba respuesta a su demanda de despenalización total del aborto y su reconocimiento como un derecho de las mujeres.

Consecuentemente con la obligación del Estado de garantizar los DSR, la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo nace con la voluntad de regular y garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva así como las condiciones para la interrupción voluntaria del embarazo, estableciendo las correspondientes obligaciones para los poderes públicos.

Junto a esta Ley, otras normativas completan el marco jurídico de la SDR en España y así por ejemplo, podemos mencionar **la Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil para permitir el matrimonio entre personas del mismo sexo**, **la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres**, que en el artículo 27 recoge el compromiso para integrar el principio de igualdad de oportunidades en las políticas sanitarias o la **Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**.

Hay varios hechos relevantes a señalar de la **Ley de Protección Integral Contra La Violencia de Género**, uno de los cuales es el hecho simbólico de que el gobierno quisiera que fuese la primera ley aprobada por el parlamento en el inicio de la legislatura. Otro hecho a señalar es que recogió parte de las reivindicaciones históricas del movimiento de mujeres respecto a la necesidad de una ley orgánica que pusiera al máximo nivel público y jurídico la lucha contra la violencia de género, incluyendo la violencia ejercida contra las mujeres por sus parejas o ex parejas.

Recuadro 6. Derechos Sexuales y Reproductivos según la Ley 2/2010

En su artículo 3, la Ley marca los principios fundamentales que la rigen y reconoce como marco ideológico para el desarrollo de la protección de los DSR los siguientes parámetros:

- 1. En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisión es que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.*
- 2. Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida.*
- 3. Nadie será discriminado en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.*
- 4. Los poderes públicos, de conformidad con sus respectivas competencias, llevarán a cabo las prestaciones y demás obligaciones que establece la presente Ley en garantía de la salud sexual y reproductiva.*

Además de todas estas leyes, encontramos también en el ordenamiento jurídico español una serie de leyes que establecen fundamentos jurídicos que sostienen jurídicamente algún aspecto relacionado con la SDR, generalmente porque intervienen en salud, en educación, en los criterios de la investigación y en otros aspectos relacionados.

Todo este amplio marco legislativo viene acompañado además de un vasto desarrollo reglamentario que concreta las disposiciones recogidas en las leyes y que sería imposible de resumir en este informe, aunque en el cuadro 1 se recogen algunas de las más significativas. Igualmente, todo este desarrollo normativo ha implicado la adaptación progresiva del Código Penal español para ajustarse a las nuevas leyes aprobadas por el gobierno y garantizar así la máxima congruencia entre el estatus civil y penal de las personas.

Tabla 3. Leyes relacionadas con la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos

Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio, de Libertad Religiosa.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

La Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal que en su articulado recoge aquellos delitos que atentan contra la libertad e identidad sexual, en concreto, las **agresiones sexuales** (art. 178 – art. 180), los **abusos sexuales y el acoso sexual**.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que determina las actividades de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. En ella se regulan los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio, a la estructura general de la formación de profesionales, al desarrollo profesional y a su participación en la ordenación y planificación de las propias profesiones sanitarias.

La Ley 30/2003, de 13 de Octubre, sobre medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones normativas que elabore el gobierno.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En el anexo II dedicado a atención primaria, punto 6.2 de servicios de atención a la **adolescencia**, se hace referencia a la promoción de **conductas saludables en relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual**. Igualmente, en el punto 6.4, hay una sección específica de **atención a personas con VIH+ y enfermedades de transmisión sexual** con el objeto de contribuir al seguimiento clínico y mejora de su calidad de vida y evitar las prácticas de riesgo.

La Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En el anexo II dedicado a atención primaria, punto 6.2 de servicios de atención a la adolescencia, se hace referencia a la promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Igualmente, en el punto 6.4, hay una sección específica de atención de personas con VIH+ y enfermedades de transmisión sexual con el objeto de contribuir al seguimiento clínico y mejora de su calidad de vida y evitar las prácticas de riesgo.

Tabla 3. Leyes relacionadas con la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos

La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en la que a través del artículo 27 se recoge el compromiso para integrar el principio de igualdad de oportunidades en las políticas sanitarias.

La Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

La ley Orgánica 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas que permite el **cambio de la mención de sexo en los documentos oficiales**, incluyendo el registro civil y el Documento Nacional de Identidad siempre que se cumplan los requisitos expuestos en dicha ley.

Ley 9/2009, de 6 de octubre, de ampliación de la duración del permiso de paternidad en los casos de nacimiento, adopción o acogida.

Real Decreto 1615/2009, de 26 de octubre, por el que se regula la concesión y utilización del distintivo "Igualdad en la Empresa" (BOE de 03/11/2009).

Real Decreto 1224/2009, de 17 de julio, de reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral. (BOE de 25/08/2009).

Real decreto 298/2009, de 6 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad (BOE de 07/03/2009).

Real Decreto 297/2009, de 6 de marzo, sobre titularidad compartida en las explotaciones agrarias. (BOE de 26/03/2009).

Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural (BOE de 21/03/2009).

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENSSR

Por último, no hay que olvidar que en tanto que Estado descentralizado donde las Comunidades Autónomas cuentan con competencias legislativas en ámbitos como la salud, algunas regiones han aprobado su propia legislación en la materia. Esta normativa autonómica no siempre presenta novedades respecto a la normativa estatal, si no que fundamentalmente da cumplimiento o adapta las disposiciones que formula el Estado.

Tabla 4. Normativa autonómica relacionada con la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos

Canarias: Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias (11/94, de 26 de julio); Plan de Salud; III Plan Canario de Educación y Atención a la Sexualidad (2007-2010).

Cataluña: Decreto 283/1990 de 21 de Noviembre por el que se crea el Programa de Atención a la Mujer; Decreto 284/2004 de 11 de Mayo por el que se crea el programa de Atención a la salud Sexual y Reproductiva.

Comunidad Valenciana: Normativa de 1989, que regula las actuaciones de los Centros de Planificación Familiar.

Extremadura: Cartera de Servicios de Atención Primaria; Servicio 200 de Atención al Joven y Normativa de la dispensación gratuita de la Píldora del día siguiente.

Navarra: Decreto Foral 259/97 sobre las funciones de los CAM; Decreto Foral 115/2005 sobre las funciones del Instituto de salud pública.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENSSR

2.3. PRINCIPALES POLÍTICAS ESPECÍFICAS Y PROGRAMAS EN TEMAS DE IGUALDAD DE GÉNERO Y SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Las políticas de salud sexual y reproductiva están enmarcadas en las políticas sociales y sanitarias que desarrollan el gobierno español y las diferentes CCAA. Este marco político viene sustentado en un conjunto de acuerdos internacionales de los que España es parte y de los que se derivan responsabilidades en materia de salud y equidad de género, incluyendo aquellos aspectos relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos que ya se han mencionado.

Siguiendo los criterios de calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) y el mandato de la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, constituido por representantes de los sistemas de salud de cada una de las Comunidades Autónomas, aprobó en octubre de 2010, **la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR)**.

Inicialmente dicha estrategia se planteó como dos estrategias independientes: una de salud sexual y otra de salud reproductiva, esta última recogiendo el trabajo realizado durante la elaboración del **Protocolo de Atención al Parto Normal** propiciado por el Observatorio de Salud de la Mujer. No obstante, el desarrollo paralelo de la Ley 2/2010 llevó finalmente a aunar las dos estrategias en un mismo documento.

En la actualidad se está llevando a cabo una fase de evaluación de la ENSSR donde se analizarán los pasos de los últimos tres años y las acciones que se han venido realizando tanto por parte de la administración central del estado como por las diferentes CCAA. Una de las limitaciones que ya se prevén en el marco de esta evaluación es la falta de presupuesto asignado a la estrategia y por tanto la dependencia para su ejecución de la voluntad política de las CCAA.

Además de esta estrategia, existen otros planes que desarrollan políticas sectoriales relacionadas con la igualdad y la SSR.

Por un lado, el **Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2008-2011** que desarrolla cuatro principios rectores relacionados entre sí:

1. La redefinición del modelo de ciudadanía en concordancia con la igualdad de género.
2. El empoderamiento de las mujeres, en el sentido de valorar y fortalecer sus formas de hacer, de ejercer el poder y de relacionarse.
3. La transversalidad de la perspectiva de género, como herramienta que busca modificar las formas actuales de la política, de modo que se tomen como referencia las experiencias, las aportaciones de las mujeres, su modo de estar en el mundo y su conocimiento.
4. La innovación científica y tecnológica, como una de las principales fuerzas de cambio social.

Por otro, **el Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y Sida 2008-2012** del MSPSI reúne las políticas y estrategias contra la infección por VIH en España y es el principal instrumento de coordinación de las administraciones públicas, asegurando la cohesión y el compromiso, y estableciendo las líneas maestras para la acción en todos los sectores corresponsables en la respuesta a la epidemia. La sociedad civil participó en la elaboración del Plan pero de forma muy limitada y al final del proceso. En cambio, si tiene un papel activo en el Comité Asesor y Consultivo de ONG de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (COAC) y en la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida. Dicha comisión coordina el Plan pero su capacidad de rendición de cuentas es limitada. Además, el Plan, a pesar de estar finalizando, no tiene indicadores de evaluación y debe fortalecer más la perspectiva de género así como crear herramientas que lo vinculen a la ENSSR.

Recuadro 7. Principales Políticas y Programas en SSR e Igualdad de Género

- Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) (2010).
- Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2008-2011.
- Plan Multisectorial frente a la Infección por VIH y Sida 2008-2012.
- Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud (2007).
- Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género 2007 – 2008.
- Plan de Atención y Prevención de la Violencia de Género en Población Extranjera Inmigrante 2009-2012.
- Protocolo de Actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y de Coordinación con los Órganos Judiciales para la Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica y de Género (2005).
- Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del MSPSI (2006).
- Protocolo de Actuación y Coordinación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y Abogados y Abogadas ante la Violencia de Género (2007).
- Plan Integral de Lucha contra la Trata de Seres Humanos con Fines de Explotación Sexual (2009-2010).

A su vez, en el ámbito de la lucha contra la violencia de género destaca fundamentalmente el **Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género 2007-2008** y el **Plan de Atención Y Prevención de La Violencia de Género en Población Extranjera Inmigrante 2009-12**. El primero de ellos, se realizó desde el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales que anteriormente tenía competencia sobre este tema y sus objetivos estratégicos incluyen conseguir un cambio en el modelo de relación social. Este plan con vigencia de dos años, presupuesto y plan de evaluación sigue vigente tras haber pasado el periodo de dos años previstos. En cuanto al segundo, nace con el objetivo de crear las condiciones adecuadas para abordar el problema de la violencia de género atendiendo a las circunstancias específicas de la población extranjera con el objeto de mejorar la atención y la prevención desde una perspectiva global.

3. ACTORES EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

3.1. ACTORES GUBERNAMENTALES

Los organismos responsables de las políticas de equidad de género y SDR a nivel estatal son actualmente **el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI)** y el **Instituto de la**

Mujer. No obstante, merece la pena mencionar que desde 2004 hasta 2010, esta agenda estuvo gestionada de forma coordinada por el Ministerio de Igualdad y el Ministerio de Sanidad y Consumo, aunque éste primero fue suprimido, junto a otros Ministerios, tras una remodelación del gabinete de gobierno llevada a cabo en 2010. Tras esta remodelación el Ministerio de Igualdad se transformó en una Secretaría General de Igualdad dentro del MSPSI. La sociedad civil de forma mayoritaria expresó su disconformidad con la transformación del Ministerio de Igualdad en una Secretaría General, al considerarlo una pérdida de valor social y un retroceso para la agenda política de alto nivel impulsada por dicho ministerio.

El **Instituto de la Mujer** es otro de los actores clave en la implementación de las políticas de igualdad y SDR. Este ente autónomo, creado por la Ley 16/1983 de 24 de octubre y actualmente adscrito al MSPSI nace con la finalidad primordial, en cumplimiento y desarrollo de los principios constitucionales recogidos en los artículos 9.2 y 14, de promover y fomentar las condiciones que posibiliten la igualdad social de ambos sexos y la participación de las mujeres en la vida política, cultural, económica y social.



En cuanto a los aspectos relacionados con la violencia de género, se cuenta también con una **Delegación del Gobierno para la Violencia de Género**, que depende de la Secretaría de Igualdad del MSPSI y coordina las políticas estatales en dicha materia. Además, las diferentes CCAA tienen estructuras o instituciones similares a su nivel en el ámbito de la salud y la igualdad.

Además, destacan por su importancia y no solo por su especificidad en temas de SDR el **Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM)**, dependiente de la Dirección General de la Agencia de Calidad del MSPSI, y el **Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer**.

Desde su creación en el año 2004, el **Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM)** ha venido

ocupándose de los aspectos de equidad en el acceso y calidad de la atención en el sistema nacional de salud en los temas referentes a la atención en SSR. Su fin es promover la disminución de las desigualdades en salud por razón de género y para ello produce y difunde conocimiento y promueve la inclusión del enfoque de género y la equidad en las políticas y sistemas de salud. Su contribución a las políticas de SSR en España ha sido trascendental puesto que ha ejercido el máximo liderazgo en la elaboración de la ENSSR, la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud y el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Por último resaltar la importancia del consenso en todas las estrategias y por tanto de la voluntad de hacer partícipes a los diversos elementos que participan y contribuyen a la mejora de las políticas. No obstante el Observatorio de Salud de la Mujer, al no tener entre sus competencias establecer políticas en educación, tiene restringido su papel en los aspectos relacionados con la prevención.

Por su parte, el **Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer** es un órgano colegiado interministerial adscrito a la Secretaría de Estado de Igualdad a través de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Le corresponden funciones de asesoramiento, evaluación, colaboración institucional, elaboración de informes y estudios, y propuestas de actuación en materia de violencia de género¹⁸. La existencia de este Observatorio es igualmente clave en tanto que responsable de la recogida y publicación de los datos sobre violencia pero es necesario que mejore la recogida de datos sobre las mujeres agredidas incluyendo también del resto de expresiones de la violencia de género (trata, violencia sexual, etc.) y los datos de las mujeres que están siendo atendidas por los servicios especializados. Un reto pendiente es aumentar la participación de la sociedad civil en este organismo.

Órganos Parlamentarios

El Parlamento del Estado español, constituido por el Congreso y el Senado, es otro de los actores encargados de hacer seguimiento de las políticas implementadas por el gobierno y aprobar las medidas legislativas necesarias para garantizar la SDSR. En este sentido, existen tanto en el Congreso como en el Senado sendas **Comisiones Interparlamentarias de Igualdad** donde se discuten todas aquellas cuestiones relacionadas con la igualdad de género y los derechos de las mujeres así como sendas **Comisiones de Sanidad** donde se tratan aquellos temas más relacionados con salud. Igualmente, como cada CCAA tiene su propio parlamento regional, también encontramos **Comisiones de**

Recuadro 9. Otros Observatorios Regionales

- Observatorio de Salud Pública creado por la Agencia de Salud Pública de Barcelona, (Comunidad Autónoma de Cataluña)
- Observatorio de Salud Laboral creado por la Universidad Pompeu Fabra, (Observatorio Universitario de Barcelona)
- El Observatorio de Salud de Castilla La Mancha creado por la Fundación Socio Sanitaria de CM (FISCAM) (Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha)
- Observatorio de Políticas Públicas y Salud creado por la Universidad de Alicante, (Observatorio Inter-Universitario de Ámbito Internacional)
- Observatorio de Salud en Europa creado por la Escuela Andaluza de Salud Pública (Comunidad Autónoma de Andalucía)
- Observatorio de Salud Pública creado por el Gobierno de Cantabria (Comunidad Autónoma de Cantabria)

¹⁸ REAL DECRETO 253/2006, de 3 de marzo, por el que se establecen las funciones, el régimen de funcionamiento y la composición del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, y se modifica el Real Decreto 1600/2004, de 2 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Igualdad o de Mujer en cada uno de estos organismos.

Además, dentro de algunos parlamentos, existen unos **Intergrupos (3 operativos actualmente)** que forman parte del Foro Parlamentario Europeo en Población y Desarrollo (EPF) y cuyo secretariado está a cargo de la Federación de Planificación Familiar Estatal:

- el Intergrupo Parlamentario Español sobre Población, Desarrollo y Salud Reproductiva,
- el Intergrupo Parlamentario Catalán sobre Población, Desarrollo y Salud Reproductiva
- el Intergrupo Parlamentario Andalúz sobre Población, Desarrollo y Salud Reproductiva.

Órganos Consultivos

Sobre la participación de la sociedad civil hay que destacar que la Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, establece, en su artículo 78, el **Consejo de Participación de la Mujer**. Este es un órgano colegiado de consulta y asesoramiento que nace con el fin esencial de servir de cauce para la participación de las mujeres en la consecución efectiva del principio de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres y la lucha contra la discriminación por razón de sexo¹⁹. Este Consejo está constituido por una presidencia, dos vicepresidencias, una secretaria y 40 vocalías: 13 en representación de las Administraciones públicas, 20 de las organizaciones y asociaciones de mujeres, 4 en representación de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas a nivel estatal y 3 personas expertas de reconocido prestigio en el ámbito de la igualdad. Además, al Consejo de Participación de la Mujer le corresponde emitir un informe, si le es requerido por algún órgano competente en relación a los anteproyectos de leyes y anteproyectos de reales decretos de competencia estatal que regulen materias relacionadas con la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres y la lucha contra la discriminación por razón de sexo, así como, con carácter preceptivo, sobre el Plan Estratégico de Igualdad.

Para asegurar el cumplimiento de sus fines, el Consejo de Participación de la Mujer:

- elabora informes sobre propuestas, planes y programas que puedan afectar a la igualdad entre mujeres y hombres y formula propuestas y recomendaciones en esta materia;
- propone medidas para la promoción integral de la igualdad de trato y de oportunidades de mujeres y hombres, dentro del marco de competencias de la Administración General del Estado, y
- promueve o elabora estudios e iniciativas sobre materias de su competencia y el intercambio de experiencias, debates, discusiones y encuentros de organizaciones y asociaciones de mujeres de ámbito estatal, con el fin de proporcionarles información relativa a la realidad social de las mujeres.

Órganos de vigilancia de los derechos fundamentales

El artículo 54 de la Constitución española establece que una ley orgánica regulará la institución del Defensor del Pueblo como el Alto Comisionado de las Cortes Generales,

¹⁹ Real Decreto 1791/2009, de 16 de diciembre, por el que se regula el régimen de funcionamiento, competencias y composición del Consejo de Participación de la Mujer (BOE de 16/12/2009).

designado por éstas para la defensa de los derechos fundamentales, a cuyo efecto podrá supervisar la actividad de las Administraciones públicas. En cumplimiento de este mandato constitucional se promulgó la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, que regula la institución. El Defensor del Pueblo cuenta con una sección donde se estudian las quejas que afectan a asuntos de extranjería, registro civil, emigración, asuntos exteriores, libertad religiosa e igualdad de trato. Igual que en otros casos que hemos mencionado arriba, las CCAA también cuentan con Defensoría del pueblo. A través de la Ley 36/1985 de 6 de noviembre se regulan las relaciones entre la institución del Defensor del Pueblo y las figuras similares en las distintas comunidades autónomas²⁰.

Órganos de vigilancia de los derechos fundamentales

El artículo 54 de la Constitución española establece que una ley orgánica regulará la institución del Defensor del Pueblo como el Alto Comisionado de las Cortes Generales, designado por éstas para la defensa de los derechos fundamentales, a cuyo efecto podrá supervisar la actividad de las Administraciones públicas. En cumplimiento de este mandato constitucional se promulgó la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, que regula la institución. El Defensor del Pueblo cuenta con una sección donde se estudian las quejas que afectan a asuntos de extranjería, registro civil, emigración, asuntos exteriores, libertad religiosa e igualdad de trato. Igual que en otros casos que hemos mencionado arriba, las CCAA también cuentan con Defensoría del pueblo. A través de la Ley 36/1985 de 6 de noviembre se regulan las relaciones entre la institución del Defensor del Pueblo y las figuras similares en las distintas comunidades autónomas²¹.

Recuadro 10. Ejemplo de posicionamiento del Defensor del Pueblo en SDSR

En 2010, comparecieron ante el Defensor del Pueblo un total de veintiún ciudadanas/os demandando la interposición de recurso de inconstitucionalidad contra la Ley Orgánica 2/2010 de SSR e interrupción voluntaria del embarazo.

El Defensor del Pueblo desestimó el apoyo a este recurso considerando que: *“es importante tener presente que el Tribunal Constitucional, en Sentencia 53/1985, de 11 de abril, ya reconoció la constitucionalidad de la interrupción voluntaria del embarazo eugenésico y que las condiciones fijadas para dicha interrupción en la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, son sustancialmente iguales a las ahora vigentes según la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo*

3.2. ACTORES DE LA SOCIEDAD CIVIL

La sociedad civil española en toda su diversidad es un actor activo en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos pero es preciso hacer referencia sobre todo al movimiento feminista como un actor especialmente destacado que ha impulsado muchos de los logros que se han conseguido para las mujeres en las últimas décadas.

Junto a las mujeres, asociaciones y colectivos integrantes de este movimiento también encontramos otras asociaciones que trabajan e impulsan los DSR en España desde distintos ámbitos, entre ellas, la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), el Centre d'Anàlisi i

²⁰ BOE, nº 271, de 12 de noviembre de 1985.

²¹ BOE, nº 271, de 12 de noviembre de 1985.

Programes Sanitaris, la Federaci3n de Asociaciones de Matronas de Espa1a, Creaci3n Positiva, Cat3licas por el Derecho a Decidir, Mujeres por la salud y la Paz, la Federaci3n Estatal de Lesbianas, Gays, transexuales, bisexuales (FELGTB) o a la red CESIDA que agrupa a la mayor1a de las organizaciones, entidades e instituciones nacionales e internacionales, del movimiento asociativo que aborda la realidad del VIH/sida en todo el Estado espa1ol.

Tabla 5. Algunas organizaciones que defienden o trabajan en el 1mbito de la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

ORGANIZACI3N	1MBITO
Asociaci3n El Parto es Nuestro	Derecho al parto no medicalizado.
Asociaci3n Espa1ola de Androlog1a	Derecho a la salud sexual.
Asociaci3n Espa1ola de Especialistas en Sexolog1a	Derecho a la salud sexual.
Asociaci3n Espa1ola de Pediatr1a. Comit3 de Lactancia Materna	Derecho lactancia.
Asociaci3n Estatal de Profesionales de la Sexolog1a	Derecho a la salud sexual
Asociaci3n La Liga de la Leche	Derecho lactancia
Asociaci3n Mujeres para la Salud	Derecho a la salud sexual y reproductiva.
Calscicova	Derecho a la salud sexual. VIH.
CAPS	Derecho a la salud.
Cat3licas por el Derecho a Decidir	Derechos sexuales y reproductivos.
Centro de Estudios de g3nero y Masculinidades	Derecho a la salud sexual.
Comit3 Primer de desembre (plataforma catalana unit1ria de ONG de sida)	Derecho a la salud sexual. VIH.
Comit3 Espa1ol de Representantes de Minusv1lidos	Derecho a la salud sexual y reproductiva.
Confederaci3n Colegas de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales de Espa1a	Estatal. Derecho a la salud sexual y reproductiva.
Federaci3n de Asociaciones de Matronas de Espa1a (FAME)	Derecho a la salud sexual y reproductiva.
Federaci3n de Asociaciones de Mujeres Rurales	Derecho a la salud sexual y reproductiva.
Federaci3n de Mujeres J3venes	Derecho a la salud sexual y reproductiva.
Federaci3n de Mujeres Progresistas	Derecho a la salud sexual y reproductiva.
Federaci3n Espa1ola de Sociedades de Sexolog1a	Derecho a la salud sexual .
Iniciativa para la Humanizaci3n de la Asistencia al Nacimiento y Lactancia (IHAN).	Derecho a la lactancia.
M3dicos del Mundo	Derecho a la salud sexual y reproductiva

Tabla 5. Algunas organizaciones que defienden o trabajan en el ámbito de la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

ORGANIZACIÓN	ÁMBITO
Mujeres por la Salud y la Paz	Derecho a la salud sexual y reproductiva.
Plataforma por una maternidad libre, por un aborto seguro	Derecho a la salud sexual y reproductiva.
Red 2002	Derecho a la salud sexual y reproductiva.
Sociedad Española de Contracepción	Derecho a la salud reproductiva.
Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia	Derecho a la salud sexual y reproductiva.
Sociedad Española de Intervención en Sexología	Derecho a la salud sexual y reproductiva.
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)	Derecho a la salud sexual y reproductiva.
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia	Derecho a la salud sexual y reproductiva.
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria	Derecho a la salud.
Sociedad Española de Neonatología	Derecho a la salud reproductiva.
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria	Derecho a la salud sexual y reproductiva.
Federación de Asociaciones de Enfermería	Derecho a la salud sexual y reproductiva.

Fuente: elaboración propia

Junto a la base social que promueve y defiende la SDSR, **existen también organizaciones que se muestran contrarias a estos derechos.** Así, por ejemplo, el Foro de la Familia, aboga por la derogación de la ley que amplía la definición civil de matrimonio a las uniones entre personas del mismo sexo y por la aprobación de una regulación sobre la adopción que garantice el derecho de las/os menores a tener una madre y un padre, impidiendo así, que los matrimonios entre personas del mismo sexo puedan optar a adoptar hijas/os. El foro también es contrario a la ley de SSR e IVE, a la ley integral contra la violencia de género y a los programas de educación afectivo-sexual y de valores que promulguen los Derechos Humanos. **E-Cristians** por su parte es otra de las grandes organizaciones que impulsa la denuncia a las clínicas acreditadas para la IVE, rechazan el matrimonio entre personas del mismo sexo y son contrarios a la Educación para la Ciudadanía. Esta asignatura que se imparte en educación secundaria promueve entre otros valores, el derecho a la diversidad y por tanto a la diversidad sexual.

Tabla 6. Organizaciones contrarias a los Derechos Sexuales y Reproductivos reconocidos por los instrumentos de Derechos Humanos de Naciones Unidas

ORGANIZACIÓN	ÁMBITO
Fundaciones Red Madre y Familia	Asociaciones de defensa de la familia tradicional Asociación anti derecho a la diversidad y a los DSR
Asociación de Víctimas del Aborto (AVA)	Asociación anti derecho a la maternidad libre y responsable
Confederación Católica de Padres de Alumnos (CONCAPA)	Asociaciones de padres en defensa de la familia tradicional. Asociación anti derecho a la educación en DDHH, diversidad y los DSR
Federación Española de Asociaciones Pro-Vida (FEAPV);	Asociación anti derecho a la maternidad libre y responsable
Plataforma Cívica por la Defensa y la Promoción de la Familia(PCdpF) Institución Familiar,Asociación de Telespectadores y Radioyentes (ATR) Asociación Católica de Propagandistas (ACdP); Plataforma PRO-Familia (PROFAM); Plataforma Familiar de la Comunidad Valenciana; Profesionales por la Ética (PPE); Evangelium Vitae; Unidos por la Vida; Unión Familiar Española (UFE)	Asociación de defensa de la familia tradicional. Asociación anti derecho a la diversidad y a los DSR
SOS Familia ;Asociación Española de Profesores de Planificación Familiar Natural (RENAFER); Asociación para la Renovación y Cultural y Pedagógica (ARCYP); Asociación Universitaria NASCITURUS; Aula Familiar;	Asociación de defensa de la familia tradicional. Asociación anti derecho a la diversidad y a los DSR Asociaciones anti derechos a una información basada en la evidencia científica y en educación en valores y DDHH
Proyecto Mujer, Familia y Trabajo; Cooperación Social; Desarrollo Integral de la Familia; Instituto de Política Familiar (IPF); Federació d'Associacions de Pares d'Escoles Lliures (FAPEL);Federación de APAS de los Colegios de Fomento (FAPACE); Federación de Asociaciones de Antiguos Alumnos de los Colegios de Fomento Federación de Escuelas Familiares Agrarias de Andalucía; Federación Española de Familias Numerosas (FEFN); Federación Ibérica de Asociaciones de Telespectadores y Radioyentes (FIATYR); Foro Andaluz de la Familia; Fundación Hogar y Familia; Fundación Vida; Grup d'Entitats Catalanas de la Familia (GEC); Hogares de Santa Maria; Institución Familiar; Instituto de Estudios Familiares (IDEFA);Instituto de Iniciativas de Orientación Familiar (IIOF) ;Instituto de Política Familiar (IPF)	Asociaciones de defensa de la familia tradicional Asociación anti derecho a la diversidad y a los DSR Asociaciones anti derechos a una información basada en la evidencia científica y en educación en valores y DDHH

Fuente: elaboración propia

4. MECANISMOS PARA EL DIÁLOGO Y LA CONCERTACIÓN EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

El mecanismo a nivel estatal para el diálogo y concertación sobre las políticas en SSR se traduce en la participación en los comités creados en el marco del **OBSERVATORIO DE SALUD DE LA MUJER DEL MSPSI**. Para la elaboración de la Estrategia de SSR se contó con:

- un **Comité Institucional** formado por personas designadas de las CCAA, y
- un **Comité Técnico** integrado por una amplia representación de sociedades científicas, organizaciones sociales y personas expertas en salud sexual.

Tabla 7. Funcionamiento del Observatorio de Salud de la Mujer

FUNCIONES COMITÉ INSTITUCIONAL	FUNCIONES COMITÉ TÉCNICO
<p>Colaborar aportando la información disponible e identificando las necesidades de actuación prioritarias en salud sexual</p> <p>Valorar la pertinencia y viabilidad de los objetivos y recomendaciones propuestos</p> <p>Validar los contenidos de la propuesta de salud sexual para su presentación ante el Consejo Interterritorial de</p>	<p>Colaborar y asesorar en los objetivos y las recomendaciones, a través de la aportación de la información científica y técnica pertinente.</p>

Fuente: elaboración propia

Estos dos Comités trabajaron de forma conjunta e interactiva, tanto a través de reuniones presenciales, como a través de la plataforma virtual de trabajo en red e- Room, propia del MSPS, y mediante correos electrónicos. Igualmente para la elaboración de la Estrategia Nacional del Parto Normal del Sistema Nacional de Salud se trabajó con una metodología similar.

En relación con el seguimiento y avance de las políticas de igualdad, existe el **Consejo de Participación de las Mujeres** el órgano de interlocución entre las asociaciones de mujeres de ámbito estatal y las administraciones públicas. Su creación es un logro de las asociaciones de mujeres que durante muchos años trabajaron para conseguir que se las reconociera el mismo nivel de interlocución con los poderes públicos que el resto de movimientos sociales (sindicatos, jóvenes, etc.). Está constituido por una presidencia, dos vicepresidencias, una secretaria y 40 vocalías; 13 en representación de las Administraciones públicas, 20 en representación de asociaciones de mujeres (elegidas por el movimiento de mujeres), 4 en representación de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas a nivel estatal y 3 personas expertas de reconocido prestigio en el ámbito de la igualdad que son Ana Peláez, Inés Alberdi y Laura Muñoz²². Sus órganos de gobierno son:

La **Comisión Permanente del Consejo** cuyos miembros son elegidas/os en plenario. Esta comisión está presidida por Leire Pajín, ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad; Bibiana Aído, secretaria de Estado de Igualdad es la vicepresidenta primera y, la segunda, Yolanda

²² Algunas plataformas como la COMPI consideran que a pesar de los esfuerzos por generar y potenciar la participación y el diálogo conjunto, el Consejo de la Mujer continúa siendo mayoritariamente institucional y de escaso valor para la rendición de cuentas y exigen un espacio más transparente y democrático.

Besteiro, presidenta de la Federación de Mujeres Progresistas; como vocales, están Asociación Dones No Estandars, Federación de Asociaciones de Asistencia a Mujeres Violadas, Red Feminista de Derecho Constitucional, una representante del ministerio de la Presidencia, una representante de UGT e Inés Alberdi. Finalmente, Laura Seara, directora del Instituto de la Mujer, es la Secretaria.

El **Pleno del Consejo** que puede crear los Grupos de Trabajo que estime pertinentes y está integrado por representantes de todos los departamentos ministeriales, de CCAA y municipios, de los agentes sociales (UGT, CC.OO, CEOE y CEPYME), y por organizaciones y asociaciones de mujeres como Asociación Clara Campoamor, Asociación de Familias y Mujeres del Medio Rural, Asociación de Mujeres Gitanas "Arbolea", Asociación de Mujeres Investigadoras y Tecnólogas, Asociación de Mujeres Juristas "Themis", Asociación de Mujeres Opañel, Asociación de Mujeres para la Salud, Asociación Dones No Estandars, Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres, Confederación de Federaciones de Asociaciones de Viudas Hispania, Confederación Nacional de Mujeres en Igualdad, Federación de Asociaciones de Asistencia a Mujeres Violadas, Federación de Asociaciones de Mujeres Solteras, Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales, Federación de Asociaciones de Mujeres Progresistas, Federación Española de Cáncer de Mama, Federación Nacional de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas, Organización de Mujeres Empresarias y Gerencia Activa, Red Feminista de Derecho Constitucional.

Aunque el Consejo se constituye formalmente en marzo de 2011 no ha mantenido hasta el momento ninguna reunión. Su creación generó cierta controversia respecto a la necesidad de incorporar o no a las organizaciones mixtas que trabajan en el ámbito de la igualdad de género pero que no están constituidas como asociaciones de mujeres. Finalmente, a pesar de las demandas de estas organizaciones por participar se decidió limitar la presencia en el Consejo a las asociaciones de mujeres. Por otro lado, algunas voces de la sociedad civil consideran que a pesar de los esfuerzos por generar y potenciar la participación y el diálogo conjunto, el Consejo de la Mujer continúa siendo mayoritariamente institucional y de escaso valor para la rendición de cuentas y piden que éste sea un espacio más transparente y democrático.

Aquellas asociaciones que lo deseen pueden ser vocales del mismo durante un mandato de 5 años y para ello deben presentar la solicitud correspondiente y la documentación acreditativa en el plazo habilitado por el Ministerio de Igualdad. Con todas las solicitudes admitidas se elabora el censo electoral definitivo en base al cual se celebrará la elección posterior. A las asociaciones elegidas les corresponde entre otras funciones participar en los debates y efectuar propuestas relacionadas con los fines del Consejo, participar en los grupos de trabajo que se constituyan, ejercer el derecho de voto, acceder a la información necesaria para cumplir sus funciones y ser informadas de la convocatoria anual de subvenciones.

En cuanto al procedimiento de funcionamiento, éste está establecido en el Real Decreto 1791/2009 de 20 de noviembre. Como hemos señalado arriba es necesario que el Consejo comience a mantener reuniones periódicas para ver cómo funciona y evaluar su eficacia como mecanismo de diálogo e incidencia en la elaboración de las políticas públicas.

5. CONCLUSIONES

En los últimos 10 años, el Estado Español ha vivido un avance sin precedentes en el respeto y protección de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. A través del desarrollo de diferentes medidas y políticas, el estado español ha ampliado el marco de garantía de estos derechos alineándose así con los principales instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, la eliminación de la violencia contra las mujeres, la equidad, y los DSR,

que ha ratificado entre ellos la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

Entre las principales políticas desarrolladas destacan la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo que viene a dar respuesta a la mayoría de las reivindicaciones de la sociedad civil pro derechos sexuales y reproductivos. Además, España cuenta con una Ley de Protección Integral contra la Violencia de Género que nace con la intención de abordar la violencia de género de forma integral y garantiza los derechos de las mujeres víctimas de violencia con independencia del origen, religión o cualquier otra circunstancia personal o social.

España cuenta con diversas políticas relevantes en el ámbito de la igualdad de género y la SDR destacando sobre todo: la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2008-2011, el Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y Sida 2008-2012 y la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud.

La desaparición del Ministerio de Igualdad ha supuesto un retroceso en el apoyo institucional a políticas de igualdad. Tras la desaparición del Ministerio de Igualdad, el organismo responsable de las políticas de equidad de género y SDR en España es actualmente el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI). La sociedad civil de forma mayoritaria expresó su disconformidad con la transformación del Ministerio de Igualdad en una Secretaría General, al considerarlo una pérdida de valor social y un retroceso para la agenda política de alto nivel impulsada por dicho ministerio.

El Observatorio de la Salud de las Mujeres y el Observatorio Estatal contra la Violencia de Género son los dos organismos responsables del seguimiento de las políticas de igualdad y SDR a nivel central. el Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM), dependiente de la Dirección General de la Agencia de Calidad del MSPSI, y el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. El primero ha venido ocupándose de los aspectos de equidad en el acceso y calidad de la atención en el sistema nacional de salud en los temas referentes a la atención en SSR mientras que al segundo le corresponden funciones de asesoramiento, evaluación, colaboración institucional, elaboración de informes y estudios, y propuestas de actuación en materia de violencia de género.

Recuadro 11. Recomendaciones del Informe elaborado por Creación Positiva en el Marco de la iniciativa internacional por los Derechos Sexuales

- Considerar la posibilidad de **modificar la legislación penal de manera que el delito de trata de personas abarque específicamente la trata con fines de explotación sexual.**
- Redoblar los esfuerzos para seguir **incorporando al sistema educativo**, en todos sus niveles, en los planes de estudios escolares y los programas de educación al público, el **respeto por los derechos humanos**, especialmente los relacionados con la **no discriminación y la tolerancia de la diversidad y con especial atención a los derechos de las mujeres.**

La sociedad civil española en toda su diversidad es un actor activo en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos y es preciso hacer referencia sobre todo al movimiento feminista como un actor especialmente destacado que ha impulsado muchos de los logros que se han conseguido para las mujeres en las últimas décadas.

El mecanismo para el diálogo y concertación sobre las políticas en SSR son los comités

técnicos que elaboran y realizan el seguimiento de las Estrategias del Observatorio de Salud de la Mujer del MSPSI. Tanto las CCAA como entidades de la sociedad civil y asociaciones de profesionales han participado en los comités creados para la elaboración de las distintas estrategias y el reto en el futuro reside en articular, tal como recomienda la ENSSR, un espacio formal de interlocución política entre las administraciones públicas y la sociedad civil organizada para la toma de decisiones en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

El Consejo de Participación de la Mujer es el espacio de diálogo y consenso para el seguimiento de las políticas de igualdad aunque en la actualidad exclusivamente se ha constituido de forma formal y no ha mantenido ninguna reunión. Está constituido por una presidencia, dos vicepresidencias, una secretaría y 40 vocalías; 13 en representación de las Administraciones públicas, 20 en representación de asociaciones de mujeres (elegidas por el movimiento de mujeres), 4 en representación de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas a nivel estatal y 3 personas expertas de reconocido prestigio en el ámbito de la igualdad.

No existen mecanismos de rendición de cuentas que permitan una participación directa de la sociedad civil en el seguimiento de las políticas públicas relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Recuadro 12. Recomendaciones y Posicionamiento emitidos por Organismos de Derechos Humanos en Materia de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en España

Durante el Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos de NNUU de mayo de 2010, se ha instado a España a:

- *“persistir en sus esfuerzos por **reducir las tasas de embarazos no deseados, entre otras cosas facilitando y haciendo más asequibles los servicios de salud sexual y reproductiva, al igual que la información y los servicios de planificación familiar**”*
- *“que garantizara la **aplicación efectiva de sus estrategias contra el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual**”.*
- *“que supervisara cuidadosamente la **prestación de los servicios de salud, de modo que pudieran responder a todas las necesidades de las mujeres en materia de salud teniendo en cuenta la perspectiva de género**”.*

Por otro lado, el CESCR (Committee on Economic, Social and Cultural Rights) ha expresado inquietudes en la misma línea y Creación Positiva en el informe elaborado en el marco de la Iniciativa Internacional por los Derechos Sexuales^{Mark}, que recogió la Comisión de DDHH de Naciones Unidas, puso sobre la mesa algunos de los aspectos que vulneran determinados derechos sexuales y reproductivos en España. Entre estos factores encontramos:

- la restricción del acceso a la IVE
- la falta de educación sexual obligatoria
- la realización de pruebas obligatorias del VIH a mujeres embarazadas
- el acceso a servicios especializados de violencia a mujeres con VIH
- la patologización de la transexualidad
- el acceso a los servicios de asignación de género.

6. RECOMENDACIONES Y PRIORIDADES PARA LA INCIDENCIA POLÍTICA EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ESPAÑA

El siguiente cuadro recoge las principales recomendaciones del capítulo e identifica áreas de acción para la incidencia en Salud Sexual y Reproductiva en España.

Tabla 8. Recomendaciones para la Incidencia Política en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

MANTENIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DE LA LEGISLACIÓN, POLÍTICAS E INICIATIVAS RELEVANTES PARA LA SALUD Y LOS DSR

- **Incluir en toda legislación, políticas y acciones en materia de Sexualidad y Reproducción el enfoque de derechos** no sólo tener en cuenta el sanitario.
- **Garantizar la Equidad:** territorial – servicios y aplicación de la legislación equivalentes en distintas CCAA; a lo largo del ciclo de vida, adecuación a necesidades diferentes; intercultural y en la diversidad sexual.
- **Aplicar medidas, políticas e iniciativas con presupuestos específicos** para poder desarrollar, monitorear y evaluar la aplicación efectiva de la legislación vigente.
- **Impulsar y asegurar la adopción de un Pacto de Estado en materia de SDR** que garantice la defensa de los derechos de las mujeres de acuerdo a los instrumentos internacionales firmados.
- **Reforzar los sistemas de monitoreo y evaluación que permitan conocer el grado de implementación real de las políticas públicas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos.** Contar con mecanismos adecuados de seguimiento y evaluación de impacto respecto a la aplicación y resultados de las políticas públicas relevantes incluyendo Indicadores que permitan realizar análisis desde el enfoque de derechos relacionando diferentes aspectos que pueden estar relacionados: la violencia sexual, aborto, etc..

MECANISMOS DE INTERLOCUCIÓN POLÍTICA Y DE RENDICIÓN DE CUENTAS

- Poner en marcha **más y mejores canales de participación y articulación de todos los actores sociales para la definición, implementación y rendición de cuentas.**
- Articular, como recomienda la ENSSR, un **espacio formal de interlocución política** entre las administraciones públicas y la sociedad civil organizada para la toma de decisiones en la promoción de la salud sexual y reproductiva.
- **Implementar mecanismos formales de rendición de cuentas** – con una participación directa de la sociedad civil y vinculante- sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos y el impacto de las iniciativas estatales para garantizarlos.

FORTALECIMIENTO DE REDES Y OSC

- **Fortalecer el trabajo en red de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en SDR y su vinculación con otros movimientos** (Ej. el de derechos humanos).
- **Asegurar la Financiación pública adecuada a OSCs** que trabajan en la promoción de los DSR.

Tabla 8. Recomendaciones para la Incidencia Política en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

EDUCACIÓN SEXUAL y EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> - Tal y como recoge la Ley 2/2010, transversalizar la educación afectivo-sexual en el currículo educativo en todas las comunidades autónomas de forma homogénea respecto a tiempo y recursos. - Incluir la educación afectivo-sexual en la educación primaria, secundaria y universitaria con enfoque bio-psico-social, cultural, de derechos y de género, con especial énfasis en reforzar la formación relacionada con la IVE, el parto normal y demás cuestiones tradicionalmente excluidas de la formación médica. - Aumentar las campañas y recursos educativos en materia de educación afectivo-sexual. Movilizar el cambio social a favor de los DSR a través de campañas y acciones educativas que lleguen a la sociedad en general y especialmente a los y las jóvenes, reforzando el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte integral de los derechos humanos y la responsabilidad de la sociedad civil en su promoción y seguimiento.
SALUD SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar otros aspectos más allá de los embarazos no deseados y la prevención de ITS-VIH desde el enfoque de derechos sexuales y de género, el fortalecimiento de la autonomía de las mujeres y la atención en sexualidad.
VIOLENCIA DE GÉNERO	<ul style="list-style-type: none"> - Armonizar los sistemas de información sobre violencia de género y mejorar la recogida de información en todos los ámbitos ampliando el abordaje sobre violencia sexual. - Reforzar las medidas de lucha contra la violencia de género, los dispositivos y ayudas a favor de quienes la sufren, prestando especial atención a las mujeres mayores en el mundo rural, inmigrantes, niños y niñas hijas/os de víctimas. - Impulsar un abordaje de la violencia sexual más amplio más allá de las agresiones sexuales. - Impulsar la modificación de la legislación penal de manera que el delito de trata de personas abarque específicamente la trata con fines de explotación sexual.
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	<ul style="list-style-type: none"> - Avanzar en la homogeneización de los servicios de salud sexual e interrupción voluntaria del embarazo en todas las CCAA a efectos de eliminar las barreras existentes, garantizar el acceso equitativo a los mismos dentro de todo el territorio español y de cara también a reducir el aborto inseguro.
ATENCIÓN AL PARTO	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar impulsando la aplicación de la EAPN en todas las CCAA y la mejora de la atención en calidez y calidad de forma que todas las mujeres puedan dar a luz de forma no medicalizada si lo desean.
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar de forma efectiva el acceso gratuito a la variedad más amplia posible de métodos de anticoncepción a través del sistema público de salud. - Ampliar la financiación de la anticoncepción de emergencia a las CCAA que aún no la aplican y elaborar un protocolo común para el SNS que establezca las condiciones de su prestación en los servicios de salud.

Tabla 8. Recomendaciones para la Incidencia Política en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	<ul style="list-style-type: none">- Mejorar la Atención en Salud Reproductiva: desarrollar en todos los centros del sistema público acciones para incluir a las mujeres embarazadas en programas de seguimiento del embarazo; normativas que coloquen el bienestar de las mujeres en el centro de los protocolos de atención al embarazo, el parto y el postparto.- Mejorar la Atención en Salud Sexual: servicios de calidad homogéneos con abordaje integral (no sólo prevención de ITS y embarazo) en todos los sistemas públicos de salud y educación. Eliminar las barreras en la entrega y acceso a anticoncepción de emergencia (gratuita en ocho CCAA) a través de un protocolo común.- Impulsar un mayor acceso a los servicios de cambio de identidad de género.
----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: elaboración propia



2 LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA

CAPÍTULO 2: LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA

1. INTRODUCCIÓN

Desde inicios de la década de los años 70 España cuenta con instancias gubernamentales para la coordinación de la cooperación internacional. Sin embargo, no es hasta 1981 cuando oficialmente deja de ser considerado país receptor de ayuda y hasta 1991 cuando se incorpora al Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE).

La composición de la cooperación española es diversa y en ella confluyen entidades públicas de nivel central y descentralizado, así como organizaciones de la sociedad civil y otros actores privados. El principal agente a nivel central es el Ministerio de Asuntos Exteriores

y de Cooperación (MAEC), cuyas políticas se definen a través de la Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (DGPOLDE). El órgano estatal responsable de la ejecución y gestión de las políticas en esta materia es la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Otros actores públicos como ministerios y universidades realizan también iniciativas de cooperación. A la acción a nivel central se suma la impulsada por gobiernos autonómicos y locales, así como las iniciativas de otras entidades como las Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo (ONGDs).

2. LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

En las últimas dos décadas el estado español se ha dotado de un marco normativo en materia de cooperación al desarrollo, que se complementa con los compromisos adquiridos a nivel internacional en materia de desarrollo y derechos humanos. Los derechos sexuales y reproductivos se han integrado paulatinamente al marco normativo de cooperación al desarrollo, y constituyen actualmente uno de los elementos clave en la política oficial de cooperación al desarrollo en el plano formal.

2.1. MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

El Estado español, como miembro de la comunidad internacional, ha contraído responsabilidades con respecto a la realización del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Además de los compromisos específicos en materia de derechos sexuales y reproductivos descritos en el capítulo 1 de este documento existen otros tratados internacionales:

- El **Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC)**, la **Convención de Derechos del Niño (CDH)** y la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)**, de los que España es parte, señalan el papel de los estados en el cumplimiento progresivo de los derechos que reconocen y mencionan específicamente la cooperación y asistencia internacional como medios para alcanzar estos objetivos.
- Por su parte, el **Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra las Mujeres** ha considerado que la responsabilidad del cumplimiento de la **CEDAW (Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra las Mujeres)** por los Estados Parte incluye las políticas de cooperación y asistencia internacional.
- Adicionalmente, la **Recomendación General No. 14 del Comité DESC** destaca la salud reproductiva como una prioridad que los donantes deben considerar al apoyar a otros estados para cumplir sus obligaciones relativas al derecho a la salud.
- Otros acuerdos internacionales reafirman compromisos más específicos como la dedicación del 0,7% de la Renta Nacional Bruta de los países donantes para Ayuda Oficial al Desarrollo y recogen otros como el incremento sostenido de la financiación en materia de población y salud reproductiva, la incorporación de los derechos humanos y la equidad de género como elementos esenciales para el desarrollo humano y el acceso universal a la salud reproductiva como **Metas de Desarrollo del Milenio**.

Tabla 1. Acuerdos Internacionales en Materia de Cooperación y SSR

<p>Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994)</p>	<p>Enmarcan los temas de población en el enfoque de derechos y de desarrollo humano. Reconocen los vínculos entre el empoderamiento de las mujeres y el desarrollo. Definen la salud y los derechos reproductivos. Establecen el rol y responsabilidades de la cooperación internacional en este campo. Establecen metas para el financiamiento de la salud reproductiva.</p>
<p>Conferencias de Seguimiento: Cairo + 5 (1999), Cairo + 10 (2004), Cairo + 15 (2009)</p>	
<p>Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (1995)</p>	<p>Subrayan la equidad de género como elementos <i>sine qua non</i> para el desarrollo y los derechos humanos. Definen los derechos sexuales. Exhortan a la comunidad internacional a integrar la perspectiva de género en todos los asuntos relacionados con la asistencia y la cooperación internacionales.</p>
<p>Conferencias de seguimiento: Beijing + 5 (2000), Beijing + 10 (2005) y Beijing + 15 (2010)</p>	
<p>Cumbre del Milenio (2000)</p>	<p>Definen la agenda de la comunidad internacional para la erradicación de la pobreza desde un enfoque de derechos humanos, incluyendo aspectos como el empoderamiento de las mujeres y la salud materna. El seguimiento de los ODM ha implicado una reflexión sobre el papel de la SDRS como elemento clave para la erradicación de la pobreza.</p>
<p>Cumbres Mundiales de seguimiento: ODM +5 (2005) y ODM + 10 (2010)</p>	

Fuente: elaboración propia

2.2. MARCO ESTATAL

2.2.1. Legislación Estatal en Materia de Cooperación e Igualdad

Las dos principales normas que establecen el marco legislativo en materia de igualdad entre hombres y mujeres y cooperación a nivel estatal son la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo y la Ley Orgánica para la Igualdad Efectiva de Hombres y Mujeres. El siguiente cuadro recoge sus principales postulados.

Tabla 2. Legislación Estatal en Materia De Cooperación e Igualdad

<p>Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo (1998)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Establece como principios la defensa y promoción de los derechos humanos y las libertades fundamentales, la paz, la democracia y la participación ciudadana en condiciones de igualdad para mujeres y hombres. - Define la erradicación de la pobreza como fin para la cooperación española - Coloca los servicios sociales básicos y específicamente la salud como prioridades sectoriales - Establece que la política de la cooperación española se define a través de planes directores y planes anuales.
--------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 2. Legislación Estatal en Materia De Cooperación e Igualdad

Ley Orgánica para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (2007)	<ul style="list-style-type: none">- Reafirma el carácter transversal del principio de igualdad entre hombres y mujeres para todas las políticas y actuaciones en materia de cooperación.- Establece el desarrollo de una Estrategia Sectorial de Igualdad entre Mujeres y Hombres.- Plantea la integración del principio de igualdad y el Enfoque de Género en Desarrollo (GED), en todos los niveles de gestión de la Administración española en materia de cooperación.
---------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia en base a Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo y la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

2.2.2. Instrumentos de la Cooperación Española

El principal instrumento para la regulación de la cooperación estatal es la **Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo²³ de 1998**. En el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, otra importante normativa es la **Ley Orgánica para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres²⁴ de 2007**, que introduce la integración del enfoque de Género y Desarrollo en todos los niveles de la política estatal de cooperación. Con respecto a los instrumentos políticos, a mediados de la década pasada se elaboran varias estrategias sectoriales para la cooperación española, entre las que se incluyen las **Estrategias Sectoriales de Género y Salud aprobadas en 2007**.

Otro instrumento clave para la definición del rol de la cooperación española son los planes directores, que tienen un periodo de vigencia de cuatro años. El último aprobado es el **Plan Director 2009-2012** donde se plasma buena parte del contenido del Pacto de Estado contra la Pobreza, suscrito en 2007 por todos los grupos con representación parlamentaria a instancias de la Coordinadora ONGD-España.

La definición de los resultados de desarrollo y de los sectores e instrumentos a utilizar en cada caso se realiza mediante **Marcos de Asociación**, que el Plan Director constituye como los principales mecanismos de planificación de la cooperación en cada país, determinando como principales criterios para la definición de sectores la contribución a los resultados establecidos y la coherencia con el escenario de división del trabajo con otros donantes. La participación de la sociedad civil en relación a los marcos se ha dispuesto mediante dos mecanismos: el Grupo Estable de Coordinación (GEC) en el que participa la sociedad civil española presente en el país y el Grupo Mixto de Coordinación (GMC), donde se incluye a actores diversos, incluyendo la sociedad civil española y local. Hasta que los Marcos de Asociación queden establecidos con los países socios programados y para el resto de países socios, los Documentos de Estrategia País (DEPs) y los Planes de Actuación Especial (PAEs) siguen vigentes.

Los Documentos de Estrategia País (DEPs) establecen las acciones y las estrategias sectoriales a desarrollar en cada uno de los países prioritarios.

Los **Planes de Actuación Especial (PAEs)** determinan la estrategia del conjunto de los actores de la Cooperación Española al Desarrollo en un país determinado definido como País Preferente o País de Atención Especial.

²³ Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

²⁴ Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres.

A nivel operativo, las políticas estatales se concretan en **Planes de Actuación Sectorial** – de reciente elaboración – en los que define prioridades para la acción los distintos sectores en el marco del actual Plan Director.

Además, la implementación del Plan Director se programa a través de **Planes Anuales de Cooperación Internacional (PACIs)** que plantean la distribución de la Ayuda al Desarrollo durante el período anual establecido.

2.3. SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LOS INSTRUMENTOS DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en las Estrategias Sectoriales

La **estrategia de Género en Desarrollo** de la Cooperación Española²⁵ de 2006 basa su articulación en los derechos humanos de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos aparecen como tema clave al hablar de salud, empoderamiento y género en desarrollo. La salud sexual y reproductiva deja de ser un objetivo en sí misma, y se traslada el **énfasis hacia la promoción del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y sostiene una visión integral de la salud de las personas en todo el ciclo de vida** tal y como explicita el mandato de la Plataforma de El Cairo. Para lograrlo las acciones que se establecen como prioritarias son:

- Adecuar la normativa internacional sobre derechos sexuales y reproductivos
- Apoyar políticas públicas regionales, nacionales y locales para la difusión y cumplimiento de los DSR
- Garantizar protección social y jurídica ante la violación de los DSR

La **estrategia en su conjunto supone un salto muy importante en el posicionamiento conceptual de la cooperación española en temas de género y derechos sexuales y reproductivos** y es especialmente destacable la importancia que concede al fortalecimiento del diálogo social y político en materia de derechos sexuales y reproductivos, VIH/SIDA y género.

Por su parte, **la estrategia de salud de la Cooperación Española²⁶ de 2006 asume también un enfoque de derechos humanos y coloca los derechos sexuales y reproductivos como una de las líneas estratégicas prioritarias para mejorar las condiciones de salud**, planteando las siguientes actuaciones:

- El fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos y de los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la Atención Primaria de Salud
- El acceso de las y los jóvenes a información y servicios de SSR e integración de la SDR con otros ámbitos de actuación como los programas de VIH/SIDA y las acciones de emergencia

²⁵ Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2007. Estrategia de "Género en Desarrollo" de la cooperación española. Madrid: Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo.

²⁶ Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2007. Desarrollo Estrategia de Salud de la Cooperación Española. Madrid: Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo.

Es de especial relevancia que **la planificación familiar aparece potenciada como parte integrante de los servicios de salud sexual y reproductiva, en los que se incluye también el apoyo a la atención de las complicaciones del aborto inseguro y el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) dentro de los marcos legales de cada país.** Uno de los aspectos mejorables en esta estrategia es el abordaje de la lucha contra el VIH/Sida - ubicada en el marco de las enfermedades prevalentes y olvidadas –que podría incorporarse como parte integral de la salud y derechos sexuales y reproductivos- y una mayor concreción en materia de indicadores. Para el contexto africano, **la estrategia establece que la Salud Sexual y Reproductiva integrará una visión amplia de género, salud y desarrollo contemplando su diversa y compleja realidad socio-cultural.** Señala como temas de especial interés la mortalidad materna y su relación con el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios antes, durante y después del parto, la mutilación genital femenina y la necesidad de paliar la feminización del SIDA mediante acciones que apoyen el empoderamiento de las mujeres.

Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en el Plan Director

La salud y los derechos sexuales y reproductivos en el Plan Director 2009-2012 se consolidan como líneas prioritarias de actuación. Si bien desde el Plan Director 2005-2008 se incorporaron varios avances en el reconocimiento de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, es con el Plan Director 2009-2012²⁷ que estos aspectos se consolidan como líneas prioritarias de actuación. El Plan Director 2009-2012 (PD) incluye género como una de las cinco prioridades horizontales y salud y género como dos de las doce prioridades sectoriales. El siguiente cuadro muestra los lineamientos prioritarios en cada uno de los sectores.

Tabla 3. Género y Salud en las Prioridades del Plan Director 2009-2012

Prioridades Horizontales

- Género es una de las cinco prioridades horizontales de la política de cooperación.
- El PD apuesta por la integración del enfoque de Género en Desarrollo (GED)
 - **En el plano formal:** incorporándolo a la corriente principal de la política de desarrollo.
 - **En el plano real:** favoreciendo la institucionalización del enfoque GED, el fortalecimiento de capacidades para su implantación y el empoderamiento de las mujeres.

Prioridades Sectoriales

SECTOR SALUD:

- OE 5: Reducir la carga de enfermedad que soportan las mujeres como parte de la población que sufre discriminación.
 - Línea estratégica: mejora de los derechos sexuales y reproductivos.
- España defenderá la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, “reconociendo la desigualdad de las mujeres en el acceso y utilización de los servicios de salud que muchas veces está ligada a la falta de autonomía en la toma de decisiones en relación con su salud, sexualidad y su función reproductiva y a que la evidencia demuestra que la igualdad es clave para conseguir los ODM”.

²⁷ Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. 2009. Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo. Subdirección General de Planificación, Políticas para el Desarrollo y Eficacia de la Ayuda.

Tabla 3. Género y Salud en las Prioridades del Plan Director 2009-2012

SECTOR GÉNERO EN DESARROLLO:

- El PD dispone que se refuerce la armonización y coordinación con las comunidades autónomas para integrar el enfoque de género en la cooperación descentralizada.
- OE 3: Difundir y promover el pleno ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en los diferentes países, regiones y culturas, como parte integrante de los DDHH, especificando entre las líneas prioritarias para alcanzar la igualdad formal, el cumplimiento y adecuación legislativa de los países a la normativa internacional sobre género y no discriminación en materia de DDHH, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos.
- La posición de España en los foros internacionales debe reforzar el cumplimiento de los derechos de las mujeres y de los derechos sexuales y reproductivos como DDHH.
- A nivel presupuestario, se establece que el 15% de la AOD distribuible sectorialmente deberá dirigirse a los sectores de género y de población y salud reproductiva, asignando 9% al primer caso y 6% al segundo.

Fuente: Elaboración propia en base a los Documentos de Estrategia País de la Cooperación Española

Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en los DEPs

En los Documentos de Estrategia País (DEPs) con países africanos se ha priorizado en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos la mejora de la salud sexual y reproductiva, la reducción de la mortalidad materna y la lucha contra el VIH/sida. Actualmente, la cooperación española tiene diez DEPs con países socios africanos, la mayor parte de los cuales priorizan alguna de las líneas estratégicas del PD sobre género y salud, aunque con diferente énfasis. En el caso de salud, las líneas priorizadas son: (i) el fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud; (ii) la mejora de la SSR y reducción de la mortalidad materna; (iii) la mejora de la salud infantil; (iv) la lucha contra enfermedades prevalentes (VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis) y olvidadas, con la siguiente distribución:

Tabla 4. Prioridades en Salud en los Documentos de Estrategia País con Socios Africanos

PAISES SOCIOS CON DEP 2005-2008	NIVEL DE PRIORIDAD DE ASPECTOS RELACIONADOS CON SSR
ANGOLA	- Fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud - Mejora de la SSR y reducción de la MM - Mejora de la salud infantil - Lucha contra enfermedades prevalentes (VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis) y olvidadas (Nivel de prioridad : 1)
ARGELIA	No priorizados
CABO VERDE	- Mejora de la salud sexual y reproductiva y reducción de la mortalidad materna (Nivel de prioridad : 3)
MARRUECOS	- Fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud
MAURITANIA	- Fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud Mejora de la salud sexual y reproductiva y reducción de la mortalidad materna (Nivel de prioridad : 1)

Tabla 4. Prioridades en Salud en los Documentos de Estrategia País con Socios Africanos

PAISES SOCIOS CON DEP 2005-2008	NIVEL DE PRIORIDAD DE ASPECTOS RELACIONADOS CON SSR
MOZAMBIQUE	- Fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud - Mejora de la SSR y reducción de la Mortalidad Materna (Nivel de prioridad : 1)
NAMIBIA	- Lucha contra enfermedades prevalentes (VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis) y olvidadas (Nivel de prioridad : 1)
POBLACIÓN SAHARAHUI	- Mejora de la salud sexual y reproductiva y reducción de la mortalidad materna (Nivel de prioridad : 1)
SENEGAL	- Fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud - Mejora de la SSR y reducción de la MM (Nivel de prioridad : 1) - Mejora de la salud infantil - Lucha contra enfermedades prevalentes (VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis) y olvidadas (Nivel de prioridad : 1)
TÚNEZ	No priorizados

Fuente: Elaboración propia en base a los Documentos de Estrategia País de la Cooperación Española

Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en los PAE

En los Planes de Actuación Especial (PAEs) establecidos con países africanos que han priorizado líneas estratégicas relacionadas con la salud, todos han incluido aspectos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, salvo Egipto, RDC, Sto. Tomás y Príncipe. Por otro lado, existen diez PAEs establecidos con países africanos (Egipto, Etiopía, Guinea Bissau, Guinea Ecuatorial, Mali, Níger, RD Congo, Sto. Tomás y Príncipe, Sudáfrica y Sudán), en los que se aprecia una mayor presencia de líneas estratégicas relacionadas con la salud. En seis países no se priorizó ninguna línea estratégica del sector género – Malí, Sudán, Guinea Ecuatorial, Guinea Bissau, Santo Tomas y Príncipe y Sudáfrica. En los demás socios africanos que contaban con un PAE, la prioridad a género se distribuye como se muestra en el siguiente cuadro:

Tabla 5. Prioridades en SDR en los PAEs

PAISES SOCIOS CON PAE 2006-2008	PRIORIDADES RELACIONADAS CON SDR
EGIPTO	No priorizadas
ETIOPÍA	- Mejora de la SSR y reducción de la MM - Lucha contra enfermedades prevalentes (VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis) y olvidadas
GUINEA BISSAU	- Mejora de la SSR y reducción de la MM - Lucha contra enfermedades prevalentes (VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis) y olvidadas
GUINEA ECUATORIAL	- Lucha contra enfermedades prevalentes (VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis) y olvidadas
MALÍ	- Mejora de la SSR y reducción de la MM

Tabla 5. Prioridades en SDR en los PAEs

NÍGER	- Mejora de la SSR y reducción de la MM
RD CONGO	No priorizadas
STO. TOMÁS Y PRÍNCIPE	No priorizadas
SUDÁFRICA	- Lucha contra enfermedades prevalentes (VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis) y olvidadas - Mejora de la SSR y reducción de la MM
SUDÁN	- Lucha contra enfermedades prevalentes (VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis) y olvidadas

Fuente: Elaboración propia en base a los Planes de Actuación Especial de la Cooperación Española

Los criterios descritos, sin embargo, no quedan necesariamente reflejados en los mecanismos para la participación de organizaciones de la sociedad civil a través de financiamiento público. Por ejemplo, en la última convocatoria de proyectos de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) sólo en cinco países africanos (Mauritania, Níger, Malí, Guinea Bissau y la República Democrática del Congo) se priorizó algún aspecto relacionado específicamente con la salud sexual y reproductiva.

Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en el PACI

En el PACI 2011, la financiación destinada a la salud y los derechos sexuales y reproductivos ha disminuido sustancialmente afectando el cumplimiento de las metas establecidas por la Ley de Igualdad y el Plan Director. Las prioridades temáticas del PACI 2011 son el derecho a la alimentación, la lucha contra el cambio climático y la eficacia de la ayuda. El resto de prioridades sectoriales no son desarrolladas a nivel de contenidos. **El PACI 2011**²⁸ reafirma los compromisos del Estado con el cumplimiento de los Objetivos del Milenio al mismo tiempo que reconoce que los niveles actuales de AOD no permitirán cumplir la meta establecida de alcanzar el 0,7% en 2012. Asimismo, la financiación en materia de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos ha descendido y, los 45 millones de euros previstos en el PACI 2011 corresponden a menos de la cuarta parte de lo destinado a este subsector en 2010, además, proporcionalmente, la orientación sectorial dista de las metas establecidas por la Ley de Igualdad y el Plan Director.

Prioridades de los Planes de Actuación Sectoriales de Género y Salud

Los Planes de Actuación Sectoriales en Género y Salud priorizan acciones para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Durante 2011, AECID ha elaborado **planes de actuación sectoriales** en los que define prioridades para la acción en género y salud en el marco del actual Plan Director.

²⁸ Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. 2011. Plan Anual de Cooperación Internacional 2011. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo.

El **Plan de Actuación Sectorial de Género** considera que este sector debe ser una seña de identidad de la cooperación y que su acción en África Subsahariana debe orientarse a fortalecer las acciones sobre la promoción de los Derechos Económicos y la Educación de las Mujeres, así como los Derechos Sexuales y Reproductivos. El plan considera los Derechos Sexuales y Reproductivos como una de las siete líneas prioritarias temáticas, indica como modalidades de ayuda principales en **Derechos Sexuales y Reproductivos** la vía multilateral y la acción de las ONGs y establece como líneas de actuación en este ámbito: (i) la formación, sensibilización e incidencia política en Derechos Sexuales y Reproductivos; (ii) la atención a las necesidades específicas de las mujeres en defensa y promoción de sus derechos sexuales y reproductivos; (iii) el apoyo a movimientos de mujeres y sociedad civil en materia de identidad sexual y promoción de los derechos sexuales. Otra línea prioritaria es la **Violencia de Género**, que incluye como líneas de actuación: (i) la sensibilización y prevención, la atención a víctimas de violencia de género; (ii) el desarrollo e implementación de marcos legislativos; (iii) el apoyo a organizaciones de mujeres

El **Plan de Actuación Sectorial de Salud** cuenta con tres líneas estratégicas, una de ellas orientada a impulsar programas prioritarios con el objetivo de favorecer su integración en el sistema de salud, priorizándose la vía multilateral para la canalización de la ayuda. Entre las líneas de acción propuestas para el impulso de los programas prioritarios se encuentra: (i) el acceso a los servicios integrales de salud sexual y reproductiva; (ii) la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, integrando los esfuerzos en este ámbito a la Atención Primaria de Salud, dando prioridad a países, comunidades y poblaciones en los que el riesgo reproductivo sea alto o muy alto y asegurando la complementariedad con el Plan de Actuación de Género

Los organismos multilaterales priorizados en el área de salud y derechos sexuales y reproductivos son UNFPA y UNIFEM (hoy ONU Mujeres).

2.4. GÉNERO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA

La cooperación descentralizada es una de las señas de identidad de la cooperación española. Las Comunidades Autónomas y los entes locales - como Ayuntamientos, Diputaciones, Cabildos entre otras agrupaciones territoriales- apoyan e impulsan acciones de cooperación que mayoritariamente son realizadas por Organizaciones No Gubernamentales o por personal de dichas entidades. También participan de instrumentos conjuntos como Fondos de Cooperación a través de los cuales se ponen en común recursos de varios actores para apoyar esfuerzos de mayor envergadura, colaboran con iniciativas impulsadas desde el gobierno central o apoyan organismos multilaterales. El desarrollo de políticas de cooperación de las Comunidades Autónomas se ha reforzado notablemente en los últimos cinco años, de manera que todas cuentan con una Ley de cooperación y todas a excepción de Murcia han elaborado **Planes Estratégicos o Directores**²⁹.

La integración de género en dichos instrumentos es significativa y todos los planes incorporan este tema como prioridad transversal. En el caso de las **prioridades sectoriales**, la equidad de

²⁹ Listado de Leyes y Planes Directores de Cooperación Autonómica.

género aparece en todos los casos a excepción de Galicia, Cantabria, Extremadura, La Rioja y Valencia. Destacan especialmente los Planes Directores de Andalucía, Cataluña, País Vasco, Canarias, Asturias y Navarra, que asumen el enfoque de Género en Desarrollo y establecen la equidad de género como prioridad transversal y sectorial. La salud es también un elemento común en las prioridades de todas las comunidades autónomas, que asumen mayoritariamente el enfoque de atención primaria y el reto de contribuir a fortalecer los sistemas sanitarios.

Si bien casi todos los planes directores autonómicos consideran como prioridad algún aspecto relacionado con la salud sexual y reproductiva- a excepción de La Rioja y Valencia- el nivel de integración entre sus componentes y el enfoque con el que se aborda son diversos. En algunos casos, como ocurre en Cantabria y Canarias, las líneas priorizadas plantean la mejora de la salud materna infantil y la lucha contra el VIH/sida, abordajes que podrían reforzarse con la incorporación del enfoque integral de salud sexual y reproductiva propuesto por la CIPD. En contraste, destacan aquellos planes en donde el enfoque de derechos humanos o de derechos de las mujeres en salud sexual y reproductiva se hace explícito y se incorporan líneas específicas para la promoción o fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos como en Cataluña, Andalucía, Navarra, País Vasco y Castilla y León, así como Madrid, que asume el marco propuesto por la cooperación española.

En cuanto a las prioridades geográficas de la cooperación autonómica, todos los planes directores señalan países africanos como prioritarios – a excepción de La Rioja- con diversas preferencias que incluyen países que no son socios de la cooperación estatal como Benín, Burkina Faso, Kenia, Uganda, Ruanda, Costa de Marfil, Chad, Malawi, Togo, Burundi y Camerún.

En el caso de las entidades locales, su diversidad dificulta un seguimiento del desarrollo de sus políticas y actuaciones en materia de cooperación y es un reto reforzar la armonización para la canalización de las ayudas desde estas entidades. En todo caso, se trata de organismos cuyo apoyo a los servicios sociales básicos ha sido históricamente destacado.

3. MAPA DE LOS ACTORES DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ÁFRICA

El mapa de la cooperación española en África en el campo de la salud sexual y reproductiva ofrece un panorama amplio y diverso, en el que participan una gran variedad de actores estatales y no estatales. El Estado español cuenta con 28 embajadas en África, a través de las cuales brinda servicios en 52 países del continente. AECID es el principal referente en terreno y lleva a cabo la gestión de la cooperación al desarrollo a través de 15 Oficinas Técnicas de Cooperación (OTCs) que coordinan iniciativas en 21 países³⁰. En los últimos años las OTCs se han dotado de recursos humanos especializados en temas de género y salud. Actualmente las OTCs de Argelia, Mauritania, Túnez, Marruecos, Senegal, Cabo Verde, Egipto, Guinea Ecuatorial y Namibia cuentan con responsables de género - mientras que las OTCs de Angola, Níger, Etiopía, Mozambique y Malí cuentan además con responsables de

³⁰ En la Tabla resumen del capítulo se incluye el listado de embajadas y OTCs.

salud³¹. Además de la AECID, Comunidades Autónomas, Ayuntamientos, Diputaciones, Universidades y ONGs llevan a cabo una amplia labor de cooperación en SSR.

3.1. COOPERACIÓN ESTATAL BILATERAL EN SSR

La cooperación estatal bilateral en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva se implementa mediante diversos instrumentos en los que toman parte los países socios, universidades españolas, ONGs (españolas, internacionales y locales) y organismos multilaterales.

Tabla 6. Cooperación Estatal Bilateral En SSR: Actores Implicados, 2009

	NOMBRE DE LA ENTIDAD	PAÍS EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA ACTIVIDAD
Entidades Públicas de Países Socios	Ministerios de Salud	Malí, Namibia y Mauritania
	Office National de la Famille et de la Population (ONFP)	Túnez
Universidades Españolas	Universidad de Granada	Marruecos
Entidades con Fines de Lucro Españolas	Externa Marketing and Events, S.A.	España
ONGs Españolas	Ver apartado 3.3.2	
ONGs Internacionales	AMREF Flying Doctors	Etiopía, Kenia, Tanzania
	Medicos Sin Fronteras	Zimbawe
Organismos Multilaterales	Fondo Global	47 países
	UNFPA	Mauritania, Mozambique, Níger y otros no especificados
	UNICEF	Etiopía, Marruecos, Mauritania
	OMS	Angola, Namibia, Senegal

Fuente: Elaboración propia a partir del anexo estadístico del Informe de Seguimiento del PACI 2009

3.2. COOPERACIÓN ESTATAL MULTILATERAL EN SSR

En el caso de la cooperación estatal multilateral, toman parte como agentes estatales el MAEC y el Ministerio de Economía y Hacienda (MEH), mediante aportaciones a organismos multilaterales. En el primer caso, se trata de organismos del Sistema de Naciones Unidas, bancos de desarrollo y a asociaciones público-privadas. En el segundo, se trata de contribuciones a instrumentos de cooperación al desarrollo de la Unión Europea.

³¹ Información facilitada por las OTCs.

Tabla 7. Cooperación Estatal Multilateral en SSR: Actores Implicados, 2009

TIPO DE ACTOR	ORGANISMOS MULTILATERALES	PAISES AFRICANOS
Organismos del Sistema de Naciones Unidas	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	52
	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	36
	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	48
	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)	43
Grupo Banco Mundial	Asociación Internacional de Fomento (AIF)	34
Bancos Regionales de Desarrollo	Banco Africano de Desarrollo (BAfD)	7
Asociaciones Público-Privadas	Iniciativa Internacional para la vacuna del SIDA (IAVI)	No especificados
	Alianza Internacional de Microbicidas (AIM)	No especificados
Unión Europea	Fondo de Ayuda al Desarrollo (FED)	34 + No especificados
	Comisión Europea (CE)	34 + No especificados

Fuente: Elaboración propia a partir del anexo estadístico del Informe de Seguimiento del PACI 2009

3.3 COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA

Por su parte, algunas Comunidades Autónomas cuentan con representantes en los países en los que desarrollan programas. Así, la Cooperación Catalana, tiene OTCs o personal técnico en Mozambique, Marruecos y Senegal y la Cooperación Andaluza, tiene previsto abrir OTCs en Mauritania, Mozambique y Malí, desde donde se daría seguimiento a los proyectos en Senegal³². No se cuenta con información sobre presencia de representantes de otras cooperaciones autonómicas. Todas las autonomías apoyaron en los últimos años iniciativas relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, que ejecutan mayoritariamente ONGs españolas³³, aunque también participan organizaciones internacionales – como la ONG AMREF Flying Doctors - y entes públicos - como el Servicio Aragonés de Salud.

En el caso de los gobiernos locales no existe una representación específica en países africanos y sus proyectos en el sector son fundamentalmente gestionados por ONGs españolas³⁴.

³² Información facilitada por miembros de las cooperaciones autonómicas mencionadas.

³³ Ver apartado 3.3.2.

³⁴ Ver apartado 3.3.2.

Tabla 8. Entidades Locales que Apoyaron Iniciativas de Cooperación En SSR, 2009

CCAA	ENTIDADES LOCALES	PAISES AFRICANOS
Andalucía	Ayto. Córdoba	Santo Tomas y Príncipe
Aragón	Ayto. Zaragoza	Angola
Asturias	Ayto. Oviedo	Benín
Baleares	Ayto. Palma de Mallorca	Tanzania
Canarias	Ayto. San Cristóbal de la Laguna	Camerún
Cataluña	Ayto. Pineda de Mar	Camerún
	Ayto. Terrassa	Senegal
	Ayto. Hospitalet de Llobregat	Marruecos
	Ayto. Mollet del Valles	Mauritania
País Vasco	Diputación Foral Vizcaya	Senegal
	Ayto. Vitoria-Gasteiz	Senegal
Castilla y León	Ayto. Palencia	Malawi
	Diputación Palencia	Malawi
Extremadura	Diputación Badajoz	Camerún, Santo Tomás y Príncipe
Madrid	Ayto. Madrid	Mozambique, Tanzania, Níger
	Ayto. Torrejón de Ardoz	Níger
Murcia	Ayto. Murcia	Mauritania
	Ayto. Cartagena	Burkina Faso
Navarra	Ayto. Zizur Mayor	Camerún
	Ayto. Pamplona	Guinea-Bissau, Sierra Leona, Uganda
C. Valenciana	Diputación Alicante	Etiopía,
	Ayto. Castellón	RD Congo, Santo Tomás y Príncipe
	Ayto. Gandía	Senegal

Fuente: Elaboración propia a partir del anexo estadístico del Informe de Seguimiento del PACI 2009

3.3.1. Universidades

Otro actor son las universidades que además de las acciones realizadas en coordinación con la cooperación estatal, realizan acciones de formación, trabajos conjuntos con universidades africanas o con ONGs españolas.

Tabla 9. Universidades que Impulsaron Iniciativas de Cooperación en SSR, 2009

UNIVERSIDADES	PAISES AFRICANOS
Universidad de Sevilla	Swazilandia, RD Congo y otros países no especificados
Universidad de las Islas Baleares	Uganda
Universidad de Málaga	Malí
Universidad del País Vasco	Etiopía, Kenia, Tanzania, Uganda
Universidad Autónoma de Barcelona	Gambia
Universidad Complutense de Madrid	Ghana

Fuente: Elaboración propia a partir del anexo estadístico del Informe de Seguimiento del PACI 2009

3.3.2. ONG

Finalmente, existen más de 300 Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) ejecutando intervenciones en países africanos. De ellas, más de 160 realizan actuaciones en salud. De acuerdo a datos del MAEC³⁵ durante 2009, 43 ONGs españolas canalizaron AOD en el sector de población y salud reproductiva en 28 países del continente. Este conjunto de actores es diverso e incluye mayoritariamente a organizaciones solidarias o de desarrollo y a organizaciones dedicadas a la promoción de la salud. En menor medida, toman parte también organizaciones de base religiosa y sólo en un caso, una organización dedicada específicamente a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

³⁵ Anexo estadístico del Informe de seguimiento del PACI de 2009

Recuadro 1. Ejemplos de Intervenciones de la Cooperación Española en Salud Sexual y Reproductiva en África

Leave No Woman Behind (No dejar atrás a ninguna mujer).

Es un programa conjunto del UNFPA, PNUD y el PMA, que se enmarca en el Fondo para la consecución de los ODMs, apoyado por la cooperación española. Tiene como fin impulsar la equidad de género y el empoderamiento de las niñas y mujeres en distritos de dos regiones de Etiopía. Los componentes del programa incluyen acciones de alfabetización, educación, salud reproductiva, nutrición y empoderamiento económico a nivel comunitario así como el fortalecimiento de capacidades de las autoridades locales para impulsar la equidad de género.

Apoyo presupuestario para mejorar la SSR.

La cooperación española ha prestado apoyo presupuestario para la realización del Plan Nacional de Salud de Níger, que incluye un apartado específico sobre salud reproductiva.

Cooperación triangular en salud reproductiva.

Es una experiencia en la que participan el Ministerio de Salud de Malí como socio local, AECID como donante y el Ministerio de Salud de Túnez como entidad que presta asistencia técnica para la implementación de la política de salud reproductiva en la Región Sanitaria de Kayes. Se ha realizado una experiencia similar en Marruecos y en Mauritania.

Integrando la SSR en la Atención Primaria de Salud.

En el marco de un convenio con AECID, Médicos del Mundo desarrolla una intervención en el distrito de Velingara, en Senegal, dirigido a fortalecer la atención primaria de salud con énfasis en el componente de salud sexual y reproductiva. En la iniciativa se combina el fortalecimiento de las estructuras estatales para la elaboración e implementación de políticas de salud y la participación comunitaria.

Experta/o Universitaria/o en Salud Sexual y Reproductiva.

Es un programa de formación regional de personal sanitario para África Occidental que se trabaja desde un enfoque de género y derechos. Se han llevado a cabo tres ediciones en las que han participado personal sanitario público que trabaja en centros de salud y hospitales regionales y en direcciones regionales de salud de Níger, Malí, Senegal, Mauritania, Burkina Faso y Guinea Conakry. Fue una iniciativa inicialmente desarrollada por Medicus Mundi, la Universidad Internacional de Andalucía (UNIA) y el Instituto de Salud y Desarrollo (ISED) de la Universidad de Dakar. Desde hace dos años es organizado por Red Activas en colaboración con la UNIA y el ISED.

Grupo de Salud de la Red de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor

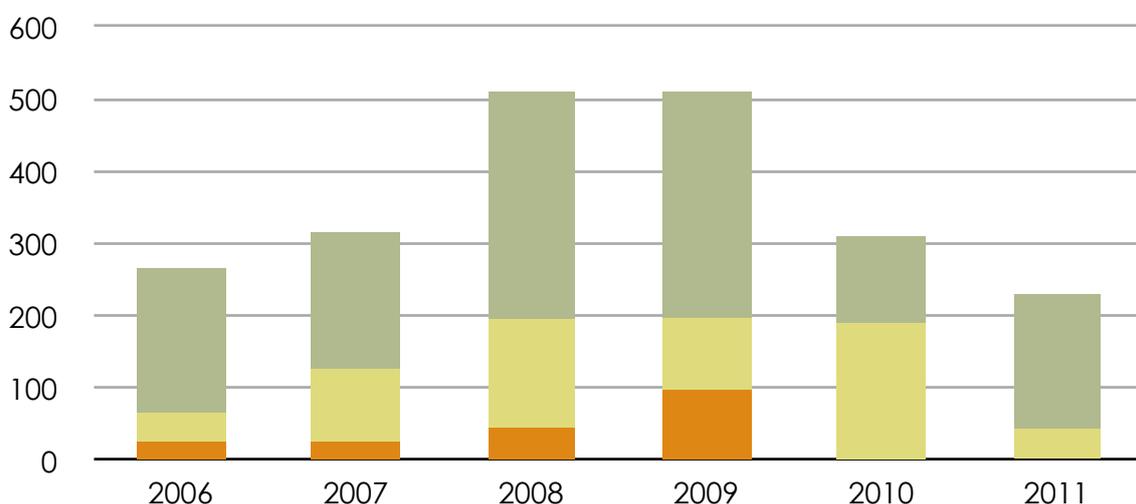
La Red MMM a través de su Grupo de Trabajo de Salud, lleva a cabo intercambios de información y experiencias entre organizaciones de mujeres africanas y españolas en el área de Derechos y Salud Sexual y Reproductiva desde su creación en 2006. Uno de los resultados del trabajo de la Red en esta área es la elaboración del presente Mapa.

4. LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO ESPAÑOLA EN MATERIA DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA

Con el objetivo de alcanzar el compromiso del 0,7%, la AOD española ha aumentado significativamente en el último quinquenio, pasando del 0,27% de la RNB en 2005 a 0,46% en 2009. No obstante, en los dos últimos años se han producido reducciones y de acuerdo a las previsiones del PACI, España dedicará en 2011 algo más de 4 mil millones de euros a Ayuda Oficial al Desarrollo, equivalente al 0,4% de la Renta Nacional Bruta, porcentaje que se ubica por debajo del 0,5% planteado por el Plan Director como meta intermedia para 2010 y ha supuesto que la meta del 0,7% se reprogramme para 2015.

A pesar de los avances significativos de los últimos 5 años, los recortes en el conjunto de la AOD han impactado en la financiación a SSR. En el último quinquenio se produjeron incrementos significativos en la AOD dirigida a servicios sociales. Sin embargo, los recortes de los últimos dos años se acompañaron de una reorientación sectorial que se refleja en una notable disminución de la ayuda dirigida a dichos servicios, afectando de manera especial a la financiación del sector salud y de los programas y políticas sobre población y salud sexual y reproductiva. Así, los 45 millones de euros previstos en el PACI 2011 corresponden a menos de la cuarta parte de lo destinado a este subsector en 2010. Proporcionalmente, la orientación sectorial dista de las metas establecidas por la Ley de Igualdad y el Plan Director. De acuerdo al PACI 2011, sólo el 1,7% de la AOD distribuible sectorialmente se destinó al subsector de población de SSR, frente al 6% planteado por la normativa de la cooperación española. El incremento de la prioridad en términos de presupuesto para este sector es una demanda de la sociedad civil ya que la AOD destinada a Salud en 2010, disminuyó ligeramente respecto a su nivel de 2006.

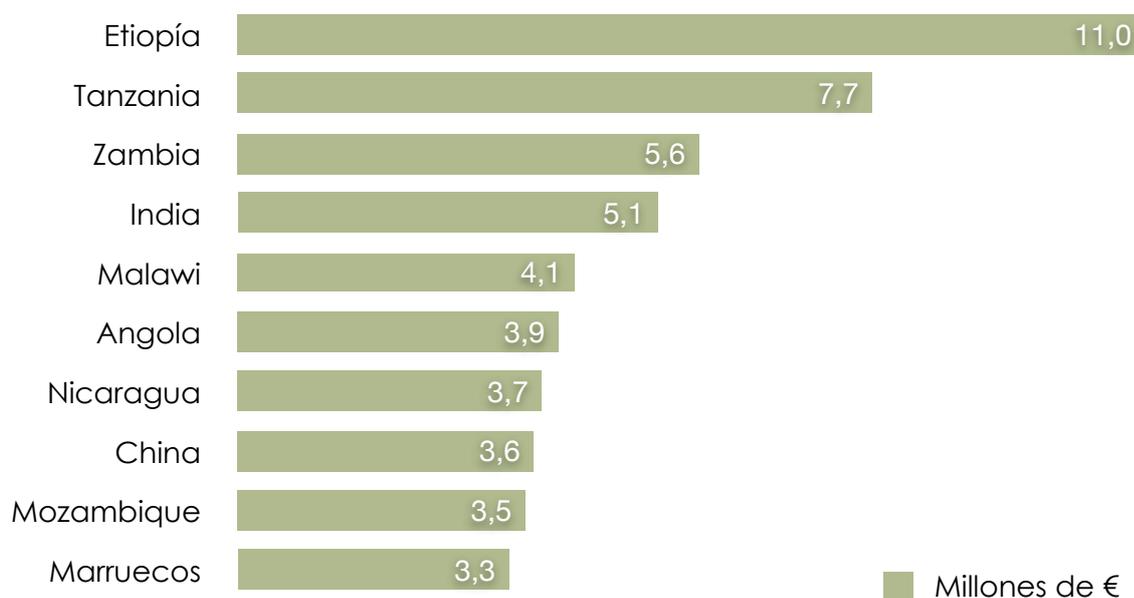
Gráfico 2. Evolución de la AOD española en Salud y SSR*



*Según seguimiento del PACI 2009 y previsiones del PACI para 2010 y 2011

Este efecto de reducción en AOD se ha visto disminuido en el caso de África por la reorientación de las prioridades geográficas de la AOD española. En concreto la AOD en el sector SSR se concentra fuertemente en África en los últimos años. En 2009, 7 de los 10 principales países destino de AOD española en el sector de salud reproductiva son africanos. La ayuda dirigida a políticas y programas de salud reproductiva representó en 2009 el 5,3% de la AOD distribuible sectorialmente, cercano a la meta del 6%. De acuerdo al PACI, este continente se convertirá en 2011 en el principal destino de la ayuda española, concentrando el 38% de la AOD, equivalente a mil millones de euros. La previsión establece también que la mayor parte de esta ayuda – 717 millones de euros- se dirigirán a países de África Subsahariana.

Gráfico 3. Los diez principales países receptores de OAD en SSR, 2009



* Elaboración propia a partir del Informe de Seguimiento del PACI 2009

5. CONCLUSIONES

La cooperación española ha desarrollado especialmente en los últimos cinco años un marco político, conceptual y programático que prioriza los derechos sexuales y reproductivos y los vincula a retos como la transformación de las desigualdades de género y el fortalecimiento de los sistemas de salud, en especial en la atención primaria de salud. La articulación entre la Ley de Cooperación y la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres, con las Estrategias Sectoriales, el Plan Director vigente y sus planes de aplicación, así como las políticas y actuaciones de la cooperación descentralizada, constituyen un marco ambicioso cuyos principales retos son la armonización entre todos los agentes y el desarrollo de capacidades y consolidación de instrumentos que permitan concretar los objetivos planteados.

La Estrategia de Género en Desarrollo de la cooperación española supone un salto muy importante en el posicionamiento conceptual de la cooperación española en temas de género y derechos sexuales y reproductivos. Es especialmente destacable la importancia que concede al fortalecimiento del diálogo social y político en materia de derechos sexuales y reproductivos, VIH/SIDA y género.

La estrategia de salud de la cooperación española de 2006 asume el enfoque de derechos humanos y se plantea el objetivo de contribuir de manera eficaz a establecer las condiciones para mejorar la salud de las poblaciones en especial aquellas en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad. Para el contexto africano, la estrategia establece que la SSR integrará una visión amplia de género, salud y desarrollo y un enfoque que contemple su diversa y compleja realidad socio-cultural. También señala como temas de especial interés la

mortalidad materna y su relación con el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios antes, durante y después del parto, la mutilación genital femenina y la necesidad de paliar la feminización del SIDA mediante acciones que apoyen el empoderamiento de las mujeres.

El Plan Director 2009-2012 concentra las prioridades geográficas de la cooperación e incrementa la prioridad brindada hasta el momento al continente africano. Si bien desde el Plan Director 2005-2009 se incorporaron varios avances en el reconocimiento de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, es con el Plan Director 2009-2012 que estos aspectos se consolidan como líneas prioritarias de actuación. El Plan Director 2009-2012 (PD) incluye género como una de las cinco prioridades horizontales y salud y género como dos de las doce prioridades sectoriales. El Plan considera diez países africanos como países prioritarios (Etiopía, Malí, Mozambique, Senegal, Cabo Verde, Níger, Marruecos, Mauritania, Argelia, y la Población Saharai) siete como países de atención focalizada (Guinea Ecuatorial, Sudán, Guinea Bissau, Gambia, Angola, República Democrática del Congo y Guinea Conakry) y tres como países en los que consolidar logros del desarrollo (Namibia, Túnez y Egipto).

Actualmente, la cooperación española tiene diez Documentos de Estrategia País (DEPs) con países socios africanos, la mayor parte de los cuales priorizan alguna de las líneas estratégicas del PD sobre género y salud. En el caso de género, se priorizaron el fortalecimiento de las políticas y mecanismos nacionales de igualdad de género, la mejora de oportunidades de las mujeres en el ámbito económico y la promoción de una mayor representación de las mujeres y participación paritaria en todos los espacios sociales y políticos. Cuatro países no priorizaron ninguna de las líneas estratégicas del sector (Mauritania, Población Saharai, Angola y Namibia). En el caso de salud, las líneas priorizadas son el fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud, la mejora de la SSR y reducción de la mortalidad materna, la mejora de la salud infantil y la lucha contra enfermedades prevalentes (VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis) y olvidadas. A excepción de Argelia y Túnez, todos los DEPs priorizan alguna de las líneas mencionadas.

El desarrollo de políticas de cooperación de las comunidades autónomas se ha reforzado notablemente en los últimos cinco años, de manera que todas cuentan con una Ley de Cooperación y todas a excepción de Murcia han elaborado Planes Estratégicos o Directores. La integración de género en dichos instrumentos es significativa y todos los planes incorporan este tema como prioridad transversal. En el caso de las prioridades sectoriales, la equidad de género aparece en todos los casos a excepción de Galicia, Cantabria, Extremadura, La Rioja y Valencia. Destacan especialmente los Planes Directores de Andalucía, Cataluña, País Vasco, Canarias, Asturias y Navarra, que asumen el Enfoque de Género en Desarrollo y establecen la equidad de género como prioridad transversal y sectorial. La salud es también un elemento común en las prioridades de todas las comunidades autónomas, que asumen mayoritariamente el enfoque de atención primaria y el reto de contribuir a fortalecer los sistemas sanitarios.

En cuanto a las prioridades geográficas de la cooperación autonómica, todos los planes directores señalan países africanos como prioritarios – a excepción de la Rioja- con diversas preferencias que incluyen países que no son socios de la cooperación estatal como Benín, Burkina Faso, Kenia, Uganda, Ruanda, Costa de Marfil, Chad, Malawi, Togo, Burundi y Camerún.

El mapa de actores de la cooperación española en África en el campo de la salud sexual y reproductiva ofrece un panorama amplio y diverso en el que participan una gran variedad de agentes estatales y no estatales y que es al mismo tiempo una oportunidad y un reto. Para

reforzar las potencialidades de este conjunto de actores se requiere optimizar el diálogo entre ellos y favorecer un marco coordinado de intervención que incorpore de manera sustantiva los enfoques de derechos humanos y de género en desarrollo.

La AOD española ha aumentado significativamente en el último quinquenio, pasando del 0,27% de la RNB en 2005 a 0,46% en 2009. No obstante, en los dos últimos años se han producido reducciones y de acuerdo a las previsiones del PACI, España dedicará en 2011 algo más de 4 mil millones de euros a Ayuda Oficial al Desarrollo, equivalente al 0,4% de la Renta Nacional Bruta, porcentaje que se ubica por debajo del 0,5% planteado por el Plan Director como meta intermedia para 2010 y ha supuesto que la meta del 0,7% se reprogramme para 2015.

A pesar de los avances significativos de los últimos 5 años, el descenso en el conjunto de la AOD ha impactado en la financiación a SSR. El 1,07% de AOD distribuible destinada al subsector de SSR dista de la meta del 6% establecida mediante la Ley de Igualdad y recogida por el Plan Director vigente. El incremento de la prioridad en términos de presupuesto para este sector que actualmente representa el 13% de la AOD distribuible sectorialmente cuando la meta establecida es del 9% es una demanda de la sociedad civil.

Este efecto de reducción se ha visto disminuido en el caso de África por la reorientación de las prioridades geográficas de la AOD española que colocan al continente como uno de los principales destinos. En concreto la AOD española en el sector SSR se concentra fuertemente en África en los últimos años. En 2009, siete de los diez principales países destino de AOD española en este sector son africanos.



3 PANORÁMICA DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN 11 PAÍSES AFRICANOS

CAPÍTULO 3: PANORÁMICA DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN 11 PAÍSES AFRICANOS

1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo ofrece una panorámica de la situación actual en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos en África, basada en un análisis comparativo de 11 países africanos. El capítulo presenta información sobre los compromisos, legislación, políticas, estrategias, actores y mecanismos a niveles internacionales, regionales, sub-regional y nacionales sobre los derechos y la salud sexual y reproductiva. Los 11 países tratados son: Cabo Verde, Níger, Senegal, Malí y Gambia (África Occidental); Namibia, Angola y Mozambique (África Meridional); Etiopía y Kenia (África Oriental); y la República Democrática del Congo (África Central).

El capítulo se basa en la información recopilada en la base de datos del Mapa de Salud Sexual y Reproductiva. Esta base de datos contiene los principales indicadores de desarrollo humano, género, salud y derechos sexuales y reproductivos junto con los instrumentos legales y políticos nacionales e internacionales, y actores gubernamentales y de la sociedad civil así como mecanismos de diálogo y coordinación para la promoción de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos. La base de datos se ha elaborado mediante la selección de estadísticas y la revisión de informes oficiales y de la Sociedad Civil, además de consultas con integrantes de la Red de Mujeres por un Mundo Mejor y otras organizaciones africanas que realizan incidencia para la SDSR.

El segundo apartado de este capítulo, que constituye el cuerpo principal del mismo, presenta un **análisis narrativo de la información de la base de datos.** El análisis de la información se presenta siguiendo el mismo orden en el que aparecen los indicadores de la base de datos para facilitar la comprensión de la lectora o del lector. El anexo III a este mapa muestra la información de la base de datos organizada por país en forma de **Perfiles País.** Cada perfil incluye un análisis narrativo de los indicadores junto con una tabla que resume los datos principales para cada país.

2. PANORÁMICA DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA

❖ INDICADORES

Indicadores del Desarrollo Humano

La situación socioeconómica de los países comparados muestra la diversidad de los distintos contextos africanos y los retos con los que se enfrentan en términos de desarrollo humano y equidad. Todos los países, salvo Namibia y Cabo Verde, están clasificados por el PNUD como países de desarrollo humano bajo, y el IDH de cinco de ellos (Níger, Malí, Mozambique, Etiopía y la RDC) es inferior al IDH medio de los países menos desarrollados. Además, según las estimaciones de la ONU, la desigualdad pone en peligro más de una tercera parte del desarrollo humano actual en los países analizados. Aunque la falta de datos actualizados sobre la pobreza y otros indicadores clave dificulta la realización de un análisis detallado, la proporción de población en estos países que viven en pobreza, la brecha entre los niveles de pobreza entre zonas rurales y urbanas y el alto porcentaje de personas con privaciones graves en salud presenta un escenario preocupante.

Indicadores de Igualdad de Género

Las inequidades de género persisten en los 11 países analizados. Todos los países analizados presentan importantes desigualdades de género como indica un Índice de Desigualdad de Género superior al 0.5 (1 significa desigualdad total), con las mayores disparidades en RDC y Níger con un índice en torno al 0.8. La desigualdad de género está presente en distintos contextos, aunque ha habido progreso en áreas tales como el acceso a la enseñanza primaria. Sin embargo, en cuanto a la educación secundaria y terciaria, la disparidad de género se mantiene muy alta, excepto en Namibia y Cabo Verde, donde el porcentaje de hombres y mujeres que acceden a la educación secundaria y terciaria es casi igual, o Kenia,

donde la balanza cae del lado de las mujeres. En el resto de países analizados, las mujeres tienen menos posibilidades de acceder a la educación secundaria y sólo un pequeño porcentaje tienen estudios terciarios. Una tendencia similar puede observarse en analfabetismo, donde sólo en Namibia, Cabo Verde y Kenia el porcentaje de mujeres analfabetas es menor que el de los hombres. En lo que se refiere al empleo, las mujeres tienen una desventaja aun mayor, ya que en ninguno de los países que tienen datos, la participación femenina en el empleo fuera del sector rural alcanza el 50%. Finalmente, la participación de las mujeres en la toma de decisiones en el ámbito político se mantiene a niveles muy bajos. En Malí, Níger, Kenia, RDC y Gambia las mujeres ocupan sólo uno de cada 10 escaños parlamentarios y sólo en Mozambique y Angola el porcentaje de parlamentarias aumenta hasta el 30%.

Este contexto lleva a las mujeres a situaciones de vulnerabilidad, sobre todo en lo que se refiere a la violencia de género. Aunque no tenemos datos oficiales para poder comparar la situación de los 11 países analizados, hay señales de alerta acerca de la alta prevalencia de la violencia de género. En Namibia los datos recopilados por ONGs indican que hay al menos 1500 casos de violación al año, mientras que en Cabo Verde, los datos oficiales indican que una de cada cinco mujeres ha sufrido algún tipo de violencia a manos de su pareja. La violencia va de la mano de actitudes que la justifican. Los datos oficiales en siete de los once países analizados indican que más del 50% de las mujeres justifican la violencia física, por ejemplo, si una mujer no cuida debidamente de sus hijas/os, si sale de la casa sin el permiso de su marido o si se niega a tener relaciones sexuales con él.

La violencia de género, en sus distintas formas, existe en todos los países analizados. Los datos disponibles confirman la alta prevalencia de la Mutilación Genital Femenina en Malí y Etiopía y muestran que incluso en los países con tasas de prevalencia inferiores, tales como Senegal, Gambia, Kenia y Níger, el acceso limitado a la educación y las costumbres culturales influyen en su propagación. En cuanto a la trata de las mujeres con fines de explotación sexual, apenas tenemos datos disponibles. Sobre este tema, es importante señalar la escasa regulación existente sobre trata - sólo Cabo Verde, Senegal, Kenia y Mozambique tienen leyes en contra de este tipo de problema.

Indicadores de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

La mortalidad materna y el acceso a servicios de salud reproductiva sigue siendo un problema en los países analizados. Con la excepción de Cabo Verde todos los países muestran unas tasas de mortalidad materna muy altas. Las causas directas de estas muertes son prevenibles. El acceso limitado y la baja calidad de la asistencia sanitaria son las causas subyacentes de la mayoría de las muertes. Aunque un alto porcentaje de mujeres acuden a una visita inicial prenatal en todos los países salvo Níger y Etiopía, este porcentaje se reduce de manera dramática en mujeres que asisten a cuatro visitas prenatales o que acceden a cuidados médicos durante el parto. El acceso al parto en centros de salud muestra un patrón similar, con acceso incluso inferior para las mujeres que viven en áreas rurales. Los datos disponibles muestran una situación particularmente negativa en Níger y Etiopía, donde sólo un 47% y 27.6%, respectivamente, de mujeres embarazadas tienen acceso a los cuidados prenatales y sólo un 17.2% y 5.3%, respectivamente, son atendidas por personal cualificado durante el parto. Otras causas subyacentes de la mortalidad materna son el aborto inseguro, que según los cálculos de la OMS causa al menos el 14% de todas las muertes maternas en el

continente, y el virus VIH, sobretodo en Namibia y Kenia.

En todos los países analizados, salvo Níger y Senegal, el número medio de hijas/os que tienen las mujeres durante su vida es superior a la fecundidad deseada entre las mujeres pero inferior a la deseada entre hombres. Las mujeres en áreas rurales tienen una tasa de fecundidad más alta que las que viven en zonas urbanas, con diferencias alarmantes en el caso de Etiopía con 2.4 hijas/os en zonas urbanas y 6 en áreas rurales. El intervalo entre nacimientos es mayor de 24 meses en todos los países, tanto en zonas rurales como urbanas. La necesidad insatisfecha de planificación familiar (diferencia entre el número de hijas/os deseados y el real) varía entre un 30% en Etiopía, Senegal y Malí y un 25% en Kenia y RDC, un 20% en Namibia y Mozambique, o el 16% en Cabo Verde y Níger.

La incidencia del VIH/Sida es más alta en los países del Sur de África y en todos los países afecta en mayor medida a las mujeres. La mayoría de los países analizados - Níger, Senegal, Cabo Verde, Malí, RDC, Etiopía, Gambia y Angola, tienen tasas similares, oscilando entre el 0.75 y el 2.1%. La proporción de las personas que conviven con VIH es mayor en Kenia y Mozambique, 6.3% y 11.5% respectivamente, y muestra tasas altas en Namibia, donde el 20% de la población es seropositivo. En todos estos países salvo Cabo Verde, la tasa de prevalencia es superior entre las mujeres que entre los hombres.

La situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes requiere atención urgente. En todos los países salvo Namibia, al menos una de cada cinco adolescentes ha estado embarazada al menos una vez y en Malí, Níger y Mozambique la cifra aumenta a una de cada tres jóvenes. Según los datos disponibles, la mayoría de las adolescentes iniciaron su actividad sexual antes de la edad de 18 años, y son Mozambique, Malí, Níger y RDC los países con el mayor porcentaje, de 81.5%, 72.8%, 72.5% y 63.3%, respectivamente. Todavía es frecuente que las chicas se casen antes de los 18 años en muchos países, con porcentajes particularmente altos en Níger (74.5%), Mozambique (55.9%) y Etiopía (49.2%). La prevalencia del VIH entre jóvenes está en un 1% o menos en Etiopía, Malí, Senegal, Níger, RDC y Cabo Verde, mientras que en Kenia es de un 4.5% y en Namibia y Mozambique, del 10% entre las jóvenes. En la mayoría de los países, la tasa de prevalencia es mayor entre las adolescentes que entre los adolescentes.

La información disponible refleja la falta de acceso a servicios sanitarios de calidad en todos los países considerados, con dificultades mayores en zonas rurales. El no tener recursos económicos para acceder al tratamiento es un problema común en Níger, Kenia, Senegal, Malí, Etiopía y Mozambique. En los tres primeros países, este problema se da tanto en zonas rurales como urbanas. En Etiopía existe una dificultad añadida debido a la falta de personal sanitario, problema que también afecta al 30% de las mujeres en Namibia, Malí y Senegal. La distancia de las instalaciones sanitarias constituye una inquietud importante para más del 50% de las mujeres en Níger, Kenia, Mozambique y Etiopía y para más de un tercio de las mujeres en Namibia, Malí y Senegal. El porcentaje de mujeres en zonas rurales que informa de dificultades para acceder a instalaciones sanitarias es dos veces el de las mujeres urbanas en seis de los países comparados. Los problemas para acceder a los servicios sanitarios se ven exacerbados por la disponibilidad limitada de personal sanitario en todos los países analizados. Cabo Verde y Namibia tienen los mejores indicadores y en estos países hay apenas un/una doctor/a por cada 33.000 personas. La situación es crítica en el caso de enfermeras/os y matronas, ya que sólo hay una por cada 20,000 personas en RDC.

❖ **INSTRUMENTOS**

Tratados internacionales

Todos los países analizados forman parte del sistema universal de los Derechos Humanos aunque solo Senegal y Malí han ratificado los nueve tratados básicos. Todos los países han ratificado o se han adherido al Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos, la CEDAW y la Convención sobre los Derechos del Niño. Todos los países menos Mozambique han ratificado o se han adherido al Pacto sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Todos los países menos Angola han ratificado o se han adherido a la Convención contra la Tortura y al Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial. La Convención sobre los Derechos de los Trabajadores Migrantes lo han ratificado Cabo Verde, Níger, Senegal y Malí mientras que la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidades ha sido ratificada por Níger, Senegal, Malí, Mozambique, Etiopía y Kenia, y la Convención para la Protección de todas las personas ante la Desaparición Forzada sólo lo han ratificado Senegal y Malí. Por otro lado, dos países han emitido reservas sobre tratados internacionales en aspectos relacionados con la salud y derechos sexuales y reproductivos. Kenia ha emitido reservas al artículo 10.2 del Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos sobre la protección de las mujeres durante y después del parto, y Níger ha hecho lo mismo con respecto a varias secciones de la CEDAW, lo que limita el compromiso del Gobierno a la Convención.

Todos los países, salvo Mozambique, Etiopía y Kenia, han ratificado el Protocolo Optativo al Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos. Ninguno de los países comparados ha ratificado ni se ha adherido al Protocolo Optativo del Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mientras que todos han ratificado el Protocolo a la CEDAW con excepción de Gambia, Etiopía, Kenia y RDC. Finalmente, todos los países menos Etiopía y Kenia han firmado el Protocolo Optativo a la Convención sobre los Derechos del Niño sobre la venta de niñas/os, la prostitución infantil y el uso de los niñas/os en la pornografía.

Tratados Regionales sobre Derechos Humanos – Unión Africana

En cuanto al sistema regional de los Derechos Humanos, todos los países de este estudio han ratificado la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos y han ratificado el Protocolo a la Carta, conocido como el Protocolo de Maputo, salvo Etiopía, que lo ha firmado. Aunque Kenia ha emitido reservas tanto al Artículo 10.3, sobre la reducción del gasto militar para promocionar el desarrollo social y la promoción de las mujeres como al artículo 14.2.c sobre la autorización del aborto bajo ciertas circunstancias. Todos los países de la UA han adoptado la Declaración Solemne sobre la Igualdad de Género en África. Sin embargo, no todos los países han remitido los informes iniciales y anuales tal y como estipula el Artículo 12 del Acta Constitutiva.

Legislación Nacional

El marco jurídico en los países analizados muestra un panorama muy diverso en cuanto a la protección de los derechos sexuales y reproductivos y la igualdad de género. Aunque todos

los países salvo Etiopía reconocen el principio de la no-discriminación y la igualdad entre hombres y mujeres, estos principios no se han traducido en legislación nacional, donde los derechos de las mujeres y de los hombres se desarrollan mediante códigos como los códigos penal o familiar. De aquellos países donde se dispone de datos, sólo Cabo Verde, Senegal, Kenia, Mozambique y Etiopía tienen normativa en estos campos y otras leyes que protegen a las mujeres de la violencia de género, la violación y/o la mutilación genital femenina.

En cuanto al derecho a elegir cuántas/os hijas/os tener y cuándo tenerlos, la comparativa muestra una falta de protección jurídica en la mayoría de los marcos constitucionales y jurídicos analizados, con la excepción de Senegal, Malí, Etiopía y Mozambique. Sin embargo, hay que señalar que este derecho se incluye en varias políticas y estrategias sobre la salud reproductiva, población o planificación familiar, aunque este hecho no proporciona el nivel de protección que tendría si se considerase un derecho humano básico.

Sólo en Cabo Verde y Mozambique (actualmente a la espera de que el Parlamento apruebe el borrador de ley) se considera la interrupción voluntaria del embarazo legal. En el resto de países es ilegal excepto bajo ciertas circunstancias, tales como: que peligre la vida de la madre (Níger, Angola, RDC); que peligre la vida de la madre o su salud mental o física (Kenia y Gambia); que peligre la vida o salud de la madre y malformación del feto (Senegal); que peligre la vida de la madre o en caso de incesto o violación (Malí), mientras que Namibia incluye el peligro a la vida de la madre o el feto, peligro para la salud física o mental de la madre, violación, incesto y la discapacidad física o mental de la madre, y Etiopía, el peligro para la vida de la madre o feto, peligro para la salud física o mental de la madre, violación, incesto y pobreza y otros factores sociales.

Gasto público en Salud

En cuanto al gasto público en el sector salud, ninguno de los países analizados satisface el compromiso de Abuja que exige la asignación del 15% del presupuesto nacional al sector salud. Aunque todos los países menos Namibia y Mozambique han incrementado el porcentaje asignado entre el 2006 y 2007, el gasto público sigue siendo insuficiente para responder a los retos del sector sanitario.

Políticas y Planes Nacionales

Un dato positivo es que todos los países tienen una Política Nacional de Género que identifica las prioridades principales para la promoción de la igualdad de género y los derechos de las mujeres. No obstante, el desarrollo de políticas y estrategias para luchar contra la violencia de género se encuentra todavía muy poco avanzado, por ejemplo, y sólo Cabo Verde, Namibia, Angola y Mozambique cuentan con estrategias, mientras que ningún país ha desarrollado un plan nacional para impulsar la implementación de la Resolución 1325 de la ONU sobre Mujeres, Paz y Seguridad.

Además, en cuanto a los instrumentos políticos, todos los países comparados cuentan con leyes, políticas y planes para impulsar la salud sexual y reproductiva, aunque sólo siete - Cabo Verde, Níger, Malí, Senegal, Gambia, Mozambique y Etiopía- también tienen una Hoja de Ruta para acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna. Mientras tanto, la Campaña Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna, liderada por la Unión

Africana, se ha lanzado hasta la fecha en Namibia, Mozambique, Etiopía, Kenia, DR Congo, Angola, Senegal, y Gambia. Cuatro países, Gambia, Mozambique, Kenia y Etiopía, han desarrollado políticas específicas para abordar SDRS para las y los jóvenes. Por otra parte, todos los países tienen una estrategia específica para la prevención, los cuidados y el tratamiento del VIH/SIDA.

❖ **AGENTES EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

Actores Gubernamentales

A nivel nacional, todos los países en cuestión tienen una entidad nacional ministerial para promover la igualdad de género y la condición de la mujer, salvo Cabo Verde, donde la coordinación está en manos del Instituto Caboverdiano para la Igualdad de Género. Y en todos los países, las políticas sobre la salud sexual y reproductiva son competencia del Ministerio de Salud. Adicionalmente, Kenia cuenta con una Comisión Nacional sobre los Derechos Humanos y la Igualdad cuyo mandato incluye el seguimiento de la situación de la igualdad de género del país. En Kenia, este mandato lo había tenido anteriormente la ya desaparecida Comisión Nacional de Género de Desarrollo. Níger y Malí han iniciado la creación de Observatorios sobre la mujer que, desafortunadamente, todavía no están operativos.

Actores de la Sociedad Civil

Las organizaciones de mujeres, como organizaciones de la sociedad civil, están presentes en todos los países, donde llevan a cabo trabajo de incidencia en cuestiones de salud y derechos sexuales y reproductivos. En todos los países existen redes y coaliciones de organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la igualdad de género y los derechos sexuales y reproductivos. El espacio para la participación de estas organizaciones en el diseño y seguimiento de las políticas nacionales es limitado y apenas existen mecanismos formales para su participación en diálogo sobre políticas. Donde existen mecanismos de este tipo, como por ejemplo en Níger, Senegal, Namibia, Mozambique, Kenia y Etiopía, no siempre están operativos. Sin embargo, en Kenia, las organizaciones de la sociedad civil son muy activas y han contribuido de manera significativa a la formulación de la legislación y las políticas (por ejemplo, su contribución a políticas de género y a la nueva constitución de 2010).

A pesar de las dificultades con que se encuentran en su trabajo de incidencia, el papel de las organizaciones de mujeres ha sido clave en el progreso alcanzado en las últimas décadas en África en equidad de género, los derechos de las mujeres, la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Las organizaciones de mujeres no sólo sufren estas restricciones jurídicas, políticas, religiosas o sociales, sino que también se enfrentan a dificultades considerables para acceder a los recursos que necesitan para llevar a cabo su trabajo. En países como Etiopía, las organizaciones de mujeres siguen trabajando en incidencia a pesar de las restricciones introducidas por la nueva Ley de ONGs, que limita a un 10% el montante de financiación externa que puede recibir una organización si quiere trabajar sobre cuestiones de derechos, que incluyen los derechos de las mujeres. En general, la mayoría de las organizaciones indican que necesitan fortalecer sus capacidades sobre todo en campos relacionados con la incidencia, la investigación y la comunicación para poder seguir promoviendo e impulsando la lucha por los derechos de las mujeres. Las áreas más importantes identificadas son: información sobre oportunidades y mecanismos disponibles para acelerar cualquier acción de

cabildeo o incidencia; técnicas para comunicar su agenda y buenas prácticas al resto de la sociedad civil para que se puedan aplicar a mayor escala.



4 ANÁLISIS REGIONAL DE LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS REGIONAL DE LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA

1. MARCO POLÍTICO Y LEGISLATIVO EN IGUALDAD DE GÉNERO, SALUD Y DSR DE LA UNIÓN AFRICANA Y A ESCALA SUBREGIONAL

1.1. UNIÓN AFRICANA

La Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) continúan representando un reto irrealizable en todos los países africanos, a pesar de estar garantizados por los instrumentos internacionales y regionales de Derechos Humanos y por las leyes nacionales. En África, los SDSR se conciben a partir de creencias socioculturales y prácticas que determinan hasta qué punto los derechos se respetan, se protegen y se llevan a cabo. Estas creencias pueden tanto amparar como violar los derechos individuales.

Las/os mandatarias/os de la Unión Africana han adoptado múltiples instrumentos para fomentar la igualdad de género. Estos instrumentos, esenciales para poder cumplir con los SDR, son los que se citan a continuación:

- Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos
- Carta Africana de los Derechos y Bienestar del Niño.
- Protocolo a la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos, relativo a los Derechos de la mujer en África.

A escala regional, la constitución de diversos tratados de las Comisiones Económicas Regionales (CER) ha aportado notables contribuciones al programa de SDR, que contiene cláusulas determinantes de igualdad de género.

- Comunidad de África Oriental (CAO)
- Comunidad de África Meridional para el Desarrollo (SADC)
- Comunidad Económica de los Estados de África Occidental (CEDEAO)

Además, la aprobación por parte de mandatarias/os africanas/os de la **Declaración Solemne sobre la Igualdad entre los Géneros en África (SDGEA) de 2004**, se convirtió en un hito para mejorar las vidas de las mujeres y niñas africanas. De esta forma, el principio de igualdad de género quedó consagrado en el art. 4 (1) del Acta Constitutiva de la Unión Africana (UA). La SDGEA pretende:

- Acelerar la implementación de medidas económicas, sociales y legales específicas de género, con el propósito de combatir el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis
- Fomentar los Derechos Humanos de las mujeres a través de las leyes
- Fomentar la educación de las niñas y la alfabetización de las mujeres
- Empoderar a las mujeres a través de actividades económicas para que emprendan y creen empresas
- Implementar el Protocolo de Maputo sobre los Derechos de las Mujeres de África
- Informar anualmente sobre los progresos realizados en la integración de género en sus respectivos países³⁶

Muchos países africanos han dado prioridad a la salud de las mujeres por tratarse de un asunto preocupante. Esto se ha traducido en una mayor atención a los derechos sexuales y la salud sexual de las mujeres. La Comisión de la Unión Africana ha desarrollado la primera política de género que engloba las decisiones y declaraciones de las y los Jefas/es de Estado y de Gobierno y otros compromisos globales en materia de Género y Empoderamiento de las mujeres.

1.1.1. Antecedentes de la Unión Africana (UA)

La Unión Africana (UA), denominada en un principio Organización para la Unidad Africana (OUA), se estableció en 1999 mediante la Declaración de Sirte, Libia, por las y los Jefas/es de

³⁶ Ver los documentos de la Declaración Solemne en <http://www.african-union.com>.

Estado y de Gobierno. Los principales objetivos de la UA aparecen estipulados en el artículo 4.1 del Acta Constitutiva y los de mayor importancia para los derechos de salud sexual y reproductiva son:

1. Acelerar la integración política y socio-económica del continente
2. Promover y defender las posturas comunes africanas sobre asuntos de interés para todo el continente y sus pueblos
3. Estimular la cooperación internacional, tomando debida cuenta de la Carta de las Naciones Unidas y la Declaración Universal de los Derechos Humanos
4. Promover y proteger los Derechos Humanos de los pueblos en correspondencia con la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos y otros instrumentos pertinentes
5. Estimular el desarrollo sostenible a nivel económico, social y cultural, así como la integración de las economías africanas
6. Trabajar con los colaboradores internacionales competentes, para la erradicación de enfermedades prevenibles y el fomento de una buena salud en el continente³⁷

1.1.2 Órganos de la UA

Los principales órganos de la UA son³⁸:

Tabla 1. Órganos de la Unión Africana y sus Competencias

Órgano de la UA	Competencias
Asamblea	Integrada por las y los Jefas/es de Estado y Gobierno o sus representantes legales que se reúnen dos veces al año, concretamente en enero/febrero y en junio/julio. Su sede se encuentra en Addis Abeba.
Consejo Ejecutivo	Compuesto por Ministras/os o Autoridades nombradas por el Gobierno de los Estados Miembros. Su sede se encuentra en Addis Abeba.
Comité de Representantes Permanentes	Formado por las y los Representantes Permanentes de los Estados Miembros, nombrados para la Unión Africana y con sede en Addis Abeba.
Comisión de la Unión Africana (AUC)	Es la Secretaría de la UA y está formado por la/el Presidenta/e, el/la Vicepresidente/a y 8 Comisarias/os. Su sede se encuentra en Addis Abeba.
Consejo Económico, Social y Cultural	Es un órgano asesor formado por diferentes grupos sociales y profesionales de los Estados Miembros de la Unión. Dispone de un amplio mandato para fomentar el continuo diálogo entre todos los segmentos de los pueblos africanos y fortalecer vínculos entre los gobiernos y todos los representantes de organizaciones de la sociedad civil. Su sede está en Addis Abeba.

³⁷ <http://www.au.in/en/>

³⁸ Ver artículo 5 del Acta Constitutiva en http://www.uneca.org/daweca/conventions_and_resolutions/constitution.pdf

Tabla 1. Órganos de la Unión Africana y sus Competencias

Órgano de la UA	Competencias
Corte Africana de Justicia	Se encarga de asuntos civiles que tienen que ver con el fomento de los derechos humanos y la consolidación de la buena gobernanza en África. En 2008, la Corte Africana de Justicia se fusionó con la Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos para convertirse en la "Corte Africana de Justicia y Derechos Humanos". La Corte tiene sede en Arusha.
Parlamento Panafricano	Su Secretaría se encuentra en Midrand, Sudáfrica, y es un órgano asesor de la UA, cuya función es informar a la Asamblea.
Consejo de Paz y Seguridad (CPS)	Encargado de mantener la paz, seguridad y estabilidad en África y gestionar las catástrofes y acciones humanitarias. Su Secretaría tiene base en el Departamento de Paz y Seguridad de la sede central de la Comisión de la UA, en Addis Abeba.
Instituciones financieras	Existen tres instituciones financieras: el Banco Central Africano, el Fondo Monetario Africano y el Banco Africano de Inversiones. Este órgano aún no está en funcionamiento y el protocolo para la creación del banco se encuentra en proceso de ratificación.

Fuente: elaboración propia

1.1.3. Mandato de Igualdad de Género y Empoderamiento de las Mujeres en la UA

El **artículo 4 (1) del Acta Constitutiva** determina que la Unión actúe de conformidad con el principio de "Promoción de la Igualdad de Género" y en virtud del **artículo 8** del Estatuto de la Comisión de la Unión, el/la responsable en última instancia para la integración de géneros es el/la Presidente/a. Para facilitar la ejecución de este mandato, el **artículo 12 (3)** de los Estatutos estipula que "se establecerá un mecanismo en la Oficina de el/la Presidente/a para coordinar todas las actividades y programas de la Comisión relacionadas con asuntos de género". La **Dirección de Mujer, Género y Desarrollo de la UA (WGDD, en inglés)** es ese mecanismo. Los programas de la Dirección incluyen aquellos destinados a aplicar la integración de género en todas las políticas, programas y planes de los diferentes órganos de la UA y a facilitar el desarrollo de capacidades para el análisis e integración de género. La Dirección también pone en práctica programas centrados en las mujeres, destinados a corregir los desequilibrios históricos y las desigualdades entre mujeres y hombres, ofreciendo igualdad de oportunidades y adoptando medidas de discriminación positiva para apoyar la participación equitativa y disfrute de los beneficios que se derivan de tales acciones. Los programas de empoderamiento de las mujeres incluyen: Mujeres y Educación, Salud, Erradicación de la Pobreza, Agricultura, Mercado y Economía, Proceso de Paz y Políticas. Las actividades de género incluyen la integración de género, coordinación, promoción, política de género, seguimiento de funciones, capacitación de género y fomento de capacidades, investigación y comunicación, seguimiento y evaluación de proyectos y establecimiento de contactos³⁹. Algunas de las actividades más importantes llevadas a cabo por la WGDD de la UA incluyen la realización de una auditoría de género del ejercicio de 2006, el desarrollo de la política de género en 2009, el desarrollo de un plan estratégico de cinco años para los órganos de la UA, incluidas la Comisión de la UA y las Comunidades Económicas Regionales (CER).

³⁹ Para más detalles ver: http://www.africa-union.org/structure_of_the_commission/women/gender_and_development.

1.1.4. Marco jurídico internacional y regional para la protección de los Derechos y la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres

Tabla 2. Marco jurídico internacional y regional para la protección de los Derechos y la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres

FECHA	INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN
1979	Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)	Derechos Humanos internacionales pioneros en promover los derechos de las mujeres y prohibir su discriminación en todas sus formas
1981	Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos	El artículo 3 establece la igualdad ante la ley. El artículo 19 de la Carta recoge el principio de no discriminación por razón de sexo, edad, etnia, raza entre otros, en cualquier esfera de la vida con el fin de asegurar el disfrute de todos los derechos. Además, el artículo 18 (3) estipula la eliminación de la discriminación contra las mujeres asegurando la protección de los derechos de las mujeres, incluido el derecho a la salud, tal y como establecen los instrumentos y políticas internacionales y regionales
1993	Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (Viena 1993)	Adoptó el lema “los Derechos de las Mujeres son Derechos Humanos”. Esto incluye los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres.
1994	Conferencia Internacional de la ONU sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, El Cairo)	Dio un nuevo impulso a las demandas por el respeto y protección de los derechos de las mujeres y la promoción de la igualdad de género. Por primera vez se definieron los Derechos Sexuales y Reproductivos, alejándose de la atención exclusiva en la planificación familiar.
1995	Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer	Reafirmó los nuevos planteamientos expuestos en la CIPD, celebrada en El Cairo.
1990	Carta de los Derechos y Bienestar del Niño.	En el artículo 3 de esta Carta se garantizan los derechos de todos los niñas/os sin discriminación alguna. Además, se garantiza el Derecho a la Salud.
2003	Protocolo a la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos, relativo a los Derechos de la Mujer en África, o “Protocolo de Maputo”	Entró en vigor el 25 de noviembre de 2005. Proporciona un marco jurídico continental para abordar los temas relativos a la desigualdad de género y los aspectos fundamentales de la organización de la sociedad que perpetúan la subordinación y el desempoderamiento de las mujeres, y contribuyen a su marginación. El Protocolo establece en el artículo 8 que deberían hacerse reformas legales con el fin de armonizar las leyes nacionales en consonancia con las disposiciones del Protocolo.

Tabla 2. Marco jurídico internacional y regional para la protección de los Derechos y la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres

FECHA	INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN
2004	La Declaración Solemne sobre la Igualdad de Género en África (SDGEA)	Fomenta la igualdad de género en África. Cabe destacar que la SDGEA es un importante instrumento de África para promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, ya que refuerza la apropiación nacional del programa de igualdad de género y mantiene la resolución de problemas en el más alto nivel político en África. Otro mecanismo para la intervención en materia de género y del empoderamiento de las mujeres incluye la Conferencia de Ministras/os responsables de las Cuestiones de Género y de Asuntos de la Mujer de la UA. Durante la primera Conferencia celebrada en Dakar, Senegal, en octubre de 2005 las/os ministras/os desarrollaron dos documentos para facilitar la implementación de la SDGEA. Estas son las Directrices para la presentación de informes y el marco de aplicación.
2001	Declaración de Abuja (2001) sobre VIH/SIDA, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas relacionadas	Compromiso de invertir al menos el 15% de su presupuesto nacional en salud.
2006	Plan de Acción de Maputo sobre Derechos de Salud Sexual y Reproductiva para la ejecución del marco político continental en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos.	La sesión especial de la Conferencia de Ministras/os de Sanidad celebrada en Maputo en septiembre de 2006, aprobó el Plan de Acción de Maputo para la implementación del Marco Político Continental sobre la Salud y los Derechos sexuales, con el fin de garantizar el acceso universal a servicios integrales de Salud Sexual y Reproductiva en África para el año 2010. El Marco se postuló para el periodo inicial de 2006-2010 y durante la Cumbre de Jefas/es/ de Estado y Gobierno celebrada en Kampala en julio de 2010. El periodo se amplió hasta 2015 para hacerlo coincidir con los plazos de revisión de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de la CIPD del Cairo.
2007	Estrategia de Salud de África (2007-2015).	Este es un marco inspirador para llevar a cabo funciones sanitarias. La Estrategia propone el refuerzo de los sistemas sanitarios con el objetivo de reducir la carga de las enfermedades mediante el uso mejorado de recursos, sistemas, políticas y gestión. Esto contribuirá a la igualdad en todo el sistema para poder llegar a las y los pobres y a las y los más necesitadas/os de atención sanitaria. La Estrategia de Salud reiteró la urgente necesidad de implementar el Plan de Acción de Maputo sobre los Derechos Sexuales y de Salud Reproductiva, la Declaración de Abuja sobre el VIH/SIDA, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, el Marco político Continental en materia de Salud y de Derechos Sexuales y Reproductivos, entre muchos otros compromisos.

Tabla 2. Marco jurídico internacional y regional para la protección de los Derechos y la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres

FECHA	INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN
2009	Campaña para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna en África (CARMMA)	Aprobada en la 4ª reunión de la Conferencia de Ministras/os de Salud Africanas/os en 2008. El tema de la Campaña es "África se preocupa: ninguna mujer debería morir al dar vida". El principal objetivo de CARMMA es acelerar la disponibilidad y el uso de servicios sanitarios de calidad accesibles globalmente, incluyendo aquellos servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva que son fundamentales para la reducción de la mortalidad materna. En abril de 2010, la AUC organizó una Conferencia Continental sobre la Salud Materna e Infantil en África. El tema a tratar fue "Lograr los ODM mediante la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna en África".

Fuente: elaboración propia

1.1.5. Otros mecanismos útiles de la Dirección de la Mujer, Género y Desarrollo de la UA (WGDD, por sus siglas en inglés)

A nivel operativo de la Comisión de la Unión Africana (AUC), a la WGDD se le ha encomendado llevar la integración de género a todos los programas de la AUC. Tras el informe de la Reunión Extraordinaria de Ministras/os Africanos encargados de los Asuntos de Género y de la Mujer en diciembre de 2008⁴⁰ y las recomendaciones del Consejo Ejecutivo de la Unión Africana en enero de 2009, la Asamblea de Jefas/es de Estado y de Gobierno declaró el período 2010-2020 **Década de las Mujeres Africanas**. La Cumbre instó a los Estados Miembros, a los órganos de la UA y a las Comunidades Económicas Regionales (CER) a apoyar la ejecución de las actividades de la Década⁴¹. **La Aprobación de la Política de Género de la UA en el año 2009** impuso el compromiso de las/os Jefas/es de Estado y de Gobierno con el desarrollo social y económico. La política de género es uno de los documentos clave de la UA, que influirá en las actividades realizadas durante la Década de las Mujeres Africanas. La política tiene en cuenta la diversidad de contextos sociales, culturales y tradicionales y se esfuerza para hacer frente a las culturas y las prácticas que atentan contra el disfrute de las libertades y los derechos de las mujeres y las niñas⁴². La política de género constituye un mandato para la ejecución de los compromisos de la Asamblea. Se acompaña de un plan integral por un periodo de diez años, que servirá de guía para la implementación del compromiso por parte de los órganos de la UA y complementará la aplicación en curso de estos compromisos a nivel nacional y regional.

1.2 ANÁLISIS SUBREGIONAL

A escala subregional, se observa que para muchos países africanos, la salud de las mujeres se ha convertido en asunto prioritario. Esto se ha traducido en una mayor atención a los

⁴⁰ Las/os Ministras/os se reúnen anualmente.

⁴¹ Decisión tomada en la Asamblea de la Década de la Mujer Africana (African Women's Decade-Assembly/AU/Sec.229 (XII))

⁴² Política de Género de la Unión Africana REV2/Feb 10, 2009 <http://www.au.in/en/>

derechos de salud reproductiva de las mujeres, fomentando la opción de la lactancia materna, facilitando medios para tratar infecciones de transmisión sexual, incluidos el VIH/SIDA y creando una mayor conciencia entre los hombres sobre sus responsabilidades en materia de salud reproductiva. Muchos países tienen ahora políticas de salud reproductiva, estrategias y la Hoja de Ruta Hacia la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna. Durante la revisión de la plataforma CIPD + 10, se observó que el 95% de los 43 países de África comprometidos con la CIPD dirigen sus esfuerzos a lograr que los hombres participen para prevenir los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual.

1.2.1 Comunidades Económicas Regionales (CER):

A nivel subregional, existen varias Comunidades Económicas Regionales entre las que se incluyen:

- Mercado Común para África Oriental y Meridional (COMESA)
- Comunidad de África Oriental (CAO)
- Comunidad Económica de los Estados de África Occidental (CEDEAO)
- Autoridad Intergubernamental para el Desarrollo (IGAD)
- Comunidad de África Meridional para el Desarrollo (SADC).
- Unión del Magreb Árabe (UMA)
- Comunidad de Estados Sahelo-Saharianos (CEN-SAD)

Estos órganos sirven de trampolín para la integración de África en un mercado común y ente político. Las CER facilitan las relaciones comerciales entre los Estados Miembros y apoyan la armonización de las políticas comerciales, los reglamentos y normas, el desarrollo de infraestructura a través de fronteras y la distribución de los recursos comunes. Además, contribuyen a abordar las desigualdades en la sociedad, asegurando la participación equitativa y la implicación de hombres y mujeres en el desarrollo económico y social de sus países y subregiones. Una vez que se toman decisiones a nivel de la Unión Africana, las Comunidades Económicas Regionales se convierten en importantes colaboradoras para la aplicación de esas normas. Ha habido ocasiones en las que los Estados Miembros se han unido para armonizar sus políticas y programas y hacer uso de la presión del grupo para la consecución de los objetivos previstos. Esto suele suceder cuando las decisiones de la Unión Africana coinciden ampliamente con los objetivos de las CER.

El compromiso político a nivel de las CER con la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres, específicamente en el área de la salud sexual y reproductiva, se expresa principalmente a través de la adopción de leyes constitutivas que se consolidan como principios y objetivos de desarrollo de las comunidades. Otras CER han dado un paso más y han aprobado políticas de género, o han tomado decisiones sobre derechos sexuales y salud reproductiva.

1.2.2 Compromisos legales y políticos a escala regional y subregional

Tabla 4. Compromisos Legales y Políticos Relacionados con la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos

Marco político / legal	Breve descripción de los mecanismos político/ legislativos	Derechos Sexuales y de Salud Reproductiva
<p>CONTINENTAL</p> <p>Unión Africana (UA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos que establece la igualdad ante la ley, describe el principio de no discriminación por razón de sexo, edad, etnia, raza entre otros, en cualquier esfera de la vida con el fin de asegurar el disfrute de todos los derechos y estipula la eliminación de discriminación contra las mujeres asegurando la protección de los derechos de las mujeres tal y como establecen los instrumentos y políticas internacionales y regionales - Carta Africana de los Derechos y el Bienestar del Niño que garantiza el derecho de todas/os las/os niñas/os independientemente de la raza de las madres y padres o tutoras/es legales, el grupo étnico, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, estatus económico, nacimiento u otra condición - Protocolo de los Derechos de las Mujeres en África, (Protocolo de Maputo de 2003). Proporciona un marco jurídico continental para abordar los temas de desigualdad de género y los aspectos fundamentales de la organización de la sociedad que perpetúan la subordinación y el desempoderamiento de las mujeres, y contribuyen a su marginación. El protocolo establece que en diversos países se han hecho reformas legales con el fin de armonizar las leyes nacionales en consonancia con las disposiciones del Protocolo. - Declaración de Abuja (2001) sobre VIH/SIDA, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas relacionadas, instando a los gobiernos a destinar al menos el 15% del presupuesto anual del país a la mejora de sus áreas de salud. I guardians' race, ethnic group, color, sex, language, religion, political or other opinion, national and social origin, fortune, birth or other status. - I Marco Político Continental sobre Derechos Sexuales y de Salud Reproductiva (2006) se creó en respuesta a la petición de reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil en África. El marco hace una llamada para la incorporación de servicios de salud sexual y reproductiva para acelerar el logro de los ODM. 	<p>Ha adoptado diversos instrumentos para promover la igualdad de género, en concreto: La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, el Protocolo de Maputo sobre los Derechos de las Mujeres, La Carta Africana sobre los Derechos del Niño y La Declaración Solemne sobre la Igualdad de Género en África</p> <p>También se han aprobado diferentes políticas para hacer cumplir los derechos de salud sexual y reproductiva</p>

Tabla 4. Compromisos Legales y Políticos Relacionados con la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos

Marco político / legal	Breve descripción de los mecanismos político/ legislativos	Derechos Sexuales y de Salud Reproductiva
	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de Acción de Maputo (MPoA) para la puesta en marcha del Marco Político Continental para la salud y los derechos sexuales. - Estrategia de Salud de África para el periodo 2007-2015 Se espera de los Estados Miembros de la UA y las CER que utilicen la Estrategia de Salud como marco de inspiración en el que se cumplan plenamente sus funciones. La estrategia propone el refuerzo de los sistemas sanitarios con el objetivo de reducir la carga de las enfermedades mediante el uso mejorado de recursos, sistemas, políticas y gestión. - Declaración Solemne sobre la Igualdad de Género en África (SDGEA) de 2004. Los Estados Miembros están obligados a informar anualmente sobre las medidas adoptadas progresivamente para lograr la paridad e igualdad de género. - El Consejo de Paz y Seguridad (CPS) ha causado un notable impacto en este programa. El CPS tiene la función de desplegar misiones de paz para ayudar en casos de genocidio, crímenes de guerra y crímenes contra la humanidad. Diversas organizaciones regionales de mujeres han aprovechado al máximo este espacio para que las voces de las mujeres sean escuchadas en temas de violencia sexual y acceso limitado a servicios de salud, para así garantizar su derecho a la salud sexual y reproductiva. - Campaña para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna en África (CARMMA) El principal objetivo de CARMMA es acelerar la disponibilidad y el uso de servicios sanitarios de calidad accesibles globalmente, incluyendo aquellos servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva que son fundamentales para la reducción de la mortalidad. - Política de Género de la UA. La política tiene en cuenta la diversidad de contextos sociales, culturales y tradicionales y se esfuerza para hacer frente a las culturas y las prácticas que atentan contra el disfrute de las libertades y los derechos de las mujeres y las niñas. La política de género constituye un mandato para la puesta en marcha de los compromisos de la Asamblea 	

Tabla 4. Compromisos Legales y Políticos Relacionados con la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos

Marco político / legal	Breve descripción de los mecanismos político/ legislativos	Derechos Sexuales y de Salud Reproductiva
<p>REGIONAL</p> <p>Mercado Común para África Oriental y Meridional (COMESA)</p>	<p>- El Tratado COMESA se ocupa del desarrollo económico y social sostenible de la región que requiere la participación efectiva de hombres y mujeres. Está firmada por 19 países. La política de género y la Declaración sobre el Género de Addis Abeba son algunos de los importantes mecanismos que se pueden utilizar para dar respuesta directa o indirectamente a los SDRS. La política aboga por la participación igualitaria y plena de las mujeres y los hombres en todos los aspectos de las actividades de COMESA y en otras operaciones que tengan lugar en la región. COMESA está obligada a aplicar medidas de discriminación positiva para asegurar la eliminación de barreras que impiden la participación plena e igualitaria de las mujeres. Sin embargo, es importante señalar que COMESA no se ocupa directamente de cuestiones de salud sexual y reproductiva. La política tiene como objetivo principal empoderar a las mujeres en el ámbito del comercio.</p>	<p>No tiene una política específica sobre SDRS, aunque sí practica una política de género para promover la igualdad.</p>
<p>REGIONAL</p> <p>Comunidad del África Oriental (CAO)</p>	<p>-El Tratado de la CAO apoya la igualdad de género. La Secretaría, con sede en Arusha, Tanzania, tiene una Unidad de Desarrollo de Género, Juventud y Comunidad, que supervisa la integración del género y garantiza que las políticas, programas y actividades de la CAO sean sensibles al género. Se compone de cinco Estados Miembros.</p> <p>- Borrador del Protocolo sobre Género y Desarrollo de la CAO. El objetivo del borrador del protocolo consiste en contribuir a la igualdad de género, la equidad y el desarrollo sostenible en la Comunidad de África Oriental y de armonizar los diferentes compromisos nacionales, regionales e internacionales por la igualdad de género en un único instrumento regional legalmente vinculante.</p> <p>- Iniciativa de Apoyo Sub-regional del África Oriental (EASSI, por sus siglas en inglés). La ayuda de EASSI ha sido decisiva a la hora de consultar con múltiples organizaciones sobre los mecanismos nacionales en los cinco Estados Miembros de la CAO, y usar la información recogida para influir en el proceso de elaboración del borrador del Protocolo sobre Género y Desarrollo de la CAO. El protocolo estará preparado a finales de 2011.</p>	<p>Ha aprobado la estrategia de los SDRS para el período 2008-2013 que establece la orientación estratégica hacia el acceso universal a los SDRS</p>

Tabla 4. Compromisos Legales y Políticos Relacionados con la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos

Marco político / legal	Breve descripción de los mecanismos político/ legislativos	Derechos Sexuales y de Salud Reproductiva
<p>SUBREGIONAL</p> <p>Comunidad Económica de Estados de África Occidental (CEDEAO)</p>	<p>– Los Estados Miembros de la Comunidad Económica de África Occidental (CEDEAO) adoptaron una política de género en 2004. Las políticas llevan a la creación de una división de género en la Secretaría y a la transformación del Centro de la CEDEAO de Desarrollo de Género para proporcionar estructuras y marcos para la integración de género. El objetivo principal del Centro de Género y Desarrollo es establecer, desarrollar, facilitar, coordinar y dar seguimiento a las estrategias y programas destinados a garantizar que las cuestiones relativas a las disparidades entre hombres y mujeres en los programas de integración de la Comunidad, así como la promoción de las mujeres sean incorporadas en el marco de los objetivos del tratado de la CEDEAO</p>	<p>No tiene una política específica sobre SDR, pero ha reconocido el género como un tema relevante. Se ha proporcionado el mecanismo necesario para la integración de género.</p>
<p>SUBREGIONAL</p> <p>Autoridad Intergubernamental sobre Desarrollo (IGAD)</p>	<p>– (IGAD) Estableció una política de Género y durante la 6ª Reunión de Ministras/os a cargo de los Asuntos de Género y de la Mujer, se hizo una declaración dirigida al empoderamiento de las mujeres. Las/os ministras/os mostraron su preocupación por las altas tasas de infección por VIH y por las violaciones de los derechos de salud sexual y reproductiva. Inspirados también, por el lanzamiento de la Década de las Mujeres, pusieron en marcha la Década de la Mujer de IGAD destinada a centrarse en la lucha contra la pobreza, y promover el empoderamiento económico de las mujeres y la agricultura y la seguridad alimentaria entre otros.</p>	<p>No tiene una política específica sobre SDR, pero promueve la integración de género a través de la política de género.</p>
<p>SUBREGIONAL</p> <p>Unión del Magreb Árabe (UMA) y la Comunidad de Estados Sahel-Saharanos (CEN SAD).</p>	<p>– Aunque fundadas en 1989 y, a pesar del hecho de que los Estados Miembros han firmado numerosas declaraciones y tratados, desde 1994 no han tenido reuniones a nivel de Jefas/es de Estado. Surgieron a raíz de una controversia, cuando Marruecos se anexionó al Sáhara Occidental. Se convocó una reunión en 2003, pero fue aplazada a petición de Libia. Argelia, que ejercía la presidencia en ese momento, le transfirió el asunto a Libia en diciembre de 2003. Ya que el órgano supremo para la toma de decisiones, que es el Consejo de Jefas/es, no ha actuado como se le indica, la UMA no tiene ningún marco jurídico o político para excluirlas de este Mapa.</p>	<p>Ninguna</p>

Tabla 4. Compromisos Legales y Políticos Relacionados con la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos

Marco político / legal	Breve descripción de los mecanismos político/ legislativos	Derechos Sexuales y de Salud Reproductiva
<p>SUBREGIONAL</p> <p>Comunidad de África Meridional para el Desarrollo (SADC)</p>	<p>–El Tratado de la Comunidad para el Desarrollo del África Austral (SADC), en virtud del artículo 6 (2), prohíbe la discriminación basada, entre otras cosas, en el sexo o el género. Actualmente, la SADC consta de 15 miembros. A través de la Declaración de la SADC sobre Género y Desarrollo, los miembros de la Comunidad hacen un llamamiento a los Estados Miembros para garantizar la eliminación de todas las desigualdades de género en la región y aspirar a la promoción del disfrute pleno e igualitario de los derechos para todos. El Protocolo de la SADC sobre Género y Desarrollo tiene como objetivo acelerar el logro de la igualdad y equidad de género en todos los procesos de desarrollo a diferentes niveles, a través del fomento y aplicación de leyes sensibles al género, políticas, programas y proyectos y mecanismos de seguimiento y evaluación.</p>	<p>No tiene una política específica sobre SDRS, pero el protocolo de la SADC sobre Género y Desarrollo de 2008 es de amplio enfoque y aborda cuestiones de violencia de género. Sin embargo, la SADC ha desarrollado una Estrategia Regional de Salud Sexual y Reproductiva para el período 2006-2015 y los esfuerzos para ponerla en práctica están en marcha. Coincide con el Plan de Acción de Maputo de la UA y se ocupa de asuntos como la maternidad segura, facilitando servicios de planificación familiar y de prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, entre otras cosas.</p>
<p>SUBREGIONAL</p> <p>Nueva Alianza para el Desarrollo de África (NEPAD)</p>	<p>Como parte del proceso de renovación africano iniciado por las/os Presidentas/es de Sudáfrica y Nigeria, se facilitó un proceso de consulta que culminó con la adopción de la Nueva Alianza para el Desarrollo de África (NEPAD), ampliamente reconocido como el marco para el desarrollo de África en el siglo XXI. NEPAD reconoce el papel que las mujeres han desempeñado en el desarrollo hacia el logro de la igualdad de género. Los apartados 67 (b) y 68 (b) de la NEPAD están totalmente dedicados a la promoción de las mujeres, y como parte del programa de desarrollo de África aboga por la realización del derecho a la salud sexual y reproductiva a través del acceso a servicios de calidad. La Secretaría de NEPAD se estableció en Sudáfrica.</p>	<p>No tiene una política específica sobre SDRS</p>

Tabla 4. Compromisos Legales y Políticos Relacionados con la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos

Marco político / legal	Breve descripción de los mecanismos político/ legislativos	Derechos Sexuales y de Salud Reproductiva
<p>SUBCONTINENTAL (SUPPORTS VARIOUS SUBREGIONS IN AFRICA)</p> <p>The East, Central, and Southern African (ECSA)</p>	<p>Bajo este mecanismo los Estados Miembros de la Unión Africana se someten voluntariamente a revisiones periódicas en el marco del Mecanismo de examen entre los propios países africanos, que se centra en cinco áreas que incluyen contar con leyes, políticas y programas que promuevan la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres a fin de que los hombres y las mujeres se den cuenta por igual de su gran potencial en todos los aspectos de la vida. El proceso de NEPAD, uno de los mecanismos mediante el cual se controla la integración de género en los Estados Miembros, se controla bajo los auspicios de la Unión Africana desde el año 2009</p> <p>ECSA health community fosters and encourages cooperation in health in East, Central and Southern Africa Region and works towards promoting gender equality in health. Established in 1974 under the auspices of the Commonwealth Secretariat in London to promote regional cooperation in Health, ECSA has now transformed into a strong regional organization that provides member countries with a unique framework for addressing health problems that require joint action. This is an intergovernmental organization that enjoys direct links with regional health policy makers that include health ministers and Permanent Secretaries as well as regional health networks. The highest governing body of ECSA is the ECSA Conference of Minister who meets annually to review policy matters, national health strategies and define health priorities in the region. ECSA runs a program on family and reproductive health. It promotes evidence –based reproductive health policies and documents and disseminate best practices.</p>	<p>ECSA Ministers of Health resolution on Maternal and Child Health at the 52nd Health Ministers Conference in October 2010 included: Adoption/Adaptation of model fistula policy; address issue of task shifting to address the unmet needs of family planning and address unsafe abortion and strengthen youth friendly family planning and other reproductive health care. On GBV, adopt/adapt and implement ECSA regional prototype gender based violence and child sexual abuse policy and establish and strengthen National Gender Commission machineries to oversee GBV.</p>

Fuente: elaboración propia

2. MAPA DE ACTORES GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES DE LA SALUD Y DE SDR EN LA UA Y SUBREGIONES

2.1. ACTORES GUBERNAMENTALES

Los gobiernos están bien representados en la Unión Africana en todas las estructuras ya mencionadas. Algunos países africanos practican el derecho civil mientras que otros, el consuetudinario, hecho que da lugar a diferentes repercusiones a la hora de tomar y aprobar decisiones a nivel de la UA. Los países que practican el derecho civil actúan en un marco jurídico que fija las responsabilidades operacionales de los departamentos gubernamentales. A los países que practican el derecho consuetudinario esa práctica les resulta informal y poco clara. En la Unión Africana y en el plano regional se lleva a cabo el mismo proceso para tomar decisiones. Normalmente, los asuntos de SDR son gestionados en cada país por el Ministerio de Salud y el Ministerio responsable de asuntos de las mujeres o de género, niñas/os y desarrollo social. Las oficinas de la Presidencia, el Ministerio de Hacienda y el órgano responsable de la planificación nacional se encuentran incluidos en los presupuestos de las políticas aprobadas.

Tabla 5. Actores gubernamentales con competencias en materia de SDR

Departamento/Agencia	Función/Situación en SDR
Ministra/o de Asuntos Exteriores	Trabaja a nivel de la UA en la preparación de la Agenda de la Cumbre de la UA. Prepara hojas informativas sobre las cuestiones que se debatirán Los documentos se entregan al presidente o presidenta para su debate en la Cumbre.
Ministras/os responsables de la Salud	Se reúnen durante las Sesiones de Ministras/os de Sanidad (cada dos años) Han deliberado sobre asuntos de mortalidad materna e infantil. Este debate ha dado resultados positivos en el Marco Continental de la Salud Sexual y Reproductiva y su Plan de Acción de Maputo entre otros
Ministras/os responsables de Asuntos de la Mujer y Género	Se reúnen anualmente y debaten sobre cuestiones de igualdad de género. Han sido un elemento fundamental para dar orientación y un marco estructural a la implementación de la SDGEA y a la declaración, el lanzamiento y seguimiento de la Década de las Mujeres Africanas
División de Salud Reproductiva del Ministerio de Sanidad	Actúan como expertas/os técnicos en las deliberaciones de los asuntos de SDR

Fuente: elaboración propia

En la mayoría de los países africanos, la toma de decisiones a nivel gubernamental es un proceso *ad hoc*. Dependiendo de la relación de trabajo entre las y los funcionarias/os del gobierno y las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), puede que a éstas se les inviten o no a las consultas. En Kenia, por ejemplo, la relación de las OSC con el gobierno es cordial y

las organizaciones de mayor relevancia suelen ser invitadas a las consultas.

2.2. ACTORES NO GUBERNAMENTALES

Las ONG o las OSC participan con la Unión Africana y los mecanismos regionales a diferentes niveles, principalmente como redes de la sociedad civil o coaliciones a nivel nacional, regional o en el ámbito de la UA. Las OSC deben estar bien instruidas en los temas sobre los que están haciendo incidencia antes de pedir audiencia a los Ministerios o departamentos pertinentes del gobierno.

Es importante señalar que no existe ninguna organización africana a nivel regional o subregional que se oponga claramente a los derechos sexuales y de salud reproductiva, aunque en la mayoría de los países todavía se penalice la homosexualidad y el aborto. Sin embargo, los centros de salud prestan servicios de atención post aborto y de necesidades específicas de salud para los homosexuales, aunque ello no cumpla con la legalidad de las leyes nacionales. A nivel de la Unión Africana, no existe una postura clara en el tema de la homosexualidad. Un ejemplo de ello lo podemos ver en la reunión del Consejo de Ministras/os, celebrada en 2008, donde el Consejo se negó a aprobarla.

Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva 2008-2013 que le habían presentado, devolviéndola al Consejo Sectorial de Ministras/os de Sanidad de la CAO con instrucciones de modificarla, obviando la promoción de la homosexualidad y otras prácticas sexuales no deseadas. La estrategia

Recuadro 1. Ejemplo de compromiso de las OSC con el Gobierno en Materia de Igualdad de Género

Ciertas organizaciones de mujeres de Kenia y algunas organizaciones o grupos de Derechos Humanos se comprometieron con el Ministerio de Género, Infancia y Desarrollo Social y con la oficina del Presidenta/e para que Kenia ratificara el protocolo de Maputo en octubre de 2010. Para ello formaron una coalición llamada G 10, que trabajó conjuntamente con la Comisión de Género y Desarrollo, órgano independiente del gobierno creado para hacer un seguimiento de la integración de género. Las organizaciones de Kenia a nivel regional, trabajaron con las y los integrantes de la Coalición **Solidaridad para los Derechos de Mujeres Africanas (SOAWR, por sus siglas en inglés)**, especialmente con aquellas con sede en Kenia como FEMNET y Equality Now, para llevar la defensa del protocolo al organismo más alto. Después de esta defensa enérgica que incluyó el uso de los medios de comunicación y un debate cara a cara con representantes clave del gobierno, Kenia ratificó el Protocolo de Maputo en octubre de 2010, justo antes del lanzamiento oficial de la Década de las Mujeres Africanas de la UA. Esto ha proporcionado a las OSC en Kenia una mejor oportunidad de colaborar con el gobierno, tanto a nivel nacional como a nivel regional y de la Unión Africana.

se aprobó una vez modificada⁴³

La Iglesia Católica se opone al uso de cualquier método anticonceptivo y promueve los métodos naturales de planificación familiar. Sin embargo, la Iglesia destina fondos a varios centros médicos de la región. Aunque no fomente el uso de anticonceptivos, no parece existir una completa oposición, ya que es evidente que aunque la Iglesia tiene muchos seguidores, son pocos los que usan la planificación familiar natural; esto demuestra que los miembros de la fe católica sí usan anticonceptivos. La Iglesia no ofrece servicios destinados a la Salud Sexual, pero hay indicios de que trabajan en temas de VIH/SIDA que tienen repercusión en ese ámbito de la salud.

Las OSC también tienen la oportunidad de organizar eventos paralelos al margen de la UA y de las Cumbres subregionales. Los organizan en colaboración con organismos importantes como por ejemplo la **Dirección de la Ciudadanía Africana y la Diáspora (CIDO) y ECOSOC en la AUC** y con las secretarías de las organizaciones regionales para buscar la acreditación. Las OSC han influido en algunas decisiones realizando borradores de informes de políticas para los Estados Miembros y otros funcionarios. Algunas OSC incluso han sido nominadas para unirse a las delegaciones gubernamentales.

Recuadro 2. Campaña del 15% Ya

Por ejemplo, la Alianza Africana para la Promoción de los Derechos de Salud Pública puso en marcha la "15% Now Campaign"⁴⁴ para presionar a los gobiernos a cumplir con el compromiso de la declaración de Abuja de 2001 sobre el VIH y el SIDA, haciéndoles comprometerse a destinar hasta un 15% de los presupuestos públicos para la salud. El proceso ha sido lento, y hasta la fecha sólo seis países han cumplido el objetivo del 15%.

3. MECANISMOS Y PROCESOS DE TOMA DE DECISIONES DE LOS SDSR EN EL ÁMBITO DE LA UNIÓN AFRICANA Y SUBREGIONES

3.1. TOMA DE DECISIONES A NIVEL DE LA UA

La UA se ha propuesto lograr el siguiente objetivo para el 2015:

"Un África unida e integrada, imbuida de los ideales de justicia y paz; un África interdependiente y viril, decidida a elaborar por sí misma una estrategia ambiciosa; un África apoyada por la integración política, económica, social y cultural que le devolverá al Panafricanismo su pleno significado; un África capaz de sacar lo mejor de sus recursos humanos y materiales, y deseosa de asegurar el progreso y la prosperidad de sus ciudadanos mediante el aprovechamiento de las oportunidades que ofrece un mundo globalizado, y un África, comprometida a promocionar sus valores en un mundo plagado de diferencias".

La visión de la UA es la de **"construir un África integrada, próspera y pacífica, un África impulsada y controlada por sus propios ciudadanos y que represente una fuerza dinámica en el ámbito internacional"**⁴⁴. La toma de decisiones en la Unión Africana se indica en la siguiente tabla:

⁴³ EAC/CM15/Decisión/2008 en <http://www.eac.int>.

⁴⁴ Ver la Comisión de la Unión Africana: Marco del Plan de Estrategia 2004-2007 disponible en <http://www.africa-union.org.au>AboutAU/Vision/Volume2.pdf>

Tabla 6. Niveles de toma de decisiones en la Unión Africana

Stage	Concerned AU Organ	Mechanisms of Decision Making
1	Comisión de la Unión Africana (AUC)	La AUC realiza propuestas sobre una cuestión que se remite al Comité de Representantes Permanentes para su aprobación previo a su envío al Consejo Ejecutivo. En esta fase, las OSC podrían iniciar la tormenta de ideas y la presión sobre esa cuestión.
2	Los Expertas/os	La AUC convoca al grupo de expertas/os para deliberar sobre la cuestión. La mayoría de los tratados y documentos normativos son analizados en profundidad en las reuniones del Grupo de Expertas/os Las OSC han participado en estas reuniones designando expertas/os para que asistan o cuando están invitadas. También pueden participar de manera informal, presionando junto con los Estados Miembros de la UA, para entender las cuestiones con el objetivo de enviar representantes que entiendan las cuestiones. Después de que las/os expertas/os finalizan la discusión, sugieren propuestas muy claras, las cuales presentan a la reunión de ministras/os.
3	La Reunión de Ministras/os	En la situación actual de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, son los Ministras/os de Sanidad o bien las/os Ministras/os de Igualdad o de la Mujer los que están involucrados. Las OSC ejercen mucha presión con las/os ministras/os competentes a nivel nacional y durante la reunión, con el objetivo de influir en los Documentos de Posición del país sobre la cuestión. Algunas veces, las OSC intentan que las inviten a formar parte de la delegación en las reuniones. Algunas OSC desarrollan instrumentos de promoción sobre esa(s) cuestión/cuestiones. Otras desarrollan Documentos de Posición/ informes sobre políticas que orientan sobre la cuestión a discutir, los cuales comparten con las/os ministras/os antes y después de la reunión.
4	Comité de Representantes Permanentes	Las conclusiones de las/os ministras/os se entregan en la reunión del Comité de Representantes Permanentes o en un subcomité competente, donde se revisa y decide qué debe incluirse en la agenda del Consejo Ejecutivo. De nuevo, las OSC tras los debates realizan un gran número de reuniones para tomar decisiones con los miembros de la RPC para conocer a fondo las sugerencias y supervisar si sus puntos de vista y consideraciones se tuvieron en cuenta en las conclusiones de las/os ministras/os. Se pueden organizar reuniones informales con los miembros de PRC.
5	El Consejo Ejecutivo	El Consejo Ejecutivo revisa las recomendaciones de las reuniones ministeriales. El Consejo tiene facultades para tomar decisiones sobre el asunto o para remitirlo a la Cumbre de Jefas/es de Estado y Gobierno. En el nivel superior, las OSC tienen normalmente documentos escritos y propuestas para destacar las consecuencias positivas y negativas en caso de incumplir las recomendaciones necesarias según su propuesta. La reunión regional para tomar decisiones se utiliza como estrategia para contactar con las/os integrantes del Consejo Ejecutivo.

Tabla 6. Niveles de toma de decisiones en la Unión Africana

Stage	Concerned AU Organ	Mechanisms of Decision Making
6	La Asamblea	La Cumbre de las/os Jefas/es de Estado y Gobierno tiene la última palabra en cuanto a la adopción de las decisiones de la UA. Si no se adoptan, la presión continúa. Si por el contrario, se adoptan, la AUC es responsable de llevar a cabo su implementación. La Asamblea por lo general propone un mecanismo de supervisión para la propuesta. Si se trata de un tratado, la firma y el mecanismo de ratificación se ponen en marcha. Si se trata de una política, una vez adoptada se espera que los países la implementen. Las OSC desempeñan un papel crítico en el plano nacional para garantizar su cumplimiento. Por ejemplo, Solidaridad por los Derechos de las Mujeres Africanas (SOAWR) contribuye decisivamente en presionar a los países para que ratifiquen el Protocolo de Maputo. El artículo 23 de la Constitución de la UA estipula que si un Estado Miembro no cumple con las decisiones y políticas de la UA, se pueden imponer sanciones. Sin embargo, en la práctica esto rara vez sucede. La principal herramienta utilizada es la diplomacia y la presión del grupo a través de los mecanismos informativos.

Fuente: elaboración propia

Las decisiones tomadas en la Asamblea de la UA y el Consejo Ejecutivo son el resultado del trabajo llevado a cabo antes de cada Cumbre por la Comisión de la UA, otros órganos de la UA y por organizaciones de la sociedad civil e individuos de países miembros⁴⁵. Las cumbres ordinarias de la UA tienen lugar dos veces al año, en **enero/febrero** y en **junio/julio**. Cada cumbre tiene una duración de 10 días con un día de descanso entre las reuniones del Comité de Representantes Permanente (PRC), el Comité Ejecutivo y la Cumbre de Jefas/es de Estado y Gobierno. Durante cada cumbre, el PRC primero se reúne, y después lo hace el Consejo Ejecutivo de Ministras/os y finaliza con la Asamblea de las/os Jefas/es de Estado y Gobierno. Las reuniones únicamente están abiertas al público en las ceremonias de apertura y clausura. El resto de reuniones se hacen a puerta cerrada y a ellas asisten delegados nacionales y representantes de los órganos de la UA, incluidos el ECOSOC y personal de la UA. Para poder asistir a las reuniones es necesario recibir primero acreditación por parte de la UA.

Antes de que los documentos se presenten en las cumbres de la UA,

Recuadro 3. El proceso de acreditación comienza tres meses antes de la cumbre. El gobierno anfitrión siempre facilitará la información disponible en un sitio web de amplia difusión. Como norma acordada por los Jefes de Estado y Gobierno, la cumbre de enero se celebra en la sede en Addis Abeba y la cumbre de junio/julio tiene lugar en los Estados Miembros siguiendo un orden lógico. La Cumbre de junio/julio del presente año está programada para que se celebre en Malabo, Guinea Ecuatorial desde el 26 de junio hasta el 1 de julio de 2011. En la práctica, el/la actual presidente/a de la UA acoge la cumbre. Es importante señalar que se elige a un/a Jefe/a de Estado para servir como presidente de la UA^{Mark}. dente, aparte de presidir la cumbre, también se espera de él que represente a la UA a nivel internacional y dentro del continente en aquellos asuntos que requieran la toma de decisiones y la orientación de la UA.

⁴⁵ Iniciativa de Open Society para el Sur de África y Oxfam (2009): Fortaleciendo la participación popular en la Unión Africana, una guía para las estructuras y procesos de la UA.

empiezan siendo propuestas de cualquier dirección/departamento de la AUC o bien de cualquier órgano de la AUC o de un Estado Miembro. La reunión de expertas/os debate las propuestas. **Las OSC trabajan en segundo plano en condiciones de mucha presión. El proceso comienza varios meses antes incluso de que se celebre la reunión de Expertas/os.** Las/os expertas/os son nombrados por los Estados Miembros pertinentes y en el caso de los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva, son el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Género y Asuntos de la Mujer quienes nombran a las/os expertas/os en la mayoría de los países. Las OSC que trabajan en estrecha colaboración con los mecanismos de su gobierno podrían ser nombradas como expertas/os. Se invita en calidad de expertas/os a aquellas/os integrantes de la sociedad civil que tienen estatus de observador en la UA. La decisión de las/os expertas/os se presenta a los representantes de los ministerios (Reunión de Ministras/os) para su aprobación. Si el debate tiene una implicación presupuestaria, se presenta primero ante el PRC. Si la cuestión no plantea implicaciones presupuestarias, es entonces remitido al Consejo Ejecutivo, y más tarde a la Cumbre de Jefas/es de Estado y Gobierno para su adopción como corresponde.

Recuadro 4. Espacios para la incidencia de Grupos de Mujeres en la Unión Africana

Para los Foros de la Mujer, la Dirección de la UA de la Mujer, Género y Desarrollo organiza el Forum de Género precumbre junto con organizaciones de la sociedad civil, redes o coaliciones. Organizaciones de la sociedad civil como Solidaridad por los Derechos de las Mujeres Africanas (SOAWR) que aboga por la ratificación universal del Protocolo sobre Derechos de la Mujer en África también organiza diversas actividades con distinto formato dependiendo del enfoque de sus actividades de presión. La Coalición Género es mi agenda (GIMAC) coordinada por Femmes Africa Solidarité (FAS) también organiza reuniones previas a las Cumbres con el objetivo fijado en varios temas pero, centradas en integrar mayoritariamente el género en las políticas y programas de la UA. La oficina de la Dirección de Ciudadanos de África y Diáspora de la UA (CIDO) es responsable de la acreditación de las OSC. CIDO también organiza los foros de las OSC en los que se debaten diversas cuestiones. En las reuniones a las que principalmente asisten expertas/os se debaten cuestiones propuestas en la agenda. A menudo, la oficina de la AUC les ofrece una sesión informativa sobre las actividades de desarrollo realizadas hasta la fecha. Al final de la reunión, se acuerdan las cuestiones principales que deben ser presentadas en la Cumbre. Estas cuestiones forman parte de la agenda de deliberaciones de la Cumbre en función de los diversos temas que se establecen de tanto en tanto. Como se ha indicado anteriormente, el tema de la reducción de la mortalidad materna e infantil se ha repetido respectivamente.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que el proceso no siempre se sigue, en especial si el asunto es urgente y requiere de una decisión rápida. Por lo general, el/la Presidente/a de la AUC lo resuelve y lo incluye en la agenda. Como orientación para las OSC, es importante señalar que todas las cumbres tienen comités de planificación y el calendario de eventos es bien conocido de antemano. Mediante el proceso de acreditación, a las y los integrantes del público que no son funcionarias/os de la UA, pero son miembros del Estado se les permite asistir. La información está disponible en la página web de la UA y en el país anfitrión a través del Ministerio de Asuntos Exteriores. Las OSC deben familiarizarse con el calendario de eventos de la UA y seguir los debates en curso. Cada año antes del comienzo de la cumbre de mediados de año, se elige una oficina para guiar el proceso de la UA del siguiente año. Se trata de un equipo de 15 integrantes compuesto por tres integrantes de cada subregión. Las

y los integrantes de la UA provienen de cinco subregiones geográficas, en concreto: Oriente⁴⁶, Occidente⁴⁷, Sur⁴⁸, Norte⁴⁹ y Centro⁵⁰. Cada subregión elige a un decano todos los años que convoca una reunión para determinar las posiciones comunes sobre cuestiones fundamentales. Estas son distintas de las que las CER decidan, aunque en ocasiones, las decisiones pueden coincidir. Asimismo, las decisiones importantes también son tomadas a nivel subgrupo de los Estados Miembros y por las y los integrantes del departamento elegido cada año para gestionar los asuntos de la UA.

El **Consejo de Paz y Seguridad (PSC)** está obligado, de acuerdo con el Artículo 20 del Protocolo PSC, a alentar a las OSC para que participen de manera activa en los esfuerzos destinados a promover la paz y la seguridad en África. En diciembre de 2008, el PSC aprobó este procedimiento y en colaboración con ECOSOC invitó a las distintas organizaciones de la sociedad civil para que dirigieran las reuniones. Algunas OSC de Kenia y Zimbabue informaron a la reunión de las situaciones post-electorales en ambos países⁵¹.

El **ECOSOC** está configurado como un órgano consultivo compuesto por diferentes grupos sociales y profesionales de los Estados Miembros de la Unión. La Asamblea determina sus funciones, atribuciones y composición⁵². ECOSOC está diseñado para dar voz a las OSC dentro de la institución de

Recuadro 5. Ejemplo De Incidencia de Grupos de Mujeres: El Protocolo De Maputo

La Solidaridad por los Derechos de las Mujeres Africanas (SOAWR), la Red de Mujeres Africanas para el Desarrollo y la Comunicación (FEMNET) y WILDAF-Agenda de Mujeres del África Occidental y del Sur han forjado enérgicas alianzas con la UA, incluida la Dirección de Mujer, Género y Desarrollo con el objetivo de presionar a favor de la ratificación del Protocolo. El resultado es que a finales de 2010, 29 integrantes de la UA habían ratificado el Protocolo.

Las organizaciones miembro de la Coalición SOAWR tienen contacto con los Estados Miembros a través de las organizaciones de mujeres a nivel nacional. Las actividades de la Coalición se coordinan por medio de un Comité de Coordinación Panafricano, y el Secretariado de la Coalición está patrocinado por Igualdad Ya – desde la oficina situada en Kenia. La Coalición ha presionado al personal de la UA y a los Representantes Permanentes de los Estados Miembros, además, ha presentado peticiones a los Jefas/es de Estado para la ratificación del Protocolo de Derechos de la Mujer en África. Han utilizado diferentes estrategias y tácticas para ejercer presión en Estados Miembros para que ratifiquen e implementen el Protocolo. Se han utilizado métodos como las tarjetas de puntuación en las Cumbres de la UA en las que se señalaba y denunciaba públicamente a aquellos países que no habían ratificado el Protocolo. Como resultado, los Estados Miembros han ratificado el Protocolo de Maputo para evitar ser señalados.

⁴⁶ Comoras, Yibuti, Eritrea, Kenia, Madagascar, Mauricio, Ruanda, Somalia, Seychelles, Sudán, Tanzania y Uganda.

⁴⁷ Benín, Burkina Faso, Cabo Verde, Costa de Marfil, Gambia, Ghana, Guinea-Bissau, Guinea, Liberia, Malí, Nigeria, Níger, Senegal, Sierra Leona, Togo.

⁴⁸ Angola, Botsuana, Lesoto, Malawi, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Suazilandia, Zambia y Zimbabue.

⁴⁹ Argelia, Egipto, Libia, Mauritania, República Democrática Árabe Saharaui, Túnez.

⁵⁰ Burundi, Camerún, República Centroafricana, República del Congo, Guinea Ecuatorial, Gabón, Santo Tomé y Príncipe.

⁵¹ www.issafrica.org/organisations.php.

⁵² Artículo 22 del Acta Constitutiva.

la UA y en la toma de decisiones. CIDO actúa como su Secretariado y mantiene a las OSC informadas de lo que acontece en la UA⁵³. Las OSC deben encontrar la información que es de fácil acceso en el sitio web de la UA.

Recuadro 7. Consejos de Oxfam y Open Society AfriMAP para incidir en la UA

- Reunirse con los países miembros del departamento elegido para un año determinado, para presentar sus alegaciones sobre la cuestión que se va a defender
- Averiguar quién es el/la decano/a actual en cada región e involucrar al/la embajador/a del país en Addis Abeba y presentar la cuestión junto a representantes de ONG de esa región
- El método de incidencia tiene que expresarse dentro del marco de políticas y normas de la UA
- Identificar los países que pueden influir en la decisión e incidir con las OSC en esos países para plantear la cuestión en el plano nacional e influir en ellos
- Identificar los países que pueden influir en los demás y acercarse a ellos a través de sus OSC a nivel nacional
- Averiguar qué países contribuyen con más del 75% del presupuesto de la UA, pues son muy influyentes, y debatir la posición por la que aboga
- Estudiar y entender el debate y los patrones de votación llevados a cabo con anterioridad por los miembros de la UA
- Establecer y mantener relaciones cordiales con el personal de la Comisión de la UA y los representantes diplomáticos de los Estados Miembros con sede en Addis Abeba

3.2. TOMA DE DECISIONES A ESCALA SUBREGIONAL

Cada una de las Comunidades Económicas Regionales (CER) se establece en virtud de tratados regionales independientes. Sin embargo, cada CER crea sus propias políticas y se han hecho intentos de armonizar lo que las CER hacen con la UA. Muchas de las CER tienen procesos de toma de decisiones similares a los de la UA.

Tabla 7. Toma de Decisiones a Escala Subregional

Órgano	Mandato	Decisiones sobre SDSR
La Comunidad de África Oriental		
Cumbres de Jefas/es de Estado y Gobierno	Tomar decisiones durante las Cumbres Ordinarias que se celebran una vez al año. El Secretariado de CAO con sede en Arusha, Tanzania facilita los procesos de toma de decisiones de la CAO. La Cumbre es el máximo órgano y está formado por cinco Jefas/es de Estado y Gobierno, se celebra una vez al año, aunque se puede celebrar una reunión extraordinaria a petición de los miembros de la Cumbre. Las decisiones de la Cumbre son consensuadas. La Cumbre debate cuestiones que se someten al Consejo y cualquier otro asunto que pueda tener relación con los objetivos de la Comunidad	No existe una Política de Género

⁵³ CIDO ya ha avisado a las OSC de la próxima celebración de la XIX sesión ordinaria de la cumbre. También ha notificado a los miembros que la reunión previa a la cumbre de las OSC, que no se celebrará en esta ocasión debido a la falta de financiación.

Tabla 7. Toma de Decisiones a Escala Subregional

Órgano	Mandato	Decisiones sobre SDR
El Consejo de Ministras/os	Se encarga de los asuntos de la Comunidad, se reúne dos veces al año y establece su propia agenda. A petición de un Estado Parte pueden celebrar una reunión extraordinaria del Consejo.	N/P
El Secretariado CAO	Es el órgano ejecutivo de la CAO con sede en Arusha, Tanzania	Tiene un Plan Estratégico en Género y Juventud
El Comité Coordinador	Se compone de Secretarias/os Permanentes responsables de la cooperación regional en cada Estado Parte, se reúnen dos veces al año y presentan informes al Consejo ya sea previa petición o por iniciativa propia. Implementan las decisiones del Consejo, reciben y analizan informes del Comité Sectorial para investigar cualquier asunto	N/P
El Comité Sectorial	Son responsables de las operaciones relacionadas con los sectores. De conformidad con las directivas del Consejo, se reunirán tantas veces como sea necesario. Estas reuniones están precedidas por una sesión de altos funcionarios, a continuación las/os secretarias/os permanentes se reúnen ante las/os ministras/os de Sanidad. Aquí se encuentra el Consejo Sectorial de África Oriental de Ministras/os de Sanidad.	Aprobada la decisión de adoptar el Plan Estratégico Regional en SDR en África Oriental 2008-2013, pero con una variante para evitar la promoción de la homosexualidad y prácticas sexuales no deseadas.
Tribunal de Justicia de África Oriental	Es el responsable de velar por la observancia de la ley y el cumplimiento de los compromisos que los Estados Partes han contraído en nombre de sus ciudadanas/os	N/P
Participación de las OSC	La Iniciativa de Apoyo Subregional del África Oriental para el Avance de las Mujeres en la Región de la Comunidad del África Oriental (<i>East African Sub-regional Support Initiative for Advancement of Women in the East African Community Region [EASSI]</i>). La participación de las ONG / OSC en las actividades de la CAO sigue siendo un desafío. Sólo unas pocas OSC han recibido el estatus de observador en la CAO debido a que las normas son restrictivas y limitantes. El artículo 7 del Tratado Constitutivo describe a la sociedad civil como un actor fundamental de la CAO. El artículo 127 prevé la creación de un entorno propicio tanto para la sociedad civil como para el sector privado para que participen en los asuntos de la Comunidad. En 2001, la CAO desarrolló unas normas para la participación de las OSC que incluyen, entre otras cosas, que las OSC deben tener unos objetivos de interés común para los Estados Parte y que las actividades de la OSC deben implicar una dimensión regional de la organización que se registre en cada uno de los Estados Parte.	Ha estado liderando el proceso para el establecimiento de un protocolo de la Comunidad de África Oriental sobre Igualdad de Género. Aún sigue en marcha.

Tabla 7. Toma de Decisiones a Escala Subregional

Órgano	Mandato	Decisiones sobre SDRS
<p>Esto, sin lugar a dudas, es limitador. Se han producido continuos debates para recomendar que el Foro de organizaciones de la Sociedad Civil de África Oriental (EACSO), sirva de marco para facilitar la participación de las OSC con CAO. Ello se propuso en el taller de consulta del sector privado y las OSC, celebrado el 07 de mayo 2011 en Arusha, Tanzania</p>		
SADC		
Cumbre de Jefas/es de Estado y de Gobierno	Es el máximo órgano de decisión y toma decisiones durante la cumbre. Tiene su sede en Gaborone, Botsuana	Adoptó el Protocolo de la SADC sobre Género y Desarrollo.
Consejo de Ministras/os	Son las/os ministras/os de Asuntos Exteriores y se reúnen por lo menos 4 veces al año	Ninguna.
Comité integrado de Ministras/os	Hay dos ministras/os designados de cada uno de los países miembros para supervisar áreas fundamentales de cooperación de los países. Se reúnen una vez al año e informan al Consejo de Ministras/os de sus decisiones. (Ejemplo 1:-Ministras/os responsables de Sanidad)	Las/os ministras/os de sanidad se basan en intervenciones prioritarias identificadas y en acciones estratégicas regionales para su implementación a nivel nacional y regional. Se identificaron intervenciones específicas en las áreas de: (a) realizar esfuerzos explícitos para replantear la planificación familiar; (b) la integración de la SSR y el VIH y el SIDA, la TB, la Malaria incluyendo la PTMI y la nutrición; (c) la formación de parteras; (d) un mayor acceso a los servicios y a la Atención Obstétrica y Neonatal de Emergencia; (e) servicios de salud orientados a los adolescentes; (f) el empoderamiento de las mujeres, hombres, jóvenes, familias y comunidades; (g) la información fiable de salud materna y neonatal; (h) la generación de intervenciones en SSR y garantizar los derechos humanos basados en la programación de SSR; (i) la movilización de recursos y la concesión a largo plazo y previsible de financiación

Tabla 7. Toma de Decisiones a Escala Subregional

Órgano	Mandato	Decisiones sobre SDR
<p>El Secretariado</p> <p>Institución ejecutiva principal responsable de la estrategia de planificación y gestión del programa de SADC de gestión de las reuniones de SADC</p>	<p>Ejemplo 2: Reunión de Ministras/os de SDAC responsables de la reunión sobre Mujer y Género celebrada en Windhoek el 2 de junio de de 2011</p>	<p>sanitaria (cumpliendo con el acuerdo de Abuja del 15% para sanidad, del cual el 25% debería destinarse a SSR); (j) Atención Obstétrica y Neonatal de Emergencia (EMONC, por sus siglas en inglés) y derivación a especialista – transporte y comunicación para casos de urgencia; (k) Fijar como objetivo los grupos más pobres y vulnerables, incluidos los huérfanos, las/os niñas/os vulnerables y las y los jóvenes y sus carreras profesionales; (l) la implementación de enfoques en los sistemas de sanidad; e inclusive la seguridad del abastecimiento de Suministros de Salud Reproductiva (RHCS, por sus siglas en inglés); y (m) informes de la mortalidad materna, neonatal e infantil.</p> <p>Las/os ministras/os analizaron el Programa Regional de Género de la SADC y examinaron los progresos realizados por los Estados Miembros para la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. También debatieron sobre los progresos realizados en la firma y ratificación del Protocolo sobre Género y Desarrollo de la SADC. Las/os ministras/os observaron que trece (13) Estados Miembros de la SADC habían firmado el Protocolo, mientras que siete (7) signatarios, concretamente Angola, Lesoto, Mozambique, Namibia, Seychelles, República Unida de Tanzania y Zimbabue han depositado sus documentos de ratificación en el Secretariado de la SADC.</p> <p>Ninguna.</p>

Tabla 7. Toma de Decisiones a Escala Subregional

Órgano	Mandato	Decisiones sobre SDR
El Tribunal	Se encarga de los litigios y proporciona recomendaciones. Su decisión es definitiva	Ninguna.
OSC participación	Las Organizaciones de la Sociedad Civil de la SADC han convocado reuniones desde 2005 en países miembros antes de las Cumbres de Jefas/es de Estado y Gobiernos. Las OSC aún se enfrentan a retos debido a la insuficiente coordinación entre ellas como grupo dentro de la subregión; i) una tendencia común por parte de algunos gobiernos y OSC de acercamiento entre las partes de manera agresiva y conflictiva; ii) Desconfianza por parte de los órganos regionales de gobierno hacia las OSC, y iii) Falta de capacidad entre las OSC para participar de manera continua acorde a los Protocolos regionales y las decisiones. El sistema de participación de las OSC aún no se ha concretado. Sin embargo, el Protocolo para la Alianza de Género se estableció en 2005 y en la actualidad está centrado en popularizar el protocolo y garantizar que los Estados Miembros lo ratifiquen.	Nada en concreto.
CEDEAO		
Autoridad del Jefe de Estado	Órgano superior integrado por las/os Jefas/es de Estado y Gobierno, se reúne por lo menos dos veces al año en sesión ordinaria. Su sede está en Lomé, Togo.	En la Cumbre de enero de 2003 en Dakar, la Autoridad aprobó la creación de una Comisión Técnica de Género, una División de Género dentro del Secretariado Ejecutivo, así como la transformación de la Asociación de Mujeres del Oeste (WAWA, por sus siglas en inglés) en Centro CEDEAO para el Desarrollo de Género. Estas decisiones sin precedentes posicionaron a la CEDEAO en el liderazgo en materia de género y proporcionó las estructuras y marcos necesarios para la integración de la igualdad.

Tabla 7. Toma de Decisiones a Escala Subregional

Órgano	Mandato	Decisiones sobre SDR
Consejo de Ministras/os	Ministras/os responsables de los asuntos de CEDEAO y el funcionamiento del Secretariado. Se reúne dos veces al año en sesión ordinaria. Una sesión precede inmediatamente a la sesión ordinaria de la Autoridad	La reunión del Consejo de Ministras/os celebrada en Julio de 2004 fortaleció el programa de género, mediante la adopción del documento sobre política de Género, la estructura administrativa del Centro CEDEAO para el Desarrollo de Género, un marco del plan estratégico y directrices sobre las estructuras y mecanismos de los Sistemas de Gestión en cuestiones de Género (GMS, por sus siglas en inglés) para CEDEAO. El resultado de dichos procesos ha colocado a CEDEAO en una posición sólida en relación a la efectiva integración de las cuestiones de género en la región.
ECOSOC	Función de asesoramiento y en su composición se incluyen representantes de distintas categorías económicas y sociales.	Ninguna.
La Comisión	Ha sido transformada desde el Secretariado y es responsable de la implementación de las decisiones tomadas por parte de la Autoridad y el Consejo de Ministras/os	Ahora tiene una/un comisaria/o encargado de desarrollo humano y género en materia de educación, juventud, asuntos humanitarios y sociales.
Compromiso con las OSC	La CEDEAO tiene un compromiso más formal y estable con las OSC en cuanto a la toma de decisiones a nivel subregional. El compromiso de las OSC con CEDEAO ha dado lugar a la creación del Foro de la Sociedad Civil del África Occidental (WACSOF) . La WACSOF se reúne estratégicamente antes de la Cumbre de Jefas/es de Estado y Gobierno y se le permite analizar las actividades del Secretariado de CEDEAO y realizar las pertinentes recomendaciones a la Cumbre. Se trata de un momento oportuno para influir en las decisiones de la Cumbre. CEDEAO en su primera Asamblea Extraordinaria de Ministras/os de Sanidad celebrada en 2009 debatió un comunicado sobre la reducción de la mortalidad materna.	Nada en concreto sobre SDR.

Tabla 7. Toma de Decisiones a Escala Subregional

Órgano	Mandato	Decisiones sobre SDR
NEPAD	El Secretariado de la Nueva Alianza para el Desarrollo de África (NEPAD, por sus siglas en inglés) informa al Comité del NEPAD de implementación de Jefas/es de Estado y Gobierno que por lo general se reúnen en el marco de la Cumbre de la UA y más tarde informa a la Cumbre. Las áreas prioritarias de NEPAD incluyen educación, salud, desarrollo regional de la infraestructura, cuestiones en material de gobernabilidad, entre otras. El Secretariado de NEPAD trabaja con las CER y con los Estados Miembros que son los principales responsables de la implementación de los programas de NEPAD. NEPAD tiene su sede en Pretoria, Sudáfrica.	Ninguna.
APRM	El Mecanismo de Examen entre los Propios Países Africanos (APRM) es un mecanismo de autocontrol mediante el cual los Estados Miembros de la UA se comprometen a supervisar aquellos compromisos asumidos a nivel regional e internacional. En un principio dependía de NEPAD, pero en la actualidad funciona de manera independiente. Después de autoevaluarse, el país se somete a un Grupo de Personalidades Eminentes, el cual prepara su propio informe independiente y lo presenta ante las/os Jefas/es de Estado y Gobierno que han firmado el Memorando APRM (ahora conocido como Foro APR). Cada evaluación da lugar a Programas Nacionales que deben abordarse y a la identificación de problemas. A continuación, los Estados informan anualmente del progreso realizado y para hacer frente a estas cuestiones de interés planteadas en el primer informe. Este es otro mecanismo que las OSC pueden utilizar para influir en la decisión sobre los asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva a nivel nacional. Sin embargo, no ha tenido en cuenta las cuestiones de los SDR.	Ninguna.

Fuente: elaboración propia

4. CONCLUSIONES

La UA ha hecho progresos significativos hacia el establecimiento de un marco jurídico y político para abordar los asuntos sociales, económicos y políticos, así como los parámetros transversales de desarrollo humano, tales como los derechos humanos, las mujeres y los derechos de las/os niñas/os, y el bienestar económico general de la ciudadanía en África.

En comparación, la UA también ha hecho progresos significativos en la formulación de políticas y mecanismos que responden en materia de salud en general, en los que la salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR) son un componente principal. El enfoque en los

SDSR se amplió cuando en 2000 se formularon los ODM y cuando la UA a través de las diferentes cumbres, conferencias y declaraciones se comprometió a la consecución de metas cuantificables en cada uno de los Objetivos del Milenio.

Las **principales políticas marco** son visibles a través del Plan de Acción de Maputo para la puesta en marcha de los Marcos Políticos Continentales y Derechos (2007-2010 que se extendió hasta 2015), la Estrategia de Salud para África (2007-2015) y la Llamada para la Acción Acelerada hacia el Acceso Universal a los Servicios de VIH/SIDA, TB y Malaria para el 2020 de Abuja, cuya suma ha dado forma a la agenda de los SDSR en África. Los compromisos se han reflejado en los niveles regionales, aunque no son específicos de SDSR. Las decisiones de la UA se ven potenciadas por la adopción de la Política de Género para la integración de género en la UA y el lanzamiento de la Década de las Mujeres Africanas (2010-2020) que se presentó oficialmente en octubre de 2010 en Nairobi, Kenia.

A pesar de todos estos compromisos, el continente africano y en especial el África subsahariana aún presentan una disminución o un progreso notablemente lento en casi todos los indicadores de salud pública y de SDSR. Algunos países tienen una alta mortalidad materna en aumento, otros han registrado un uso mínimo de métodos anticonceptivos, algunos países tienen índices inaceptables en las matriculaciones en educación escolar básica, y todavía algunos tienen altos índices de prevalencia del VIH/SIDA e incidencia de la tuberculosis y la malaria.

Parece haber poco relación entre el marco legal establecido y la aplicación real sobre el terreno a nivel nacional. Por lo tanto, el logro en cada uno de los indicadores de salud es escaso. Hay enormes diferencias entre los múltiples instrumentos jurídicos y políticos acordados y el número, que no coincide en la práctica. Tras la adopción mediante ratificación de los instrumentos regionales, la mayoría de los Estados Miembros son lentos en su integración a través de la legislación nacional y la implementación no es integral y no necesariamente sistemática. Ahí donde la ciudadanía permanece vigilante y exigente, las cosas han cambiado considerablemente con la adopción de leyes nacionales que son sensibles al género y políticas que tienen en cuenta consideraciones de género en su formulación e implementación. Aunque la mayoría de los Estados Miembros ha establecido mecanismos nacionales en materia de Género y Mujer a escala gubernamental para encabezar la implementación de la igualdad de género y los compromisos de empoderamiento de las mujeres, los mecanismos nacionales siguen siendo por lo general reducidos, con financiación insuficiente, con recursos humanos limitados y, por lo tanto, no están en condiciones para apoyar de manera eficaz los esfuerzos de integración en los diferentes sectores y supervisar la implementación de las estrategias acordadas. El posicionamiento de los Ministerios de Género es también un reto en muchos países, ya que siguen siendo débiles y tienen una capacidad limitada para influir en las decisiones.

Los gobiernos africanos se han comprometido a mejorar la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres a través de los numerosos compromisos. Sin embargo, solo se trata de compromisos sobre el papel. Las OSC son la plataforma para exigirle cuentas al gobierno. Sin embargo, debido a la falta de conocimiento sobre el adecuado compromiso con los mecanismos, tanto en la UA como a nivel regional, no han podido realizar esta tarea. Se debe ayudar a las OSC a entender el proceso de compromiso, y deben ser alentadas para que soliciten el estatus de Observadoras y para que formen asociaciones destinadas a

acelerar la ratificación del Protocolo de la Mujer y la Declaración Solemne sobre la Igualdad entre los Géneros en África (SDGEA).

La mayoría de los países cuentan con planes muy bien pensados y con estrategias para acelerar el acceso masivo a los SDSR y servicios específicos. Por ejemplo, Kenia ha adoptado la mayoría de las políticas internacionales recomendadas en salud reproductiva. El Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha la Política de Salud Reproductiva de 2007, la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva (2009-2015), la Hoja de Ruta Nacional para acelerar la consecución de los ODM relacionados con la salud materna y neonatal en Kenia (agosto de 2010), entre otras políticas recientes para aumentar la supervivencia materno- infantil. La mayoría de otros países africanos tienen políticas similares; sin embargo, muy pocos o ninguno de los países son capaces de movilizar los recursos locales, incluyendo habilidades, finanzas e infraestructura de salud para alcanzar los hitos seleccionados presentados en estas políticas.

Lamentablemente, es poco probable que los países africanos alcancen los objetivos establecidos para la mayoría de los ODM. Los ODM 4⁵⁴ y 5 son de interés entre las/os expertas/os en salud reproductiva. Está claro que seis países, entre ellos Nigeria, Etiopía y República Democrática del Congo, son responsables del 50% de las muertes maternas en África⁵⁵. La revisión de los ODM llevada a cabo en 2009 indica que sólo cinco países han cumplido los objetivos para controlar la tuberculosis⁵⁶.

En África, muchas de las cuestiones sobre salud reproductiva siguen siendo un desafío.

Aunque el aborto practicado en condiciones de riesgo contribuye a las muertes maternas en el continente hasta en un 14%, existe un marco jurídico restrictivo para autorizar el aborto seguro. Los códigos penales⁵⁷ de los países todavía penalizan la interrupción del embarazo a pesar de las circunstancias que pudieran propiciar su práctica. Sin embargo, siguen sin abordarse las necesidades no atendidas de los servicios de planificación familiar de las mujeres. Una gran proporción de mujeres jóvenes tiene embarazos no deseados. La mayoría de las mujeres sufren violencia sexual. Los países cuentan con marcos débiles para regular los derechos de salud sexual y reproductiva⁵⁸. En 2010 las organizaciones de la sociedad civil remitieron un comunicado al Consejo Ejecutivo de la UA en el que se indicaba que África necesita un cambio de actitud para cumplir los derechos de salud sexual y reproductiva⁵⁹.

Las ratificaciones de los instrumentos de la UA y la adopción de políticas no están ampliamente difundidas. Entre las personas entrevistadas y según varios estudios, la mayoría de las y los ciudadanas/os dentro de los Estados Miembros de la UA no son conscientes de los

⁵⁴ En la reducción de la mortalidad infantil, se ha cumplido en seis países, a decir: Argelia, Cabo Verde, Eritrea, Malawi, Malí y Seychelles.

⁵⁵ *The Lancet-Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008 Volume 375, Issue 9726.*

⁵⁶ Angola, Comoras, Eritrea, Seychelles y Zambia.

⁵⁷ Ver Kenia, Uganda, Malawi, Tanzania,

⁵⁸ La Ley Sobre Delitos Sexuales de Kenia (*Kenya's Sexual Offences Act*) en su apartado 38 tiene una cláusula que establece que si una víctima presenta un caso de abuso sexual que no resulta en condena, posteriormente será acusada de proporcionar información falsa y la acusación lleva impuesta una sentencia equivalente a la del delito denunciado. Esto ha dado lugar a que muchas mujeres y niñas tengan miedo presentar reclamaciones legítimas, especialmente cuando hay falta de pruebas directas.

⁵⁹ Ver "Communiqué of Civil Society Experts Consultation on Maternal, Child and Infant Health and Sexual Reproductive Health in Africa, 2010", Etiopía.

instrumentos ratificados por sus respectivos países. En igual medida, tampoco son conscientes de las políticas adoptadas en cuanto a SDR tanto a nivel de la UA como a nivel regional. La mayoría no son conscientes de los mecanismos de toma de decisión de la UA. Las OSC entrevistadas en Namibia y Kenia no entendían los mecanismos relacionados con la toma de decisiones en la UA o en cualquiera de las comisiones económicas regionales. Algunas OSC sólo se presentan durante las cumbres de la UA y en las cumbres regionales previa invitación. Sin embargo, progresivamente el número de OSC que pretenden obtener acreditación de la UA es cada vez mayor, lo cual es una indicación de que el fomento de la capacidad y la transformación del conocimiento están produciendo a nivel nacional.

Las Organizaciones Gubernamentales (Ministerios de Sanidad y Género o de la Mujer) no han hecho intentos de divulgar las cuestiones de SDR a los órganos de la UA. El compromiso del gobierno con las OSC es por lo general ad hoc y reacciona según las necesidades del momento. La recopilación de información y datos sobre progreso de las OSC y los gobiernos involucrados en la implementación de SDR ha sido frustrante para instituciones tales como las instituciones nacionales de derechos humanos y el Defensor del Pueblo que tienen el mandato de supervisar la aplicación de los protocolos de derechos humanos⁶⁰. Esto se debe principalmente a que la mayoría de las OSC y los agentes gubernamentales que gestionan programas de SDR tienen datos inexactos del programa de supervisión o datos menos desglosados.

5. ÁREAS DE ACCIÓN Y RECOMENDACIONES EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA

Tabla 8. Áreas de Acción y Recomendaciones en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en África

Áreas de Acción	Suggested Recomendaciones Intervention
<p>Tratados Internacionales y Regionales Pertinentes.</p> <p>La no ratificación y la integración a través de la legislación vigente de los tratados pertinentes que promueven y protegen los SDR; es decir, el Protocolo de Maputo Sobre los Derechos de las Mujeres de África, la CEDAW y la SDGEA.</p> <p>Desarrollo de Políticas y estrategias para la implementación.</p>	<p>Abogar y presionar a los países que no han ratificado los tratados y no han adoptado la SDGEA para que lo hagan.</p> <p>Abogar e interconectarse con OSC a nivel nacional para ejercer presión en los países y se legislen y desarrollen estrategias administrativas para implementar los tratados.</p>

⁶⁰ Un buen ejemplo de esto es Kenia. Por un período de cuatro años, la Comisión Nacional de Kenia sobre Derechos Humanos y otros defensores de los derechos de la mujer eran incapaces de establecer el estado de ratificación del Protocolo de Maputo sobre los Derechos de las Mujeres en África. Se informó a los grupos de que el instrumento de ratificación había sido extraviado por una de las oficinas de alto nivel. Sin embargo, en 2010, la ratificación tuvo lugar.

Tabla 8. Áreas de Acción y Recomendaciones en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en África

Áreas de Acción	Suggested Recomendaciones Intervention
<p>Igualdad de Género y empoderamiento de las mujeres y las niñas.</p> <p>Como consecuencia de las relaciones de poder, los desequilibrios de género, y la discriminación de las mujeres y las niñas, éstas no pueden reclamar tener relaciones de sexo seguro; lo cual conduce a la vulnerabilidad de las mujeres y a problemas de salud. Además, hay falta de acceso a la información, los servicios y a los cuidados de la mujer.</p>	<p>Abogar por la promoción de la Igualdad de Género de acuerdo con lo declarado por CEDAW y SDGEA.</p> <p>Basándose en la igualdad, las OSC deben abogar por el derecho a la educación de las niñas y luchar para mejorar los niveles de alfabetización de las mujeres.</p> <p>Las OSC podrían organizar el fomento de las capacidades de las mujeres a nivel nacional para que tengan acceso al derecho a la información y servicios.</p>
<p>Sistemas Sanitarios deficientes</p> <p>La mayoría de los países tienen sistemas sanitarios deficientes que no pueden cumplir los compromisos.</p>	<p>Tenemos que abogar y presionar a los gobiernos para que doten los centros de salud con equipos modernos.</p>
<p>Necesidades no satisfechas de planificación familiar</p> <p>Las mujeres sufren embarazos no deseados debido a la falta de disponibilidad de servicios y métodos de planificación familiar. Los embarazos no planeados contribuyen a un elevado número de mortalidad materna debido a problemas de salud y a la práctica de abortos en condiciones de riesgo.</p>	<p>Abogar para que los países destinen presupuesto a la planificación familiar. En línea con la Declaración de Abuja de 2001, las OSC deben presionar a los países para que destinen el 15% del presupuesto a Sanidad.</p>
<p>Violación de los SDR de las mujeres</p> <p>El Estado viola los derechos de las mujeres a los SDR cuando los servicios no están disponibles, no son asequibles y son de calidad deficiente.</p>	<p>Abogar y presionar para el establecimiento de más servicios de salud promoviendo los servicios de SSR, mejorar las infraestructuras para que estén disponibles para las mujeres rurales y marginadas.</p>
<p>Aborto en condiciones de riesgo debido a legislaciones restrictivas</p> <p>Aparte de Cabo Verde y Sudáfrica, la mayoría de países han restringido el acceso al aborto seguro, y sólo lo permiten cuando la vida de la madre corre peligro. Estas legislaciones restrictivas exponen a muchas mujeres y niñas a abortos clandestinos en condiciones de riesgo.</p>	<p>Abogar y presionar para eliminar las barreras legales y permitir a las mujeres acceder al aborto seguro y legal.</p>
<p>Exposición a prácticas culturales nefastas</p> <p>Entre ellas se encuentran la Mutilación/Ablación Genital Femenina y el matrimonio precoz.</p>	<p>Abogar para ilegalizar las prácticas culturales nefastas que inhiben a las mujeres de disfrutar de sus SDR.</p>
<p>Violencia de género (GBV)</p> <p>Incluye amenazas sexuales y coerción, explotación, abuso sexual, humillación, tráfico e incesto, entre otros.</p>	<p>Deben abogar para que se considere la violencia de género como violación de los derechos de las mujeres.</p>

Tabla 8. Áreas de Acción y Recomendaciones en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en África

Áreas de Acción	Suggested Recomendaciones Intervention
<p>Violación de los SDRS durante conflictos armados</p> <p>La violación ha sido utilizada en tiempos de conflicto como arma de guerra. Es el caso de la República Democrática del Congo y Sierra Leona. Existe la necesidad de abogar por la protección de los derechos de las mujeres en tiempos de conflicto.</p>	<p>Las OSC deben presionar a los gobiernos nacionales para que adopten la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de la ONU.</p>
<p>Condena de los Homosexuales</p> <p>La orientación sexual de lesbianas, gais, transexuales, bisexuales no está ampliamente aceptada por los Estados Africanos. Salvo Sudáfrica, la mayoría de los países penalizan las relaciones del mismo sexo, y el acto sexual entre homosexuales está tipificado como delito en el Derecho Penal.</p>	<p>Abogar por la aceptación de las y los homosexuales y la eliminación de las sanciones penales contra la práctica homosexual.</p>
<p>Programación de los SDRS, por lo tanto, el derecho a la vida, a la seguridad, a la libertad, a la igualdad y a la no discriminación, derecho a elegir con quién casarse, a decidir el número y el espaciamiento entre las/os hijas/os, etc.</p> <p>Aquí hay un gran desfase a pesar de que los Estados Miembros de la UA han ratificado la mayoría de los tratados internacionales y de derechos humanos que establecen los SDRS citados anteriormente. La mayoría de los países tras la ratificación los incorporan a la legislación nacional a través de procesos monistas o duales o, a veces, una combinación de ambos. En aquellos que son monistas, el tratado se convierte en ley tras la ratificación. Los dualistas tienen que incorporarse a través de la legislación nacional.</p> <p>El derecho a la igualdad está garantizado en la mayoría de las constituciones, pero los otros SDRS no son considerados derechos y por lo tanto no están garantizados.</p> <p>Existe una falta de comprensión de estos derechos tanto por parte de la organización de sociedad civil los órganos de gobierno.</p> <p>Las OSC que han abogado por la defensa de estos derechos los han agrupado bajo los derechos de las mujeres y supone un reto evaluarlos por separado.</p>	<p>Las OSC y la ciudadanía deben poder exigir responsabilidades a los gobiernos por compromisos no cumplidos.</p> <p>Las OSC deben organizarse en torno a aquellos derechos específicos que sean más fáciles de supervisar, en lugar de trabajar a nivel mundial en derechos de las mujeres.</p>

Fuente: elaboración propia

BIBLIOGRAFÍA

❖ CAPÍTULO 1

- Marta O'Kelly y Adriana Zumarán, Acceso al aborto en el estado español. Un mapa de inequidad. Grupo de Interés Español (GIE) en población, desarrollo y salud reproductiva y asociación de clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo, 2008.
- Navarro G.M, Sánchez Muros S, García Calvente M. Atención al embarazo, parto y postparto en España. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, diciembre de 2006.
- Boletín Oficial del Estado (BOE), nº 271, de 12 de noviembre de 1985.
- Encuesta Nacional de Salud, 2006.
- Estrategia de Acción, OSM, 2004 – 2007.
- Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud, MSPSI, 2007.
- Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MSPSI, 2010.
- Estadísticas Sanitarias Mundiales, OMS, 2009.
- María Teresa Ruiz Cantero y Natalia Papí Gálvez, Guía de Estadísticas en Salud con Enfoque de Género; análisis de internet y recomendaciones, Universidad de Alicante, 2007.
- Defensor del Pueblo, Informe Anual a las Cortes Generales de 2010, Madrid, 2010.
- III Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia contra la Mujer, Ministerio de Igualdad, 2010.
- Informe Sombra sobre España, Octava Ronda del Examen Periódico Universal, Creación Positiva e Iniciativa por los Derechos Sexuales, 2010.
- Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
- La anticoncepción de urgencia en España, Federación de Planificación Familiar Estatal, Madrid, 2008.
- Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, MSPSI, 2010.
- Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Primer semestre año 2010. Datos avanzados. Nota de prensa publicada el 27 de enero de 2011. Instituto Nacional de Estadística, 2011.
- Plan de Atención y Prevención de la Violencia de Género en Población Extranjera Inmigrante 2009-2012, aprobado el 9 de enero de 2009, Gobierno de España.
- Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2008-2011, Ministerio de Igualdad, diciembre de 2007.
- Plan Integral de Lucha contra la Trata de Seres Humanos con Fines de Explotación Sexual (2009-2010), Ministerio de Igualdad 2010.

- Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y Sida 2008-2012, MSPSI, 2008.
- Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género 2007-2008, Ministerio de Igualdad, 2007.
- REAL DECRETO 1791/2009, de 16 de diciembre, por el que se regula el régimen de funcionamiento, competencias y composición del Consejo de Participación de la Mujer (BOE de 16/12/2009).
- Web OSM: www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm.
- Web Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad: www.msps.es y www.migualdad.es.

❖ CAPÍTULO 2

Normativa Estatal

- Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Documentos de Políticas, Planificación y Seguimiento de la Cooperación

- Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2007. Estrategia de "Género en Desarrollo" de la cooperación española. Madrid: Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo.
- Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2007. Estrategia de Salud de la Cooperación Española. Madrid: Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo.
- Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. 2009. Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo. Subdirección General de Planificación, Políticas para el Desarrollo y Eficacia de la Ayuda.
- Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. Documentos de Estrategia País. <http://www.maec.es/es/MenuPpal/CooperacionInternacional/Publicacionesydocumentacion/Paginas/publicaciones2.aspx>
- Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. Planes de Actuación Especial. <http://www.maec.es/es/MenuPpal/CooperacionInternacional/Publicacionesydocumentacion/Paginas/publicaciones2.aspx>
- Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. 2011. Plan Anual de Cooperación Internacional 2011. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo.
- Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. 2010. Informe de Seguimiento del PACI 2009. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Secretaría de Estado de

Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo.

- Anexo estadístico del Informe de Seguimiento del PACI de 2009.

Leyes Autonómicas de Cooperación:

- Ley 6/2007, de 9 de febrero, de la Generalitat, de la Cooperación al Desarrollo de la Comunitat Valenciana.
- Ley 10/2000, de 27 de diciembre, relativa a la Cooperación para el Desarrollo. Comunidad Autónoma de Aragón.
- Ley 26/2001, de 31 de diciembre, de Cooperación al Desarrollo. Generalitat de Cataluña.
- Ley 14/2003, de 22 de diciembre, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Junta de Andalucía.
- Ley 4/2002, de 1 de julio, de Cooperación para el Desarrollo. Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Ley 13/1999 de 29 de abril, de Cooperación para el Desarrollo de la Comunidad Autónoma de Madrid.
- Ley 9/2005 de 21 de junio, de Cooperación para el Desarrollo. Comunidad Balear.
- Ley de Cantabria 4/2007, de 4 de abril, de Cooperación Internacional al Desarrollo de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- Ley 1/2003, de 27 de febrero, de Cooperación para el Desarrollo. Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Ley 3/2003, de 13 de febrero de 2003, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha.
- Ley 9/2006, de 10 octubre de Cooperación al Desarrollo. Comunidad Autónoma de Castilla y León.
- Ley 12/2007, de 27 de diciembre, de Cooperación Internacional para el Desarrollo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Ley 3/2003 de Cooperación para o Desenvolvimento. Comunidad Autónoma de Galicia.
- Ley 4/2006, de 5 de mayo, de Cooperación al Desarrollo. Principado de Asturias.
- Ley Foral 5/2001, de 9 de marzo, de Cooperación al Desarrollo. Gobierno de Navarra.
- Ley 1/2007, de 22 de febrero, de Cooperación para el Desarrollo. Gobierno Vasco.
- Ley 4/2009, de 24 de abril, Canaria de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Planes Directores de las cooperaciones autonómicas:

- Planes Directores para el periodo 2008-2011 de las siguientes Comunidades Autónomas: Valencia, Aragón, Andalucía, La Rioja, Baleares, Extremadura, País Vasco.

- Planes Directores para el periodo 2009-2012 de las siguientes Comunidades Autónomas: Madrid, Cantabria, Castilla y León, Asturias.
- Planes Directores para el periodo 2010-2013 de las siguientes Comunidades Autónomas: Galicia, Canarias.
- Planes Directores para el periodo 2011-2014 de las siguientes Comunidades Autónomas: Cataluña, Navarra.
- Plan Estratégico de Cooperación al Desarrollo Horizonte 2011. Castilla La Mancha.

Otras Fuentes:

- Bueno, J. y P. Hunt. 2008. International Assistance and Cooperation in Sexual and Reproductive Health: a Human Rights Responsibility for Donors. London: University of Essex.
- Consenso de Barcelona, "Hacer la Salud Sexual Y Reproductiva una Realidad en África". Programa Vita/AECID 2007.
- Euromapping. Mapeo de la Ayuda Europea al Desarrollo y Población. IPPF, NIDI, DSW, EPF. Cuenta Atrás 2015 Europa, 2010.
- Guía para Programas y Proyectos de Salud Sexual y Reproductiva en África, Vita, 2005.
- Red Activas. Ayuda Eficaz para Mejorar La Salud y los Derechos Sexuales Y Reproductivos. Estudios de Caso en Etiopía, Níger y Senegal. 2010.
- Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en Cooperación Internacional. Guía Metodológica. Paz y Desarrollo, 2009.
- Programas y Estrategias para luchar contra la mortalidad materno-infantil y mejorar la salud sexual y reproductiva en África, Grupo de Trabajo de Salud de la Red Mujeres por un Mundo Mejor, Maputo, 2006.
- Resúmenes Eficacia de la ayuda para mejorar la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos: El caso de Etiopía, Níger, Gambia, Namibia y Senegal. Red Activas & Red Mujeres Españolas y Africanas por un Mundo Mejor, 2011.

❖ CAPÍTULO 4

- <http://www.au.in/en/> consultada el día 1-05-2011.
- http://www.uneca.org/daweca/conventions_and_resolutions/constitution.pdf Artículo 5 del Acto Constituyente, consultada el 21-05-2011.
- 2009, El Informe sobre las Mujeres Africanas. La Comisión Económica para África de la ONU.
- http://www.africa-union.org/official_documents/treaties_conventions_protocols/banjulcharter web consultado el 29-04-2011.
- http://www.achpr.org/english/_info/child_en.html ; Documento de la OUA. CAB/LEG/24.9/49(1990) consultado el 21-05-2011.
- <http://www.africa-union.org> página consultada el 21-05-2011.

- <http://www.africa-union.org/SocialAffairs/AfricanMinistersofHealth2005/RHpolicyFramework-15.9.05.pdf> consultado el 29-04-2011.
- <http://www.africa-union.org/root/au/conferences/past/2006/> página consultada el 26-05-2011.
- La Unión Africana. 2009. Política de género, REV2/Feb. 10, 2009.
- <http://www.au.in/en/> página web consultada el 26-05-2011.
- <http://www.sadc.int/index/browse/page/120> página web consultada el 29-04-2011.
- <http://www.eac.org> artículo 121, artículo 7, artículo 122 consultado 29-04-2011.
- http://ecowaspeacepageant.com/2009/subcat_select_details.cmf consultado el 29-04-2011.
- <http://programmes.comesa.int/index.php?view=article&catid=12%3Agender&id> consultado el 30-04-2011.
- http://www.comesa.int/publications/gender%20policy/multi-language_content.2005 consultado el 30-04-2011.
- <http://www.crhcs.or.tz> consultado el 30-04-2011.
- <http://www.crhcs.or.tz/index.php?module=ContentExpre> consultado el 30-04-2011.
- [http://aros.trustafrica.org/index.php/union_du_maghreb_Aabe_\(UMA\)](http://aros.trustafrica.org/index.php/union_du_maghreb_Aabe_(UMA)) consultado el 02-05-2011.
- 2004 Séptimo Congreso Regional sobre la Mujer (Beijing +10). Revisión a los diez años de la Implantación de las Plataformas de Acción de Dakar y Beijing +10: Resultados y el Camino Futuro. Addis Abeba 12-14 Octubre 2004.
- <http://www.nepad.org/system/files/Act> consultada el 12-05-2011.
- <http://www.worldaidscampaign.org/en/In-country-campaigns/Sub-Saharan-Africa/A-Background-15-Now!-Campaign> consultada el 01-06-2011.
- Comisión de la Unión Africana. 2005. Marco del Plan Estratégico 2004-2007.
- <http://www.africa-union.org/au>AboutAU/Vision/Volume2.pdf> consultada el 01-06-2011.
- La Iniciativa de la Sociedad Abierta para Sudáfrica (OSISA) y Oxfam. 2009: El Fortalecimiento de la Participación Pública en la Unión Africana, Una Guía a las Estructuras y a los Procesos de la UA.
- www.fasngo.org consultada el 15-05-2011.
- <http://www.whiteribbonalliance.org/Resources/documents/2010July-AU-Reportpdf> consultado 15-06-2011.
- <http://www.africa-union.org/Summit/JULY%2011> consultado el 24-05-2011.
- www.issafrica.org/organisations.php consultado el 24-05-2011.
- <http://www.sangocanorthwest,irg.za/4thSADCcivilsocietyForum.htm> consultado el 27-05-2011.
- http://www.safaid.net/programme/southern_Africa_gender_protocol_alliance consultada el 21-05-2011.

- <http://www.aprm.international.org>, Los Informes de los Países, consultados el 24-05-2011.
- Margaret C. H. et al. The Lancet 2010. Mortalidad Maternal en 181 países, 1980-2008: Análisis Sistemático del Progreso Hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Objetivo 5 Tomo 375, Edición 9726, Páginas 1609 – 1623.
- 2010, Comunicado de las/os Expertas/os Civiles sobre Maternidad, Salud Sexual, Reproductiva e Infantil en África, Etiopía.
- Olumide. A & Juma M.K Transversalización de Género en África (2000-2008) Oportunidades para un Compromiso Futuro; Estudio encargado por Femmes Africa Solidarite (FAS) por Gender is my Agenda (GIMAC) (El Género es mi Agenda).



ANEXOS

ANEXOS

- I. METODOLOGÍA**
- II. LISTA DE INDICADORES EN LA BASE DE DATOS DEL MAPA DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA Y ESPAÑA**
- III. PERFILES PAÍS**
 - a. Angola
 - b. Cabo Verde
 - c. Etiopía
 - d. Gambia
 - e. Kenia
 - f. Malí
 - g. Mozambique
 - h. Namibia
 - i. Níger
 - j. República Democrática del Congo
 - k. Senegal
- IV. TABLA RESUMEN DEL ANÁLISIS REGIONAL DE LA SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA**
- V. RATIFICACIÓN CONTINENTAL DE TRATADOS INTERNACIONALES RELEVANTES EN MATERIA DE IGUALDAD Y SDSR EN ÁFRICA**

ANEXO I. METODOLOGÍA

El Mapa de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) es una iniciativa de la Red de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor que tiene como objetivo aportar información para la incidencia política por la salud y derechos sexuales y reproductivos, haciendo hincapié en la cooperación entre España y África.

El Mapa es el resultado del trabajo del Grupo de Trabajo de Salud de la Red de Mujeres Africanas y Españolas. La elaboración del Mapa ha sido coordinada por el Secretariado de la Red de Mujeres Africanas y Españolas, y ha incluido los siguientes hitos: reunión del grupo de trabajo de salud para la definición conceptual del Mapa (Madrid, abril 2010); recopilación de datos y redacción (febrero – junio 2011); y reunión del grupo de trabajo de salud para discutir y revisar el borrador del Mapa (Sevilla, julio 2011).

El Mapa está estructurado en cuatro capítulos en los que se presentan un análisis de la situación en España (capítulo 1), de la cooperación española en África (capítulo 2), una comparativa de estudios de caso en 11 países africanos (capítulo 3) y la perspectiva de África a nivel regional (capítulo 4).

Para la elaboración de los capítulos 1, 2 y 4 se realizó un análisis documental que incluyó normas y acuerdos internacionales, normativa estatal y regional, estadísticas y documentos oficiales e informes elaborados por organizaciones de la sociedad civil. Para el capítulo 3 se elaboró una herramienta metodológica con información sobre indicadores de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, mecanismos internacionales, legislación nacional, políticas y programas, actores gubernamentales y de la sociedad civil y mecanismos de diálogo y coordinación. Dicha herramienta fue completada a través de la selección de estadísticas y la revisión de documentos oficiales y otros elaborados por la sociedad civil, así como mediante consultas a integrantes de la Red de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor y otras organizaciones africanas implicadas en incidencia por la SDSR.

ANEXO II. LISTA DE INDICADORES EN LA BASE DE DATOS DEL MAPA DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA Y ESPAÑA

INDICADORES		FUENTES
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	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla
S-3	Utilización de servicios de salud materna	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla
S-4	Tasa Total de Fertilidad	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla
S-4	Número ideal de hijas/os	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla
S-4	Intervalo medio entre Partos	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla
S-4	Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla 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	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla
S-4	Prevalencia de VIH/SIDA	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla DS, excepto para Angola: OMS Estadísticas Mundiales de Salud 2010
S-5	Porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 18 años	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla
S-5	Porcentaje de jóvenes que se casa a la edad de 18 años	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla

INDICADORES		FUENTES
S-5	Porcentaje de jóvenes entre 15-19 años que ya han estado embarazadas	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla
S-5	Porcentaje de jóvenes seropositivas/os (edad 15-24) Mujeres y hombres %	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla
S-6	Porcentaje de mujeres casadas (15-49 años) que han sufrido violencia a manos de su esposo/pareja	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla
S-6	Actitudes hacia la Violencia de Género	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla
S-6	Prevalencia de la Mutilación Genital Femenina	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla
S-6	Actitudes con respecto a la Mutilación Genital Femenina	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla
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	EDS -ver detalles por país al final de esta tabla
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

Encuestas Demográficas y de Salud

Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde Cabe Vede e Macro International (2008) Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva, Cabo Verde, IDSR-II, 2005. Calverton, Maryland, USA: INE.

Institut National de la Statistique (INS) et Macro International Inc. 2007. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2006. Calverton, Maryland, USA : INS et Macro International Inc.

Encuestas Demográficas y de Salud

Ndiaye, Salif, et Mohamed Ayad. 2006. Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005. Calverton, Maryland, USA : Centre de Recherche pour le Développement Humain [Sénégal] et ORC Macro.

Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc (2007) Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc.

Ministry of Health and Social Services (MoHSS) [Namibia] and Macro International Inc. 2008. Namibia Demographic and Health Survey 2006-07. Windhoek, Namibia and Calverton, Maryland, USA: MoHSS and Macro International Inc.

Instituto Nacional de Estatística Moçambique, Ministério da Saúde Moçambique, Macro International Inc. (2005) Inquérito Demográfico e de Saúde 2003. Calverton, Maryland, USA.

Central Statistical Agency Ethiopia and ORC Macro. 2006. Ethiopia Demographic and Health Survey 2005. Addis Ababa, Ethiopia and Calverton, Maryland, USA: Central Statistical Agency and ORC Macro.

Kenya National Bureau of Statistics (KNBS) and ICF Macro. 2010. Kenya Demographic and Health Survey 2008-09. Calverton, Maryland: KNBS and ICF Macro.

Ministère du Plan et Macro International (2008) Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007. Calverton, Maryland, U.S.A : Ministère du Plan et Macro International.

ANEXO III. PERFILES PAÍS

1. ANGOLA

SITUACIÓN ACTUAL

▶ INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO

En sólo 5 años, Angola ha pasado de situarse en 2005 en el puesto 162 del Índice de Desarrollo Humano (IDH) elaborado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) al puesto 146 en 2010 acercándose por tanto al nivel de Senegal, situado en el 144 y alejándose de Mozambique, Níger o Malí. A pesar de que el país posee enormes riquezas en petróleo y diamantes, el Banco Mundial estima que dos tercios de los 16 millones de angoleñas/os viven con menos de 2 dólares diarios, y según la UNICEF, una/o de cada cuatro niñas/os muere antes de cumplir los cinco años, 10,5 millones de personas no tienen servicios de saneamiento y cada año se registran 12.000 muertes maternas.

▶ INDICADORES EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Al no contar con Encuesta Demográfica de Salud resulta complicado describir la situación en Angola y compararla con la de otros países. No obstante, existen algunas fuentes de información que al menos aportan algunas cifras en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y muestran una panorámica de la situación:

TASA DE FECUNDIDAD

5,6 hijas/os por mujer.

MORTALIDAD MATERNA

610 muertes por cada 100.000 nacidas/os vivas/os encontrándose entre las más elevadas del continente africano. El riesgo de una mujer de morir por causas relacionadas con el embarazo o el parto es de 1 a 29 según datos de UNICEF, aunque otras fuentes lo cifran de 1 a 7. Los partos atendidos por personal cualificado y realizados en el centro de salud sólo alcanzan el 50%.

PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

Es muy baja, asciende al 4,5%

MATERNIDAD TEMPRANA

No contamos con datos

MATRIMONIO PRECOZ

No contamos con datos.

VIOLENCIA DE GÉNERO

No contamos con datos.

ABORTO INSEGURO

36 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años.

DISCRIMINACIÓN SEXUAL

Son ilegales las relaciones sentimentales entre mujeres y entre hombres.

VIH/SIDA

La prevalencia se concentra en torno al 2,1% según fuentes sanitarias del país. No hay datos desagregados por sexo.

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD Y DSR

▶ ACUERDOS INTERNACIONALES SUSCRITOS EN MATERIA DE IGUALDAD DE GÉNERO

Angola ha ratificado los principales instrumentos de protección de los derechos de las mujeres, particularmente la CEDAW, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y sus respectivos Protocolos, así como el Protocolo de Género de la Comunidad de Desarrollo de África del Sur (SADC en sus siglas en inglés) de 2008.

▶ MARCO LEGISLATIVO NACIONAL EN IGUALDAD DE GÉNERO

A pesar de los acuerdos internacionales suscritos y que la Constitución angoleña reconoce la igualdad entre hombres y mujeres y los mismos derechos y responsabilidades para todas las personas independientemente de su raza, etnia, sexo, religión o ideología, la desigualdad de las mujeres es todavía patente en el ámbito jurídico y práctico. Hay avances legislativos muy recientes y relevantes como la aprobación de la Ley Contra la Violencia Doméstica impulsada por el Ministerio para la Familia y la Promoción de las Mujeres (MINFAMU) que cubre un vacío en el Código Penal del país que no contempla irregularidades relacionadas con la violencia intrafamiliar. Desde la sociedad civil se estima que para que se produzcan cambios reales en la erradicación de la violencia se requieren además medidas sociales y jurídicas.

▶ POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS EN IGUALDAD DE GÉNERO, SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Angola cuenta con un Plan Estratégico Nacional para Luchar contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/Sida, un documento de políticas y normas sobre servicios de salud reproductiva y una estrategia para la promoción de la igualdad de género. Ha lanzado la Campaña por la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna (CARMMA).

No hemos hallado información sobre mecanismos de participación de la sociedad civil en la definición, elaboración de políticas y estrategias en género, salud y/o DSR.

MAPA DE ACTORES

▶ EJEMPLOS SOCIEDAD CIVIL

La sociedad civil y las organizaciones de mujeres de Angola se enfrentan a una realidad difícil aunque esperanzadora dentro del proceso de construcción de paz. **La Organización de la Mujer Angoleña** es una de las más fuertes del movimiento de mujeres. Además de participar y aportar a la elaboración de las políticas de género del país, esta organización se encarga del apoyo cotidiano a las víctimas de la violencia y gestiona una casa de acogida con espacio suficiente para cuatro familias a la vez. Además, organiza charlas comunitarias sobre la violencia doméstica y apoya a los centros que proporcionan asesoría a las mujeres, ofreciendo créditos de emergencia y terapia de pareja.

ANGOLA	
IDH	146
Tasa de Fecundidad	5,6 hijas/os por mujer
Mortalidad Materna	610 muertes por cada 100.000 nacidas/os vivos
Prevalencia Anticonceptiva	4,5 %
Maternidad Temprana	No contamos con datos
Matrimonio Precoz	No contamos con datos
Violencia de Género	No contamos con datos
Aborto Inseguro	36 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años.
Discriminación Sexual	Son ilegales las relaciones sentimentales entre mujeres y entre hombres.
VIH/Sida	2%, no hay datos desagregados por sexo.

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

Instrumentos Internacionales Ratificados en Igualdad de Género	Legislación Nacional	Políticas y Estrategias en Igualdad de Género y SDR
<p>CEDAW.</p> <p>Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y sus respectivos Protocolos.</p> <p>Protocolo de Género de la Comunidad de Desarrollo de África del Sur (SADC en sus siglas en inglés) de 2008.</p>	<p>La Constitución angoleña reconoce la igualdad entre hombres y mujeres y los mismos derechos y responsabilidades para todas las personas independientemente de su raza, etnia, sexo, religión o ideología.</p> <p>Ley contra la Violencia Doméstica.</p>	<p>Plan Estratégico Nacional para Luchar contra las ITS y el VIH/Sida (2007-2010).</p> <p>Documento de Políticas y normas sobre servicios de salud Reproductiva.</p> <p>Estrategia para la promoción de la Igualdad de Género.</p>

Ejemplos Sociedad Civil en SDR

La Organización de la Mujer Angoleña es una de las principales del país, sus principales funciones son:

- Elaboración de políticas de género.
- Apoyo víctimas de violencia.
- Gestión de casa acogida.
- Apoyo a centros asesoría y créditos.
- Charlas sobre violencia.

2. CABO VERDE

SITUACIÓN ACTUAL

▶ INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO

De los 11 países analizados en esta publicación, Cabo Verde es después de Namibia el país que mejor posición ostenta en el IDH 2010 del PNUD (118 de 169). A pesar de contar con un PIB por encima de la media africana, es un país todavía dependiente de la cooperación externa.

▶ INDICADORES EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

En cuanto a la salud reproductiva y el acceso a la salud Cabo Verde presenta indicadores notablemente positivos en comparación con otros países de África Subsahariana:

TASA DE FECUNDIDAD

En líneas generales las mujeres caboverdianas tienen 2,9 hijas/os y desean 2,5 las mujeres y 2,7 los hombres con lo que la fertilidad deseada y real presentan concordancia. En el ámbito urbano 2,7 y en el rural 3,1.

MORTALIDAD MATERNA

De acuerdo a la ESD⁶¹ 2005 no se presentan datos sobre el impacto de la mortalidad materna aunque según fuentes de la OMS, UNFPA, UNICEF y Banco Mundial de 2010, la tasa de mortalidad materna está cifrada en 94 mujeres por cada 100.000 nacidas/os vivas/os. Los indicadores asociados a la salud materna en Cabo Verde muestran un alto progreso tanto en lo relacionado con la atención del parto por personal cualificado y parto institucional, que alcanza casi el 80%, aunque con diferencias entre zonas rurales y urbanas, como en lo relativo a la atención antes y después del parto que muestra valores del 90% en el primer caso y 40% en el segundo. Algunas asociaciones de mujeres consideran que la mortalidad materna está asociada a la falta de acceso al aborto medicalizado, aunque la Ley lo permite sin restricciones dentro de las 12 primeras semanas.

PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

La tasa de prevalencia anticonceptiva, es también significativamente más alta que la del resto de países africanos y el 57% de la población usa algún método de planificación familiar. El más usado es la píldora (21,4% de la población).

MATERNIDAD TEMPRANA

A pesar de lo mencionado en materia de prevalencia anticonceptiva, el porcentaje de embarazo adolescente, en mujeres de 15 a 19 años alcanza casi el 20%, una de las tasas más bajas del continente. La estrategia del gobierno en este sentido es la puesta en marcha de

⁶¹ . Encuesta de Salud y Demografía.

Centros Juveniles donde se facilita sensibilización, información y formación a jóvenes y adolescentes en prevención del embarazo no deseado, ITS/Sida, interrupción del embarazo y planificación familiar además de otros temas no relacionados con la salud sexual y reproductiva.

MATRIMONIO PRECOZ

No contamos con datos del porcentaje de mujeres casadas a la edad de 18. La edad legal para el matrimonio es 16 años.

VIOLENCIA DE GÉNERO

Destaca que casi un 20% de mujeres, un 22,2% en el ámbito urbano y un 16,3 % en el rural, ha sufrido violencia por parte del marido. Un porcentaje similar la aprueba y justifica, sobre todo cuando las mujeres no atienden bien a las/los hijas/os y en menor medida cuando las mujeres rehúsan tener relaciones sexuales.

ABORTO INSEGURO

28 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. El aborto es legal en las primeras 12 semanas.

DISCRIMINACIÓN SEXUAL

No contamos con datos sobre si son legales o no las relaciones entre personas del mismo sexo.

VIH/SIDA

La prevalencia del VIH/Sida, por su parte, se mantiene en el 0.8% aunque es proporcionalmente alta entre el grupo de 15 a 24 años y mucho más determinante en el caso de los hombres (1,1%) que en las mujeres (0,4%).

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD Y DSR

▶ ACUERDOS INTERNACIONALES SUSCRITOS EN MATERIA DE IGUALDAD DE GÉNERO.

Cabo Verde ha ratificado la mayoría de los instrumentos regionales e internacionales que protegen los derechos de las mujeres, entre ellos la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Carta Africana de los Derechos Humanos con sus respectivos protocolos y la Declaración Solemne de Igualdad de Género en África.

▶ MARCO LEGISLATIVO NACIONAL EN IGUALDAD DE GÉNERO.

La Constitución y la legislación caboverdiana reconocen igualdad de derechos y libertades a hombres y mujeres pero los estereotipos patriarcales sobre los roles y responsabilidades de mujeres y hombres dentro de la familia y la sociedad siguen tan profundamente enraizados que impiden la efectiva aplicación en toda su amplitud de las leyes que protegen los derechos de las mujeres.

► POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS EN IGUALDAD DE GÉNERO Y SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

A nivel programático, Cabo Verde cuenta con diversas políticas y planes que definen las prioridades del país en temas de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Así, por ejemplo, podemos mencionar: la Política Nacional de Población, la Política Nacional de Salud, el Programa Nacional de Salud Reproductiva o el Plan Estratégico de Lucha contra el Sida.

En el ámbito de género, existe un Plan Nacional de Igualdad de Género y Equidad 2005 – 2011 y un Plan Nacional contra la Violencia de Género 2009 – 2011. Como factores positivos adicionales en la lucha contra la violencia de género encontramos la adopción en 2004 de una serie de reformas legislativas del Código Penal en 2004 que incrementaron las penas del delito de violencia sexual y criminalizaron la violencia doméstica. No obstante, las organizaciones de mujeres están demandando la aprobación de una ley integral que criminalice la violencia contra las mujeres, cuyo borrador está en revisión y exigen igualmente que haya una red adecuada de servicios para atender a las víctimas y mecanismos para facilitar su acceso a la justicia con la creación de un tribunal específico para conocer este tipo de delitos. No han lanzado la Campaña por la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna (CARMMA).

No hemos hallado información sobre mecanismos de participación de la sociedad civil en la definición, elaboración de políticas y estrategias en género, salud y/o DSR.

MAPA DE ACTORES

► EJEMPLOS SOCIEDAD CIVIL

La sociedad civil y las organizaciones de mujeres que trabajan por la igualdad y la salud y los derechos sexuales y reproductivos constituyen un amplio movimiento social. De hecho, la Plataforma de ONGs y Asociaciones de Cabo Verde agrupa a más de 200 entidades. Entre ellas destacan la Organización de Mujeres de Cabo Verde, la Asociación de Mujeres Juristas de Cabo Verde y Verdefam, asociación integrante de la IPPF⁶² (Federación de Planificación Familiar Internacional).

CABO VERDE	
IDH	118
Tasa de Fecundidad	2,9 hijas/os por mujer
Mortalidad Materna	94 muertes por cada 100.000 nacidas/os vivos
Prevalencia Anticonceptiva	60 %
Maternidad Temprana	20% jóvenes de 15 a 19 años son madres.
Matrimonio Precoz	No contamos con datos.

⁶² . International Planned Parenthood Federation.

CABO VERDE

Violencia de Género	Casi un 20% de mujeres, un 22,2% en el ámbito urbano y un 16,3 % en el rural.
Aborto Inseguro	28 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años.
Discriminación Sexual	No contamos con datos.
VIH/Sida	0.8 % de prevalencia total, 1,1 % hombres y 0,4 % mujeres.

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

Instrumentos Internacionales Ratificados en Igualdad de Género	Legislación Nacional	Políticas y Estrategias en Igualdad de Género y SDR
<p>Ha ratificado la mayoría de los instrumentos regionales e internacionales que protegen los derechos de las mujeres, entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Convención sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y protocolo. - la Carta Africana de los Derechos Humanos y Protocolo. 	<p>La Constitución y la legislación caboverdiana reconocen igualdad de derechos y libertades a hombres y mujeres.</p> <p>Adopción (2004) de reformas legislativas del Código Penal incremento de las penas del delito de violencia sexual y criminalización de la violencia doméstica.</p> <p>Se demanda la aprobación de una Ley Integral de Violencia de Género.</p>	<p>Política Nacional de Población.</p> <p>Política Nacional de Salud.</p> <p>Programa Nacional de Salud Reproductiva.</p> <p>Plan Estratégico de Lucha contra el Sida.</p> <p>Plan Nacional de Igualdad de Género y Equidad 2005 – 2011.</p> <p>Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2009 2011.</p>

MAPA DE ACTORES

Ejemplos Sociedad Civil en SDR

La Plataforma de ONGs y Asociaciones de Cabo Verde agrupa a más de 200 entidades, entre las que destacan:

- Organización de Mujeres de Cabo Verde
- la Asociación de Mujeres Juristas de Cabo Verde
- Verdefam, asociación integrante de la IPPF.

3. ETIOPÍA

SITUACIÓN ACTUAL

▶ INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO

La República Federal de Etiopía, con 79 millones de habitantes y una tasa anual de crecimiento de la población de casi el 3%, es uno de los países más empobrecidos y poblados del continente africano. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2009 sitúa a Etiopía en el número 157 de un total de 179 países. A pesar del crecimiento estable del PIB en torno al 11% desde 2003 y el notable incremento de la ayuda al desarrollo dirigida a este país, un 77,8% de la población sobrevive hoy con menos de 2 dólares al día. Además, cerca del 80% de la población etíope se concentra en zonas rurales lo cual dificulta en gran medida el acercamiento de los servicios básicos a la población.

Como en la mayoría de los países africanos, las mujeres etíopes sufren de forma muy acusada la ausencia de igualdad social y económica y la falta de respeto hacia los derechos humanos asociados a la sexualidad y la reproducción.

▶ INDICADORES EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

TASA DE FECUNDIDAD

Según la EDS 2005, en Etiopía la tasa nacional de fecundidad ha descendido en varias décadas hasta alcanzar los 5,4 hijas/os por mujer, 2,4 en el ámbito urbano y 6 en el ámbito rural. De hecho, el Gobierno etíope tiene como una de sus mayores preocupaciones la disminución de la tasa de fecundidad del país, puesto que considera el crecimiento demográfico como uno de los obstáculos para el desarrollo.

MORTALIDAD MATERNA

En relación con la salud materna, la tasa de mortalidad en Etiopía, una de las más altas del mundo, se sitúa en 673 muertes por cada 100.000 nacidas/os vivas/os, según los últimos datos fiables disponibles (EDS 2005). Igualmente, las diferencias en el acceso y utilización de las consultas prenatales entre la zona urbana y rural son abismales. Tres de cada cuatro mujeres en las zonas rurales no reciben ninguna atención prenatal, frente a lo que ocurre en la capital, donde se concentran la mayoría de los servicios y un 88% de las mujeres reciben consulta. Un 94% de los partos en Etiopía se sigue realizando en casa, mientras sólo un 5% se llevan a cabo en centros públicos. La atención de personal sanitario (médico/a, enfermero/a o matrona) durante el parto es muy baja, solo un 6% de los partos son atendidos por personal sanitario cualificado, un 28% de las mujeres son atendidas por parteras tradicionales y, la mayoría, un 61%, son simplemente asistidas por un/a familiar.

PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

Aunque la tasa de uso de anticonceptivos se ha triplicado en los 20 últimos años hasta situarse en 2010 en el 13,7%, un 24% de las mujeres casadas frente al 19% de los hombres casados utiliza

algún método anticonceptivo. Un porcentaje relativamente alto de mujeres (78%) y de hombres (76%) afirma que prefiere limitar o espaciar el número de hijas/os por lo que si estas mujeres y hombres utilizaran métodos de planificación familiar, la prevalencia de anticonceptivos se incrementaría del 13,7% al 49%. El método más usado es el inyectable en un 9,9%.

MATERNIDAD TEMPRANA

El 16,6 % de jóvenes entre 15-19 años han estado embarazadas alguna vez.

MATRIMONIO PRECOZ

Otra de las prácticas culturales que más influyen en la situación de las mujeres son los matrimonios tempranos. A pesar de que Etiopía estableció en 1995 el límite de edad para contraer matrimonio en 18 años, las uniones tempranas son una práctica común en el país. De hecho, un 40% de las niñas se casan a los 15 años, o incluso antes, siendo Amhara la región con el índice más alto de matrimonios precoces. Estos matrimonios conllevan serias consecuencias para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las y los menores, debido sobre todo a la presión que reciben para comenzar su etapa reproductiva.

VIOLENCIA DE GÉNERO

No contamos con datos del número de mujeres afectadas. El 81,9% de mujeres entre 15-49 años justifican la violencia del marido hacia la mujer. La prevalencia de Mutilación Genital Femenina es del 74,3 %, en el ámbito urbano el 68,5% y en el rural el 75,5%.

ABORTO INSEGURO

36 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Es ilegal salvo en caso de violación, incesto, riesgo para la madre, o el niño, deficiencia física o mental de la madre, entre otros.

DISCRIMINACIÓN SEXUAL

Son ilegales las relaciones entre mujeres y entre hombres.

VIH/SIDA

La desigualdad de género se manifiesta, por ejemplo, en la prevalencia del VIH en mujeres, superior en más del doble a la de los hombres (1,9% frente a menos del 1%). El total es de 1,4%.

FÍSTULA

Un 1% de las mujeres además, reporta haber padecido fístula obstétrica al dar a luz, sobre todo entre las mujeres mayores de 40 años y las jóvenes entre los 15-19 años.

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD Y DSR

▶ ACUERDOS INTERNACIONALES SUSCRITOS EN MATERIA DE IGUALDAD DE GÉNERO

Etiopía ha ratificado la mayoría de los instrumentos regionales e internacionales que protegen

los derechos de las mujeres, entre ellos la Convención sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Sin embargo, todavía no ha ratificado, y sería conveniente que lo hiciera, el Protocolo Opcional de la CEDAW y de la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos, conocido como el Protocolo de Maputo, que ofrece un marco jurídico de referencia para asegurar el respeto de los derechos humanos de las mujeres en África, entre los que se encuentra el artículo 14 referido al derecho a la salud y a los derechos reproductivos. Este artículo reconoce el derecho a controlar la fertilidad, a elegir el número de hijas/os y el método de anticoncepción y a proteger los derechos reproductivos de las mujeres mediante la autorización del aborto médico en casos de abuso sexual, violación, incesto y en los casos en los que el embarazo pueda poner en peligro la salud física o psíquica de la mujer o la vida de la madre o del feto. Sí ha firmado la Declaración Solemne de Igualdad de Género en África.

► MARCO LEGISLATIVO NACIONAL EN IGUALDAD DE GÉNERO

La Constitución de la República Federal Democrática de Etiopía, el Código Penal, el Código de Familia y diversas políticas como la de salud, mujer, población o VIH/Sida abordan algunas dimensiones de los derechos de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, el artículo 35 (9) de la Constitución etíope establece que las mujeres tienen derecho a recibir información sobre planificación familiar para prevenir posibles daños relacionados con el embarazo y el parto y para proteger su salud. La regulación legislativa, no obstante, necesita venir acompañada de más compromiso en la implementación de dichas leyes y regulaciones así como de más acciones de sensibilización que actúen sobre el trasfondo social y cultural que mantiene las percepciones discriminatorias contra las mujeres.

La constitución también se hace eco de la lucha contra las prácticas tradicionales nocivas que suponen otra seria amenaza para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El artículo 36 de la Constitución establece que “toda mujer tiene el derecho a ser protegida por el Estado de las Prácticas Tradicionales Nocivas. Las leyes y prácticas que oprimen a las mujeres o causan cualquier daño mental o corporal están prohibidas”. Estas prácticas incluyen la mutilación genital femenina, realizada en la mayoría de las regiones del país y el matrimonio precoz. Aun así, la EDS 2005 muestra un descenso muy lento en la prevalencia de la mutilación genital con un porcentaje del 74% frente al 80% en 2000.

Algunas de estas prácticas están además criminalizadas por el Código Penal, por ejemplo en caso del rapto, independientemente de que se consume o no el matrimonio, y la mutilación genital femenina, castigada con al menos tres meses de cárcel o una multa de 500 birr (50 dólares) y entre 3 y 5 años de cárcel cuando es infibulación. Un avance importante para la lucha contra las prácticas tradicionales nocivas fue el establecimiento en 1987 del Comité Nacional Etíope sobre Prácticas Tradicionales Nocivas (EGLDAM en sus siglas en amárico).

En relación con la protección contra la violencia, el Código Penal de 1957 criminalizaba el secuestro y la violación de mujeres pero los artículos 558 y 599 eximían al violador o secuestrador de cualquier responsabilidad criminal si aceptaba casarse con la víctima, lo que en la práctica equivalía a despenalizar la violación y el rapto. Esta exención, fuertemente criticada por las asociaciones de mujeres, ha sido eliminada en el nuevo Código penal de 2005, que además aumenta las penas por violación. No obstante, la práctica del secuestro de niñas y adolescentes para casarse con ellas sigue siendo una práctica habitual, aceptada

socialmente. En cuanto a la violencia conyugal, a pesar de que el Código Penal estipula penas de cárcel por malos tratos contra las mujeres, pocas mujeres presentan denuncias debido a las dificultades que encuentran para acceder al sistema judicial y a las normas sociales que condonan la violencia física contra las mujeres. La violencia conyugal sigue siendo una práctica habitual, invisible ante la justicia y con graves consecuencias para la salud de las mujeres.

En relación con el aborto, el nuevo Código Penal etíope de 2005 permite la interrupción del embarazo en los supuestos de violación o incesto si la salud o la vida de la madre o el feto están en peligro, si el feto sufre malformaciones, así como en el caso de mujeres con discapacidad física o mental o menores que física o psíquicamente no están preparadas para cuidar de un/a bebé. Esta regulación supone un cambio muy significativo en la regulación de esta cuestión, que puede además convertirse en un precedente importante para futuras reformas de la ley del aborto de otros países de la región.

Además, el Código Penal estipula que en caso de violación o incesto sólo será necesaria la palabra de la mujer para justificar la realización de un aborto, lo que constituye un importante avance con respecto a las legislaciones de la mayoría de los países en los que se exige que la mujer presente una prueba física o que presente una denuncia contra el violador. Otro elemento a destacar del nuevo código es la consideración que se hace de la pobreza y de otros factores sociales como elementos que por sí solos pueden justificar la reducción de una sentencia por aborto.

► **POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS EN IGUALDAD DE GÉNERO Y SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

A nivel de desarrollo programático, el sector salud y el sector género destacan en Etiopía por contar con una amplia variedad de políticas y estrategias que cubren casi todos los aspectos más relevantes. Así, por ejemplo, Etiopía cuenta con un Plan de Desarrollo del Sector Salud a 20 años, que se implementa mediante planes quinquenales, una Política Nacional de Población, una Política Nacional de VIH/Sida, un Plan de Acción Nacional para la Equidad de Género, una Estrategia Nacional de Salud Reproductiva y una incipiente Estrategia Nacional de Salud Reproductiva para Jóvenes y Adolescentes, que pretende dar respuesta a las tasas de embarazo adolescente, muy notables en el país. Ha lanzado la Campaña por la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna (CARMMA).

Cuenta con el Comité Nacional de las Prácticas Tradicionales como mecanismo de participación de la sociedad civil en la definición, elaboración de políticas y estrategias en género, salud y/o DSR.

MAPA DE ACTORES

► **EJEMPLOS SOCIEDAD CIVIL**

Todas las políticas existentes en el sector salud y género unidas al liderazgo del gobierno en la gestión de la ayuda, garantizarían en principio un alto nivel de apropiación de dichas políticas si no fuera por la dificultad de las ONG para participar en la elaboración,

seguimiento y evaluación de las mismas. Etiopía cuenta con una amplia y muy activa sociedad civil y las organizaciones de mujeres y de salud están muy bien articuladas entre sí a través de redes (CORHA - red de ONG que trabajan en SDSR, y NEWA - red de organizaciones de mujeres). Además, en la actualidad, alrededor de 400 entidades desarrollan proyectos de salud o relacionados con la salud y aproximadamente 330 centros de salud son gestionados por ONGs.

No obstante, el Gobierno etíope ha puesto en marcha una ley que limita la capacidad de incidencia y diálogo de las ONG y que constituye una limitación desde el punto de vista de los parámetros de "buen gobierno" y democracia que deben inspirar el desarrollo. Bajo la consideración de que aquellas financiadas por fondos extranjeros no deben "interferir" en las políticas del país, la nueva ley de ONG prohíbe a las entidades que reciben más del 10% de su financiación de la ayuda externa trabajar en la mejora de los derechos humanos y la democracia, la promoción de la igualdad de género, las cuestiones religiosas, la promoción de los derechos de las personas con discapacidad y los niños y niñas, la promoción de la resolución de conflictos o la reconciliación y la promoción de la eficacia de la justicia y las fuerzas del Estado. De esta forma, bien por falta de fondos o por imposibilidad legal, es casi imposible para las ONG continuar trabajando en estos sectores y hacer el necesario seguimiento de las políticas gubernamentales.

ETIOPÍA	
IDH	157
Tasa de Fecundidad	5 hijas/os por mujer
Mortalidad Materna	673 muertes por cada 100.000 nacidas/os vivas/os
Prevalencia Anticonceptiva	15%
Maternidad Temprana	16,6 % jóvenes entre 15 y 19 años han estado ya embarazadas.
Matrimonio Precoz	Un 40% de las niñas se casan a los 15 años o antes.
Violencia de Género	No contamos con datos del número de mujeres afectadas. El 81,9% de mujeres entre 15-49 años justifican la violencia del marido hacia la mujer.
Aborto Inseguro	36 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años.
Discriminación Sexual	Son ilegales las relaciones entre mujeres y entre hombres.
VIH/Sida	1,4 % total, 1,9% mujeres, 0,9% hombres

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

Instrumentos Internacionales Ratificados en Igualdad de Género	Legislación Nacional	Políticas y Estrategias en Igualdad de Género y SDR
<p>La mayoría de los instrumentos regionales e internacionales que protegen los derechos de las mujeres, entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Convención sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. - No ha ratificado, el Protocolo de la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos, (Protocolo de Maputo). 	<p>La Constitución el Código Penal, el Código de Familia y diversas políticas como la de salud, mujer, población VIH/Sida abordan dimensiones de los derechos de las mujeres y los SDR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lucha contra prácticas tradicionales nocivas, - violencia, - aborto, entre otras. 	<p>Cubren casi todos los aspectos más relevantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Desarrollo del Sector Salud a 20 años, - Política Nacional de Población, - Política Nacional de VIH/ Sida, - Plan de Acción Nacional para la Equidad de Género, -Estrategia Nacional de Salud Reproductiva e - Incipiente Estrategia Nacional de Salud Reproductiva para Jóvenes

MAPA DE ACTORES

Ejemplos Sociedad Civil en SDR

Amplia y muy activa sociedad civil y organizaciones de mujeres y de salud muy bien articuladas entre sí a través de redes:

- CORHA - red de ONG que trabajan en SDR, y
- NEWA - red de organizaciones de mujeres).

4. GAMBIA

SITUACIÓN ACTUAL

▶ INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO

Situada en la costa oeste de África, Gambia se encuentra en el grupo de los 20 países más empobrecidos del mundo, ocupando, con un IDH de 0,390, el puesto 151 de los 169 países del ranking elaborado por el PNUD en 2010.

▶ INDICADORES EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

TASA DE FECUNDIDAD

Diferentes cuestiones culturales, el bajo nivel educativo alcanzado y el lugar de residencia, entre otros factores, hacen que las gambianas tenga un acceso limitado a los servicios de salud sexual y reproductiva que le permitan hacer uso de métodos anticonceptivos modernos. La baja prevalencia anticonceptiva, la unión o el matrimonio temprano y la poligamia hacen que se observen niveles altos de fecundidad -5 hijas/os de promedio- y un lento descenso de la misma.

MORTALIDAD MATERNA

Igualmente, en Gambia, el riesgo de morir a causa del embarazo, parto o posparto por causas obstétricas directas (hemorragia, pre-eclampsia/eclampsia, parto prolongado, septicemia posparto, entre otras) o indirectas (anemia, malaria durante el embarazo, etc.) es de 400 muertes por cada 100.000 nacidas/os vivas/os.

PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

12,7 % en total, el método moderno más usado es la píldora en un 6,5 %.

MATERNIDAD TEMPRANA

No contamos con datos.

MATRIMONIO PRECOZ

No contamos con datos.

VIOLENCIA DE GÉNERO

No contamos con datos del número de mujeres afectadas pero sí respecto a la tolerancia social alta: de cada diez mujeres en edad reproductiva, siete declaran que es tolerable ser golpeadas por la pareja en caso de salir de casa sin comunicarlo, descuidar a las/os niñas/os, discutir con el marido, negarse a tener relaciones sexuales o quemar la comida. Además, no existen leyes para castigar los frecuentes casos de violencia doméstica o acoso sexual y existe una altísima prevalencia de la mutilación genital, que no está prohibida ni castigada por el Código Penal y puede oscilar entre el 44,8% de Banjul, la capital, hasta el 99% y 95,9%

de Basse y Mansakonko, respectivamente. Los matrimonios forzados o concertados suponen otro tipo de violencia contra las mujeres presente en el país. A pesar de que el artículo 27 de la Constitución de 1997 señala que “el matrimonio debería ser producto de respeto y plena igualdad” entre hombres y mujeres y se debería dar de forma voluntaria por hombres y mujeres en “la edad requerida y capacidad para hacerlo”, no hay una edad mínima legal para el matrimonio y, en consecuencia el matrimonio de niñas no está prohibido.

ABORTO INSEGURO

28 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. El aborto sólo es legal si la salud de la madre está en riesgo.

DISCRIMINACIÓN SEXUAL

Son ilegales las relaciones entre hombres y entre mujeres.

VIH/SIDA

Además, la feminización de la epidemia del VIH/sida ha ido en aumento puesto que en 2001 las mujeres afectadas por el virus suponían el 53,4%. Esta mayor vulnerabilidad de las mujeres ante esta epidemia en comparación con la de los hombres se debe fundamentalmente a factores como la poligamia, la promiscuidad sexual masculina y el escaso uso de métodos de barrera. La prevalencia total es del 2%, no tenemos datos desagregados por sexo.

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD Y DSR.

▶ ACUERDOS INTERNACIONALES SUSCRITOS EN MATERIA DE IGUALDAD DE GÉNERO.

Gambia no ha firmado aún el Protocolo Facultativo de la CEDAW, aunque ha ratificado en 1992 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las mujeres (CEDAW, por sus siglas en inglés), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y el Protocolo Adicional relacionado con los Derechos de las Mujeres en África con reservas respecto al matrimonio y la transmisión de la nacionalidad.

▶ MARCO LEGISLATIVO NACIONAL EN IGUALDAD DE GÉNERO.

Contradictoriamente, la Constitución de 1979 (sección 33 y sub-sección cuatro) prohíbe cualquier discriminación basada en el género y al mismo tiempo manifiesta la necesidad de preservar tradiciones y costumbres, lo que ha permitido al Gobierno justificar el establecimiento de reservas a los convenios internacionales y regionales que ha ratificado.

La sociedad en Gambia es todavía conservadora respecto al estatus de la mujer, lo que permite que a nivel político se tengan reservas sobre los derechos de las mujeres y la igualdad, argumentando que la población no está preparada para las reformas en este sentido. A esto se suma el desarrollo en los últimos años de movimientos religiosos fundamentalistas que no sólo no ayudan a la mejora de las condiciones de la mujer sino que su influencia, cada vez mayor, sobre autoridades y miembros del parlamento contribuye igualmente a la falta de avances legislativos.

Cuentan con un Marco de políticas nacionales de salud que acaban de validar. También tiene leyes sobre infancia, mujeres, un código criminal para violencia que ha cambiado de cadena perpetua a pena de muerte e intento de violación penado con 7 años de cárcel.

► POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS EN IGUALDAD DE GÉNERO Y SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

A nivel programático, el Gobierno de Gambia ha elaborado en los últimos años un amplio marco de políticas y programas con apoyo de diferentes consultoras/es y donantes. El documento que identifica los objetivos de desarrollo del país para el periodo 2010-2020 es el llamado "Visión 2020" y en cuanto a los planes estratégicos de reducción de la pobreza, en el año 2006 y tras un amplio proceso consultivo, el Gobierno de Gambia finalizó el PRSP II para el periodo 2007-2011. Igualmente, el Gobierno ha preparado diferentes estrategias con el fin de priorizar y guiar de forma más efectiva la implementación de sus políticas sectoriales. Para el sector salud cabe destacar la elaboración de la Política Nacional de Salud Reproductiva 2007-2011, el Plan Estratégico de Acción Nacional de Salud Reproductiva 2002-2006; la Política Nacional de VIH/Sida y el Marco Estratégico Nacional 2003-2008; y la Política Nacional de Juventud y su correspondiente Plan de Acción 1999-2008. En cuanto a temas de género destacar que el PNUD ha elaborado junto con la Oficina de las Mujeres la primera Ley de la Mujer (Women's Act) de Gambia de julio de 2010, que contiene elementos de la CEDAW y de la Declaración Africana de Derechos Humanos, así como la primera Política Nacional de Género 2010-2020, que también ha contado con la colaboración del UNFPA. Además, cuentan con el Programa Nacional de Lucha Contra la Escisión y han lanzado la Campaña por la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna (CARMMA).

Respecto a mecanismos de participación de la sociedad civil en la definición, elaboración de políticas y estrategias en género, salud y/o DSR: están el Consejo Nacional de Mujeres, la Federación Nacional de Mujeres, el Comité de Implementación de las Políticas de Género.

MAPA DE ACTORES

► EJEMPLOS SOCIEDAD CIVIL.

En Gambia, las organizaciones de la sociedad civil y organizaciones de mujeres juegan un rol muy relevante en el desarrollo socioeconómico del país y son importantes canales para la aplicación de programas de desarrollo, sobre todo en lugares donde la acción del Gobierno es débil o inexistente. Es conocido que éste por sí solo no puede manejar todas las necesidades de desarrollo del país y en este sentido las ONG desempeñan un papel fundamental al complementar los esfuerzos del Gobierno. No obstante, existe una amenaza constante para las/los activistas y defensoras/es de los derechos humanos, incluso las/os que están arrestadas/os y recientemente, como ha ocurrido en países como Etiopía, el Gobierno ha iniciado un proceso para modificar la regulación del estatus jurídico de las ONG con objeto de imponer más restricciones y aumentar el control sobre las mismas.

En el ámbito de la salud, los derechos sexuales y reproductivos y la igualdad de género, a pesar del relevante papel que tienen las múltiples ONG que intervienen en este sector, su labor está todavía muy limitada por los factores socioculturales y el sistema patriarcal

imperante. Algunas son específicas de SDR y cuentan con apoyo del Gobierno central, como la Asociación de Planificación Familiar de Gambia (GFPA, por sus siglas en inglés) y otras trabajan SDR y otros temas como la Fundación *Foundation for Research on Womens Health Productivity And the Environment* (BAFROW), la organización *Women In Service Development Organisation Management* (WISDOM), la Agencia para el Desarrollo de las Mujeres y la Infancia (Agency for the Development of Women and Children, ADWAC), la ONG *Adventures in Health, Education and Agricultural Development*, GAMCOTRAP (*Gambia Committee on Traditional Practices Affecting The Health of Women and Children*), la Fundación *Foundation for Research on Womens Health Productivity And the Environment* (BAFROW) y la ONG *Women In Service Development Organisation Management* (WISDOM).

GAMBIA	
IDH	151
Tasa de Fecundidad	5 hijas/os por mujer
Mortalidad Materna	400 muertes por cada 100.000 nacidas/os vivas/os
Prevalencia Anticonceptiva	12,7%
Maternidad Temprana	No contamos con datos
Matrimonio Precoz	No contamos con datos
Violencia de Género	Cada 10 mujeres en edad reproductiva, 7 declaran que es tolerable ser golpeadas por la pareja
Aborto Inseguro	28 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Sólo es legal si la salud de la madre está en riesgo.
Discriminación Sexual	Son ilegales las relaciones entre personas del mismo sexo.
VIH/Sida	2% en total, no contamos con datos desagregados por sexo.

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

Instrumentos Internacionales Ratificados en Igualdad de Género	Legislación Nacional	Políticas y Estrategias en Igualdad de Género y SDR
<ul style="list-style-type: none"> - Ratificada la CEDAW, pero no ha firmado aún el Protocolo Facultativo. - Firmada la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y el Protocolo Adicional relacionado con los Derechos de la Mujer en África con reservas respecto al matrimonio y la transmisión de la nacionalidad. 	<p>Contradictoriamente, la Constitución de 1979 prohíbe cualquier discriminación basada en el género y al mismo tiempo manifiesta la necesidad de preservar tradiciones y costumbres, lo que ha permitido al Gobierno justificar el establecimiento de reservas a los convenios internacionales y regionales que ha ratificado.</p>	<p>Política Nacional de Salud Reproductiva 2007-2011</p> <p>Plan Estratégico de Acción Nacional de Salud Reproductiva 2002-2006</p> <p>Política Nacional de VIH/Sida y Marco Estratégico 2003-2008</p> <p>Política Nacional de Juventud y Plan de Acción 1999-2008</p> <p>I Ley de la Mujer de 2010</p> <p>I Política Nacional de Género 2010-2020</p>

MAPA DE ACTORES

Civil Society Examples in Sexual and Reproductive Health and Rights

Broad, very active civil society and women's and health organisations well articulated through networks:

- CORHA – network of NGOs working in SRHR, and
- NEWA – network of women's organisations.

5. KENIA

SITUACIÓN ACTUAL

► INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO

Kenia se ubica en África del Este entre Somalia y Tanzania y limita al sureste con el Océano Índico. La superficie del país es de 580,367 km². Su clima es de tipo tropical en la costa y árido en el interior. El terreno varía desde las bajas llanuras a las montañas centrales seccionadas por el Valle del Rift y la fértil meseta del Oeste⁶³. De acuerdo con los datos de población y con el censo urbanístico del 2010, Kenia tiene una población de 38.6 millones de habitantes, dividida prácticamente a partes iguales entre hombres y mujeres (Hombres 19.2 y Mujeres 19.4). El país tiene una tasa de crecimiento anual de población de un 3.0%. El 53.7% de la población es menor de 20 años. El 32.7% de la población reside en áreas urbanas⁶⁴.

En 2010, la estimación del Producto Interior Bruto (PIB) de Kenia fue de US\$ 32.417 billones y el PIB per Cápita (en precios actuales) de US\$ 888, con una estimación de progresión razonable y un PIB con capacidad de compra de 0.09 en 2010⁶⁵.

En Kenia ha habido una tendencia ascendente de la tasa de inflación debido a la crisis económica mundial, los altos precios de las materias primas, los alimentos y otros elementos esenciales, así como las altas tasas de desempleo juvenil. Los datos más recientes y significativos a nivel nacional acerca de la prevalencia de la pobreza pertenecen al 2005/2006. Estos datos estimaban un descenso en la prevalencia de la pobreza y en el nivel de pobreza absoluta, pasando de un 52.3% en 1997 a un 45.9%. Los niveles de pobreza son más elevados en áreas rurales y en las mujeres en comparación con las áreas urbanas y los hombres⁶⁶.

En los presupuestos de 2010/2011, el gasto del gobierno destinado a salud estaba en torno al 1.5% del PNB y un 7% del presupuesto total del gobierno, lo cual supone 1,064 Kes(13.1 USD) de ingresos per cápita. Si bien este presupuesto ha mostrado un creciente incremento del gasto en atención primaria, la asignación general del presupuesto sigue estando por debajo del compromiso adquirido en la Declaración de Abuja. No obstante, el Gobierno ha incrementado su presupuesto en salud durante los últimos cinco años. Por ejemplo en 2008 el sector de salud tenía asignados 32.9 billones de chelines y en 2010 cerca de 39.9 billones de chelines. En el presupuesto para 2010/2011, el total del gasto gubernamental se estimó en 998.8 billones de chelines y alrededor de 900 millones fueron asignados para la compra de tratamientos anti-retrovirales. A pesar de ello, los centros de salud son inaccesibles para la mayor parte del país y en su mayoría se concentran en áreas urbanas. Aunque el número de instituciones sanitarias se ha visto incrementado en un 8.2%, pasando de 6.190 en 2008 a 6.696 en 2009, no existe una distribución equitativa.

Si bien este no es el peor escenario posible, en Kenia existen pocas/os profesionales médicos

⁶³ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ke.html> acceso el 2/04/2011.

⁶⁴ Instituto Nacional de Estadística de Kenia 2010: Censo de vivienda y población de Kenia 2009.

⁶⁵ Fondo Monetario Internacional(FMI) – “World Economic Outlook” Octubre 2010.

⁶⁶ Instituto Nacional de Estadística de Kenia (2007) “Basic Report on Well-being in Kenya”.

formadas/os: una media de 40 enfermeras/os matriculadas/os por cada 100.000 personas, 15 auxiliares clínicas/os para una población de 100.000 personas, 17 doctoras/es y 3 dentistas por cada 100.000 personas.

► INDICADORES DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

TASA DE FERTILIDAD

4,6 recién nacidas/os por mujer en total, 2.9 en áreas urbanas y 5.2 en áreas rurales.

MORTALIDAD MATERNA

La estimación de la mortalidad materna en Kenia en 2009 fue de 488 por cada 100.000 nacidas/os vivas/os, por encima de los 414 por cada 100.000 de 2003⁶⁷. El 44% de los nacimientos en Kenia se llevan a cabo bajo la supervisión de un/a auxiliar de partos especializado/a, habitualmente un/a enfermero/a o una matrona que ayudan en el parto dando asistencia al/a doctor/a (16%). El 28% de los nacimientos, suele ser atendido por un/a auxiliar especializada/o en partos y el mismo porcentaje por una enfermera o matrona. En 2008, hay evidencias de que en el 7% de los nacimientos las madres no recibieron asistencia. En 2003, la asistencia especializada en nacimientos fue de un 42% y los nacimientos que tuvieron lugar en instalaciones habilitadas para el parto llegaron al 40%. El 74,9% de los nacimientos en áreas urbanas fueron asistidos por una auxiliar especializada en comparación con un 37.4% en áreas rurales.

TASA DE PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

El 39,4 %, siendo el método más utilizado, el método inyectable, en un 21,6% de los casos.

MATERNIDAD PRECOZ

El 17,7% de las mujeres se quedan embarazadas entre los 15 y los 19 años.

MATRIMONIO PRECOZ

El 30,5% de las mujeres en edades comprendidas entre los 20-24 años estaban casadas a los 18 años, el 3.5% en el caso de los hombres.

VIOLENCIA DE GÉNERO

El 46,8 % de las mujeres de edades comprendidas entre los 15-49 años han sufrido violencia por parte de sus parejas, en total, un 41,6% en áreas urbanas y un 48,5% en zonas rurales. El 52,6% justifica que el esposo ejerza violencia contra su mujer. En referencia a la Mutilación Genital Femenina, Kenia ha alcanzado un significativo avance en la reducción de la incidencia de la circuncisión femenina. La prevalencia de la Mutilación Genital Femenina es mayor en las áreas rurales, alcanzando un 30.6%, mientras que en las áreas urbanas, es de un 16.5% y aumenta con la edad, mientras que se reduce según aumenta el índice de riqueza. Existe una tendencia a circuncidar a niñas en edades tempranas. El 45% de las mujeres entre

⁶⁷ "Kenya National Bureau of Statistics (KNBS)&ICF Macro. 2010. Kenya Demographics and Health Survey 2008-2009" Calverton, Maryland: KNBS and ICF Macro.

15-19 años ya circuncidadas fueron sometidas a la circuncisión antes de los 10 años en comparación con sólo un 14% de las mujeres entre 45-49 años ya circuncidadas.

ABORTO INSEGURO

La tasa de aborto inseguro, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008, es de 36 por cada 1000 mujeres de entre 15-44 años de edad. El aborto no está permitido a no ser que éste sea recomendado por un/a profesional de la salud, como una medida de emergencia, si la vida o salud de la madre están en peligro o en caso de que esté autorizado expresamente por alguna ley escrita.

DISCRIMINACIÓN SEXUAL

Las relaciones entre hombres son ilegales pero entre mujeres están permitidas.

VIH/SIDA

En 2009 Kenia mantuvo una tasa de prevalencia de VIH/sida de un 6,3% entre población adulta comprendida entre los 15-49 años de edad. La prevalencia del VIH es mayor en mujeres, 8%, que en hombres 4,3%. Se puede apreciar un descenso en la prevalencia total en comparación con el 7,4% de prevalencia en 2007 (8,8% en mujeres y en hombres 5,5%) y los datos de 2003 6.7% (mujeres 8,7% vs. hombres 4,6%).

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEYES Y POLÍTICAS EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

▶ TRATADOS INTERNACIONALES

Ha suscrito la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), pero no el Protocolo Opcional, La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, el Protocolo de Maputo pero con reservas relevantes y la Solemne Declaración sobre Igualdad de Género en África.

▶ LEGISLACIÓN NACIONAL

La Constitución de Kenia de 2010 promueve la igualdad de género a todos los niveles, incluyendo el acceso a la educación y permitiendo una discriminación positiva de un 30% de participación política a favor de las mujeres. La extensa declaración de derechos, adapta al terreno nacional los tratados internacionales ratificados por Kenia, incluida la CEDAW y el Protocolo de Maputo, siendo éste un paso fundamental hacia la equidad de género y la igualdad.

El Establecimiento de la Comisión Nacional sobre Derechos Humanos e Igualdad de Kenia es significativa por su mandato clave en la promoción de la igualdad de género. El artículo 43 de la Constitución garantiza el derecho a la salud, incluyendo la atención a la salud reproductiva.

Kenia no prohíbe todas las formas de trata, pero sí criminaliza la trata de niñas/os y la

explotación sexual de las/os adultas/os a través de las secciones 13 a 15 y 18 de la Ley de Delitos Sexuales de 2006, la cual prescribe penas mínimas de 10 a 15 años de prisión, penas que son lo suficientemente severas y acordes con aquellos delitos tipificados como crímenes graves; sin embargo, la ley no tiene una gran aplicación por parte de la acusación⁶⁸.

La Ley de Empleo de 2007 prohíbe el trabajo forzoso y contiene estatutos adicionales relativos al tráfico laboral. En 2010 Kenia aprobó la Ley contra el Tráfico de Personas que contribuye a la prohibición de la trata de seres humanos.

► POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS EN IGUALDAD DE GÉNERO, SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La División de Salud Reproductiva (DRH por sus siglas en inglés) del Ministerio de Sanidad y Salud Pública de Kenia, ha desarrollado directrices nacionales para la prestación de un Servicio de Atención para Jóvenes (YFS) encaminado a ofrecer servicios de salud reproductiva a la/os jóvenes. La división ha establecido vínculos entre la equidad de género y la consecución de los derechos de salud reproductiva. Muchas de las cuestiones relativas a la salud reproductiva, se centran en las implicaciones que tienen que las mujeres cuenten con posibilidades de decidir sobre aspectos que afectan a sus vidas, como la capacidad de elegir tener un/a hija/o, y/o de protegerse de infecciones de transmisión sexual.

En Kenia persisten algunas de las cuestiones de género básicas que amenazan el bienestar de las mujeres, como la violencia de género y las prácticas tradicionales nocivas, entre ellas la mutilación genital femenina, los matrimonios precoces, prácticas nutricionales y temas relacionados con la herencia de las esposas.

La DRH ha concentrado sus esfuerzos en mejorar el estado de las mujeres y eliminar la discriminación contra las mujeres y las niñas. Además, la DHR también ha dirigido sus esfuerzos a empoderar a los hombres e implicarlos en cuestiones de salud reproductiva, porque a través de la cultura y las tradiciones, los hombres todavía controlan muchas áreas de la vida, incluyendo las relativas a la toma de decisiones sobre el tamaño de la familia y/o la anticoncepción, que afecta a la salud de mujeres y niñas/os. Asimismo, ha desarrollado una Estrategia en Salud Reproductiva y una Hoja de Ruta hacia la Reducción de la Mortalidad Materna.

La Política Nacional de Salud y Reproductiva de Kenia, incluye la promoción y protección de la maternidad, la anticoncepción, el control y gestión de ITS como el VIH y SIDA, el acceso universal a servicios sanitarios y la gestión de la infertilidad, pero excluye los abortos seguros. El Gobierno de Kenia ha lanzado una Campaña Nacional para Acelerar la Reducción

de la Mortalidad Materna(CARMMA). El país cuenta con una Comisión Nacional de Derechos Humanos e Igualdad, un mecanismo a través del cual la sociedad civil puede participar en la elaboración, implementación o evaluación de las políticas y programas relacionadas con la equidad de género.

⁶⁸ <http://ilga.org/ilga/en/countries/KENYA/Law>

MAPA DE AGENTES PRINCIPALES

▶ EJEMPLOS DE AGENTES ESTATALES

Las instancias gubernamentales que se ocupan de los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva son el Ministerio de Género, Infancia y Desarrollo Social, la División de Salud Reproductiva en el Ministerio de Sanidad y Salud Pública y la Comisión Nacional de Kenia de Derechos Humanos e Igualdad.

▶ EJEMPLOS DE AGENTES DE SOCIEDAD CIVIL

Las Organizaciones de la Sociedad Civil están establecidas y registradas a través del Consejo de Coordinación de ONGs pero su compromiso y participación en la elaboración de políticas de Derechos de Salud Sexual y Reproductiva es ad hoc. No es fácil diferenciar partiendo del registro, qué ONGs trabajan en este campo, porque las reglas de registro prohíben la mención a los derechos de salud sexual y reproductiva como áreas de actuación. A pesar de ello, hay organizaciones dirigidas por mujeres que trabajan en diferentes aspectos relacionados con los DSSR. Por ejemplo, FIDA (Kenia) promueve generalmente los derechos legales de las mujeres y ofrece representación en el ámbito legal. Ipas Alliance en África trabaja en el desarrollo de capacidades de los Gobiernos y Organizaciones de la Sociedad Civil para promover el aborto seguro.

KENIA	
IDH	128
Tasa de Fertilidad	4,6 hijas/os por mujer, 2,9 en áreas urbanas y 5,2 en áreas rurales
Tasa de Mortalidad Materna	488 por 100.000 nacidas/os vivas/os
Tasa de Prevalencia Anticonceptiva	El 39,4 % siendo el método inyectable el más utilizado por un 21,6%.
Maternidad Precoz	El 17,7 % de las mujeres entre 15-19 años han estado embarazadas
Matrimonio Precoz	El 30,5% de las mujeres de entre 20-24 años se casan a los 18 años, el % de hombres es de 3,5.
Violencia de Género	Un total de 46,8 % de las mujeres con edades comprendidas entre los 15-49 años han sufrido violencia por parte de sus maridos, un 41,6% en áreas urbanas y un 48,5 en zonas rurales. El 52,6% justifica que el marido golpee a su esposa.
Aborto Inseguro	36 de cada 1.000 mujeres de entre 15-44 años
Discriminación Sexual	Las relaciones entre hombres son ilegales, pero entre mujeres están permitidas.
VIH/Sida	El 6,3% de las y los adultos con edades comprendidas entre 15-49 años, más elevada entre mujeres 8% que entre hombres 4,3%

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

Tratados Internacionales	Legislación Nacional	Políticas y Planes
<ul style="list-style-type: none"> - CEDAW, sin el Protocolo Opcional - Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, - Protocolo de Maputo con reservas relevantes - Declaración Solemne sobre Igualdad de Género en África 	<p>La Constitución promueve la igualdad de género a todos los niveles y la atención a la salud reproductiva</p> <p>La Comisión Nacional de Derechos Humanos e Igualdad de Kenia tiene un mandato clave en la promoción de la igualdad de género</p> <p>Kenia no prohíbe todas las formas de trata, pero penaliza el tráfico de niñas/os y de adultas/os para explotación a través de la Ley de Delitos Sexuales de 2006</p> <p>La Ley de Empleo de 2007 y la Ley Contra el Tráfico de Personas contribuyen a la prohibición de la trata de seres humanos.</p>	<p>La División de Salud Reproductiva (DRH) en el Ministerio de Sanidad y Salud Pública ha desarrollado las directrices para la provisión de un Servicio de atención para jóvenes (YFS)</p> <p>Estrategia en Salud Reproductiva</p> <p>Hoja de Ruta dirigida a la Reducción de la Mortalidad Materna</p> <p>La Política Nacional de Salud Reproductiva</p>

MAPA DE AGENTES PRINCIPALES

Estado	Sociedad Civil
<p>Ministerio de Género, Infancia y Desarrollo Social</p> <p>División de Salud Reproductiva en el Ministerio de Sanidad y Salud Pública</p> <p>Comisión Nacional de Derechos Humanos e Igualdad de Kenia</p>	<p>FIDA(Kenia) promueve los derechos de representación para mujeres en el ámbito legal</p> <p>Ipas Alliance en África. desarrolla la capacidad de gobiernos y Organizaciones de la Sociedad Civil para promover el aborto seguro</p> <p>Groots: Capacitación</p> <p>IPPF Programa Nacional Kenia Educación SSR</p>

6. MALÍ

SITUACIÓN ACTUAL

▶ INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO

El Índice de Desarrollo Humano del PNUD (IDH) de 2010 sitúa a Malí en el puesto 160 de un total de 169 países, por lo que se trata de uno de los países más empobrecidos del mundo. Los datos sobre el estado de la salud y la educación de la población, especialmente los de las mujeres, muestran una situación bastante preocupante.

▶ INDICADORES EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

TASA DE FECUNDIDAD

El índice de fecundidad en Malí apenas ha cambiado en los últimos diez años: de los 6,7 nacimientos por mujer en 1996 (EDS 1995-96) se ha pasado a 6,6 (EDS 2006), 5,4 en el ámbito urbano y 7,2 en el ámbito rural.

MORTALIDAD MATERNA

A pesar de la mejora de la tasa de atención prenatal en la última década, la elevada tasa de mortalidad materna hace prácticamente imposible que Malí alcance el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5 (ODM 5) para 2015. Aunque según la EDS 2006 la mortalidad materna es de 464 por cada 100.000 nacidas/os vivas/os, según varias agencias de Naciones Unidas la estimación en 2008 es mucho mayor y alcanza las 830 muertes por 100.000 nacidas/os vivos (OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial 2010). A pesar de los avances realizados, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva continúa siendo un problema para el 63% de las mujeres de las cuales el 53% por falta de recursos económicos.

PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

La prevalencia anticonceptiva es muy baja, sólo del 6,3%. El método moderno más usado es la píldora en un 2,9% y aunque la Ley de Salud Reproductiva de 2002 garantiza el derecho a la información y al uso de métodos anticonceptivos, el 31,2% de las mujeres querría reducir o espaciar el número de hijas/os pero no utiliza ningún método de planificación familiar para conseguirlo.

MATERNIDAD TEMPRANA

37,2% de las mujeres entre 15-19 años ya han estado embarazadas.

MATRIMONIO PRECOZ

El matrimonio temprano es otra forma de violencia que impacta negativamente en las mujeres y, especialmente en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las menores, quienes reciben una gran presión para comenzar su etapa reproductiva a edades tempranas. A pesar de todos los convenios internacionales firmados por Malí, la edad mínima

de la mujer para contraer matrimonio es de 15 años, aunque se permite el matrimonio a niñas menores siempre que tengan el consentimiento de las madres y padres y un permiso especial del juez. Esto explica que, según la EDS de 2006, el 25% de las jóvenes entre 20 y 24 años se hayan casado a los 15 años o incluso antes y que este porcentaje no haya cambiado en las últimas décadas.

VIOLENCIA DE GÉNERO

No contamos con datos del número de mujeres afectadas, pero, como muestran diversas encuestas, entre ellas la Encuesta Demográfica de Salud (EDS) de 2006, la violencia física contra las mujeres está muy aceptada entre los hombres y las mujeres y el 60% de las mujeres está de acuerdo con que el marido utilice la violencia física contra su mujer si ésta sale del hogar sin su permiso o si se niega a tener relaciones sexuales con él. La mutilación genital femenina, además, continúa siendo una práctica habitual en todo el país y según la EDS de 2006, el 85% de las mujeres han sido mutiladas, aunque existen grandes diferencias regionales y entre etnias, 80,9% en el ámbito urbano y un 87,4% en el ámbito rural.

ABORTO INSEGURO

28 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años.

Malí mantiene una legislación muy represiva tanto en su Código Penal como en la Ley de Salud Reproductiva, ya que sólo se permite el aborto terapéutico cuando el embarazo pone en peligro la vida de la madre, si éste se produce por una violación o por una relación incestuosa y cuando existen malformaciones en el feto que ponen en peligro la vida del mismo.

DISCRIMINACIÓN SEXUAL

Son legales las relaciones entre personas del mismo sexo.

VIH/SIDA

En cuanto al VIH/Sida, Malí tiene un índice de prevalencia relativamente bajo (1,3%) aunque en las mujeres alcanza el 1,5% y en los hombres apenas llega al 1%. Aunque los datos no son preocupantes, sí lo es el bajo conocimiento de la población sobre el tema, sobre todo de las mujeres que en el ámbito rural sólo alcanza al 12,4% y en zonas urbanas al 35,9% (EDS 2006).

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD Y DSR

▶ ACUERDOS INTERNACIONALES SUSCRITOS EN MATERIA DE IGUALDAD DE GÉNERO.

Además, Malí ha ratificado los principales instrumentos internacionales y regionales relativos a los derechos de las mujeres en los que se garantizan los derechos reproductivos de las mujeres. En concreto, ha firmado sin reservas la CEDAW, su protocolo facultativo y el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de las mujeres (Protocolo de Maputo), y la Declaración Solemne de Igualdad de Género en África. Estos instrumentos tienen, en virtud del Artículo 116 de la Constitución primacía sobre las leyes nacionales.

► MARCO LEGISLATIVO NACIONAL EN IGUALDAD DE GÉNERO.

La igualdad de género es reconocida en la Constitución de Malí, promulgada en febrero de 1992. En los artículos 1 a 21 establece los mismos derechos y libertades individuales para toda la ciudadanía, hombres y mujeres, sin ninguna discriminación.

En la última década se han producido cambios notorios y positivos en cuanto al reconocimiento legal de los derechos de las mujeres y así, por ejemplo, el Gobierno ha promulgado normativas como la Ley 02-044 de junio de 2002 relativa a la salud reproductiva, que consagra el derecho a la información, el derecho a una maternidad sin riesgos y el derecho a la información y uso de los anticonceptivos. Además, las organizaciones de mujeres defendieron y trabajaron fuertemente por lograr un nuevo Código de Familia favorable a las mujeres y a la igualdad de género que Malí propugna en su Constitución y en los instrumentos internacionales que ha firmado. Las presiones de importantes sectores de la sociedad maliense y de sus líderes religiosos y políticos impidieron finalmente que fuera posible pero al menos el proceso puso de manifiesto la fuerza y resistencia del movimiento de mujeres en el país.

En cuanto al Código penal, como aspecto positivo cabe destacar que protege a las mujeres de algunas formas de violencia como la violencia doméstica o la violación (artículos 207 y 226) aunque no reconoce la violación dentro del matrimonio ni tampoco prohíbe la mutilación genital femenina, lo que convierte a Malí en el único país de la región que no la penaliza.

► POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS EN IGUALDAD DE GÉNERO Y SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

A nivel programático, los primeros referentes políticos en materia de género en Malí fueron los correspondientes Planes de Acción para la Promoción de la Mujer y la Política Nacional para la Promoción de la Mujer 2002-2006. Recientemente ha sido aprobada la Política Nacional de Igualdad de Género entre Mujeres y Hombres (PNEFH) 2009-2018 que debe permitir avances concretos en materia de igualdad, tanto real como formal y poner en práctica los compromisos adoptados por el país en el ámbito internacional.

En el ámbito de la salud, actualmente está en vigor el Programa de Desarrollo Sanitario y Social de 2005-2011 y específicamente en salud sexual y reproductiva existen documentos marco como la Ley de Salud Reproductiva de 2002, la Hoja de Ruta para la Aceleración de la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal 2007-2015, la Política de Lucha contra el VIH/Sida o la Política Nacional para el Abandono de la Práctica de la Escisión de 2007 y su correspondiente Plan Nacional, que definen las prioridades y estrategias del país en estos temas.

No ha suscrito la Campaña por la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna (CARMMA)

No contamos con información sobre los mecanismos de participación de la sociedad civil en la definición de políticas de género y SDR.

MAPA DE ACTORES

▶ EJEMPLOS SOCIEDAD CIVIL

En cuanto a la participación y contribución de las mujeres malienses al progreso de los derechos de las mujeres y la salud y los derechos sexuales y reproductivos, como hemos señalado arriba, es gracias a ellas que hoy por hoy encontramos avances positivos en este país. Desde 1991, las redes de organizaciones de mujeres se han multiplicado destacando entre ellas el Groupe Pivot Droits et Citoyenneté des Femmes, la CAFO (Coordination des Associations et ONG Féminines) o la FENACOF/MALI (Fédération Nationale de des Collectifs d'Organisations Féminines du Mali) de más reciente creación. Igualmente, en el ámbito de la SDR, también se cuenta con dos redes de mujeres fuertes como son Femnet Mali y Wildaf Mali que a su vez agrupa a otras varias decenas de organizaciones de mujeres y una red de ONG de salud denominada Groupe Pivot Santé et Population.

MALÍ	
IDH	160
Tasa de Fecundidad	6.6 hijas/os por mujer
Mortalidad Materna	464 muertes por cada 100.000 nacidas/os vivas/os
Prevalencia Anticonceptiva	6.3 %
Maternidad Temprana	37,2% de las mujeres entre 15-19 años ya han estado embarazadas
Matrimonio Precoz	25% de las jóvenes entre 20 y 24 años se hayan casado a los 15 años o incluso antes y que este porcentaje no haya cambiado en las últimas décadas
Violencia de Género	El 60% de las mujeres está de acuerdo con que el marido utilice la violencia física contra su mujer en algunos casos
Aborto Inseguro	28 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años
Discriminación Sexual	Son legales las relaciones entre personas del mismo sexo
VIH/Sida	1,3% en total, 1,5% mujeres y 1% hombres.

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

Instrumentos Internacionales Ratificados en Igualdad de Género	Legislación Nacional	Políticas y Estrategias en Igualdad de Género y SDR
<p>La CEDAW, y su Protocolo Facultativo</p> <p>Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de las mujeres.</p> <p>Estos instrumentos tienen, en virtud del Artículo 116 de la Constitución primacía sobre las leyes nacionales.</p>	<p>La igualdad de género es reconocida en la Constitución</p> <p>Ley 02-044 de junio de 2002 relativa a la Salud Reproductiva,</p> <p>En cuanto al Código Penal, como aspecto positivo cabe destacar que protege a las mujeres de algunas formas de violencia como la violencia doméstica o la violación (artículos 207 y 226) aunque no reconoce la violación dentro del matrimonio ni tampoco prohíbe la mutilación genital femenina, lo que convierte a Malí en el único país de la región que no la penaliza.</p>	<p>Planes de Acción para la Promoción de la Mujer.</p> <p>Política Nacional para la Promoción de la Mujer 2002-2006.</p> <p>Política Nacional de Igualdad de Género entre Mujeres y Hombres (PNEFH) 2009-2018.</p> <p>Programa de Desarrollo Sanitario y Social de 2005-2011.</p> <p>Hoja de Ruta para la Aceleración de la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal 2007-2015,</p> <p>Política de Lucha Contra el VIH/ Sida.</p> <p>Política Nacional para el Abandono de la Práctica de la Escisión de 2007 y Plan de Acción Nacional.</p>

MAPA DE ACTORES

Ejemplos Sociedad Civil en SDR

- Groupe Pivot Droits et Citoyenneté des Femmes
- CAFO (Coordination des Associations et ONG Féminines)
- FENACOF/MALI (Fédération Nationale de des Collectifs d'Organisations Féminines du Mali)
- AMSOPT, APDF, ASDAP...
- En SDR, redes de mujeres:
- Femnet Malí y Wildaf Malí
- y red de ONG de salud denominada Groupe Pivot Santé et Population

7. MOZAMBIQUE

SITUACIÓN ACTUAL

▶ INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO

Mozambique es uno de los países favoritos de la cooperación internacional y ha desarrollado altos niveles de apropiación en el sector de la salud y la igualdad de género. Con un IDH de 0,328 ocupa el puesto 165 del ranking elaborado por el PNUD en 2010, es decir, que se encuentra entre los 5 países más empobrecidos del planeta. Así, más del 50% de su población vive por debajo del umbral de la pobreza.

▶ INDICADORES EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

TASA DE FECUNDIDAD

En este último aspecto, es destacable que la tasa de fertilidad de las mujeres mozambiqueñas continúa relativamente alta, con 5,5 hijas/os por mujer y una diferencia de dos hijas/os entre las mujeres rurales (6,2 hijas/os) y las mujeres urbanas (4,4 hijas/os).

MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna en Mozambique asciende según los últimos datos a 408 muertes por cada 100.000 nacidas/os vivas/os. El parto atendido por personal cualificado sólo alcanza el 50% y lo mismo ocurre con el porcentaje de partos realizados en un centro de salud, aunque en este punto destaca enormemente la enorme diferencia entre la situación en zonas urbanas (81%) y en zonas rurales donde sólo se llega a 33,9% de los partos. La atención prenatal con cuatro visitas realizadas durante el embarazo se sitúa en el 53% aunque la media de meses de embarazo con las que las mujeres reciben la primera consulta es demasiado avanzada, restando eficacia al proceso de atención. En cuanto a las mujeres que al menos realizan una visita después del parto, el porcentaje oscila en torno al 40%.

PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

En cuanto a la planificación familiar, la tasa de prevalencia anticonceptiva es sólo del 11,80% siendo la píldora el método moderno más usado en un 4,9%.

MATERNIDAD TEMPRANA

En Mozambique las jóvenes comienzan a tener hijas/os bastante pronto de forma que el 42,9% de las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años ya han tenido un/a hija/o esa edad por lo que, entre otras, se deduce la necesidad de reforzar el acceso de las y los jóvenes a información y educación sexual.

MATRIMONIO PRECOZ

Con 18 años ya ha contraído matrimonio casi el 55,9% de las jóvenes y 13,6% de las y los jóvenes varones.

VIOLENCIA DE GÉNERO

En cuanto a los datos sobre violencia de género, no existen en la EDS referencias al respecto pero sí se recoge que alrededor de un 55% de las mujeres justifica la violencia física del marido en al menos uno de los siguientes casos: cuando la mujer sale de casa sin decírselo (36.8%), rechaza tener relaciones sexuales con la pareja (34.4%), no atiende adecuadamente a los/las hijas/os (38.1%), cuestiona sus decisiones (33.2%) o se le queman los alimentos al cocinar (23.7%). No contamos con datos sobre la mutilación genital femenina.

ABORTO INSEGURO

36 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Es ilegal salvo en caso de peligro de la madre pero en este momento está pendiente de nueva legislación que lo legalizaría hasta las 12 semanas.

DISCRIMINACIÓN SEXUAL

Son ilegales las relaciones entre hombres y entre mujeres.

VIH/SIDA

En relación con el VIH/Sida, Mozambique es junto a Namibia uno de los países objeto de este estudio con una mayor problemática asociada a esta enfermedad. La prevalencia es del 11,5%, siendo preocupante la feminización que demuestran los datos desagregados entre hombres (9,2%) y las mujeres (13,1%). Esta feminización afecta más aún a las mujeres jóvenes pues el 11% contraen el VIH antes de los 24 años frente al 3,7% de sus compañeros de edad.

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD Y DSR

▶ ACUERDOS INTERNACIONALES SUSCRITOS EN MATERIA DE IGUALDAD DE GÉNERO

El Gobierno ha firmado los principales instrumentos internacionales de protección de los derechos de las mujeres, entre los cuales están la CEDAW, la Carta Africana de Derechos Humanos y los Pueblos y sus respectivos protocolos adicionales, la Declaración Solemne de la Unión Africana sobre Igualdad de Género en África (SADC), el Protocolo de la SADC sobre Género y Desarrollo, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres, la Plataforma de Acción de Beijing, el Programa de Acción sobre Población y Desarrollo de El Cairo, el Protocolo de la Convención de Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional y el Protocolo Adicional para Prevenir, Eliminar y Punir el Tráfico de Seres Humanos.

▶ MARCO LEGISLATIVO NACIONAL EN IGUALDAD DE GÉNERO

Por su parte, a nivel de legislación interna, la Constitución de Mozambique de 2004 en los artículos 35 y 36 reconoce la igualdad entre hombres y mujeres y prohíbe cualquier discriminación legislativa, política, económica y social. Igualmente, la nueva Ley de Familia adoptada en 2004 supone una ruptura con el pasado para reconocer la igualdad entre hombres y mujeres en el matrimonio, el divorcio, la custodia de las/os hijas/os, la propiedad

de la tierra, y la división de bienes en el matrimonio. Además, se reconoce la violencia doméstica como causa de divorcio y se establece la edad legal para el matrimonio en 18 años (art. 30). Estos y otros avances legislativos pueden explicar que Mozambique ostente un puesto relativamente avanzado en el Índice de Desarrollo Humano adaptado al Género de 2010 (puesto 111) pero al mismo tiempo es preciso tener en cuenta que la normativa legal continúa desligada muchas veces de la realidad que muestra como sigue habiendo matrimonios forzados y prematuros, poligamia, dificultades para acceder a la propiedad de los bienes y al sistema de justicia así como a la atención en salud sexual y reproductiva.

A nivel programático, Mozambique destaca por ser uno de los pocos países africanos que ha elaborado y aprobado una Ley sobre Violencia Doméstica practicada Contra la Mujer, (Ley 29/2009 de 29 de septiembre) y una Ley contra el Tráfico de Personas (Ley 6/2008 de 9 de junio).

En cuanto a la interrupción del embarazo, ésta puede ser pronto legal si el Parlamento promulga una nueva ley recientemente aprobada por el Consejo de Ministras/os. Bajo la ley actual, el aborto es delito salvo en algunas circunstancias como por ejemplo cuando la vida de la madre está en peligro o carece de la habilidad física o mental para cuidar de un/a niño/a. Algunos centros de salud ofrecen servicios de interrupción del embarazo pero las tarifas solicitadas exceden las posibilidades de muchas mujeres mozambiqueñas que acaban recurriendo a clínicas irregulares donde abortan en condiciones irregulares e inseguras. Con la nueva ley la interrupción del embarazo sería legal dentro de las 12 primeras semanas.

► POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS EN IGUALDAD DE GÉNERO Y SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Igualmente, el país cuenta con una Política Nacional de Género de 2006, una Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de 2007, una Política Nacional de Salud de 2007 y varios Planes Estratégicos Nacionales para la lucha contra el VIH/Sida que se han ido sucediendo desde 2003. Asimismo, en 2008, el gobierno introdujo una nueva Estrategia de Aceleración de la Prevención de la Infección por VIH. En el ámbito de la salud materna, además de los documentos mencionados Mozambique ha desarrollado varias iniciativas específicas que van desde el Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal de 2000 hasta el Plan Operacional de Reducción de la Mortalidad Materna de 2006. Lo mismo podemos indicar en el caso específico de los/las adolescentes y jóvenes donde Mozambique cuenta también con una Política Nacional de Juventud de 1996, revisada en 2006, que reconoce y promueve el acceso de esta población a información y servicios de salud sexual y reproductiva y a partir de 2001 con una Política Nacional de Salud Reproductiva del Adolescente. Igualmente, en el ámbito de la planificación familiar, también se produce la consecuente Política Nacional de Población de 1999 que reconoce el derecho de las parejas a elegir el número de hijas/os que desean tener. En 2008, estaba elaborado el borrador de una Estrategia de Planificación Familiar y Contracepción preparado por el Ministerio de Salud que no se ha obtenido información sobre si finalmente vio la luz.

Ha suscrito la Campaña por la Reducción de la Mortalidad Materna (CARMMA).

El Consejo Nacional de Avance de la Mujer es el mecanismo de participación de la sociedad civil habilitado para la definición, elaboración de políticas y estrategias en género, salud y/o DSR.

MAPA DE ACTORES

▶ EJEMPLOS SOCIEDAD CIVIL

Todos los avances en la protección de los derechos de las mujeres mozambiqueñas han sido posibles gracias a la lucha del movimiento de mujeres que ha trabajado incesantemente para lograr la modificación de la Ley de Familia y el Código Penal así como para lograr la aprobación de todas las leyes arriba mencionadas. Algunas de las organizaciones más representativas de este movimiento incluyen a WLSA o Forum Mulher a las que podemos unir otras que trabajan más específicamente en el ámbito de la SSR como la Associação para o Planeamento da Família (APF).

MOZAMBIQUE	
IDH	165
Tasa de Fecundidad	5,5 hijas/os por mujer
Mortalidad Materna	408 muertes por cada 100.000 nacidas/os vivas/os
Prevalencia Anticonceptiva	11,8 %
Maternidad Temprana	42,9 % de las mujeres entre 15-19 años ya han estado embarazadas
Matrimonio Precoz	Con 18 años ya ha contraído matrimonio casi el 55,9% de las jóvenes y 13,6% de las y los jóvenes varones.
Violencia de Género	Un 55% de las mujeres justifica la violencia física del marido
Aborto Inseguro	36 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años
Discriminación Sexual	Son ilegales las relaciones entre personas del mismo sexo
VIH/Sida	11,5% en total, 13,1% mujeres y 9,2% hombres

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

Instrumentos Internacionales Ratificados en Igualdad de Género	Legislación Nacional	Políticas y Estrategias en Igualdad de Género y SDR
<p>CEDAW Carta Africana de Derechos Humanos y los Pueblos y sus respectivos Protocolos Adicionales Plataforma de Acción de Beijing Programa de Acción sobre Población y Desarrollo de El Cairo Convención de Naciones Unidas Contra el Tráfico de Seres Humanos. Protocolo Adicional para Prevenir, Eliminar y Punir el Tráfico de Seres Humanos – Protocolo de la Convención de Naciones Unidas Contra la Delincuencia Organizada Transnacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La Constitución reconoce la igualdad entre hombres y mujeres y prohíbe cualquier discriminación legislativa, política, económica y social. - La Ley de Familia, 2004, reconoce la igualdad entre hombres y mujeres en el matrimonio, divorcio, custodia de los hijos/os, propiedad de la tierra, división de bienes en el matrimonio, la violencia doméstica como causa de divorcio y la edad legal para el matrimonio en 18 años. - Ley sobre Violencia Doméstica practicada Contra la Mujer, - Ley Contra el Tráfico de Personas. - En ley actual el aborto es delito salvo por ejemplo cuando la vida de la madre está en peligro o carece de habilidad física o mental para cuidar de un/a niño/a. 	<p>Política Género Política Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos Política Salud Planes Estratégicos Lucha Contra el VIH/Sida desde 2003. Estrategia Aceleración de la Prevención de la Infección por VIH Plan Reducción de la Mortalidad materna y Neonatal Plan Operacional de Reducción de la Mortalidad Materna Política Juventud, Política Salud Reproductiva del/ de la Adolescente Política de Población</p>

MAPA DE ACTORES

Ejemplos Sociedad Civil en SDR

- Algunas organizaciones representativas:
- WLSA
- Forum Mulher
- Associação para o Planeamento da Família (APF)

8. NAMIBIA

SITUACIÓN ACTUAL

▶ INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO

Según la clasificación del Índice de Desarrollo Humano de 2010, Namibia se ubica en el grupo de países de desarrollo medio ocupando el puesto 105 (PNUD 2010). Aunque desde 2009 el Banco Mundial lo clasifica como país de renta media alta, llama la atención que el nivel de riqueza que disfruta el país vaya acompañado de una fuerte desigualdad en la distribución de la misma. Con un coeficiente de Gini del 0,60, Namibia es uno de los países más desiguales del mundo en cuanto a distribución de la renta. Así, el 10% de la población más pobre dispone del 0,6% de los ingresos, mientras que el 10% de la población más rica maneja el 65% de los ingresos.

▶ INDICADORES EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

TASA DE FECUNDIDAD

Namibia cuenta con algo más de dos millones de habitantes y una de las tasas de fertilidad más bajas del África subsahariana: 3,6 hijas/os por mujer, 2,8% en el ámbito urbano y 4,4% en el ámbito rural.

MORTALIDAD MATERNA

Además del gran impacto del Sida, Namibia enfrenta una tasa de mortalidad materna relativamente alta que ha aumentado de forma constante desde los años 90, pasando de unas 200 muertes por cada 100.000 nacidas/os vivas/os a finales de siglo a 449 en 2006. El propio Comité de la CEDAW ha mostrado su preocupación por el alto número registrado de abortos ilegales y el aumento en la tasa de mortalidad materna, así como la falta de datos fiables para medir su impacto.

PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

Esta cifra se explica, entre otros factores, por el elevado conocimiento y uso de métodos de planificación familiar, que se sitúa en el 53,5%, gracias a la relativamente elevada edad media del matrimonio que para las mujeres es de 28 años, y por el retraso en el inicio de la primera relación sexual, que se produce a los 19 años. El método moderno más usado es el inyectable, por un 21,8%.

MATERNIDAD TEMPRANA

Un 4,7% de mujeres entre 15-19 años ya han estado embarazadas.

MATRIMONIO PRECOZ

Un 9,9% de mujeres y un 0,2% de hombres entre 20 y 24 años estaban casadas/os a los 18 años.

VIOLENCIA DE GÉNERO

No contamos con datos del número de mujeres afectadas, aunque un 35,2 % justifica la violencia del marido hacia la mujer.

ABORTO INSEGURO

9 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Datos del Ministerio de Salud demuestran que el 21% de las complicaciones obstétricas y el 16% de las muertes maternas están relacionadas con los abortos inseguros. Namibia mantiene la ley sudafricana de terminación del embarazo de 1975 (*Abortion and Sterilisation Act*) y en línea con el artículo 14 del Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, permite la interrupción del embarazo en los supuestos de incesto, violación y peligro para la salud física o mental de la madre y peligro para la vida del o de la bebé o, en el caso de mujeres con discapacidad física o mental. En la década de los 90 el Gobierno intentó ampliar la ley a un sistema de plazos donde fuera posible la interrupción del embarazo en las primeras doce semanas, adoptándose una nueva ley en 1996 (la *Sterilisation and Termination Pregnancy Bill*). No obstante, el Gobierno tuvo que retirarla posteriormente debido a la oposición de los sectores más conservadores de la opinión pública y del propio Parlamento.

DISCRIMINACIÓN SEXUAL

Las relaciones entre hombres son ilegales, son legales las relaciones entre mujeres.

VIH/SIDA

La prevalencia total es del 20%. La población sufre fuertemente el azote del VIH/SIDA cuya mortalidad asociada se ha multiplicado por dos en tan sólo seis años, pasando de 4,29 muertes por 1.000, en el año 2000, a 8,29 en 2007, en los hombres; y de 6,31 por 1.000, a 10,38 por 1.000 en las mujeres. La prevalencia entre ellas es también preocupantemente alta, pues un 24,7% de las mujeres entre 25 y 49 años y un 10,6 % de las jóvenes entre 15 y 24 años viven con el VIH.

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD Y DSR

▶ **ACUERDOS INTERNACIONALES SUSCRITOS EN MATERIA DE IGUALDAD DE GÉNERO**

Namibia ha ratificado los principales instrumentos internacionales de derechos humanos de las mujeres como la CEDAW y su Protocolo Opcional, La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y su Protocolo Adicional, la Declaración Solemne sobre Igualdad de Género en África y el Protocolo sobre Género y Desarrollo de la Comunidad Sudafricana de Desarrollo que une a 15 países africanos de la región.

▶ **MARCO LEGISLATIVO NACIONAL EN IGUALDAD DE GÉNERO**

La igualdad entre hombres y mujeres está reflejada en la Constitución de la República de Namibia de 1990. No obstante, hasta mediados de esa década no se concretan medidas

legislativas específicas para ofrecer una mayor protección a los derechos de las mujeres. Así, por ejemplo, en 1996 se aprueba la Ley para la Igualdad entre las Personas Casadas (*Married Persons Equality Act*) y posteriormente se adoptan otras medidas legislativas como la Ley para la Lucha contra la Violación del año 2000 (*Combating of Rape Act*), la Ley de Lucha contra la Violencia Doméstica de 2003 (*Combating Domestic Violence Act*) y la Ley sobre Pensión Alimenticia de 2003 (*Maintenance Act*).

► POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS EN IGUALDAD DE GÉNERO Y SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

A nivel estatal los marcos generales sobre los que se asientan las políticas, los programas sectoriales y los planes de desarrollo son la Estrategia de Reducción de la Pobreza y el documento *Visión 2030*. Ambos marcan los objetivos y las líneas prioritarias de actuación del Gobierno para la consecución de los ODM, entre ellos el relacionado con la salud materna. Igualmente, en el ámbito específico de la SDR se han aprobado recientemente dos instrumentos, la Política Nacional de Salud (*National Health Policy Framework*) y la Política Nacional de Salud Reproductiva (*National Policy on Reproductive Health*) que dan continuidad a sendos documentos anteriores y han visto su aprobación tras estar en borrador durante más de un año. Por otro lado, continúan vigente la Política de Planificación Familiar de 1995, la Política Nacional de Población de 1997, la Política Nacional de VIH/SIDA de 2007 y la Política Nacional de Género y no se ha elaborado todavía la Hoja de Ruta para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna, que estaba prevista en el Plan Estratégico Sanitario 2009-2013 del Ministerio de Salud. Han suscrito la Campaña por la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna.

El Comité Nacional de Violencia de Género es el mecanismo de participación de la sociedad civil habilitado para la definición, elaboración de políticas y estrategias en género, salud y/o DSR.

MAPA DE ACTORES.

► EJEMPLOS SOCIEDAD CIVIL

En cuanto a la participación y contribución de las mujeres al progreso de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la igualdad de género, Namibia cuenta con un amplio movimiento de mujeres agrupado en organizaciones, definidas sólo en algún caso como feministas, que comparten agendas similares de lucha por los derechos de las mujeres. A ellas también se unen organizaciones más enfocadas a SSR así como otras redes y plataformas que permiten la articulación entre todas ellas. Women's Leadership Centre, Sister Namibia, Youth Outreach on Rights and Development, Women's Action for Development, Legal Assistance Centre, Namibian Family Planning Association (NAPPA), ARASA, Outright Namibia; Coordinadora de ONG de Namibia, NANASO (Coordinadora de ONGs que trabajan en VIH/Sida), Nangof Trust, Namibian Women's Network o Namibian Women's Health Network son algunas de las más representativas y destaca también la existencia de una organización de hombres por la igualdad de género denominada Namibian Men for Change.

De acuerdo a las percepciones de estas organizaciones, el impacto que pueden tener en la transformación social es todavía débil por una serie de factores que limitan su capacidad de acción. Es por ello que las redes de ONG están apostando fuertemente por los programas de

fortalecimiento y capacitación y las organizaciones de mujeres demandan más capacitación en ámbitos como el conocimiento de los instrumentos internacionales y mecanismos de protección de los derechos humanos así como en formación en incidencia política, liderazgo, metodologías de investigación y presencia ante medios de comunicación.

NAMIBIA	
IDH	105
Tasa de Fecundidad	3.6 hijas/os por mujer
Mortalidad Materna	449 muertes por cada 100.000 nacidas/os vivas/os
Prevalencia anticonceptiva	53,5 %
Maternidad Temprana	4.7 % de las mujeres entre 15-19 años ya han estado embarazadas
Matrimonio Precoz	Un 9,9% de mujeres y un 0,2% de hombres entre 20 y 24 años estaban casadas/os a los 18 años
Violencia de Género	35,2 % justifica la violencia del marido hacia la mujer.
Aborto Inseguro	9 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años
Discriminación Sexual	Las relaciones entre hombres son ilegales, son legales las relaciones entre mujeres
VIH/Sida	20% en total, 24.7% mujeres y N/A hombres

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

Instrumentos Internacionales Ratificados en Igualdad de Género	Legislación Nacional	Políticas y Estrategias en Igualdad de Género y SDR
<p>CEDAW y su Protocolo Opcional.</p> <p>Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y su protocolo adicional.</p> <p>Declaración Solemne sobre Igualdad de Género en África.</p> <p>Protocolo sobre Género y Desarrollo de la Comunidad Sudafricana de Desarrollo que une a 15 países africanos de la región.</p>	<p>La igualdad entre hombres y mujeres está reflejada en la Constitución de la República de Namibia de 1990.</p> <p>Ley para la igualdad entre las personas casadas.</p> <p>Ley para la lucha contra la violación.</p> <p>Ley de lucha contra la violencia doméstica.</p> <p>Ley sobre pensión alimenticia.</p>	<p>Estrategia Reducción de la Pobreza y Visión 2030.</p> <p>Política Salud.</p> <p>Política Salud Reproductiva.</p> <p>Política planificación Familiar.</p> <p>Política Población.</p> <p>Política VIH/SIDA.</p> <p>Política Género.</p> <p>No se ha elaborado Hoja de Ruta para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna, prevista en Plan Estratégico Sanitario 2009-2013 del Ministerio de Salud.</p>

Ejemplos Sociedad Civil en SDR

- Women's Leadership Centre.
- Sister Namibia
- Youth Outreach on Rights and Development
- Women's Action for Development
- Legal Assistance Centre
- Namibian Family Planning Association, NAPPA
- ARASA
- Outright Namibia
- Coordinadora ONGs de Namibia, NANASO
- Coordinadora ONGs en VIH/Sida
- Nangof Trust
- Namibian Women's Network
- Namibian Women's Health Network
- NAPPA
- SFH
- Namibian Men for Change

9. NÍGER

SITUACIÓN ACTUAL

► INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO

La República de Níger ocupa el antepenúltimo puesto de la clasificación del IDH 2010 (167) y el último de la clasificación correspondiente a género.

► INDICADORES EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

TASA DE FECUNDIDAD

Níger ostenta la tasa de fecundidad más alta del mundo, con 7,4 hijas/os por mujer en el ámbito rural, 6 en el urbano y 7,1 total. Esta tasa no ha descendido apenas desde 1998 aunque presenta una diferencia de dos hijas/os menos en las mujeres que viven en la capital con respecto a las que viven en zona rural. De hecho, el número ideal de hijas/os para las mujeres, según la Encuesta Demográfica y de Salud de 2006, es de nueve, siete en el 70% de los casos, y once en el caso de los hombres, por lo que parece que el deseo supera a la fecundidad real de mujeres y hombres en muchas ocasiones y en otras se equipara a ella.

MORTALIDAD MATERNA

La salud materna es uno de los retos más importantes del país en relación a los Objetivos Del Milenio. La alta tasa de mortalidad materna, establecida en 648 muertes por cada 100.000 nacidas/os vivas/os hace prácticamente imposible alcanzar el ODM 5 si no se adoptan estrategias sólidas y se destinan recursos adicionales para luchar contra esta lacra. Uno de los aspectos que explican esta situación tiene que ver con que la media de partos que se realizan en casa, que asciende al 82% y al 97% si hablamos de mujeres viviendo por debajo del umbral de la pobreza. Sólo un 0,5% de los partos se realiza con asistencia de un/ médico/a y un 33% con ayuda de matronas, enfermera/os o ayudantes técnico sanitarios. Por el contrario en casi un 50% de los casos, es una partera tradicional la que asiste el nacimiento o no lo hace nadie en un 17%.

PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

5%. Aunque el porcentaje de mujeres que tiene conocimiento de algún método de planificación familiar es del 68% y del 94% entre los hombres, resulta llamativo que sólo una de cada cinco mujeres haya utilizado alguno a lo largo de su vida. La demanda insatisfecha en este sentido alcanza el 16%. El método moderno más usado es la píldora por un 3%.

MATERNIDAD TEMPRANA

La edad media a la que se produce el primer nacimiento son los 18 años y casi un 40% de estas adolescentes ha tenido en un/a hijo/a o está embarazada antes de cumplir los 20 años de edad.

MATRIMONIO PRECOZ

El 74,5% de las mujeres y el 6,2% de los hombres.

VIOLENCIA DE GÉNERO

No contamos con datos del número de mujeres afectadas, el 70,1% justifican la violencia por parte del marido hacia la mujer.

MGF

La mutilación genital femenina (MGF), aun siendo ilegal en Níger desde 2003, tiene una prevalencia entre las mujeres entre 15 y 49 años del 2% que puede llegar hasta el 66% entre la etnia Gourmantche y el 12 y 13% entre las etnias Peul y Tillaberi.

ABORTO INSEGURO

28 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. El aborto es ilegal excepto en caso de riesgo de salud para la madre.

DISCRIMINACIÓN SEXUAL

Son legales las relaciones entre personas del mismo sexo.

VIH/SIDA

En el ámbito de las ITS y el VIH/Sida, por su parte, la prevalencia declarada de ITS ronda el 3% en caso de mujeres y hombres. En el caso del VIH/Sida, un 0,7% de las personas entre 15 y 49 años, es decir unas 42.000, son seropositivas siendo idéntica la prevalencia entre hombres y mujeres, a diferencia de otros países donde la tasa es mucho mayor entre las mujeres.

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD Y DSR.

▶ ACUERDOS INTERNACIONALES SUSCRITOS EN MATERIA DE IGUALDAD DE GÉNERO.

Si bien en 1999, el país ratificó la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres (CEDAW por sus siglas en inglés) e hizo lo mismo con su Protocolo Opcional en 2004, las reservas emitidas a varios de sus artículos fundamentales deja algo vacío de contenido el compromiso del gobierno con la mejora del estatus de la mujer. Por otro lado, la República de Níger no ha ratificado aún el Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África, adoptado en julio de 2003 en la segunda cumbre de la Unión Africana en Maputo, como anexo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. Este protocolo insta a los gobiernos africanos a combatir todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres y a promover la igualdad y recoge en su artículo 14 el derecho a la salud y a la capacidad de decidir sobre las funciones reproductivas.

▶ MARCO LEGISLATIVO NACIONAL EN IGUALDAD DE GÉNERO.

A pesar de los grandes esfuerzos realizados por el movimiento de mujeres, el código civil se basa fundamentalmente en la costumbre y está fuertemente islamizado, lo cual perpetúa la discriminación de las mujeres en el acceso a la tierra y la herencia y mantiene el matrimonio forzado, el repudio o la inequidad en la defensa frente a la violencia. Por otro lado, en relación

con la igualdad de género, Níger cuenta desde 1996 con una Política Nacional de Promoción de la Mujer y desde más recientemente con un Plan de Promoción de la Mujer. Como acciones concretas realizadas dentro del marco de la puesta en marcha de esta política, destacan la adopción de la Ley de Cuotas que establece la representación de las mujeres en el Parlamento, el gobierno y la alta administración en un 25%; la creación de un Ministerio encargado de la promoción de la Mujer y de la protección de los niños y niñas y la apertura de un Observatorio Nacional para la Promoción de la Mujer, que aún no está en funcionamiento.

► POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS EN IGUALDAD DE GÉNERO Y SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

El sector salud y el sector género vienen articulados en torno a una serie de políticas, planes y estrategias que cubren casi todos los aspectos más relevantes de la SDR. En el plano de la salud, los hitos alcanzados desde la puesta en marcha de la Política de Promoción de la Mujer son la gratuidad de la prueba para la detección del cáncer de mama y de útero, así como de los cuidados relativos al cuidado por cesárea y a la extracción de fibromas (aunque esta gratuidad no incluye los traslados a los hospitales, ni las tasas por uso de material quirúrgico, ni los medicamentos); la puesta en marcha de un programa de salud de la reproducción y las actividades de prevención de las ITS y VIH/Sida y la votación, en mayo de 2006, de la Ley sobre la Salud de la Reproducción en la Asamblea Nacional. Además, la estrategia sectorial del país se recoge actualmente en el Plan de Desarrollo Sanitario (2005-2009) a lo que se puede añadir el Plan Nacional de Salud Reproductiva, la Hoja de Ruta para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Estrategia Nacional de Lucha contra el VIH/Sida y las ITS (2008-2012).

No ha suscrito la Campaña por la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna (CARMMA).

El Observatorio Nacional de Promoción de las Mujeres es el mecanismo de participación de la sociedad civil habilitado para la definición, elaboración de políticas y estrategias en género, salud y/o DSR.

MAPA DE ACTORES

► EJEMPLOS SOCIEDAD CIVIL

La existencia de un movimiento de mujeres y una sociedad civil fuerte en Níger es uno de los factores más positivos y determinantes para lograr el avance en los derechos de las mujeres y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Por ello, tanto las organizaciones que trabajan en el sector de la igualdad de género como en el de la salud están agrupadas en sendas plataformas (CONGAFEN Y ROASSN) que permiten la articulación y coordinación entre ellas. La condición de las mujeres está directamente relacionada con factores estructurales entre los que se encuentran la fuerza de los grupos de carácter religioso y su influencia sobre las políticas de Estado, la posición de subordinación de las mujeres para importantes sectores de la sociedad y la pobreza estructural. En este contexto, el trabajo del movimiento de mujeres requiere apoyo y ser fortalecido. Así lo ha reconocido incluso el Informe presentado por el Estado de Níger al Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal del CDH de NNUU en noviembre de 2010 donde, entre las prioridades para el restablecimiento del estado de derecho en el Níger, señala la asistencia técnica de la

comunidad internacional en la formación de mujeres en las técnicas de defensa de los derechos para promover su participación en los procesos de adopción de decisiones y el fortalecimiento de las capacidades de los diferentes agentes de la sociedad civil y del Estado que participan en actividades relacionadas con los derechos humanos.

NÍGER	
IDH	167
Tasa de Fecundidad	7.4 hijas/os por mujer
Mortalidad Materna	648 muertes por cada 100.000 nacidas/os vivas/os
Prevalencia Anticonceptiva	5 %
Maternidad Temprana	40 % de las mujeres entre 15-19 años ya han estado embarazadas
Matrimonio Precoz	El 74,5% de las mujeres y el 6,2% de los hombres.
Violencia de Género	El 70,1% justifican la violencia del marido hacia la mujer.
Aborto Inseguro	28 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. El aborto es ilegal excepto en caso de riesgo de salud para la madre.
Discriminación Sexual	Son legales las relaciones entre personas del mismo sexo.
VIH/Sida	0.7% en total y la misma en mujeres y en hombres

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

Instrumentos Internacionales Ratificados Igualdad de Género	Legislación Nacional	Políticas y Estrategias en Igualdad de Género y SDR
<p>CEDAW y Protocolo Opcional pero con reservas a varios de sus artículos fundamentales deja vacío de contenido el compromiso</p> <p>No ha ratificado aún el Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África</p>	<p>Código Civil, perpetúa discriminación de las mujeres en acceso a la tierra, herencia mantiene el matrimonio forzado, repudio o la inequidad en la defensa frente a la violencia</p> <p>Ley sobre la Salud y de la Reproducción</p> <p>Política Promoción de la Mujer</p> <p>Plan Promoción de la Mujer</p> <p>Ley de Cuotas representación de las mujeres en Parlamento, Gobierno y alta administración en un 25%</p>	<p>Gratuidad prueba detección del cáncer de mama y útero, y cuidados relativos a cesárea y extracción de fibromas no incluye traslados a hospitales, tasas por uso de material quirúrgico, ni medicamentos</p> <p>Programa de Salud y actividades de Prevención de ITS y VIH/Sida</p> <p>Plan de Desarrollo Sanitario</p> <p>Plan de Salud Reproductiva</p> <p>Hoja de Ruta para la Reducción de la Mortalidad Materna</p> <p>Estrategia Lucha contra el VIH/Sida y las ITS (2008-12)</p> <p>Ministerio de Promoción de la Mujer y Protección de Niños y Niñas</p> <p>Observatorio de Promoción de la Mujer, aún no funciona</p>

Ejemplos Sociedad Civil en SDR

Las organizaciones que trabajan en el sector de género y salud están agrupadas en sendas plataformas (CONGAFEN Y ROASSN).

ONGDS trabajando en SDR:

- DIMOL
- ANPF
- CONIPRAT
- AFJN

10. REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

CONTEXTO ACTUAL

► INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO

La República Democrática del Congo (RDC) es un país francófono de África Central. Su extensión geográfica estimada es de 2.345.410 Km cuadrados. La RDC es el tercer país más grande de África. El territorio está atravesado por el ecuador y limita con varios países⁶⁹. La población estimada de la RDC en 2011 era 71.7 millones de personas⁷⁰. En 1985 la estimación era de 34.7 millones y en 2004 se estimó en 52.5 millones de personas. Ello indica que el crecimiento anual de la población no es inferior al 3.26%. El 35% de la población se encuentra en áreas urbanas y la tasa anual de urbanización se estima en un 4.5% en la población urbana, la mayor parte se concentra en las zonas con mejores comunicaciones; cerca de Kinshasa.

En el Oeste, a lo largo del Río Congo y de otros ríos principales y en las regiones fronterizas del Sur y del Este. La ciudad de Kinshasa (capital del país), tiene una población de aproximadamente 9 millones de personas. La RDC cuenta con bajos niveles de alfabetización, un 55% entre mujeres y un 76% entre hombres, y con una corta esperanza de vida, según datos del 2008, de 51.3 años de edad.

La infraestructura de Salud en Congo fue destruida durante el conflicto armado. En algunas zonas se ha visto deteriorada y/o descuidada. En RDC, el 40% de la atención sanitaria proviene de organizaciones religiosas que atienden las necesidades de salud básicas. Durante mucho tiempo, la salud reproductiva de la población congoleña estuvo desatendida. No existían servicios básicos o eran inaccesibles para la mayoría de la población, la cual estaba sumida en una grave situación en la parte este del país⁷¹. En 2008 la RDC destinó un 5.9% de su gasto público total a la salud, más que en 2006(4.3% del PNB), ello a pesar de ser un porcentaje mucho más bajo que el de la media en Africa-9.1%, y de que supone alrededor de un tercio del 15% establecido en la Declaración de Abuja. El gasto en Salud en la RDC ha sufrido un descenso entre 2004 y 2008. De acuerdo con la información disponible, el gobierno de la RDC no ha contribuido al *Programa Nacional Ampliado para Vacunas e Inmunización*.

Estudios, investigaciones e informes gubernamentales dirigidos a organismos de supervisión de los derechos humanos como el dirigido a la CEDAW (Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer) en 2006 y a la Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos en 2007, señalan que las mujeres no están presentes en los principales ministerios y/o departamentos gubernamentales. En comparación con los hombres, las mujeres ocupan posiciones muy bajas.

69 Al Este con Uganda, Ruanda, Burundi y la República Unida de Tanzania, al norte con la República Centro-Africana y Sudán, al Sur con Zambia y Angola, al Oeste con el Océano Atlántico y la República de Congo o Congo Brazzaville.

70 www.state.gov/r/pa/ei/bgn/2823.htm; <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cg.html>

71 Informe de "Assessment of Reproductive Health in Democratic republic of Congo by JSI research and Training Institute" en Julio 2002.

► INDICADORES DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

TASA DE FERTILIDAD

Los niveles de fertilidad de las mujeres en la RDC continúan siendo muy altos en mujeres adultas, con una media de 6.3 hijas/os al final de su edad fértil. A pesar de las elevadas tasas de abortos inseguros, la planificación familiar no es algo disponible en las instalaciones del país y el acceso a un servicio de atención a la maternidad seguro y de buena calidad supone un reto. El cuidado prenatal y dar a luz en instalaciones sanitarias es todavía muy caro para muchas mujeres.

MORTALIDAD MATERNA

Según la Encuesta sobre Demografía y Salud de 2007, la Mortalidad Materna en la RDC se estima en 549 muertes maternas por cada 100.000 niñas/os nacidos entre el 2003 y el 2007.

De todas las muertes de mujeres de edades comprendidas entre 15-49 años, casi una de cada cinco muertes (el 19%) se debe a causas derivadas de la maternidad⁷². Las principales causas de mortalidad materna se deben, entre otros, a pérdidas de sangre antes, durante y tras el parto (alrededor del 47%), infecciones postparto, abortos provocados y eclampsia, así como partos en casa con la ayuda de matronas tradicionales y sistemas precarios de especialistas, especialmente el ámbito de la obstetricia y de emergencias neonatales⁷³.

TASA DE PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

El 6% emplean métodos modernos, siendo el más utilizado el preservativo en un 3%.

MATERNIDAD PRECOZ

El 24,3% de las mujeres de edades comprendidas entre los 15-19 años ya han estado embarazadas.

MATRIMONIO PRECOZ

No contamos con datos al respecto.

VIOLENCIA DE GÉNERO

La RDC ha estado envuelta en un conflicto interno durante dos décadas desde 1996. Se estima que 5.4 millones de muertes han sido consecuencia de la violencia, desplazamientos, malnutrición y enfermedades. El conflicto ha tenido un gran impacto tanto en hombres como en mujeres, pero las mujeres y las niñas han sufrido la peor parte de la guerra. Como resultado del conflicto, mujeres y niñas han sido sometidas a una sistemática violencia sexual y de género (SGBV) además de a otros daños físicos. Las informaciones periodísticas indican que las mujeres son forzadas a someterse a mutilaciones genitales femeninas. La SGBV ha sido empleada básicamente como un arma de guerra para humillar e intimidar al enemigo. El 71%

⁷² Ministerio de Planificación, Ministerio de Salud, "Macro International, 2007, The Democratic Republic of the Congo, Demographic Health Survey".

⁷³ <http://wanye98.com/?p=119>.

de las mujeres casadas con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años, son víctimas de la violencia ejercida por sus propios maridos. El 75,6% están de acuerdo y/o justifican que el esposo pueda golpear o pegar a su mujer.

ABORTO INSEGURO

Según los datos de 2008 facilitados por la OMS, La tasa de aborto inseguro en RDC es de 36 por 1,000 mujeres de entre 15-44 años de edad. El aborto es ilegal en la RDC, excepto cuando la vida de la madre se encuentra en peligro.

DISCRIMINACIÓN SEXUAL

Las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo no son todavía ilegales, pero está en proceso el debate sobre su criminalización.

VIH/SIDA

La prevalencia es de un 1,3% en total, 1,6% en el caso de las mujeres y 0,9% en el caso de los hombres.

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEYES Y POLÍTICAS EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

▶ TRATADOS INTERNACIONALES

Suscrita la CEDAW, pero no el Protocolo Opcional, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, el Protocolo de Maputo y la Solemne Declaración sobre Igualdad de Género en África.

▶ LEGISLACIÓN NACIONAL

La Constitución de la RDC no protege el derecho a la salud ni a los derechos sexuales y reproductivos. Existen todavía leyes discriminatorias como el Código Familiar, cuyos artículos

352, 355, 444 a 450 manifiestan la discriminación de género, tanto en el reconocimiento del papel del hombre a nivel familiar como en la imposición de la subyugación marital. Otras leyes discriminatorias son el Código Laboral y el Código Penal.

En 2009 se aprobó la Ley No.09/001 relativa a la Protección del Niño, con disposiciones acerca de la protección de las/os niñas/os de toda forma de explotación, incluyendo la violencia sexual. En Julio de 2006, la RDC adoptó dos leyes en materia de violencia sexual (No. 06/018 y No.06/019) pero ello no ha ayudado a mejorar la situación de las mujeres. Es notable el vacío legal sobre la violencia contra las mujeres. La constitución de transición no ha apoyado adecuadamente a las mujeres ya que la violencia sexual todavía existe y es cometida con impunidad.

Esto se ve agravado por prácticas culturales perjudiciales como la Mutilación Genital Femenina en niñas jóvenes o los matrimonios forzosos, además del acceso limitado a la educación, el empleo y los servicios de atención sanitaria.

La homosexualidad no es ilegal en RDC, ya que no existe una legislación en contra. Sin

embargo, en 2010 se presentaron al Parlamento de la RDC para someterse a debate, algunas prácticas sexuales, como la homosexualidad y la zoofilia con el objetivo de criminalizarlas como prácticas sexuales contra natura. Durante este año tendrá lugar un debate sobre la posibilidad de cambiar el Código Penal para convertir la homosexualidad en una práctica ilegal. Lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI) son grupos minoritarios en RDC cuyos derechos no están garantizados.

El Gobierno continúa careciendo de suficientes recursos financieros, técnicos y humanos para combatir eficientemente los crímenes de trata, así como para dotar de niveles básicos de seguridad y servicios sociales a la mayor parte del país. Las leyes existentes no prohíben todas las formas de trata; sin embargo, en Julio del 2006 el estatuto sobre violencia sexual, Ley 6/018, prohíbe y prescribe específicamente, penas de 10 a 20 años de prisión por tráfico sexual, tráfico infantil, prostitución forzada y proxenetismo.

El Código de Protección del Niño, Ley 09/001 promulgado en Enero de 2009, condena y prescribe penas de 5 a 20 años de prisión por tráfico infantil y explotación sexual con fines comerciales⁷⁴. Asimismo, prohíbe específicamente el reclutamiento y la presencia de niñas/os en las fuerzas armadas, grupos armados y la fuerzas policiales.

► **POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS EN IGUALDAD DE GÉNERO Y SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

El Gobierno de la República Democrática del Congo lanzó la Campaña para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna (CARMMA).

MAPA DE AGENTES PRINCIPALES

► **EJEMPLOS DE AGENTES DE SOCIEDAD CIVIL**

No existen ONGS feministas que lideren directamente programas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, debido a que se teme la cancelación del registro por parte del gobierno. A pesar de ello, algunas organizaciones integran los derechos de salud, sexuales y reproductivos en sus programas. Por ejemplo “Si Jeunesse Savait” (SJS), que es la primera organización que aboga por los derechos de las minorías sexuales, o “Reseau Action Femme” (RAF), que aboga por la ratificación y la implementación del Protocolo de Maputo sobre las Mujeres.

RD CONGO	
IDH	168
Tasa de Fertilidad	6.3 hijas/os por mujer
Tasa de Mortalidad Materna	549 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos
Tasa de Prevalencia Anticonceptiva	El 6% emplea métodos modernos, siendo el más utilizado el preservativo con un 3%

⁷⁴ Extraído del Informe del “U.S. State Dept Trafficking in Persons”, Junio 2009.

RD CONGO

Maternidad Precoz	El 24,3% de las mujeres de entre 15-19 años ya han estado embarazadas.
Matrimonio Precoz	No contamos con datos al respecto.
Violencia de Género	El 71% de las mujeres casadas de entre 15-49 años son víctimas de violencia ejercida por sus maridos. Un 75,6% está de acuerdo y justifica que el marido golpee o pegue a su esposa. No contamos con datos del número de mujeres circuncidadas.
Aborto Inseguro	36 de cada 1,000 mujeres con edades entre los 15-44 años. El aborto es ilegal en la RDC, excepto cuando la vida de la madre está en peligro.
Discriminación Sexual	Las relaciones sexuales del mismo sexo no son todavía ilegales, pero está en proceso el debate sobre su criminalización.
VIH/Sida	La prevalencia es del 1,3% en total, un 1,6% en el caso de las mujeres y un 0,9% in el caso de los hombres.

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

Tratados Internacionales	Legislación Nacional	Políticas y Planes
<p>CEDAW- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.</p> <p>Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos.</p>	<p>La Constitución de la RDC no protege la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos.</p> <p>Existen todavía leyes discriminatorias, como el Código Familiar, el Código de Trabajo y el Código Penal.</p> <p>La Ley de Protección del Niño tiene disposiciones sobre la protección de toda forma de explotación, incluyendo la violencia sexual.</p> <p>2 leyes sobre violencia sexual.</p> <p>No existe legislación sobre violencia contra las mujeres.</p> <p>La homosexualidad todavía no es ilegal en RDC, pero está en proceso un debate gubernamental acerca de la posibilidad de cambiar el Código Penal para convertirla en ilegal en 2011.</p> <p>Las leyes existentes no prohíben todas las formas de tráfico; sin embargo, en Julio del 2006 el estatuto sobre violencia sexual, y la Ley 6/018 prohíbe y prescribe específicamente penas de 10 a 20 años de prisión por tráfico sexual, tráfico infantil y prostitución forzosa y proxenetismo.</p> <p>El Código de Protección del Niño/a, condena por tráfico infantil y explotación sexual con fines comerciales.</p>	<p>Campaign on Accelerated Reduction of Maternal Mortality (CARMMA)</p>

MAPA DE AGENTES PRINCIPALES

Sociedad Civil

No existen ONGS feministas que lideren programas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos debido a que se teme la cancelación del registro por parte del gobierno

Algunas organizaciones integran los derechos de salud, sexuales y reproductivos en sus programas:

- (SJS) Si Jeunesse Savait (SJS). es la primera organización que aboga por los derechos de minorías sexuales.
- Réseau Action Femme (RAF) es una organización que aboga por la ratificación y la implementación del Protocolo de Maputo.
- Heal Africa
- Fundación Panzi
- Synergie des Femmes

11. SENEGAL

SITUACIÓN ACTUAL

▶ INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO

Según los datos del PNUD de 2010, Senegal se sitúa en el puesto 144 de los 169 países con peor Índice de Desarrollo Humano. Esto choca con el hecho de que Senegal cuenta con un PNB por habitante de 634 dólares, cifra muy superior a la media de los países de África Subsahariana.

No obstante, esta aparente contradicción entre su posición en el IDH y su nivel de renta per cápita se explica por la debilidad de los indicadores de educación y salud y por las desigualdades de género. Así, en términos de ODM, las cifras muestran cierto progreso en algunos objetivos, aunque son poco esperanzadoras en otros, sobre todo aquellos relacionados con los ODM 4 y 5, que están directamente relacionados con la salud materna.

▶ INDICADORES EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

TASA DE FECUNDIDAD

5,3 hijas/os por mujer.

MORTALIDAD MATERNA

Según la EDS (2005), el índice de mortalidad materna en Senegal se estima en 401 decesos por cada 100.000 nacidas/os vivas/os y, en zonas rurales, la proporción es de 472 por cada 100.000. El análisis de las causas de la mortalidad materna desvela fallos en la atención sanitaria, a la vez que también están estrechamente ligados a las relaciones de género dentro de la familia. Respecto a la asistencia al parto, sólo el 52% se produce en presencia de un/a profesional sanitario/a y la situación es aún más grave en zonas rurales donde tan sólo el 33% de los partos se han beneficiado de la asistencia de personal sanitario cualificado frente al 85% en entorno urbano.

PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

En relación al uso de métodos anticonceptivos y al tratamiento de la esterilidad, estos derechos están garantizados en el marco de la Política Nacional de Planificación Familiar. No obstante, el número de mujeres que hacen uso de ellos sigue siendo bajo y solamente el 10,3% de las mujeres con pareja utilizan exclusivamente métodos modernos. La píldora es el método moderno más usado por un 3,6%.

MATERNIDAD TEMPRANA

19,8 % de las mujeres entre 15-19 años ya han estado embarazadas.

MATRIMONIO PRECOZ

En Senegal, el matrimonio constituye el marco general para el ejercicio de las relaciones

sexuales, aunque en la práctica, entre la población joven se constata un crecimiento de las relaciones prematrimoniales. La edad del matrimonio en Senegal es bastante precoz, ronda los 18 años y va ascendiendo progresivamente de una generación a otra. Aunque el Código de Familia aprobado en 1973 no permite que una mujer contraiga matrimonio antes de los 16 años, datos demuestran que un 15% de las jóvenes en unión en 2005 no había alcanzado aún esa edad. Un 18,4% de las mujeres entre 20 y 24 años estaban casadas a la edad de 18, en el caso de los hombres, un 10%.

VIOLENCIA DE GÉNERO

No contamos con datos sobre el número de mujeres afectadas. El 65,2% justifican la violencia del marido hacia la mujer.

MGF

Las mutilaciones genitales femeninas quedan reprimidas por el artículo 299 del Código Penal que impone una pena de seis meses a cinco años a cualquiera que atente contra la integridad del órgano genital de una persona de sexo femenino, mediante ablación total o parcial de uno o varios de los elementos que lo componen, ya sea por infibulación, por insensibilización o cualquier otro medio. Según la EDS (2005), el índice de prevalencia general de las mutilaciones genitales femeninas (MGF) en Senegal es del 28% (un 12% sufre infibulación) con diferencias entre el 34% en zona rural frente al 22% en entorno urbano. La prevalencia varía, sin embargo, en función de la región y del grupo étnico. Así, por ejemplo, el 94% de las mujeres de Kolda, en el sureste del país, han sido sometidas a alguna forma de MGF.

ABORTO INSEGURO

28 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. En cuanto a la interrupción del embarazo, según los datos del Ministerio de Sanidad el aborto ocupa el quinto lugar en las causas directas de mortalidad materna y es el causante del 20% de los casos de morbilidad. No obstante, a pesar de la gravedad de esta situación generada por la clandestinidad en que se practican los abortos provocados en cualquier clase social, el aborto terapéutico sigue siendo la única forma permitida en Senegal, definiéndose como terapéutico cualquier aborto provocado con el fin de sustraer a la madre a los peligros que ocasiona el embarazo para su salud o para evitar el nacimiento de un/a hija/o con presumible mal formación.

DISCRIMINACIÓN SEXUAL

Son ilegales las relaciones entre personas del mismo sexo.

VIH/SIDA

En Senegal, un 0,7% de las y los adultos entre 15 y 49 años son seropositivos y, a finales de 2004, se estimaba que había 32.200 personas seropositivas en el país. En las mujeres, la tasa de prevalencia es un poco más alta, alcanzando el 0,9% y confirmando la feminización de esta enfermedad y la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la misma, como ocurre en todo el continente africano. En cuanto a las vías de transmisión de la enfermedad, la unión heterosexual constituye el cauce más importante de contagio de la enfermedad.

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD Y DSR

▶ ACUERDOS INTERNACIONALES SUSCRITOS EN MATERIA DE IGUALDAD DE GÉNERO

El Estado senegalés ha ratificado las convenciones internacionales y regionales que garantizan los derechos en materia de reproducción como derechos humanos: CEDAW, Protocolo de Maputo, Declaración Solemne de la Igualdad de Género en África y es parte implicada en el Protocolo de la Unión Africana sobre Derechos de las Mujeres.

▶ MARCO LEGISLATIVO NACIONAL EN IGUALDAD DE GÉNERO

En lo referente a derechos reproductivos y sexuales, la Constitución senegalesa, en sus artículos 7, 18 y 25, prohíbe las mutilaciones genitales femeninas y el matrimonio forzado. El Código Penal, por medio de la Ley nº 06-99 de 19 de enero de 1999, protege el derecho de las mujeres a su integridad física. Además, en el campo de la trata de seres humanos cuyo fin es la explotación sexual o económica, Senegal aprobó en 2005 la Ley nº 2005-06 de 29 de abril referente a la Lucha contra la Trata de Personas y Prácticas Asimiladas y la Protección de las Víctimas, donde se determina la calificación penal y la represión de esas prácticas.

Además, la Ley nº 2005-18 relativa a la Salud y la Reproducción, de 5 de agosto de 2005, consagra los derechos de la población senegalesa en esta materia, que incluyen: el derecho a la salud sexual, el derecho a la información, el derecho a una maternidad sin riesgos, el derecho a los anticonceptivos y la lucha contra la esterilidad, el derecho a la integridad física (malos tratos sexuales, mutilaciones genitales femeninas y prácticas nefastas para la salud y la reproducción) y los derechos reproductivos de las y los adolescentes.

La integridad física de las mujeres está protegida por la Ley sobre Salud y Reproducción y el Código Penal. La Ley Nº 06-99, adoptada por la Asamblea Nacional el 16 de enero de 1999, modifica el artículo 320 del Código Penal en lo que se refiere a la definición y la represión de la violencia conyugal, la violación, la pedofilia, el incesto, las mutilaciones genitales femeninas y el acoso sexual aunque se debe subrayar que, en el marco de esta ley, no se contempla la violación conyugal.

La votación de la Ley Nº 06-99 constituye una victoria de las mujeres senegalesas en tanto que supone la aceptación por el Estado de que la violencia contra las mujeres es una cuestión de dominio público que está bajo su responsabilidad. Asimismo, la responsabilidad de llevar esa ley a la práctica también recae sobre él, ya que la protección de los derechos de la ciudadanía y el castigo por violarlos son competencia del Estado. A día de hoy, no obstante, los procedimientos judiciales siguen siendo largos, costosos, áridos y, por tanto, desalentadores. Cuando, excepcionalmente, los casos de violencia contra las mujeres y las/os niñas/os llegan a los tribunales, la víctima, a pesar de que le asiste un/a abogado/a, no siempre encuentra el apoyo adecuado para permitir el triunfo del derecho ante unas juezas o jueces insuficientemente concienciadas/os. Por otro lado, queda de manifiesto que, a pesar de la Ley, la violencia contra las mujeres continúa en aumento. El análisis de los informes muestra que lo más común es que las y/o los jueces descalifiquen las violencias,

rebajándolas de crímenes a delitos o liberando a los autores sin condenarlos. Esta impunidad existe porque no hay suficiente voluntad política para respetar las leyes nacionales y las convenciones regionales e internacionales ratificadas por el Estado senegalés.

A pesar de la existencia de esta amplia legislación, las relaciones sociales de género determinan la forma en que se perciben los derechos definidos y aplicados dentro de una sociedad. En términos de derechos, la posición social de las mujeres senegalesas se caracteriza por la existencia persistente de importantes desigualdades entre ellas y los hombres y así lo reconoce la Estrategia Nacional para la Igualdad y la Equidad de Género (SNEEG 2005). El Código de Familia refuerza aún más la desigualdad entre hombres y mujeres al situar al esposo como cabeza de familia y con el derecho de tutela de las/os hijas/os. Las mujeres no pueden asumir la responsabilidad de sus hijas/os a nivel jurídico y sólo pueden convertirse en cabeza legal de la familia si el padre renuncia oficialmente a su autoridad ante la administración. La religión, ya sea musulmana o cristiana, es otro elemento central en la construcción de las relaciones de desigualdad.

► POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS EN IGUALDAD DE GÉNERO Y SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

A nivel programático, Senegal cuenta con políticas de salud y género que definen las prioridades del gobierno en las diferentes materias relacionadas con la igualdad entre hombres y mujeres y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. A nivel del sector salud, el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario y Social en vigor (PNDS) es la política de referencia. Además de las estrategias recogidas en el PNDS, el Ministerio de Salud ha realizado en los últimos años una revisión y actualización de algunas políticas relacionadas con la DSR como la Política de Planificación Familiar, la Política de Población o la Hoja de Ruta para Acelerar la Lucha contra la Mortalidad Materna aunque ello no ha derivado en la aprobación de una Estrategia Integral de Salud Reproductiva. Lo que existe como referencia es una Guía Nacional sobre Políticas y Normas de Servicios de la Salud Reproductiva de 2007 elaborada por la División de la Salud Reproductiva del Ministerio de Salud y un Plan Estratégico de Lucha contra el Sida 2007-2011. Por su parte, en relación con la igualdad de género, la Estrategia Nacional para la Igualdad y la Equidad de Género⁷⁵ es el marco global de referencia en Senegal y se constituye en contexto de trabajo tanto para el Gobierno como para los distintos actores, además de cómo un instrumento operativo para visibilizar e introducir medidas que conduzcan a la igualdad entre hombres y mujeres.

Ha suscrito la Campaña por la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna.

El Observatorio Nacional de Derechos de las mujeres es el mecanismo de participación de la sociedad civil habilitado para la definición, elaboración de políticas y estrategias en género, salud y/o DSR.

⁷⁵ Strategie Nationale pour l'Egalite e l'Equite de Genre, 2005-2015 Ministerio de la Mujer, la Familia y el Desarrollo Social.

MAPA DE ACTORES.

▶ EJEMPLOS SOCIEDAD CIVIL

En Senegal, existe un movimiento de mujeres dinámico que ocupa un lugar importante en la sociedad civil debido al número de organizaciones, la variedad de sus actividades y su movilización en defensa de los derechos económicos, políticos y sociales de las mujeres, en especial los derechos reproductivos y el derecho a la integridad física. Además, un Observatorio Nacional de los Derechos de la Mujer (ONDF)⁷⁶ fue creado por el Decreto 2008-1047 de 15 de septiembre de 2008 con el objetivo de vigilar y alertar para llamar la atención de los poderes públicos sobre casos de violación de los derechos de las mujeres y emitir propuestas para solucionarlos y existen a nivel de la Asamblea Nacional una red de parlamentarios/as en materia de salud reproductiva y a nivel de medios de comunicación una red de periodistas especializadas/os en este sector.

SENEGAL	
IDH	144.
Tasa de Fecundidad	5,3 hijas/os por mujer.
Mortalidad Materna	401 muertes por cada 100.000 nacidas/os vivas/os.
Prevalencia Anticonceptiva	10 %.
Maternidad Temprana	19,8 % de las mujeres entre 15-19 años ya han estado embarazadas.
Matrimonio Precoz	Un 18,4% de las mujeres entre 20 y 24 años estaban casadas a la edad de 18, en el caso de los hombres, un 10%.
Violencia de Género	El 65,2% justifican la violencia del marido hacia la mujer. El Índice de Prevalencia General de las Mutilaciones Genitales Femeninas (MGF) en Senegal es del 28%.
Aborto Inseguro	28 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años.
Discriminación Sexual	Son ilegales las relaciones entre personas del mismo sexo.
VIH/Sida	0,7 % en total, 0,9% en mujeres y 0,4 % en hombres.

⁷⁶ N de la T: en francés, siglas de Observatoire National des Droits de la Femme.

INSTRUMENTOS, MECANISMOS, LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

Instrumentos Internacionales Ratificados en Igualdad de Género	Legislación Nacional En Igualdad de Género y SDR	Políticas y Estrategias en Igualdad de Género y SDR
<p>Ratificadas las convenciones internacionales y regionales que garantizan los derechos en materia de reproducción como derechos humanos y es parte implicada en el Protocolo de la Unión Africana sobre Derechos de las Mujeres.</p>	<p>Ley sobre Salud y Reproducción modifica el Código Penal: definición y represión de violencia conyugal, violación, pedofilia, incesto, mutilaciones genitales femeninas y acoso sexual, no se contempla la violación conyugal.</p> <p>La Constitución prohíbe MGF y matrimonio forzado.</p> <p>Ley Contra la Trata de Personas y Prácticas Asimiladas y la Protección de las Víctimas.</p> <p>Ley nº 2005-18 relativa a la Salud y la Reproducción.</p> <p>Estrategia Nacional para la Igualdad y la Equidad de Género (SNEEG 2005).</p> <p>El Código de Familia refuerza la desigualdad entre hombres y mujeres.</p>	<p>Plan Nacional de Desarrollo Sanitario y Social en vigor (PNDS).</p> <p>Políticas de Planificación Familiar y Población.</p> <p>Hoja de Ruta para Acelerar la Lucha Contra la Mortalidad Materna.</p> <p>No ha aprobado una Estrategia Integral de Salud Reproductiva.</p> <p>Guía sobre Políticas y Normas de Servicios de la Salud Reproductiva.</p> <p>Plan Estratégico de Lucha Contra el Sida 2007-2011.</p> <p>Estrategia para la Igualdad y la Equidad de Género.</p> <p>Observatorio Nacional de los Derechos de la Mujer(ONDA).</p>

MAPA DE ACTORES

Ejemplos Sociedad Civil en SDR

- Amplio nº de organizaciones.
- Grefels-Asociación de Mujeres Juristas de Senegal - Assoc. Pour les femmes africaines face au Sida (SWAA)
- Reseau Siggil Jigeeen
- CLVF (Comité de lutte contre la violence faites aux femmes)

ANEXO IV. TABLA RESUMEN DEL ANÁLISIS REGIONAL DE LA SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ÁFRICA

UNIÓN AFRICANA, COMUNIDADES ECONÓMICAS, GOBIERNOS Y ONGs	TIPO DE ORGANIZACIÓN	COMPETENCIAS Y NIVEL DE INFLUENCIA EN SDR	POSICIONES PRINCIPALES EN MATERIA DE SDR	PRIORIDADES PARA LOS AÑOS VENIDEROS	EVENTOS CLAVE
Dirección de la Mujer, Género y Desarrollo (WGDD)	Dentro de la UA	Promocionar la igualdad de género a través de la transversalización y programación de género	El género tiene que transversalizarse en todas las políticas, los programas y planes de los distintos órganos de la UA. Implementa programas enfocados hacia la mujer para abordar desequilibrios y desigualdades entre mujeres y hombres.	Actividades relacionadas con la Década de las Mujeres (2010-2020)	WGDD suele convocar un Foro de 2 días antes de cada Cumbre de la UA para que las OSC debatan varios asuntos relacionados con políticas de la UA. Las decisiones luego se transmiten a la Asamblea de las/os Jefas/es de Estado y Gobierno
Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos	Dentro de la UA	Asegura igualdad ante la ley y dibuja el principio de la no-discriminación.	Incide para la eliminación completa de la discriminación contra las mujeres y asegurar la protección de los derechos de la mujer tal y como vienen articulados en los instrumentos y políticas internacionales y regionales.	Informar periódicamente a nivel estatal.	Informar a nivel estatal

UNIÓN AFRICANA, COMUNIDADES ECONÓMICAS, GOBIERNOS Y ONGs	TIPO DE ORGANIZACIÓN	COMPETENCIAS Y NIVEL DE INFLUENCIA EN SDR	POSICIONES PRINCIPALES EN MATERIA DE SDR	PRIORIDADES PARA LOS AÑOS VENIDEROS	EVENTOS CLAVE
Carta Africana de los Derechos y Bienestar del Niño	Dentro de la UA	Los derechos de las/os niñas/os.	Garantiza los derechos de todas/os las/os niñas/os al margen de las circunstancias de las madres y padres o tutoras/es legales. Garantiza el derecho a la salud	Informar periódicamente a nivel estatal.	Informar a nivel estatal
Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres en África	Dentro de la UA	Los derechos de las mujeres.	Proporcionar un marco legal a nivel continental para la igualdad de género y para abordar una organización de la sociedad que perpetúe la subordinación, desempoderamiento y marginalización de las	Informar a nivel estatal	Informar a nivel estatal
Marco de Política Continental en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2006)	Dentro de la UA	Mortalidad y morbilidad materna e infantil	Reducir la mortalidad infantil y materna y la morbilidad en África.	Hacia la realización de los ODM 3, 4 y 5	Adopción del Plan de Acción de Maputo (MPoA)

UNIÓN AFRICANA, COMUNIDADES ECONÓMICAS, GOBIERNOS Y ONGs	TIPO DE ORGANIZACIÓN	COMPETENCIAS Y NIVEL DE INFLUENCIA EN SDR	POSICIONES PRINCIPALES EN MATERIA DE SDR	PRIORIDADES PARA LOS AÑOS VENIDROS	EVENTOS CLAVE
Estrategia de Salud de África (2007-2015).	Dentro de la UA	Sistemas de salud	Fortalecer los sistemas de salud para reducir la carga de enfermedades mediante el uso mejorado de los recursos, sistemas, políticas y gestión	Miembros de la UA y las CER deben utilizar la estrategia como marco de inspiración dentro del cual cumplir con sus cometidos.	Revisar la Estrategia
La Declaración Solemne sobre la Igualdad de Género en África	Dentro de la UA	Empoderamiento de las mujeres	Fortalece la apropiación africana de la Agenda en Igualdad de Género y mantiene vivas estas cuestiones al más alto nivel político en África	Informar a nivel estatal	Informe Anual de Progreso sobre la Implementación por país elaborado por el/la Presidenta/e de la Comisión de la UA
Protocolo sobre Género y Desarrollo del SADC	Dentro de la Comunidad de Desarrollo del África Meridional (SADC)	Igualdad de género	<p>Acelerar el logro de la igualdad de género y equidad en todos los procesos de desarrollo para poder conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs).</p> <p>Tener legislación, políticas, programas y proyectos junto con mecanismos de monitoreo y evaluación con enfoque de género, integrados en el desarrollo</p>	Informar a nivel estatal	Partes estatales a promulgar y adoptar un marco legislativo o administrativo para promover la igualdad dentro del matrimonio.

UNIÓN AFRICANA, COMUNIDADES ECONÓMICAS, GOBIERNOS Y ONGs	TIPO DE ORGANIZACIÓN	COMPETENCIAS Y NIVEL DE INFLUENCIA EN SDR	POSICIONES PRINCIPALES EN MATERIA DE SDR	PRIORIDADES PARA LOS AÑOS VENIDERS	EVENTOS CLAVE
Unidad de Género, Juventud y Desarrollo a nivel de la Comunidad	Comunidad del África Oriental Comunidad del África Oriental	Transversalización de género	Asegurar que los políticas, programas y actividades de los estados miembros de la Comunidad del África Oriental tengan un enfoque de género	Centrarse en el género y las mujeres y el desarrollo socio-económico, las y los jóvenes y niñas/os la protección social y desarrollo a nivel de la comunidad	Establecer el género y las mujeres en el desarrollo socioeconómico. Formular políticas regionales de género, empoderar a las mujeres y niñas y transversalizar el género en políticas del sector económico
Centro para el Género y el Desarrollo, Tratado CEDEAO	Comunidad Económica de los Estados del África Occidental (CEDEAO)		Establecer, desarrollar y facilitar, coordinar y hacer seguimiento a las estrategias y programas que intentan asegurar que las disparidades entre los hombres y las mujeres en los programas de integración de la Comunidad observadas en los programas de la Comunidad se incorporen dentro del marco de la CEDEAO	Luchar para aumentar el rendimiento de las mujeres en campos de actividades, seminarios, mesas redondas y en emprendeduría	La formación de partenariados con los Departamentos encargados de los programas de mujeres en los Estados Miembros, OSC, Agencias Especializadas, Organizaciones, Agencias de Desarrollo

UNIÓN AFRICANA, COMUNIDADES ECONÓMICAS, GOBIERNOS Y ONGs	TIPO DE ORGANIZACIÓN	COMPETENCIAS Y NIVEL DE INFLUENCIA EN SDR	POSICIONES PRINCIPALES EN MATERIA DE SDR	PRIORIDADES PARA LOS AÑOS VENIDERS	EVENTOS CLAVE
Salud en África Oriental, Central y Meridional (East, Central, and Southern African [ECSA])	África Oriental, Central y Meridional (ECSA)	Igualdad de género en salud	ECSA reconoce que la salud es un derecho humano y proporciona un marco para abordar problemas de salud. ECSA tiene un vínculo directo con los elaboradores de política regional que incluyen Ministras/os de Salud y Secretarías/os Permanentes, además de redes regionales de Salud	Las reuniones anuales de los Ministras/os de Salud; la próxima en febrero 2012	Facilita el desarrollo de políticas de reproducción familiar, promueve políticas y programas reproductivos basados en las pruebas (empíricas) y mejora el estatus de salud de las mujeres, hombres y niñas/os
Nuevo Partenariado para el Desarrollo de África (NEPAD)	Marco regional anclado a la UA	Acceso de las mujeres a servicios de calidad	Facilitar para asegurar que haya leyes, políticas y programas que promuevan la igualdad de género y el empoderamiento de mujeres	NEPAD tiene fondos de la Red de Mujeres Africanas y Españolas recibidos en 2007 para cinco años, que expiran en el 2012. En 2008, 46 proyectos de 23 países subsaharianos se habían financiado.	Los Fondos se centran en alcanzar los ODMs y en la equidad e igualdad de género, y el empoderamiento de las mujeres. Áreas primarias de inquietud son el empoderamiento económico de mujeres y el fortalecimiento de las Organizaciones de la Sociedad Civil y organizaciones basadas a nivel de la comunidad

ANEXO V. RATIFICACIÓN CONTINENTAL DE TRATADOS INTERNACIONALES RELEVANTES EN MATERIA DE IGUALDAD Y SDR EN ÁFRICA

	Reservas a la CEDAW	Informe del estado del Comité de la CEDAW	Ratificación del Protocolo de la CEDAW	Ratificación del Protocolo de la Mujer Africana	Informe del estado de la Declaración Solemne de Género de la UA
Argelia	Artículos 2, 9, 15, 16, 29	Fecha 3ª Ronda 6/09	Adhesión	Firmado	Segundo informe (2009)
Angola	No	Fecha 6ª Ronda 10/08	Adhesión	Ratificado	
Benín	No	Fecha 4ª Ronda 04/05 Fecha 5ª Ronda 4/09	Firmado y ratificado	Ratificado	Primer informe (2009)
Botsuana	No	Rondas 1/2/3 propuestas 10/08	Adhesión	Ni firmado ni ratificado	
Burkina Faso	No	Ronda 6ª propuesta 5/09	Adhesión	Ratificado	Segundo informe (2009)
Burundi	No	Fecha 3ª Ronda 2/13	Firmado y ratificado	Firmado	Primer informe (2006)
Camerún	No	Fecha 4ª/5ª Ronda 9/15	Firmado y ratificado	Firmado	Primer informe (2007)
Cabo Verde	No	Fecha 7ª/8ª Ronda 9/10	Adhesión	Ratificado	
República Centroafricana	No	Fecha 1ª Ronda 7/92 Fecha 2ª Ronda 7/96 Fecha 3ª Ronda 7/00 Fecha 4ª Ronda 7/04 Fecha 5ª Ronda 7/08	Adhesión	Firmado	
Chad	No	Fecha 1ª Ronda 7/96 Fecha 2ª Ronda 7/00 Fecha 3ª Ronda 7/04 Fecha 4ª Ronda 7/08	Adhesión	Firmado	Primer informe (2009)
Comoras	No	Fecha 1ª Ronda 11/95 Fecha 2ª Ronda 11/99 Fecha 3ª Ronda 11/03 Fecha 4ª Ronda 11/08	Adhesión	Ratificado	
Congo	No	Fecha Rondas 6/7 8/07	Firmado y ratificado	Firmado	Primer informe (2009)
Costa de Marfil	No	Fecha 1ª Ronda 1/97 Fecha 2ª Ronda 1/01 Fecha 3ª Ronda 1/05 Fecha 4ª Ronda 1/09	Firmado y ratificado	Firmado	Primer informe (2007)
República Democrática del Congo	No	Fecha Rondas 6/7 11/11	Firmado y ratificado	Ratificado	
Yibuti	No	Fecha 1ª Ronda 1/02 Fecha 2ª Ronda 1/04 Fecha 3ª Ronda 1/08	Adhesión	Ratificado	Primer informe (2009)
Egipto	Artículos 2, 9, 16, 29	Rondas 6/7 propuestas 2/08	Firmado y ratificado	Ni firmado ni ratificado	Primer informe (2009)
Guinea Ecuatorial	No	Fecha 6ª Ronda 11/05	Adhesión	Firmado	
Eritrea	No	Fecha 4ª Ronda 10/08	Adhesión	Ni firmado ni ratificado	

	Reservas a la CEDAW	Informe del estado del Comité de la CEDAW	Ratificación del Protocolo de la CEDAW	Ratificación del Protocolo de la Mujer Africana	Informe del estado de la Declaración Solemne de Género de la UA
Etiopía	Artículo 29	Fecha Rondas 6/7 10/06	Firmado y ratificado	Firmado	Segundo informe (2009)
Gabón	No	Fecha Rondas 6/7 2/08	Firmado y ratificado	Firmado	Primer informe (2009)
Gambia	No	Fecha 4ª Ronda 5/06	Firmado y ratificado	Ratificado	Primer informe (2009)
Ghana	No	Fecha Rondas 6/7 2/11	Firmado y ratificado	Ratificado	Segundo informe (2009)
Guinea	No	Fecha Rondas 7/8 9/11	Firmado y ratificado	Firmado	
Guinea-Bissau	No	Rondas 1/2/3/4/5/6 9/08	Firmado y ratificado	Ratificado	
Kenia	No	Fecha 7ª Ronda 4/09	Adhesión	Firmado	
Lesoto	Artículo 2	Fecha 1ª Ronda 9/96 Fecha 2ª Ronda 9/00 Fecha 3ª Ronda 9/04 Fecha 4ª Ronda 9/08	Firmado y ratificado	Ratificado	Segundo informe (2009)
Liberia	No	Rondas 1/2/3/4/5/6 propuesta 10/08	Adhesión	Ratificado	Primer informe (2009)
Yamahiriya Árabe Libia	Artículos 2, 16	Fecha Rondas 6/7 6/14	Adhesión	Ratificado	Primer informe (2009)
Madagascar	No	Fecha Rondas 6/7 4/14	Firmado y ratificado	Firmado	
Malawi	No	Ronda 6 propuesta 4/08	Adhesión	Ratificado	
Malí	No	Fecha Rondas 6/7 10/10	Firmado y ratificado	Ratificado	Primer informe (2007)
Mauritania	Artículos 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30	Fecha Rondas 2/3 6/10	Adhesión	Ratificado	
Mauricio	Artículos 11, 29	Fecha Rondas 6/7 8/09	Adhesión	Firmado	Segundo informe (2009)
Marruecos	Artículos 9, 16, 29	Fecha Rondas 5/6 7/14	Adhesión	No es miembro de la UA	No es miembro de la UA
Mozambique	No	Fecha Rondas 3/4 5/10	Adhesión	Ratificado	
Namibia	No	Fecha Rondas 4/5 12/09	Adhesión	Ratificado	Segundo informe (2009)
Níger	Artículos 2, 5, 15, 16, 29	Rondas 3/4 propuestas 5/09	Adhesión	Firmado	Segundo informe (2009)
Nigeria	No	Fecha Rondas 7/8 7/14	Firmado y ratificado	Ratificado	Segundo informe (2009)
Ruanda	No	Fecha Rondas 7/8/9 9/14	Firmado y ratificado	Ratificado	Segundo informe (2010)
Santo Tomé y Príncipe	No	Fecha 1ª Ronda 7/04 Fecha 2ª Ronda 7/08	Firmado y ratificado	Ni firmado, ni ratificado	

	Reservas a la CEDAW	Informe del estado del Comité de la CEDAW	Ratificación del Protocolo de la CEDAW	Ratificación del Protocolo de la Mujer Africana	Informe del estado de la Declaración Solemne de Género de la UA
Senegal	No	Fecha 3ª Ronda 3/94 Fecha 4ª Ronda 3/98 Fecha 5ª Ronda 3/02 Fecha 6ª Ronda 3/06	Firmado y ratificado	Ratificado	Tercer informe (2009)
Seychelles	No	Fecha 1ª Ronda 6/93 Fecha 2ª Ronda 6/97 Fecha 3ª Ronda 6/01 Fecha 4ª Ronda 6/05 Fecha 5ª Ronda 6/09	Adhesión	Ratificado	Primer informe (2009)
Sierra Leona	No		Firmado y ratificado	Firmado	
Somalia	Sin ratificar	Sin ratificar	Ni firmado, ni ratificado	Firmado	
Sudáfrica	No	Fecha 3ª Ronda 1/05	Firmado y ratificado	Ratificado	Segundo informe (2010)
Sudán	Sin ratificar	Sin ratificar	Ni Firmado, ni ratificado	Firmado	
Suazilandia	No	Fecha 1ª Ronda 4/05 Fecha 2ª Ronda 4/09	Adhesión	Firmado	Primer informe (2009)
Tanzania	No	Fecha Rondas 7/8 9/14	Firmado y ratificado	Ratificado	
Togo	No	Fecha Rondas 6/7 10/08	Adhesión	Ratificado	Primer informe (2009)
Túnez	Artículos 9, 16, 29	Rondas 5/6 propuestas 4/09	Firmado y ratificado	Ni firmado, ni ratificado	Primer informe (2006)
Uganda	No	Fecha 5ª Ronda 8/02	Firmado y ratificado	Firmado	Primer informe (2009)
Zambia	No	Fecha 5ª Ronda 7/02 Fecha 6ª Ronda 7/06	Firmado y ratificado	Ratificado	Primer informe (2010)
Zimbabue	No		Adhesión	Ratificado	Primer informe (2009)

