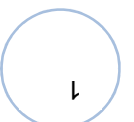


MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT

[Alemania](#) | [Argentina](#) | [Bélgica](#) | [Canadá](#) | [Francia](#) | [Grecia](#) | [Italia](#) | [Japón](#) | [Países Bajos](#) | [Portugal](#) | [Reino Unido](#) | [Suecia](#) | [Suiza](#) | [España](#)



II MÁSTER DE COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO

Curso 2012/2013



**“FORTALECIMIENTO Y MEJORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SALUD DE ADOLESCENTES
MEJORANDO LAS CAPACIDADES DE LA SOCIEDAD CIVIL EN EL DISTRITO DE
MATOLA, MOZAMBIQUE”**

TRABAJO FIN DE MASTER

Lola Mansilla Pineda

11 de Octubre 2013

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Pertinencia del proyecto

1.2. Sobre la contraparte técnica: Médicos del Mundo y su enfoque en DDSSRR

2. MARCO NORMATIVO EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

3. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

4. SITUACIÓN ACTUAL DE MOZAMBIQUE EN SSR

4.1 Indicadores de Desarrollo Humano y de Salud.

4.2 Indicadores en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

4.3 Determinantes sociales de Salud.

4.4 Cobertura de los principales programas de Salud

4.5 Prioridades y objetivos estratégicos de Salud.

4.6 Instrumentos, mecanismos, legislación y políticas en Salud y DDSSRR.

5. OBJETIVOS

6. METODOLOGÍA

6.1. Población a estudio

6.2 Desarrollo de las intervenciones y actividades realizadas en terreno.

7. CONCLUSIONES

8. ANEXOS

9. DOSSIER FOTOGRÁFICO

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo ha sido realizado durante los meses de Julio y Agosto del 2013, en el país africano de Mozambique, a través de una beca concedida como consecución del II Máster en Cooperación Internacional para el Desarrollo de la UCLM. Por ello quiero agradecer a la Fundación UCLM la oportunidad que nos brinda con esta experiencia, a Médicos del Mundo por confiar en mí y aportar pequeños granitos de arena para poder forjar esta experiencia y a mis compañeros de aventuras y desventuras por tierras mozambiqueñas, por acogerme tan bien y aportar una visión tan distinta de una realidad estremecedora. Por eso muestro mi agradecimiento a Patricia Mate, Perçina Meque, Laure Salies, M^a Idoia Ugarte, Isac Peral, Chico, Amina, Lita y Eugenio, por hacerme todo mucho más fácil Y por supuesto a la población de Matola, a sus mujeres y niños principalmente, porque sin vosotros mis vivencias nunca habrían sido posibles.



1. INTRODUCCIÓN:

“La Salud Reproductiva es crucial, no sólo para reducir la pobreza, si no para un desarrollo humano sostenible” (FNUAP, 2003).

En todo el mundo, la carga de discapacidad y las muertes prematuras causadas por los problemas vinculados a la salud sexual y reproductiva (SSR) presentan dimensiones dramáticas que se agravan cada vez más. Las relaciones sexuales no protegidas representan la segunda causa más importante de morbilidad y mortalidad prematura entre las poblaciones más pobres del mundo, siendo la novena causa más importante en los países desarrollados. Según datos de la OMS, en 2009, 536.000 mujeres murieron durante el parto, el 99% en países en desarrollo, y hubo 80 millones de embarazos no deseados de los cuales 45 millones acabaron en abortos. Y a día de hoy, más de 120 millones de parejas no tienen acceso o no usan métodos anticonceptivos de barrera, las complicaciones vinculadas al embarazo ocasionan la muerte de más de medio millón de mujeres por año y causan diferentes tipos de discapacidades en aproximadamente 210 millones de mujeres. Las 135 millones de mujeres que se estima han sido víctimas de mutilación genital se encuentran en riesgo de padecer situaciones de morbilidad obstétrica, partos mortinatos y muerte neonatal. Cada año se registra unos 340 millones de nuevos casos de ITS y 5 millones de infecciones por VIH. La violencia contra la mujer es un factor de riesgo vinculado a muchos de estos problemas de SSR. Las mujeres que padecen relaciones violentas generalmente no pueden tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva y enfrentan un mayor riesgo de tener embarazos tempranos y no deseados, así como de padecer diferentes tipos de ITS.

Por tanto, como vemos la salud reproductiva es un medio para lograr el desarrollo sostenible, además de un derecho humano. Las inversiones en salud reproductiva salvan vidas y las mejoran, frenan la propagación del VIH y alientan la igualdad entre hombres y mujeres. Esos beneficios, a su vez, ayudan a estabilizar el crecimiento de la población y a reducir la pobreza.

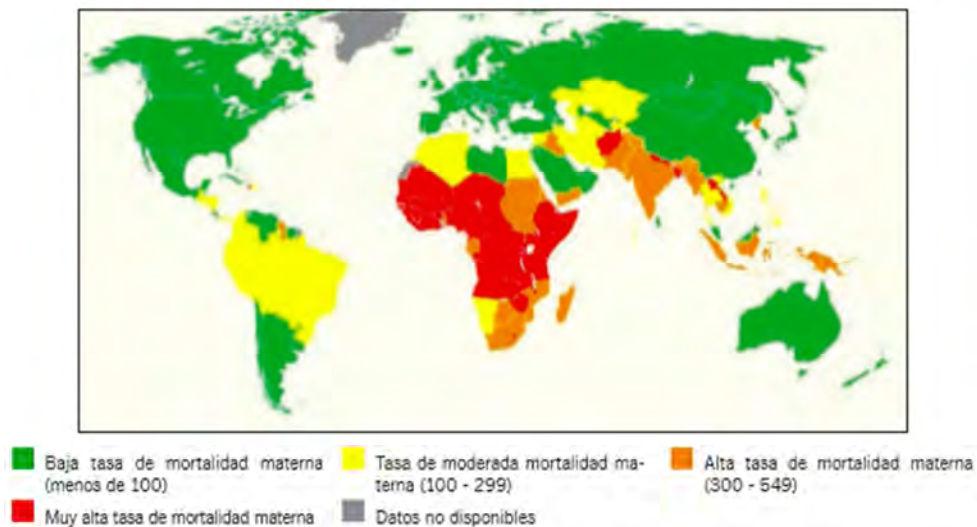
A dos años escasos del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), aún estamos lejos de las metas alcanzadas y los objetivos previstos para la cumplimentación del objetivo 5, sobre la mejora de la salud materna, sexual y reproductiva de la mujer, o sobre su consecución más inmediata, el ODM 6, y la disminución del VIH. . Una buena asistencia a tiempo en SSR, puede prevenir muertes enfermedades y discapacidades relacionadas con embarazos no deseados, complicaciones obstétricas y violencia sexual, infección por VIH y una serie de problemas reproductivos.

La falta de acceso a SSR constituye un importante problema de salud pública y de vulneración de los Derechos Humanos, así como uno de los mayores obstáculos para salir de la pobreza y alcanzar el bienestar social y económico, especialmente en los países en desarrollo. Debido en gran medida a la pandemia del VIH/Sida, la carga de enfermedad de SR representa alrededor de un tercio de la carga total de enfermedad en África, casi el doble que en la mayoría de regiones del mundo.

El acceso insuficiente a una salud sexual y reproductiva, además de provocar enfermedad y muerte, conduce al empobrecimiento y a la reducción de las oportunidades para miles de personas, principalmente mujeres, que son como siempre, las más vulnerables a esta situación. Sin la aprobación de los derechos sexuales y reproductivos y la consiguiente asistencia SSR, las comunidades y los países no pueden salir de la pobreza y la enfermedad y es impensable un desarrollo sostenible.

Teniendo en cuenta esta situación actual dada de una manera exacerbada , y bajo la intervención y los compromisos de actuación de Médicos del Mundo, me dispongo a realizar una investigación sobre la situación actual de la salud sexual y reproductiva en el país de Mozambique, analizando la situación de la región de Matola, urbe periférica rural formada por unas 15 comunidades, en la que gran parte de su población, mujeres y niños, están afectados en un gran porcentaje por el virus del VIH/SIDA (48% de la población), y en dónde Médicos del Mundo trabaja para fortalecer los servicios de planificación familiar, salud adolescente y violencia de género, a través de la mejora de las instituciones públicas y de la sociedad civil.

Figura 1. Distribución mundial de la tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2012.



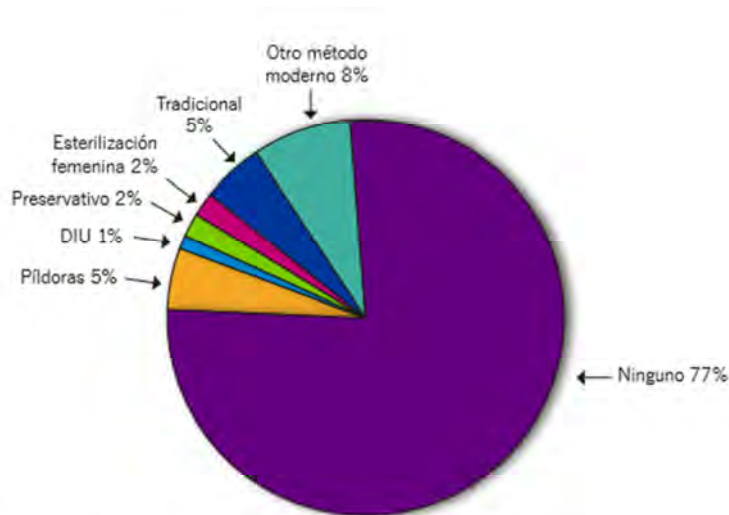
“La OMS estima que el riesgo de una mujer mozambiqueña de morir debido a causas derivadas de la salud sexual y reproductiva está en una proporción 1/16, de las más elevadas del mundo”.

1.1 PERTINENCIA DEL PROYECTO.

El acceso a la salud sexual y reproductiva es un elemento clave en la lucha contra la pobreza y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos en la Agenda de las Naciones Unidas. Cuando faltan cuatro años para que finalice el plazo fijado para el cumplimiento de los ODM y sólo unos meses para su revisión, aún queda mucho trabajo por realizar. En lo consecuente al Objetivo 5, relacionado con la mejora de la salud materna, fija como meta para el 2015, el acceso universal a la salud reproductiva, haciendo hincapié en el acceso a la planificación familiar y a la asistencia de la mujer embarazada; o en lo referente al Objetivo 6, íntimamente relacionado, sobre la reducción de la propagación del VIH/SIDA y el acceso universal al tratamiento de esta enfermedad a todas las personas que lo necesiten, para el año 2015. Sin embargo, según UNICEF, el VIH/SIDA sigue siendo la

principal infección mortal del mundo .El número de personas con VIH en 2011 era de 34 millones, de los que en torno al 10% eran niños menores de 15 años, casi el 70% de ellos en África subsahariana; y según la OMS, más de 100 millones de mujeres no tienen acceso a métodos de prevención y de anticoncepción.

Figura 2. Distribución de métodos anticonceptivos. África Subsahariana



Fuente: análisis hecho por el PRB de datos de encuestas entre 1995 y 2007

La mejora de la salud sexual y reproductiva es una de las líneas específicas y prioritarias del nuevo Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016 que depara en lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Además, los programas y proyectos destinados a mejorar la Salud Sexual y Reproductiva en África, responde a una de las Prioridades Horizontales de la Cooperación Española, consolidada dentro del Plan Director: la Equidad de Género. Ésta implica la integración transversal de la perspectiva de género, con un enfoque de Género en el Desarrollo (GED), en todas las acciones de cooperación e instrumentos de planificación. Sólo así se podrán superar los problemas derivados de las relaciones desiguales de poder entre las personas, que impiden aumentar la autonomía de las mujeres y perpetúan la pobreza.

Toda África subsahariana junto con algunos países asiáticos, tienen la cifra más baja de cobertura de asistencia en salud sexual, reproductiva y planificación familiar. Dentro del continente africano, Mozambique, es uno de los países más

pobres con un IDH (Índice de Desarrollo Humano de Naciones Unidas), para el año 2012 de 185 (de 187 países), por lo que destaca como prioridad geográfica en el Plan Director de la Cooperación Española 2013–2016. Al sur de este país, muy cercano a la capital, Maputo, se encuentra la región de Matola, conformada por unas 15 comunidades rurales. Siendo la población estudiada 230.233 personas, 121.094 mujeres y 109.139 hombres.

La investigación, y algunas intervenciones realizadas en torno a ella, se basan en los datos recogidos durante mi estancia en Matola y en los datos que Médicos del Mundo ha ido obteniendo a lo largo de su estancia en Mozambique, y se engloba dentro del proyecto de “ Mejora los servicios de salud sexual y reproductiva en los componentes de Planificación familiar y en Violencia de Género, en el distrito de Matola, Maputo (Mozambique)” , para lo que se están ejecutando en la actualidad diversos proyectos relacionados principalmente con la sanidad pública y el fortalecimiento de las instituciones locales y nacionales.

1.2 LA CONTRAPARTE TÉCNICA: MÉDICOS DEL MUNDO Y SU MANERA DE ENTENDER Y ACTUAR SOBRE DDSSRR.



Médicos del Mundo es una asociación independiente que trabaja para hacer efectivo el derecho a la salud para todas las personas, especialmente para aquellas que viven en situación de pobreza, inequidad de género y exclusión social o son víctimas de crisis humanitarias. Médicos del Mundo actúa en el ámbito de la salud con las poblaciones en situación de pobreza y exclusión social y con las víctimas de crisis humanas, atiende a toda persona que ve vulnerados sus derechos humanos, realiza acciones de sensibilización como medio para el cambio social y denuncia las causas que ocasionan las injusticias.

En el tema de SSR actúa bajo una serie de compromisos y valores, pautados en las normas de su organización, y en los que especifica: “En MdM entendemos que la



salud y los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) deben ser promovidos desde las políticas sanitarias y sociales estatales o locales, e integrarse dentro del marco de atención primaria de salud, sistema escolar y servicios para jóvenes. Así mismo, es necesario el papel de las sociedad civil y el movimiento de las mujeres en la aplicación y garantía sobre los derechos sexuales y reproductivos, y como actor fundamental del desarrollo en su capacidad de manifestación, y en la participación y lucha del fortalecimiento de los DDSSRR”.

En cuanto a los elementos que debe contener un programa integral de salud sexual y reproductiva y de derechos sexuales y reproductivos, según han sido desarrollados a partir de la **Conferencia del Cairo de 1994**, MdM aplica los siguientes:

1. Maternidad segura y humanización del parto.
2. Planificación Familiar.
3. Aborto accesible y seguro.
4. Prevención y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
5. Mutilación Genital Femenina (MGF).
6. Violencia sexual y de género.
7. La salud reproductiva de los/as jóvenes.
8. La SR en situación de refugio y desplazamiento.
9. La salud y los DDSSRR de las orientaciones no heterosexuales.

2. MARCO NORMATIVO EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Desde mediados del siglo XX la salud es reconocida como uno de los derechos fundamentales del ser humano y condición clave para una vida digna dentro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). También en la Declaración se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil y en su artículo **25.2** se señala que *“la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”*.

Por su parte, la Constitución de la OMS (1948) incluye entre las funciones de la organización *“promover la salud y la asistencia materna e infantil, y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente”* (Artículo 2.1).

En relación con la atención a la maternidad, la Organización Internacional del Trabajo aprueba en 1952 el *“Convenio relativo a la protección de la maternidad”* que es ratificado por España y algunos países africanos¹. Casi tres décadas después, la Conferencia de Alma Ata (1978) enfatizó la relación vital que existe entre salud y desarrollo y comprometió a las naciones y organismos participantes a trabajar bajo el planteamiento integral de Atención primaria de salud (APS) para alcanzar la *“Salud para todos en el año 2000”*. Este planteamiento integral recoge entre sus mínimos *“la asistencia materna e infantil, incluyendo la planificación familiar”* como trabajo en el área de la salud materna e infantil (Declaración de Alma Ata, VII.C).

Un año después, en 1979, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (**CEDAW**), fruto del trabajo de años realizado por la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, recoge una posición similar en su artículo 10 en el que impulsa el *“acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”*.

Sin embargo, no es hasta la Conferencia Internacional sobre **Población y Desarrollo de Naciones Unidas** (El Cairo, 1994) cuando se pone el acento definitivo en el concepto de salud sexual y reproductiva y en la importancia del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

¹ Este convenio (C103) es revisado en el año 2000 con un nuevo convenio (C183). El convenio de 1952 fue firmado por Ghana, Guinea Ecuatorial y Jamahiriya Árabe Libia.

El término usado ya no es el de salud materna e infantil sino que se opta por trabajar con el concepto de salud sexual y reproductiva. Se entiende que al concepto de salud materna, relacionado exclusivamente con la mortalidad y morbilidad materna, debe incorporarse el reconocimiento de que las muertes y enfermedades maternas son violaciones de los derechos de las mujeres y se vinculan directamente con su estatus social, su independencia económica, su posición política y, en definitiva, con la falta de igualdad entre hombres y mujeres.

La conferencia del Cairo marcó un cambio fundamental en las aptitudes hacia el crecimiento poblacional y los programas masivos de PF, hacia un enfoque centrado en necesidades y los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Más de 179 gobiernos y miles de organizaciones, adoptaron un programa de acción que estableció que la promoción de la salud y los DDSSRR, así como su acceso, son las estrategias claves para erradicar la pobreza en el mundo y alcanzar los famosos Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Es cuando el concepto de salud reproductiva queda definido, en estos momentos, como *“un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”* (FNUAP, 2004). Desde esta visión, el término salud reproductiva presenta una concepción holística de la salud en relación con la sexualidad y la reproducción.

Por otro lado, se establece como objetivo de la salud sexual *“el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual”* (FNUAP, 2004).

En la misma línea, un año más tarde, la **“Plataforma para la Acción”** adoptada en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas (1995, Beijing) insiste en que *“los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el*

control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia” y reconoce que “la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos”.

Por otra parte, en 1996 la Unión Europea y todos sus estados miembros adoptan formalmente el **“Plan de Acción sobre Población y Desarrollo de El Cairo”**. A partir de este momento, la política de la Unión en salud sexual y reproductiva se enmarca en los principios de El Cairo como pone de manifiesto el “Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo” (2003). La Unión promueve “un enfoque holístico y el reconocimiento de la salud y de los derechos en materia de reproducción y sexualidad, (...) incluida una maternidad exenta de riesgos y el acceso universal a una gama completa de cuidados y servicios seguros y fiables en materia de salud reproductiva y sexual” (Artículo 1.2).

El Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, continúa con la línea abierta por El Cairo. Así, entiende que “la salud sexual y reproductiva es un componente esencial del bienestar humano” y propone el desarrollo de políticas que reconozcan las relaciones existentes entre la igualdad y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (CAD, 1998).

Por su parte, los **Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)**, acordados en la Cumbre del Milenio por la ONU (2000), recogen en dos de sus objetivos aspectos fundamentales para la mejora de la salud reproductiva a nivel global: la reducción de la mortalidad materna y el avance hacia la igualdad entre los géneros junto con el empoderamiento de las mujeres. En esta dirección, según los últimos informes al respecto, se observa que los indicadores de ambos objetivos retroceden.

Pero, ¿qué ha ocurrido en los últimos años? ¿Cuáles son las actuales perspectivas en materia de salud sexual y reproductiva?

Desde El Cairo el consenso global alcanzado sobre salud y derechos sexuales y reproductivos vive momentos difíciles puesto que el cumplimiento de los compromisos no sigue el ritmo deseado. Las conferencias El Cairo +5 (1999) y El Cairo +10 (2004), aunque supusieron una revisión y nueva ratificación sobre los compromisos alcanzados en 1994, han dejado al descubierto los riesgos a los que está enfrentada la agenda contemporánea en materia de salud sexual y reproductiva. En la misma dirección, la conferencia de Beijing + 10 (2005) concluyó que la falta de derechos en materia de salud sexual y reproductiva, los altos índices de violencia contra las mujeres en todas partes del mundo y la cada vez mayor incidencia de VIH/Sida entre las mujeres reflejan que “en muchos aspectos la igualdad no es una realidad para la mujer”² y que queda aún mucho camino por recorrer.

En líneas generales, pese a todas estas dificultades los compromisos de El Cairo y Beijing se han vuelto a ratificar y es el momento de que se cumplan estos compromisos asumidos por casi todos los países del mundo, entre ellos España y gran número de países africanos.

3. Marco Teórico. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

La salud sexual y reproductiva fue definida por consenso internacional en la CIPD en 1994. Esta definición se centra en la promoción de la toma de decisiones saludables, voluntarias y seguras en lo relativo a la vida sexual y reproductiva de individuos y parejas, incluyendo las decisiones sobre el tamaño de la familia y el momento del matrimonio, fundamentales para el bienestar humano. La sexualidad

² Declaración durante la Conferencia de Beijing +10 de Carolyn Hannan, Directora de la División para el Adelanto de la Mujer (ONU).

y la reproducción son aspectos vitales de la identidad personal y elementos clave para la creación de relaciones personales y sociales plenas.

Salud Reproductiva: *“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la capacidad de procrear; y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de tener acceso a métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad.” (CIPD 1994)*

Salud Sexual: *“la noción de salud sexual implica un enfoque positivo hacia la sexualidad humana; y el propósito de la atención de salud sexual debe ser el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no solamente la consejería y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.” (UNU)*

La SSR no sólo se refiere a los años reproductivos, sino que abarca temas tan importantes para individuos, parejas y comunidades, como la sexualidad, la discriminación por género o las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

La conciencia de la relación recíproca entre los problemas de la SSR y los indicadores fundamentales de un estado de bienestar global, como la pobreza, es sobradamente conocida. Los problemas de SSR son a la vez causa y consecuencia de la pobreza, cuyo vínculo lo explica muy claramente Family Care International (2005): *“Una mala salud sexual y reproductiva impacta negativamente en el bienestar de las personas, de las familias y de las comunidades, en detrimento de la productividad y de la participación en la fuerza de trabajo. Por ejemplo, la maternidad a edades tempranas perpetúa la espiral de la pobreza interrumpiendo*

la escolarización de las niñas y las adolescentes, limitando las oportunidades de empleo de las jóvenes y las mujeres y, reduciendo las inversiones en el bienestar de sus hijos e hijas. Al mismo tiempo, los costes de tratamiento de lesiones y enfermedades relacionadas con la SSR pueden agotar los ingresos familiares, exacerbar la pobreza tanto individual como familiar.*

Los derechos sexuales y reproductivos también juegan una baza importante en el desarrollo personal y en la salud individual de cada persona. Los DDSSRR, incluido el derecho a elegir si se desea o no tener hijos, cuándo y con quién tenerlos de manera segura, son también una parte integral de los derechos humanos. La disminución del compromiso con la planificación familiar niega muchas veces estos derechos e impone una serie de desafíos económicos para los países más pobres del mundo. El acceso a los distintos métodos anticonceptivos constituye un paso importante hacia la igualdad y equidad de género y la consecución de los ODM.

4. SITUACIÓN ACTUAL DE MOZAMBIQUE EN SSR

▸ INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO Y DE SALUD

Mozambique es uno de los países favoritos de la cooperación internacional y desarrollando importantes proyectos y convenios en el sector de la salud y la igualdad de género. Con un IDH de 0,328 ocupa el puesto 185 del ranking de 187 países elaborado por el PNUD en 2012, es decir, que se encuentra entre los 5 países más empobrecidos del planeta, ve como más del 50% de su población vive por debajo del umbral de la pobreza y más del 70% vive en zonas rurales y vulnerables. Los altos niveles de pobreza y de desigualdad en el país, la desnutrición crónica sufrida en las regiones del norte bajo un contexto elevado de seguridad alimentaria, los bajos niveles de escolaridad de las mujeres y niñas, el escaso acceso al agua potable, el deficiente saneamiento y métodos de higiene en determinadas regiones, y el limitado acceso a unos servicios de salud de calidad, constituyen los principales determinantes del estado de salud en Mozambique. Estos problemas

afectan sobre todo a la población más vulnerable, mujeres y familias residentes en zonas rurales situadas en las provincias del norte.

A pesar de los avances de las últimas décadas, la salud mozambiqueña continua aún en niveles inconcebibles de tasas de mortalidad infantil de niños menores de 5 años, aunque ha habido una importante disminución de las tasas de mortalidad neonatal (en un 16%), y las tasas de mortalidad materna continúan igual de altas y con una tendencia estacionaria, muy influenciada por las altas tasas de fecundidad juvenil. La esperanza de vida ha mejorado ligeramente y los perfiles epidemiológicos siguen dominados por enfermedades como la Malaria, VIH/SIDA o TB.

La capacidad de respuesta del sistema de salud, a estos enormes desafíos, es bastante limitada. La red sanitaria apenas cubre cerca de la mitad de la población y muchas de las unidades sanitarias (US) no poseen condiciones básicas para la provisión de servicios de salud de calidad, en términos de recursos humanos, equipamiento, medicamentos u otros insumos. Y la participación comunitaria y del sector privado, en el aumento de capacidades e impacto dentro del sistema sanitario, es todavía insignificante. La producción de recursos humanos está lejos de satisfacer las necesidades de la población, al igual que la deficiente logística de medicamentos y otros artículos médicos. A lo que el gobierno se plantea un objetivo principal. “Liderar la producción y prestación de más y mejores servicios de salud básicos, universalmente accesibles, a través de un sistema descentralizado que privilegia a la población y lucha por el bienestar de todos los mozambicanos, de modo que consigan levantar una vida productiva y el desarrollo personal y nacional”. (EPS 2013-2017).

El “más y mejores servicios de salud” se centra esencialmente en acelerar los procesos para cumplir con los compromisos asumidos, sobretodo, en torno a los ODM en las áreas de mortalidad infantil, maternal y reducción de la malaria e VIH/SIDA, a través de intensas acciones de salud para mejorar la calidad.

A pesar de la reducción registrada entre 1997 y 2003, en los últimos años la tasa de mortalidad materna se ha estacionado (IDS 2011), manteniéndose alta y lejana de las metas establecidas en los objetivos de la OMS. Del mismo modo, el riesgo de muerte materna también está aumentando en los últimos años, con tasas de fecundidad de unos 5,9 hijos por mujer, ligeramente superior a la media, y en parte debido a la baja utilización de métodos anticonceptivos y acceso a servicios de PF. Sin embargo, los indicadores de salud muestran progresos y avances en la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años, bajando en más del 100% de 1997 al 2012.³ En cuanto a las enfermedades transmisibles destaca principalmente la propagación del VIH/SIDA, con una prevalencia nacional estimada en el 11.5%, correspondiendo a un total de 1.4 millones de infectados en el 2012.

A las mujeres en edad fértil se las asocia problemas comunes que generan y aumentan la mortalidad materna, resultado de complicaciones en el embarazo, post-aborto y el parto (hemorragias, sepsis o rupturas uterinas...); o causas indirectas relacionadas con el VIH (54%) o malaria (39%).

El estado de salud de la población tampoco es uniforme. Las personas que viven en las zonas rurales y periferias de las grandes ciudades, y que a la vez son vulnerables (mujeres y niños) y más pobres, son los que soportan el mayor peso de las enfermedades. El IDS 2011, refiere que la fecundidad es mucho más alta en el medio rural que en el urbano (4.5 frente a 6.6, respectivamente), y la mortalidad en niños menores de 5 años, en familias más pobres, es casi 2 veces superior a la observada en familias con una mejor economía familiar.

▸ INDICADORES EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

TASA DE FECUNDIDAD

³ Estudio nacional sobre mortalidad Infantil, 2009. MISAU

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 40% 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%. El uso del preservativo apenas es perceptible, a pesar de las numerosas campañas para fomentar su uso o las grandes esperanzas que se están depositando en el preservativo femenino, como método para paliar los devastadores efectos del Sida.

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 muchos datos 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 hijos/os (38.1%) o cuestiona sus decisiones (33.2%) o se le queman los alimentos al cocinar (23.7%).

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.

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, al igual que afecta más en regiones urbanas que rurales.

Factores biológicos como la mayor vulnerabilidad orgánica de las mujeres a contraer la infección o las socio-estructurales, la mayor parte relacionados con la violencia de género practicada contra las mujeres (poligamia, violaciones, ritual de purificación, ocultamiento de la infección por parte de los hombres, no uso de preservativos, peores condiciones vitales y laborales...), ayudan a explicar estas diferencias y el por qué de la feminización de esta enfermedad.

➤ DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

Como vemos, el estado de salud de los individuos, comunidades y poblaciones no solo está condicionado por procesos genéticos y biológicos, sino más bien por *las condiciones sociales y económicas* con las que las personas conviven. Estos factores o **determinantes sociales** de salud incluyen factores políticos, socioculturales, económicos, geográficos o medioambientales, que influyen de forma distinta sobre las regiones y grupos de población, resultando inequidades en el estado de salud de los individuos. A continuación, voy a plasmar de manera breve las inequidades de salud que sufre la sociedad mozambiqueña y que puede repercutir de una manera directa en su enfoque de salud sexual y reproductiva.

- Su contexto económico está, por ejemplo, altamente relacionado con sus resultados de salud. Bajos rendimientos y bajo empleo en salud, a pesar del constante crecimiento económico que se registra en el país. Mozambique continua entre los países más pobres del mundo, con una distribución de la riqueza muy desigual, cerca del 54% de los mozambiqueños viven en el límite de la pobreza, sobre todo en las zonas rurales (56.9%). Provincias como Zambezia, Maputo, Gaza o Inhambane tienen los peores indicadores de salud del país, y menos acceso y consumo de servicios sanitarios; por ejemplo, en la

provincia de Zambezia, apenas el 5% de las mujeres casadas utiliza algún método de anticoncepción.⁴

- La educación, sobre todo de las mujeres, juega también un papel fundamental en la salud de la población, en particular de sus crianzas. De acuerdo con el censo realizado en el año 2009, la tasa de analfabetismo de la mujer en Mozambique es extremadamente elevada (64%). Datos del IDS del 2011, también muestran que el 51% de las adolescentes embarazadas, no poseen ningún nivel de escolaridad, contra el 26% de las adolescentes que cursaron hasta secundaria. Las diferencias parecen también extrapolarse en la utilización de los servicios de salud, el grado de utilización de estos servicios aumenta según el grado de escolaridad del paciente. Por ejemplo, el % de partos ocurridos en las US es de 40% en mujeres sin ningún tipo de nivel escolar y del 93% en mujeres con nivel secundario o más.
- Los factores culturales también tienen impacto en la salud y en su exposición y vulnerabilidad. Mozambique es un país de una enorme diversidad cultural con creencias y tabúes que afectan infinitamente a la salud; creencias sobre la cura del VIH que favorecen su propagación, prácticas como la mutilación genital femenina en algunas comunidades del norte que provoca dolencias y graves infecciones en la mujer... El no considerar los distintos estilos de vida, y las diferentes aptitudes, creencias o prácticas tradicionales que forman parte de las percepciones comunitarias sobre salud y enfermedad, en el diseño de las políticas de salud y en la promoción y aptitud de los profesionales sanitarios, limitan aún más un mayor acceso y rechazo por parte de la población.

⁴ Datos oficiales del IDS 2011

- La diferencia en las relaciones sociales basadas en el género y culturalmente construidas, sobre todo en acceso a los recursos y en la toma de decisiones, tiene también implicaciones en el estado de la salud de la población, particularmente en el de las mujeres, sometidas a una sociedad tremendamente machista y patriarcal. Por ejemplo, en Mozambique el comportamiento polígamo aumenta el riesgo de las mujeres a contraer VIH, siendo mucho más prevalente y acusado en la mujer (13,1%) que en el hombre polígamo (9,2%).
- Y los servicios de salud constituyen, también por sí solos, un determinante de salud. El acceso a unos cuidados de salud, preventivos y curativos de calidad, disminuyen la morbilidad y mortalidad mejorando la calidad de vida de los pacientes. En Mozambique, sobre todo en las zonas rurales del norte, menos de la mitad de las familias no tienen acceso a las US en menos de 45 minutos y tardan como mínimo 3 horas hasta el centro de salud de referencia especializado.

➤ COBERTURA DE LOS PRINCIPALES PROGRAMAS DE SALUD EN MOZAMBIQUE

Las intervenciones en el área de salud sexual y reproductiva presentan procesos variables en el sistema de salud mozambiqueño.

El inicio precoz de las relaciones sexuales, las altas tasas de fecundidad en la adolescencia, el elevado índice de casamientos precoces y el aumento de la prevalencia de VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes, indican que la cobertura e impacto de estos programas deja aún mucho que desear.

La tasa de utilización de métodos anticonceptivos en las mujeres casadas se redujo del 21% al 11% del 2003 al 2011. En Mozambique, la tasa de prevalencia contraceptiva para “métodos llamados modernos” es todavía mucho más baja y sin

mejoras con años anteriores, con una importante disparidad urbano-rural y con una influencia muy fuerte por el nivel de escolarización y de riqueza. Esta tasa, aún es más baja, en el grupo de edad comprendido entre los 15 y 19 años (5.9%).

En cuanto a la salud maternal, las coberturas de consultas prenatales se mantienen en tantos por cientos superiores al 90%, aumentando también la tasa de cobertura de partos institucionalizados en un 54% en el 2011. Las desigualdades geográficas y entre grupos de población, siguen siendo evidente, en las provincias del norte, en las zonas rurales y en las familias más desfavorecidas.

Las actividades del control de la epidemia VIH/SIDA experimentaron un importante aumento en los últimos años, a pesar de las inequidades existentes entre dentro y fuera de las provincias, siendo la región norte, de nuevo la más desfavorecida. De hecho, los mozambiqueños están diariamente expuestos a intensas campañas de prevención, a través de diferentes medios de comunicación y a distintos niveles, como sanitarios o comunitarios. Según los datos oficiales de sanidad, más de tres millones de usuarios están aconsejados y testados en los servicios de atención primaria desde 2011, y unas 900.000 mujeres embarazadas recibieron también estos servicios. La terapia antirretroviral (TARV) se repartió a más de 300.000 pacientes infectados durante el año 2012, contra los 160.000 que la recibieron en el año 2011. Pero alejado de estos detalles, la cifra de incidencia del VIH no muestra señas de decrecimiento en un futuro próximo. La cobertura de TARV aún se encontraba para adultos en un 52% y en un 22% para niños, y la retención de la continuidad de los cuidados durante el embarazo y el post-parto, aún es un enorme desafío. Por eso la reducción del riesgo de infección y el acceso equitativo a los TARV, sobre todo en mujeres embarazadas y niñas en edad fértil representa unos de los principales desafíos a los que se enfrenta este programa de salud sexual y reproductiva.

➤ PRIORIDADES Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE SALUD (PESS 2013-2017)

Entre esas prioridades marcadas por el gobierno viendo la situación actual del país en materia sanitaria, se encuentra la disminución de la mortalidad maternal asociada a las enormes tasas de fecundidad, así como la excesiva morbilidad por malaria o infecciones como el VIH/SIDA. La mayoría de estas condiciones de salud, pueden ser prevenidas o erradicadas con una importante intervención de promoción y educación de la salud. Queda claro, de nuevo, que los individuos y las familias socioeconómicamente más pobres, principalmente de las zonas rurales, las mujeres, las crianzas y los jóvenes, constituyen el grupo de población con más riesgo de sufrir problemas de salud. Pero que igualmente, son los que menos acceso tienen a los servicios y cuidados de salud.

Teniendo en cuenta estas premisas, el PESS define como prioridades de salud:

- Acelerar los procesos en la reducción de la mortalidad materna y neonatal, incluyendo la disminución de las tasas de fecundidad en general, y el de jóvenes adolescentes en particular.
- Reducir el peso de las enfermedades endémicas, principalmente la malaria y el VIH y todas sus complicaciones asociadas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

➤ 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 Genero 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 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.

5. OBJETIVOS

El proyecto se ha desarrollado en el distrito de Matola, su finalidad última, ha sido contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas en la medida en que se verá reforzada la igualdad de género, pero especialmente repercutirá directamente en la mejora de la vida de las mujeres. El objetivo general del presente estudio es

fortalecer los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en planificación familiar y salud de adolescentes mejorando las capacidades de la sociedad civil y analizar la calidad y accesibilidad de los servicios de SSR para las mujeres en el distrito de Matola, región rural situada en la periferia de la ciudad de Maputo y donde desde el año 2000, ejerce su actividad la organización Médicos del Mundo, trabajando para mejorar los niveles de salud de su población, y actualmente ejecutando un proyecto sobre “Mejora de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en las componentes de Planificación Familiar y Violencia de género”.

Dentro de este objetivo general llevaremos a cabo una serie de actividades y procesos que nos ayudaran a analizar la verdadera situación de la salud sexual y reproductiva en este distrito, el alcance e impacto que tiene sobre las mujeres y sobre el resto de población de Matola, por lo que otros objetivos a alcanzar serán:

- Visibilizar y ahondar en las dimensiones implicadas en la SSR de la mujer de Matola.
- Conocer los recursos y servicios existentes en Matola en relación a la salud sexual y reproductiva, específicamente los servicios de planificación familiar.
- Supervisar la calidad de las consultas de Planificación familiar, servicios de atención al adolescente y consultas de pre y post-parto.
- Valorar la eficacia de los servicios de salud sexual y reproductiva ofrecidos en las distintas unidades sanitarias.
- Promover la oferta sistemática de los servicios de PF en consultas generales, externas, prenatales, postnatales y de seguimiento del VIH/SIDA.
- Formación más específica al personal sanitario y activista, en SSR con un enfoque transversal de género e interculturalidad, basado en los DDHH. Formación en PF con enfoque de género y corresponsabilidad masculina en el uso de anticonceptivos.
- Obtener recomendaciones para mejorar los servicios de SSR y un trato más humanizado.

- Realizar charlas a los SAAJS (Servicios de atención al adolescente) sobre Violencia de Género, planificación familiar, derechos sexuales y reproductivos.

6. METODOLOGÍA.

La metodología aplicada en el proyecto será una metodología flexible, activa, dinámica, participativa y coordinada eficazmente con las asociaciones que participan en el proyecto ya instaurado de Médicos del Mundo en Matola y adaptada a las necesidades colectivas e individuales de la población a estudio. En este proyecto se aplicará un enfoque de género, que se caracteriza por proporcionar las herramientas necesarias a los/as beneficiarios/as, para que ellos mismos sean quienes se adueñen de su propia realidad, y se produzca el empoderamiento que busca el proyecto. La actuación metodológica será principalmente participativa porque todas las entidades involucradas en el proyecto participarán en la ejecución del mismo, aportarán sus ideas y serán igual de importantes en el desarrollo de las actividades, no pudiendo cada una desarrollar su trabajo sin el apoyo de las demás. Por tanto, se ha llevado a cabo una metodología variada con planteamientos de problemas, tomas de decisiones, revisiones de documentación, supervisiones, talleres formativos o grupos de discusión.

Ha sido una investigación cualitativa, basada en la investigación participativa, y en donde las técnicas de recogida de datos utilizadas han sido:

- Análisis y revisión de bibliografía y documentación para recopilar la mayor cantidad de información posible que nos permitirá desarrollar más y mejor las características del contexto, con qué nos movemos y en qué terreno. Antes de la recogida de datos en terreno se compilarán documentos de la organización sobre la temática a estudiar, política, valores y compromisos de la organización que me acoge, y por supuesto, datos del proyecto en sí en el que voy a actuar. Incluyendo la matriz de planificación, el presupuesto establecido, las actividades promovidas para la ejecución, el diseño ... así como revisión, de numerosos documentos relacionados con la temática

sobre la que gira la investigación (DDSSRR y SSR) de otras entidades o del propio gobierno de Mozambique, políticas de salud, planes estratégicos, material informativo y de sensibilización realizados en el contexto.

- Entrevistas: esta técnica permite el análisis cualitativo de la situación. Se realizan entrevistas a las usuarias de los servicios de salud de las unidades sanitarias. Pacientes de los servicios de PF, consultas pre y postnatal y a las enfermeras de las 15 unidades sanitarias de Matola. Estas entrevistas se realizan durante las supervisiones de salud.⁵

- Visitas de campo: Se realizan visitas a las distintas unidades sanitarias, puesto de salud, centros, hospitales y maternidades del distrito de Matola. Pasando por diferentes servicios como consultas de PF, CPP, SAAJS, ... así como a las farmacias para valorar los insumos y suministros de métodos anticonceptivos. También se realizan visitas puntuales a las organizaciones locales que colaboran con MdM, como ACODEMU o AJPJ, que apoyan la labor de MdM acercando a la sociedad civil sus propuestas y proyectos sobre PF o violencia de género, de una manera familiar.

- Supervisiones basadas en la observación directa: La supervisión es una técnica clave para la formación continua de personal. Se basa en la observación directa de las prácticas. Para realizarse de manera correcta necesita la implementación de algunos aspectos claves:
 - Existencia de una diferencia significativa de conocimientos entre supervisor y supervisado. Esta diferencia está a la base de la relación de confianza necesaria para que el personal supervisado acepta la supervisión y la utilice como estrategia de formación.
 - Capacidad resolutoria del supervisor. El supervisor tiene que tomar nota de los problemas que existen y que el mismo supervisado puede señalar,

⁵ El listado de las personas entrevistadas se adjunta en los anexos.

y tener la capacidad de resolver los problemas principales que encuentra.

- Incluye la observación directa, el registro de incidentes críticos, la selección de temas a tratar sobre la base de necesidades observadas o de pedidos del supervisado.
- Presencia silenciosa. El supervisor interfiere lo menos posible con el trabajo del supervisado, siempre explicando a los pacientes la presencia del supervisor y dejando al final el espacio para discusión.

➤ Talleres formativos. Se llevaron a cabo talleres formativos a personal sanitario y activistas de las asociaciones locales, sobre PF, VG y DDSSRR, con un enfoque de género y basado en derechos. Los talleres fueron informativos y de sensibilización, bajo la demanda de los participantes, y muy participativos. Al final de cada bloque temático se realizaba un debate con diferentes aspectos y puntos de vista y discusiones muy enriquecedoras.

➤ Mapa Social: Se realiza también un mapa social donde se expone gráficamente todos los colectivos e instituciones que hay en el territorio y que tipos de relaciones existen entre ellos. Es aconsejable reunirse con personas que conozcan bien el territorio y el sector o tema sobre el que se va a investigar o actuar. En este caso yo realice el mapeo con Isac Peron, trabajador social de MdM, conocedor de lo que ocurre a pie de campo y con muchísima influencia en las asociaciones locales por llevar más de 20 años trabajando en el distrito de Matola. Aunque también es interesante contar con informantes de otras ramas (profesionales de salud, educación, lideresas naturales, etc) para establecer con ellos alianzas y estrategias comunes en forma de redes.

6.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mozambique es uno de los 10 estados más pobres del mundo, con una esperanza de vida que apenas supera los 40 años y donde la mujer es la más pobre entre los pobres. El Distrito de Matola pertenece a la Provincia de Maputo y se encuentra localizado en la región sur de Mozambique, comunicando al sur con la ciudad de Maputo. Su población es estimada alrededor de 705.000 habitantes, representando el 60% de la población de toda la provincia. La mayoría de esta población vive en zona rural y periurbana.

Por su localización, esta zona tiene un importante fenómeno de migración interna (del campo a la ciudad, y de Matola a Maputo ciudad) y externas (África del Sur y Swazilandia). Una de las características importantes del distrito de Matola es el de la coexistencia de formas de vida tanto urbanas como rurales. En este sentido presenta mayor riqueza y variedad de situaciones y formas de vida, pero también mayor complejidad. Esta convivencia de vida rural y urbana refleja las grandes inequidades que sufren las mujeres respecto a su SSR o porque existe tanta violencia de género a nivel de la estructura social: índices de alfabetización, tasas de escolarización, edad de maternidad de las mujeres, uso de anticonceptivos, tasas de fecundidad, actividad económica y empleo, acceso a los recursos, etc.



El distrito de Matola cuenta con 13 Centro de Salud, de los cuales 7 tienen maternidad, y 5 Puestos de Salud.



Este distrito ha contado con el apoyo de MDM en atención primaria en salud y VIH/SIDA (convenios AECI) desde su llegada a Mozambique en el año 2000, puesto que es un distrito en alerta por la alta prevalencia de VIH/SIDA en su población, principalmente el transmitido por vía sexual y por transmisión vertical, de la madre al feto.

En el ámbito del programa de SSyR, se han ido implementando en el distrito (y en el país), los gabinetes de atención para adolescentes (SAAJ) en los centro de salud y en algunas escuelas (en Matola se cuenta con 9 SAAJ) que pueden representar un punto clave para mejorar la información y el atendimento de mujeres jóvenes y la sensibilización sobre temas en estrecha relación con la violencia y con los derechos sexuales y reproductivos como el VIH/SIDA y la Planificación Familiar.

Tabla 1. Población en Matola según grupos de edad. 2012

GRUPOS DE EDAD	MULHERES	HOMENS	TOTAL
0-4	13,0	14,4	13,7
5-9	12,5	13,6	13,1
10-14	11,5	12,3	11,9
15-19	9,7	10,3	10,0
20-24	10,2	10,4	10,3
25-29	9,8	9,9	9,9
30-49	25,1	22,3	23,8
50-64	5,4	5,1	5,2
65+	2,7	1,8	2,3
TOTAL %	100,0	100,0	100,0
TOTAL N.	392.730	375.624	768.354

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

El grupo de población predominante en Matola se encuentra entre la población menor de 14 años. En las edades más jóvenes (0-4 años) los porcentajes masculinos sobrepasan a los femeninos en 1,4 puntos mientras que en las edades más avanzadas (mayores de 65) los porcentajes femeninos superan a los masculinos en

casi un punto. Estos indicadores dan muestra de que nos encontramos ante una población joven, ya que a partir de los 50 años la población es minoritaria (7,5%) y en su mayor parte de género femenino.

En cuanto al acceso a los servicios de salud, Matola presenta un acceso desigual a los servicios sanitarios por la centralización de los mismos, y por tanto por las mayores facilidades de acceso para la población ubicada en las zonas urbanas y centrales, y dificultades para las comunidades de carácter más rural y más alejadas del transporte, de los servicios y recursos, como Boquisso, una de las comunidades más alejadas y olvidadas por parte del sistema de salud nacional.

6.2 DESARROLLO DE LAS INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS EN TERRENO:

Casi todas las actividades realizadas para la consecución de los objetivos van encaminadas y enmarcadas en la promoción de la Planificación familiar. La planificación familiar es la clave para prevenir embarazos no deseados y abortos inseguros, para disminuir la prevalencia de ETS entre ellas el VIH, para reducir la mortalidad materna y la infantil, la pobreza y para empoderar a las mujeres en sus decisiones. Aunque los menores niveles de fertilidad y la estabilización del crecimiento poblacional por sí solos, no garantizarán la consecución de los ODM, sus contribuciones para la reducción de la pobreza, para lograr mejores condiciones de salud, una mejor educación y la equidad de género, pueden tener un amplio impacto positivo.

Entre los factores que inciden en que muchas mujeres no reciban un acceso a los servicios de PF en Mozambique, se encuentran las barreras geográficas, sociales, económicas e institucionales, a lo que hay que sumar la no responsabilidad exclusiva en la anticoncepción por parte de las mujeres, ya que el “poder masculino” actúa como un obstáculo la mayoría de las veces en cuestiones de salud sexual, sobretodo en el tema de uso de anticonceptivos.

Todo programa de planeamiento familiar básico debe integrar una perspectiva de derechos, género y debe incorporar:

- ✕ Mejorar el acceso y a calidad de los servicios de PF, en términos de privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado.
- ✕ Fortalecer los servicios de referencia y derivación de casos.
- ✕ Reducir el número de embarazos no deseados y no planificados.
- ✕ Proporcionar información y servicios que respondan a la necesidades de los más jóvenes.
- ✕ Integrar la prevención y tratamiento de las ETS, incluido el VIH, en los servicios de PF.
- ✕ Contribuir, en general, a la mejora de la salud materna e infantil.
- ✕ Fomentar campañas de información y sensibilización, principalmente centrada en las mujeres, tanto en el ámbito sanitario como comunitario.

Elementos de calidad de la atención

Los programas de PF deben crear la confianza suficiente en las usuarias/os para que acudan al servicio, ofrecer una información veraz, basada en la evidencia científica y comprensible para las usuarias/os, y contar con la financiación y recursos suficientes para no tener que interrumpir o no poder finalizar los procedimientos, tratamientos... iniciados. Para ello, es necesario poner énfasis en la calidad de la atención al usuario en cuanto a:

- A. .Calidad de la información
- B. Decisiones informadas
- C. Capacitación del personal y calidad de las instalaciones
- D. Equipamientos e Insumos

A. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Se debe dar información adecuada a las personas que consultan para que hagan una elección informada y voluntaria del método anticonceptivo. La información entregada a las y los usuarias/os, destinada a ayudarles en la elección, debe incluir al menos:

- comprensión de la eficacia relativa del método
- uso correcto del método
- Cómo funciona
- efectos secundarios comunes
- riesgos y beneficios para la salud inherentes al método
- signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud
- información sobre el retorno de la fertilidad tras interrumpir el uso del método
- información sobre protección contra las ITS incluido VIH.
- seguimiento del método

Es necesario asegurarse de que se comprende la información, alentando a la formulación de preguntas y resolviendo cualquier duda. Contar con materiales de refuerzo como folletos, videos, rotafolios... adaptados a las características de la población es una herramienta útil para reforzar la información. No se debe de tratar de imponer un método en contra de la decisión del usuario.

B. DECISIONES INFORMADAS

Se debe capacitar a las y los proveedoras/es de servicios en PF en la orientación para ayudar a las personas que consultan a tomar decisiones informadas y voluntarias acerca de su fertilidad. La orientación es un elemento clave en la calidad de la atención, siendo una parte importante tanto en las visitas de iniciación como en las de seguimiento. Debe responder a las necesidades de las personas no sólo en cuanto a la anticoncepción, sino también en relación con la sexualidad y la prevención de ITS, incluida la infección por VIH.

Es especialmente importante proveer información y orientación en materia de anticoncepción inmediatamente después de un aborto o un parto, en consultas de ITS y en demanda de prueba de VIH.

Para la identificación de demanda implícita es necesario generar un ambiente en el que la usuaria se exprese con libertad. El asesoramiento ha tenido éxito cuando:

La usuaria percibe que ha recibido la ayuda que quería, sabe qué hacer y se siente confiada de poder hacerlo, se siente respetada y apreciada y regresa cuando lo necesita. Y lo más importante, la paciente usa sus métodos con eficacia y satisfacción.

C. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL Y CALIDAD DE LAS INSTALACIONES

Los y las profesionales que atienden los servicios de PF deben estar debidamente capacitados y tener conocimientos sobre los problemas más habituales de SSR de la población diana, los condicionantes culturales y de género que pueden limitar el acceso a los servicios y a los métodos de PF, y estar sensibilizados para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

En cuanto a las instalaciones, además de estar equipadas adecuadamente, deben de garantizar la privacidad de los procedimientos y la confidencialidad, de manera que cada usuaria/o se sienta cómodo y seguro a la hora de discutir factores de riesgo, incluyendo el comportamiento sexual, que estén disponibles ayudas visuales, tales como rotafolios, carteles con información, muestras de anticonceptivos o modelos pélvicos.

D. EQUIPAMIENTOS E INSUMOS

Uno de los retos principales de los servicios de PF reside en asegurar la continuidad en cuanto al suministro de métodos anticonceptivos eficaces y modernos y en cuanto al servicio. Así, prescribir píldoras anticonceptivas sin garantía de continuidad en los suministros o, por ejemplo, colocar DIUs sin garantía de extracción, son actuaciones que atentan contra la calidad del servicio y los derechos de las usuarias.

Se debe mantener y contar con el equipamiento y los insumos adecuados y apropiados, como productos anticonceptivos, equipamiento e insumos para procedimientos de prevención de infecciones, y suministro continuo y suficiente de preservativos.

El cumplimiento del derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos, implica una amplia provisión de anticonceptivos modernos. Entre los métodos modernos, se incluyen los clínicos y los de insumos, como la píldora, el dispositivo intrauterino (DIU), la inyección, los implantes, los preservativos masculinos y femeninos, el diafragma o la vasectomía y ligadura de trompas. Frente a estos, los métodos tradicionales: la prolongación de la lactancia, el coito interrumpido y la abstinencia periódica y a largo plazo.

Abordaje De Pareja

Es importante animar a las parejas a hablar sobre sus necesidades de anticoncepción y a responsabilizarse conjuntamente de su salud sexual y reproductiva y de sus decisiones en cuanto a fecundidad. Las parejas que conversan sobre la planificación familiar, tienen mayores posibilidades de elaborar planes y ponerlos en práctica. Los proveedores pueden:

- a) Capacitar a los hombres y a las mujeres a hablar con su pareja sobre relaciones sexuales,
- b) Informar sobre planificación familiar e ITS. Alentar a tomar decisiones conjuntamente sobre asuntos de salud sexual y reproductiva.
- c) Invitar y alentar a las mujeres que traigan a su pareja a la consulta para recibir asesoramiento.
- d) Sugerirle a las usuarias que informen a su pareja sobre los servicios de salud. Entregándoles material informativo, en caso de tener disponible, para que lleven a su casa.

Para valorar todos estos objetivos y otros parámetros relacionados (como el trato humanizado y empático, insumos necesarios, métodos anticonceptivos disponibles...), elaboramos un documento que fuimos rellenando tras cada observación y supervisión de las unidades de salud.

Tampoco debemos olvidar englobar las prácticas en PF con la mejora de la salud maternal. Por eso se realizarán también supervisiones en las consultas prenatales y postnatales, para asegurar la salud maternal durante y después del parto y para asegurar la consecución de una sexualidad responsable y una planificación basada en las decisiones y el saber qué hacer, es decir, que la pareja tenga después más hijos porque lo desean, no porque no hayan hecho nada para evitarlo.

Las intervenciones en salud maternal incluyen por tanto, un acceso y derivación a los servicios obstétricos de emergencia, un parto atendido por personal cualificado y con un trato humanizado, y por supuesto, un seguimiento en la educación e información en salud sexual y reproductiva. Con todo ello conseguiremos una clara disminución de la mortalidad y morbilidad materna.

A continuación se exponen algunos de los objetivos específicos y las actividades realizadas dentro del estudio de investigación y del proyecto de MdM, para contribuir a la “Mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva en el componente de PF”.

O.E. Fortalecer los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en planificación familiar y salud de adolescentes mejorando las capacidades de la sociedad civil.

La planificación familiar representa una de las actividades prioritarias en el paquete de actividades de Salud Sexual y Reproductiva que incluye, entre otros, la salud de los adolescentes y la educación sexual y reproductiva. A nivel de adolescentes, el gobierno ha empezado la implementación de los SAAJ (Servicios Amigos de los Adolescentes y Jóvenes) en las US, consistiendo en gabinetes específicos para este grupo etéreo donde se brindan servicios de asesoramiento y de planificación familiar. Estos servicios están bajo la responsabilidad del mismo

personal de SSyR pero tienen un apoyo por asociaciones de activistas formadas sobre estos temas (AJPJ en el tema de educación sexual o ACODEMU en el tema de la violencia de género. Para el alcance de este objetivo, es fundamental la realización de supervisiones periódicas (formación continua) del personal involucrado.

Actividades realizadas en terreno

A.1.1 Promover la oferta sistemática de servicios de PF en las Consultas externas, prenatales, postnatales, gabinetes de asesoramiento de VIH y SAAJS.

Los indicadores de aceptación de métodos de planificación en el distrito son bajos, debido en parte a una incapacidad de los CS de detectar la demanda escondida de planificación entre las mujeres que acuden a los diferentes servicios. La oferta sistemática consiste en la integración de unas breves preguntas para hacer a toda mujer llegando a la consulta curativa.

A.1.2. Realización de “palestras”, charlas informativas en las esperas del centro de salud, sobre la doble protección y fomento del uso del preservativo.

También realizamos, en colaboración con algunas enfermeras y activistas de AJPJ, previamente formadas, palestras⁶ informativas a las mujeres y resto de pacientes que esperaban ser atendidos en las unidades sanitarias. Se abordaron muchos temas como violencia de género (hecho tremendamente relacionado con la SSR y la ausencia de derechos SSRR)⁷ con enfoque de derechos humanos, siendo expuesto por mi compañera y trabajadora de MdM Perçina Meque; pero sobre todo nos centrábamos en la importancia y el buen uso de la planificación familiar como método para conseguir una mejor salud general, sexual y reproductiva. Incentivábamos el uso de métodos anticonceptivos para elegir en qué momento

⁶ Charlas informativas y de sensibilización. Palabra portuguesa que define esta actividad.

⁷ Información sobre la Ley nº 29/2009 que aprobó el gobierno mozambiqueño en contra de la violencia de Género.

quiero ampliar o formar una familia, haciendo especial hincapié en el preservativo como único método de protección ante enfermedades de ITS. Realizamos campañas de fomento del preservativo femenino, método visto como única vía de escape para disminuir las altas tasas de Sida en la región, puesto que puede ser colocado mucho antes de la realización del acto sexual, no requiere de una colaboración del marido (que generalmente se niega a usar el método porque disminuye su “virilidad”) y es “fácil” de colocar. Las charlas se realizaban en portugués y en *Shangala*,⁸ con preservativos y modelos anatómicos muy reales, para que llegase de una manera eficaz, sencilla y comprensible a la población, que en su mayoría carecía de estudios.



⁸ Dialecto hablado en la región sur de Mozambique, y utilizado en la mayoría de las zonas rurales.

A.1.3 Supervisión de las consultas de PF y CCP de las US

Para valorar todos los aspectos anteriores que según la OMS, deben estar presentes en todo programa de SSR en el ámbito de PF, realizamos una serie de revisiones en todas las unidades y centros de salud, en las consultas de Planificación familiar, consulta prenatal y postnatal y en los SAAJS o centros de atención al adolescente, para valorar como trataban ellos determinados temas de sexualidad, o cómo abordaban el tema de las ITS o la prevención del SIDA. También se supervisaba el trato al paciente, la capacidad empática del sanitario y su saber hacer; así como el estado y el equipamiento de la consulta, el material informativo que presentaba y ofrecía, los insumos en métodos anticonceptivos, la oferta que ofrecía en planificación familiar (porque no todas las unidades sanitarias disponían de todos los métodos de anticoncepción), si ofrecían asesoramiento o no sobre el VIH/Sida o sobre el cáncer de útero (muy extendido entre las mujeres de la zona), la integración que tenía la consulta de PF con otros servicios derivados, la gestión y logística de los anticonceptivos, el registro o monitoreo de los métodos anticonceptivos o de las propias usuarias del servicio de salud.

Todos estos parámetros observados y mencionados anteriormente, se registraban en una hoja de supervisión que elaboré conjuntamente con Médicos del Mundo⁹ y que fui completando en cada una de las unidades de salud: Matola I, Matola II, Unidad A, Muhalaze, Bedene, Congolote, Machava I, Machava II, Tslala, Libertade, Ndlavela, Matola Gare y Boquisso, mientras realizaba las supervisiones.



⁹ Adjunto en los Anexos, junto con el “relatorio” o informe final realizado para MdM.



A.1.4 Supervisar la disponibilidad de métodos evitando las rupturas

Siendo la disponibilidad de métodos de PF uno de los factores determinantes el grado de aceptación y utilización de los mismos por la población, es importante velar por una permanente disponibilidad de los métodos previstos por el Ministerio de Salud en los CS. Esta evaluación periódica La realizábamos conjuntamente con las supervisiones a los servicios de salud sexual y reproductiva, rellenando una ficha de stock donde se indicaban mensualmente el número y los distintos métodos anticonceptivos dispensados.

Informes cualitativos de supervisiones / N días rupturas por método PF/mes¹⁰

¹⁰ Ficha de stock para el seguimiento y control de métodos anticonceptivos, se adjunta en los anexos.

ERROR: ioerror
OFFENDING COMMAND: image

STACK: