

RED **ACTIVAS**

Ayuda eficaz para mejorar
la salud y los derechos
sexuales y reproductivos



**COOPERACIÓN
Y DESARROLLO
EN ÁFRICA**

ANGOLA

CABO VERDE

MOZAMBIQUE

Red ACTIVAS, antes denominada Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE), es una plataforma integrada por las siguientes 13 organizaciones: Médicos del Mundo, Centre d'Estudis Demogràfics, Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris, Mujeres por la Salud y la Paz, Medicus Mundi, Federación de Asociaciones de Matronas de España, Católicas por el Derecho a Decidir, Enfermeras para el Mundo, Fuden Cooperación Enfermera, Federación de Mujeres Progresistas, Creación Positiva, Matres Mundi y Solidaridad Internacional.

La presente publicación ha sido realizada por un equipo investigador integrado por Marta O'Kelly, Rodrigo Montero, Emiliانا Tapia, Ramón Torre y Adriana Zumarán con el apoyo de Eneida Gomes y Noelia Rodríguez, en el marco del proyecto "Fortalecimiento de las Actuaciones de la Cooperación Española y la Sociedad Civil en el ámbito de la SSR, la igualdad de género y los DSR en varios países africanos (2ª fase)". Red ACTIVAS agradece a la AECID y a todas las personas expertas, asociaciones locales, ministerios de salud, organismos multilaterales, ONG, OTC y demás cooperaciones bilaterales que han accedido a entrevistarse con el equipo investigador, su contribución a la realización del presente informe.

Esta publicación ha sido realizada con el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). El contenido de dicha publicación es responsabilidad exclusiva de Red ACTIVAS y no refleja necesariamente la opinión de la AECID.

Con la financiación de:



Primera edición, septiembre 2011

© Red ACTIVAS

Juan Montalvo, 6

28040 Madrid

www.redactivas.org

Diseño: HARPO comunicación

Producción Gráfica: Tecniser

Derechos reservados conforme a la ley

Depósito Legal:

Impreso y hecho en España

Ayuda eficaz para mejorar
la salud y los derechos
sexuales y reproductivos

COOPERACIÓN Y DESARROLLO EN ÁFRICA

ANGOLA

CABO VERDE

MOZAMBIQUE

RED

ACTIVAS

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
RESUMEN EJECUTIVO	11
RECOMENDACIONES	23
1. EL CASO DE ANGOLA	29
1.1 Contexto general del país	30
1.2 Situación de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos	31
1.3 Sistema público de salud	34
1.4 Políticas públicas en el sector salud y la igualdad de género	37
1.5 La cooperación española	40
1.6 El proceso hacia la eficacia de la ayuda	44
Notas	48
Bibliografía	49
Acrónimos	50
2. EL CASO DE CABO VERDE	53
2.1 Contexto general del país	54
2.2 Sistema público de salud	55
2.3 Situación de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos	57
2.4 Políticas públicas en el sector salud y la igualdad de género	65
2.5 La cooperación española	70
2.6 El proceso hacia la eficacia de la ayuda	74
Notas	79
Bibliografía	80
Acrónimos	81
3. EL CASO DE MOZAMBIQUE	83
3.1 Contexto general del país	84
3.2 Situación de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos	85
3.3 Sistema público de salud	87
3.4 Políticas públicas en el sector salud y la igualdad de género	89
3.5 La cooperación española	92
3.6 El proceso hacia la eficacia de la ayuda	96
Notas	107
Bibliografía	108
Acrónimos	109

Presentación

Red ACTIVAS, anteriormente denominada Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE), es una plataforma que nace en 1996 con el objetivo primordial de impulsar la cooperación española en salud, género y derechos sexuales y reproductivos y fomentar la implementación del Programa de Acción de la *Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo*. Igualmente, la red trabaja para favorecer el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en salud, con especial atención al ODM 5 y 6.

La plataforma, formada por 13 organizaciones, tiene como uno de sus ejes de actuación estratégicos la incidencia política, el seguimiento de las políticas de cooperación y el análisis de la Ayuda Oficial al Desarrollo española (AOD) en su ámbito de acción, siendo la eficacia de la ayuda uno de los temas que más atención han recibido en los últimos tres años. Por otra parte, la red y sus ONG miembros desarrollan convenios, programas y proyectos de cooperación en salud sexual y reproductiva y equidad de género en diferentes países de América Latina, África y Asia, reforzándose y complementándose mutuamente de esta manera a través del trabajo en estos dos niveles que son la incidencia política y la cooperación.

Hasta el momento Red ACTIVAS ha publicado dos informes-país de África subsahariana sobre ayuda eficaz para mejorar la salud y los derechos sexuales y reproductivos donde ha analizado, por un lado, el caso de Etiopía, Níger y Senegal y por otro, el de Gambia, Mali y Namibia. La presente publicación, enfocada a revisar el caso de Angola, Cabo Verde y Mozambique, completa la panorámica iniciada con los dos primeros informes cubriendo todos los países prioritarios de la cooperación española en África subsahariana.

Al igual que en los casos anteriores, la presente publicación ha sido elaborada con el objetivo de aportar a los distintos actores del desarrollo, tanto españoles como locales, información precisa sobre el contexto y la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los países africanos socios de la cooperación española, así como contribuir al debate sobre la agenda de eficacia, la nueva arquitectura de la ayuda y su impacto sobre el sector salud y género. El documento que tienen en sus manos parte, por tanto,

de un enfoque de eficacia de la ayuda y toma además como ejes de análisis otros aspectos relacionados con el acceso a la salud, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos como son la situación del sistema sanitario, el estatus de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos, las políticas públicas de lucha contra la pobreza y mejora de la salud sexual y reproductiva y la equidad de género, la cooperación internacional en el sector salud y género y por supuesto, la cooperación española en cada uno de los países objeto de estudio.

El conocimiento y los resultados extraídos de éste y los informes anteriores han servido de insumo para el trabajo de seguimiento e incidencia política llevado a cabo por Red ACTIVAS, en colaboración con otras redes, en el marco de la revisión de la implementación de la Declaración de París y el *IV Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda de Busán*. De esta forma, no sólo ha servido para presentar evidencias a la OCDE sobre cómo se están implementando en la práctica los distintos principios de la agenda de eficacia, sino que ha permitido presentar casos y experiencias concretas en el foro paralelo de ONG y el foro oficial de Busán donde Red ACTIVAS fue invitada a exponer los resultados de este trabajo.

Todo esto no hubiera sido posible, desde luego, sin el apoyo de la AECID y el de todas las personas expertas, asociaciones locales, ministerios de salud, organismos multilaterales, ONG, OTC y demás cooperaciones bilaterales que han accedido a entrevistarse con el equipo investigador, por lo que desde Red ACTIVAS, les trasladamos nuestro más sincero agradecimiento. A esto sumamos nuestro deseo de que esta publicación logre convertirse en una herramienta de trabajo y reflexión para todas y todos los que trabajamos en cooperación, especialmente en el sector salud y de género, contribuyendo a mantener estas prioridades en el más alto nivel de la cooperación española y generar nuevas relaciones de desarrollo desde una perspectiva crítica y a mejorar las condiciones de vida y salud de las personas que es en definitiva de lo que se trata.

Damiano Sartori
Presidente de Red ACTIVAS

RESUMEN EJECUTIVO

RESUMEN EJECUTIVO

EL CASO DE ANGOLA

Se estima que la población de Angola asciende a 18 millones de personas, aunque es sólo una cifra aproximada, ya que el último censo se realizó en 1970. Tras la independencia del país, en 1975, se inició una larga y cruenta guerra civil que terminó en 2002 y que costó más de un millón de vidas, desplazó a 4,5 millones de personas y devastó por completo todas las infraestructuras sanitarias, educativas y de transporte del país.

Tras el fin de la contienda, el país ha experimentado un crecimiento económico espectacular, en torno al 20% en los últimos años, favorecido en gran medida por su enorme riqueza en recursos naturales, especialmente petróleo y diamantes. Sin embargo, este crecimiento del PIB ha ido acompañado de un aumento de las desigualdades, y un alto índice de pobreza. A pesar de que el PIB per cápita es de 4941 dólares y de que Luanda es la capital más cara del mundo, por encima de Tokio, el 70% de la población del país vive con menos de 2 dólares al día (UNDP 2009).

Angola ha ratificado los principales instrumentos internacionales y regionales relativos a los derechos de la mujer en los que se garantizan los derechos reproductivos de las mujeres. Además, en los últimos años, el Gobierno de Angola ha hecho un esfuerzo de revisión de los principales marcos normativos, adoptando nuevas leyes que protegen los derechos de la mujer. La Constitución de 2010, el nuevo Código Penal de 2011, pendiente aun de aprobación por la Asamblea Nacional, la recién aprobada ley de violencia doméstica y la política nacional para la igualdad y la equidad de género, representan avances significativos al abordar las diferentes dimensiones de los derechos de la mujer, y especialmente de los derechos sexuales y reproductivos. Entre los avances más importantes cabe señalar la ley de violencia doméstica que penaliza todas las formas de violencia incluida la violación dentro del matrimonio y la legalización del aborto que se permite en los supuestos de violación, peligro para la salud física o mental de la madre y peligro para la vida del bebé.

A pesar de estos avances y de que la Constitución establece la primacía de las convenciones y tratados internacionales firmados por Angola, la realidad es que siguen

existiendo leyes y normas consuetudinarias que discriminan y vulneran los derechos de las mujeres y que entran en conflicto no sólo con estos tratados internacionales sino también con la propia Constitución.

En lo que respecta a la salud de las mujeres, la Constitución asegura las políticas que promueven el acceso gratuito a los servicios de salud primaria, especialmente los relacionados con la salud materna. No obstante, aunque no se dispone de estadísticas oficiales, según datos de UNICEF y la OMS de 2008, los indicadores de salud muestran una situación preocupante. Angola posee un elevado índice de fertilidad, que se sitúa en 5,8 nacimientos por mujer y una baja tasa de uso de anticonceptivos en torno al 18%. Entre las causas de este bajo uso están las dificultades en el acceso a la información sobre los métodos existentes, el miedo a la falta de confidencialidad en los centros de salud y la posición de subordinación de la mujer dentro de la familia, que limita su capacidad para tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

El porcentaje de mujeres que realizan al menos una consulta prenatal sigue siendo insuficiente. Según datos del Ministerio de Salud éste se sitúa en torno a 66%, aunque con importantes diferencias entre el medio rural y urbano (52,7% frente 83,5%). La realización de partos en centros sanitarios presenta grandes diferencias también a este nivel de forma que el 15% de los partos en las zonas rurales se realizan en casa frente al 68% en las zonas urbanas. En cuanto a los partos asistidos por personal sanitario, éstos no llegan al 50% (23,5% en las zonas rurales y 68,2% en las urbanas).

Sin embargo, el dato más preocupante es la notable tasa de mortalidad materna que afecta al país y que en 2005 se situaba en 1400 mujeres muertas por 100.000 nacidos vivos. Las causas de una mortalidad tan elevada hay que buscarlas en la falta de servicios sanitarios, la mayoría de ellos destruidos durante la guerra, las distancias que las mujeres deben recorrer hasta llegar al centro de salud y la falta de un sistema de referencia que pueda hacer frente a las emergencias obstétricas. En cuanto a las causas directas, según la encuesta nacional de emergencias obstétricas y cuidados neonatales del Ministerio de Salud, las principales causas de muerte materna son las hemorragias, la malaria (la

Al igual que sucede en la mayoría de los países, las mujeres sufren de forma más directa las consecuencias de las desigualdades económicas y sociales y la falta de respeto de los derechos humanos, especialmente los derechos sexuales y reproductivos.

principal causa de muerte en el país) y la preeclampsia, seguidas en cuarto lugar el por aborto inseguro.

En cuanto al índice de prevalencia del VIH, éste se sitúa en el 2,4% (Informe ODM 2010), un índice relativamente bajo cuando se compara con los demás países de África del sur. Como sucede en la mayoría de los países del continente africano, son más vulnerables al VIH/sida, pues alrededor del 60% de las personas con VIH pertenecen a este grupo de la población. La reducción de la prevalencia pasa por una mayor sensibilización e información de la población, especialmente las mujeres, y por el aumento en el número de pruebas del VIH puesto que sólo el 2% de las mujeres ha realizado la prueba del VIH.

En cuanto al proceso de la eficacia de la ayuda, según los datos de los que se dispone, Angola no ha firmado todavía la Declaración de París por lo que no se puede hablar de una incorporación de los cinco principios de la declaración en la política de desarrollo del Gobierno. De hecho, apenas se puede hablar de avances en aquellos principios en los que la mayoría de los países han experimentado progresos, como es el caso de la armonización y el alineamiento entre Gobierno y donantes.

Como el propio Gobierno de Angola recuerda a los donantes, el peso de éstos en la economía del país es insignificante. De hecho, apenas llega al 0,5% del PIB del país, siendo el porcentaje más bajo de todo el continente, y no representando por tanto dependencia significativa alguna de la ayuda exterior. Teniendo en cuenta esta situación y el liderazgo del gobierno en la definición de sus prioridades de desarrollo y la elaboración y puesta en marcha de políticas para su implementación, se podría concluir que el grado de apropiación de la agenda de desarrollo por parte del Gobierno angoleño es bastante alto. No obstante, el carácter democrático de la misma muestra altibajos, pues si bien la participación de la sociedad civil ha sido activa en la elaboración de algunas políticas y leyes como la Política para la igualdad y la equidad de género o la ley de violencia doméstica, en otras como la estrategia de reducción de la pobreza de 2004 su participación fue casi inexistente.

Otro aspecto importante que define el grado de apropiación del Gobierno es su liderazgo en la coordinación entre Gobierno y donantes de la ayuda al desarrollo y

en este sentido, en Angola apenas existen mecanismos de coordinación entre Gobierno y donantes, en parte por la falta de interés del Gobierno en establecer un diálogo más directo y estratégico con éstos, y en parte porque los donantes no han establecido sus propios mecanismos de armonización para tener posicionamientos comunes frente al Gobierno.

Esta falta de diálogo entre el Gobierno y los donantes está ligada a la escasa relevancia de la ayuda externa en relación al presupuesto del Estado y a que el motor de la economía angoleña y de su impresionante crecimiento es el petróleo, sector caracterizado por una cierta opacidad. De hecho, la ayuda externa dirigida al país ha disminuido en los últimos años, disminución que ha ido acompañada de la salida del país de muchos donantes tradicionales como Italia, Reino Unido y Suecia, mientras que otros como Alemania, Noruega y Holanda han reducido considerablemente su presencia. Los donantes tradicionales que permanecen en el país se han reducido a la Comisión Europea, Francia, Portugal, España, Japón y Estados Unidos.

El sector salud ha sufrido también una drástica reducción en el número de donantes. En estos momentos la CE es uno de los principales junto a Japón, USAID y el Banco Mundial y a partir de 2012 deja de ser sector prioritario para Francia y España mientras que Portugal reduce su contribución. La CE iniciará en 2012 un nuevo programa con el Ministerio de Salud por valor de 20 millones de euros. Este proyecto, con un fuerte enfoque en mortalidad materna e infantil, se centrará específicamente en la prestación de servicios sanitarios y el fortalecimiento de los niveles descentralizados de atención sanitaria.

En lo que respecta a la armonización entre los donantes, podemos decir que ésta inicia ahora sus primeros pasos en un contexto de escasa coordinación y trabajo desde un enfoque de proyectos y programas, que ha conllevado también el uso de diferentes sistemas de gestión, seguimiento y evaluación, en función de cada país socio y por encima de los sistemas nacionales. En el caso del sector salud este enfoque se ha visto reforzado por la llegada de los grandes programas globales como el Fondo Mundial, PEPFAR, y la Global Polio Eradication Initiative (GPEI en sus siglas en inglés). En cualquier caso, en el fu-

Angola no ha firmado la Declaración de París y la ayuda externa que recibe llega apenas al 0,5% del PIB, lo cual dificulta la implementación de la agenda de eficacia.

turo es previsible que se continúe funcionando en base a proyectos y programas puesto que la falta de capacidad de las administraciones públicas, tanto a nivel nacional como provincial y municipal, y la escasa relevancia que la ayuda externa representa para el país no favorece mecanismos como el apoyo presupuestario.

A nivel de coordinación entre donantes, existe un foro de alto nivel en el que participan los Jefes de Misión y los Embajadores, que consiste en un espacio de carácter político con poca relevancia y cuya interlocución con el Gobierno es muy limitada, debido una vez más al escaso peso que tiene la ayuda externa en el país y al poco interés del Gobierno en participar en dicho espacio. A nivel sectorial apenas existen espacios de coordinación, aunque la Unión Europea ha establecido algunas mesas temáticas, como la de seguridad alimentaria y derechos humanos, y es probable que se cree una para género, puesto que es una exigencia del Plan de acción de género de la Unión Europea.

En el ámbito de la salud no existe ningún espacio de coordinación general y únicamente está operativo el Mecanismo de Coordinación País del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y el Inter-Agency Committee de lucha contra la polio (ICC). En ambos mecanismos participan el Gobierno, los donantes bilaterales y multilaterales y la sociedad civil. Al tratarse de los únicos espacios de coordinación en el ámbito de la salud funcionan también como espacios en los que, de manera informal, se intercambia información sobre otros temas de salud. En este contexto, es difícil prever avances en la armonización entre donantes en el corto plazo, sobre todo si tenemos en cuenta el peso que tienen las iniciativas internacionales como PEPFAR o el Fondo Mundial.

EL CASO DE CABO VERDE

Cabo Verde, un archipiélago situado a 455 kilómetros de distancia del noroeste del continente africano, fue descubierto en el siglo XV y colonizado por Portugal, país del que obtendría la independencia en 1975. En los años 50 se pusieron en marcha una serie de movimientos en todo el continente africano para acabar con la dominación europea y fue en este contexto en el que Amílcar Cabral fundó el African Party for the Independence of Guinea and Cape Verde (Partido Africano de la Independencia de Guinea y Cabo Verde, PAIGC) con el fin de lograr la emancipación de ambos países. Tras décadas de lucha, el 19 de diciembre de 1974, el PAIGC firmó un acuerdo con el Estado portugués mediante el cual se instituía un gobierno de transición en Cabo Verde que posteriormente promovería la institución de una democracia parlamentaria.

Hoy en día, el gobierno caboverdiano es de naturaleza democrática y su Constitución data de 1992. El sistema multipartidista se instauró en 1990 y desde entonces se ha considerado a esta República el paradigma africano de la correcta implantación de un régimen de esta índole. Su índice de desarrollo humano (IDH) es de 0,534, frente a una media mundial de 0,624 y se encuentra en el puesto 118 de los 169 países incluidos en la lista elaborada a partir de este indicador. De hecho, Cabo Verde ha logrado reducir a la mitad la cantidad de población que vive por debajo del umbral de la pobreza extrema (de un 40% a un 27% entre 1998 y 2007), al igual que el porcentaje de personas que padecen subnutrición. Además, se espera que logre cumplir con los Objetivos de Milenio 2, 3, 4 y 5, relativos a la consecución de la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la reducción de la mortalidad infantil y la mejora de la salud materna.

Cabo Verde ha ratificado la mayoría de los instrumentos regionales e internacionales que protegen los derechos de la mujer, entre ellos la Convención sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer o la Carta Africana de los Derechos del Hombre y de los Pueblos, y en julio de 2010 ha suscrito el protocolo opcional a la CEDAW que tenía todavía pendiente de firmar. Además, la Constitución de 1992 y la legis-

La ayuda dirigida al sector salud representa el 2% del total recibido por Cabo Verde y la tendencia general es que siga disminuyendo. Esto se explica por la positiva evolución que han sufrido los indicadores de salud en el país pero también por una cierta desmotivación de los donantes para trabajar en este sector.

lación cabo verdiana reconocen igualdad de derechos y libertades a hombres y mujeres y el país registra, en general, un gran avance legislativo en lo que respecta a la igualdad de género.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva y el acceso a la salud se han hecho esfuerzos notables para avanzar en este sentido y Cabo Verde presenta indicadores notablemente positivos en comparación con otros países de África Subsahariana.

A nivel programático, Cabo Verde cuenta con diversas políticas y planes que definen las prioridades del país en temas de SDR. 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 2005-2009 y un Plan Nacional contra la Violencia de Género 2009-2011. Además, el gobierno lleva tiempo trabajando junto a otros actores en la elaboración de una estrategia específica de SSR para adolescentes 2011-2014 que por distintos motivos ésta no ha sido aprobada todavía.

La Estrategia de Crecimiento y Reducción de la Pobreza (DECRP II) es el documento de referencia que marca las prioridades de desarrollo del país para el periodo 2008-2011. El Eje Estratégico sobre cohesión social contiene un epígrafe sobre Género y Desarrollo en el que se afirma que la integración del enfoque de género en las políticas públicas es un desafío muchas veces limitado por las percepciones socioculturales vigentes en la sociedad caboverdiana y se reconoce la necesidad de crear condiciones para la eliminación de la discriminación y violencia contra las mujeres y favorecer su participación política y económica. La partida destinada para ello dentro del presupuesto general del estado para el periodo 2008-2011 es, no obstante, muy reducida y representa tan sólo un 0,2% del mismo. Asimismo, a pesar de la indudable labor del ICIEG (Instituto Cabo-Verdiano para la Igualdad e a Equidade de Género), órgano público encargado del impulso e implementación de las políticas de igualdad, sería necesario que el gobierno de Cabo Verde reforzara su compromiso con las cuestiones de igualdad de género

mediante la creación de un Ministerio de la Mujer o al menos una Secretaría de Estado de Igualdad que pueda tener más peso dentro del gobierno. Es interesante además, el trabajo realizado por el ICIEG, con apoyo de ONU Mujeres y la cooperación española, para lograr que el Instituto de estadística disponga de datos desagregados por sexo, así como el que quieren poner en marcha para generar presupuestos sensibles al género.

En cuanto al proceso de la eficacia de la ayuda, la ayuda externa dirigida a Cabo Verde está en clara disminución desde hace años según datos de la UE de 2009, ésta representó el 13,1% del PIB frente al 25% en 1994, y desde 2004 se mantiene relativamente estable en torno al 12-15%. Además, desde enero de 2008, Cabo Verde ha pasado a ser país de renta media al tiempo que ha dejado beneficiarse del programa de apoyo a los países más endeudados.

La AOD bilateral al sector salud apenas representa el 2% de la AOD total y la tendencia general es que siga disminuyendo, puesto que los únicos donantes que siguen apoyando al sector son Cuba, con el refuerzo de recursos humanos a través de asistencias técnicas sanitarias, Portugal, que apoya la formación en especialidades médicas y las evacuaciones medicas, y China, que se centra en el refuerzo de infraestructuras y el establecimiento de un sistema de información sanitaria. Junto a ellos, la OMS, UNFPA y UNICEF continúan trabajando en salud como principales socios directos del sector. En cuanto a otros donantes tradicionales, el Banco Mundial decidió salir del apoyo a sectores sociales básicos en 2008 y Luxemburgo, principal socio en el sector salud en los últimos años con el Plan de apoyo al desarrollo de la región sanitaria de Santiago 2006-2010, financiado con 10 millones de euros, se retira también del sector, aunque continuará con el programa de refuerzo de capacidades.

Esta situación de salida o “fatiga del donante” se explica, por una parte, por el desarrollo que ha vivido el país en los últimos años y por la existencia de mejores indicadores de salud que en otros países de la región de África Occidental, pero también se debe a una cierta falta de liderazgo y diálogo del Ministerio de Salud. En cualquier caso, el presupuesto sectorial de salud seguirá financiado a través de los fondos destinados al apoyo presump-

Cabo Verde ha ratificado la mayoría de los instrumentos regionales e internacionales que protegen los derechos de la mujer

tario directo, principal instrumento para la recepción de la ayuda externa en Cabo Verde, y en este sentido, UN-FPA está apoyando la realización de un análisis del presupuesto público estatal en el sector salud y educación que permita tomar medidas para favorecer una mejor correlación de las partidas presupuestarias con las prioridades marcadas en estos dos sectores.

En la encuesta de 2005 sobre la puesta en marcha de la Declaración de París, desarrollada por la OCDE, Cabo Verde, al igual que el 62% de los países socios firmantes de la Declaración, obtuvo la calificación C en el apartado de apropiación, demostrando que se habían tomado ciertas medidas para avanzar en este punto aunque de forma todavía insuficiente. No obstante, la siguiente encuesta de 2008 muestra que no hay demasiados cambios en este punto. Esta situación se debe fundamentalmente a los escasos progresos realizados en la traducción del presupuesto aprobado para poner en marcha el DECRP II en marcos de gasto a medio plazo, así como los escasos recursos transferidos a las municipalidades para su aplicación.

Igualmente y más allá de los indicadores utilizados por la OCDE para evaluar el cumplimiento de cada principio de la Declaración de París, el gobierno caboverdiano ha mostrado un claro liderazgo en el desarrollo de políticas y programas que definen sus prioridades concretas en el ámbito de la salud y la igualdad de género pero no ha mostrado el mismo empeño en impulsar un Código de Conducta para los donantes y un Plan de Acción para la aplicación de la agenda de eficacia de la ayuda, aún estando previsto el apoyo de NNUU para llevarlo a cabo. Por otro lado, mientras que parece haberse articulado un cierto seguimiento del apoyo presupuestario directo en el sector de agricultura y medio ambiente, no existe un dispositivo similar para el caso de salud o igualdad de género.

La coordinación de la ayuda por parte del gobierno caboverdiano se lleva a cabo desde dos ministerios: el Ministerio de Finanzas y la Función pública, responsable de la ayuda a través de créditos, que representa mayor volumen, y el Ministerio de Asuntos Exteriores, responsable de la ayuda no reembolsable. La sociedad civil y las organizaciones de mujeres que trabajan por la igualdad y la salud y los derechos sexuales y reproductivos no participan activamente en los procesos de seguimiento de la ayuda y la DP y

sólo están presentes de manera informal en los procesos de elaboración de determinadas políticas. En este sentido, existe un desconocimiento general por parte de las organizaciones de la sociedad civil sobre la agenda de París y sus implicaciones que hace que no se reconozca una agenda de incidencia política clara en este aspecto. Así, por ejemplo, la sociedad civil no ha tenido capacidad para exigir su participación en la elaboración del Marco de Asociación País de la Cooperación Española a pesar de la estrecha colaboración de muchas asociaciones con la OTC. Por otro lado, el hecho de ser un país pequeño donde todo el mundo se conoce y desempeña puestos diferentes en entidades diferentes favorece el diálogo y colaboración entre diferentes actores pero también dificulta un trabajo más reivindicativo.

Mientras que en otros países africanos se lleva haciendo desde los años 90, el trabajo de armonización entre donantes es reciente en Cabo Verde. A pesar de los pocos socios del desarrollo existentes y lo pequeño que es el país, no funcionan demasiado formalmente los mecanismos de coordinación ni hay demasiada tradición en este sentido.

En la actualidad, están operativos fundamentalmente dos grupos de donantes, de los cuales uno de ellos es el Grupo de Socios del Desarrollo. Creado en 2007, es el principal foro de coordinación vigente en Cabo Verde. Está co-presidido por la UE y NNUU y se reúne cada dos meses. En la práctica, se trata de un grupo más político que técnico pues suelen participar en él los embajadores de cada país para intercambiar información más que para llevar un seguimiento específico de la ayuda. Una de las principales prioridades de este grupo es reforzar su estructura a través del establecimiento de Grupos Temáticos pero hasta ahora solo funciona uno, el Grupo de Trabajo de Formación Profesional, que lidera Luxemburgo y donde participan todos los donantes. Además, estaba previsto que este Grupo de Socios del Desarrollo pudiera establecer un sistema común de gestión y seguimiento de la ayuda que permitiera disponer de datos sobre las actividades que desempeña cada donante a fin de facilitar su coordinación, pero hasta el momento no se ha creado la base de datos prevista, ni el Código de Conducta de donantes y el sistema común de coordinación y gestión.

Junto a este espacio de diálogo y coordinación está operativo también el Grupo de Apoyo a la Ayuda Presupuestaria, formado hasta ahora por los siete donantes que

utilizan esta modalidad de financiación, es decir España, desde 2007, Luxemburgo, Austria, Holanda, Portugal, la Unión Europea y el Banco Mundial. Creado en abril de 2005 por éste último, la UE y Países Bajos a través de un acuerdo que establece un marco común de asociación para realizar apoyo presupuestario general, este grupo es el interlocutor principal del Gobierno. Ello, en parte, porque el 60% de la ayuda se canaliza a través de apoyo presupuestario y también porque es la modalidad que quiere priorizar el gobierno. En la actualidad, este grupo ha renovado el apoyo presupuestario a Cabo Verde para el periodo 2011-2014 y suele llevar a cabo 2 misiones de evaluación conjunta al año en base a una matriz común de seguimiento.

Por otro lado, existe un grupo de donantes de la UE que engloba a todos los países que tienen relaciones de cooperación con Cabo Verde: Luxemburgo, Portugal, España, Francia, Países Bajos y Austria (estos dos últimos de salida en 2012 o ya se han retirado). Dentro de este espacio existen dos grupos de trabajo, uno de ellos sobre agua y saneamiento que lleva más tiempo funcionando y donde España también participa y otro sobre género, de reciente creación y que lidera España, aunque salvo en este caso ninguna otra cooperación bilateral tiene especialista de género y sólo se dispone de apoyos puntuales mediante asistencias técnicas, lo que pone de manifiesto la escasa importancia que tiene este sector entre los donantes. Dentro de Naciones Unidas hay otro Grupo temático de género, liderado por ONU MUJERES, y donde participan la Embajada de Estados Unidos, la Comisión Europea, ICIEG, CNDHC y organizaciones de la sociedad civil como OMCV.

En definitiva, hay una mejora en los indicadores de armonización con el fortalecimiento de los espacios de coordinación y el establecimiento de misiones conjuntas entre los donantes pero, sin embargo, no se avanza todavía en mecanismos formales y recíprocos de rendición de cuentas donde participe ampliamente la sociedad civil y se responda ampliamente sobre todos los aspectos de la ayuda y el desarrollo.

EL CASO DE MOZAMBIQUE

Mozambique se constituyó como República hace 36 años. Después de independizarse de Portugal en 1975 vivió una guerra civil que se extendió hasta 1992. Desde entonces, ha emprendido un proceso de reconstrucción en el que la cooperación internacional ha participado intensamente, de manera que el país es considerado como uno de los favoritos en los esfuerzos internacionales en materia de desarrollo.

De acuerdo al PNUD (2011) Mozambique se mantiene desde 1980 entre los 5 países con menor Índice de Desarrollo Humano, con un incremento sostenido desde 1995 a 2010 en cuya composición destaca el componente de crecimiento económico frente a los de carácter social. Las cifras oficiales indican que el 54% de la población es pobre, con un rango entre las regiones que varía del 31,9% al 70,5% (RM, 2011). Uno de los principales retos de Mozambique es la alta dependencia de ayuda externa, que representó 45% del gasto previsto en el presupuesto del estado en 2010 (FDA y UNICEF, 2009). Algunos miembros de la sociedad civil sostienen que el valor anual de esta ayuda es similar al que podría obtenerse con la eliminación de beneficios fiscales específicos a sólo seis de los proyectos de la industria extractiva en el país (Castel-Branco, 2011).

La situación de los Derechos Humanos, si bien ha mejorado, es aún frágil tanto a nivel formal –por ejemplo por la falta de ratificación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros tratados de DDHH– como real. Una dificultad para reflejar la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos es la falta de estadísticas actualizadas en varios temas clave. La última Encuesta Demográfica y de Salud se realizó en 2003 y actualmente se está realizando una nueva edición cuyos resultados deben conocerse hacia final de año. Por el momento, Mozambique se ubica entre los países con más alto riesgo reproductivo a nivel mundial (PAI, 2007).

La legislación, en términos generales, contempla los principales compromisos del país en materia de derechos de las mujeres. No obstante, aspectos como la herencia, el divorcio y la violencia sexual contra menores deben ser

El gobierno de Mozambique debe incrementar su contribución al sector salud. En 2010, tan solo le dedicó el 7% de su presupuesto, por debajo del 9% de 2009 y de la previsión establecida en el escenario fiscal para ese año, que se situaba en el 11%.

mejorados. La revisión del Código Penal es una oportunidad para eliminar los aspectos que puedan representar amenazas para el principio de no discriminación con respecto a la orientación sexual y para la despenalización del aborto. Esta reforma, acompañada de la promulgación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, serían importantes avances en materia de seguridad jurídica y derechos sexuales y reproductivos.

En Mozambique no existe una ley sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, aunque sí hay un vasto desarrollo de políticas relacionadas. El papel del movimiento de mujeres, organizaciones de la sociedad civil y la cooperación internacional ha sido clave en el impulso de estas políticas, aunque es todavía necesario que este paso se acompañe de los correspondientes recursos y marcos de seguimiento y rendición de cuentas oportunos, por ahora insuficientes.

En cuanto al proceso de la eficacia de la ayuda, el caso de Mozambique es pionero y referente en lo que respecta a la implementación de la Declaración de París (DP). El devenir de la misma ha aportado numerosas lecciones y también ha hecho emerger ciertas contradicciones. Uno de los factores transversales más importantes es el peso de las relaciones de poder que subyace a las dinámicas de desarrollo y, por tanto, la dimensión política de cada uno de los principios de la Declaración de París.

Cinco años antes de que la DP se firmara, Mozambique elaboraba su primer Plan de Acción para la Reducción de la Pobreza Absoluta (PARPA), que actualmente se encuentra en su tercera edición (PARP 2011-2014). En términos de financiación, los instrumentos marco son el Escenario Fiscal (2010-2012) y el Presupuesto del Estado, de carácter anual. A nivel formal, por tanto, el país cuenta con un conjunto básico de herramientas de planificación para liderar su proceso de desarrollo. No obstante, el principio de apropiación ha demostrado una complejidad que exige mucho más de lo logrado hasta el momento en términos de proceso y en el momento de establecer y ejecutar prioridades. Esta complejidad deriva de la multiplicidad de actores que toman parte, así como los diversos niveles de planificación que deben funcionar si se quiere hablar de apropiación democrática. Entre los factores que limitan una aplicación integral del principio de apropiación,

se encuentran la trayectoria de Mozambique como favorito de la cooperación internacional enmarcada en el Consenso de Washington y las políticas de ajuste estructural; los contextos e intereses políticos y económicos de los donantes, especialmente de aquellos con mayor peso económico; un sistema político definido por un partido dominante en el gobierno que implementa una política de neutralización de posibles fuentes de oposición y de cooptación de las instituciones; la diversidad de la sociedad civil en cuanto a intereses, capacidades y niveles de acción y la limitada articulación entre las organizaciones; la falta de consenso sobre qué significa apropiación y los límites de los procesos consultivos en la definición de las políticas públicas.

Considerando los instrumentos vigentes, se puede señalar que la salud, incluyendo varios aspectos clave de salud reproductiva ha sido una prioridad desde el PARPA I y que en el PARPA II se apuesta por una integración de género como principio transversal, que se mantiene en el PARP 2011-2014. Uno de los tres objetivos generales del PARP es el desarrollo humano y social, que tiene como prioridades la disponibilidad y calidad en el acceso a los servicios sociales, la seguridad social básica y las infraestructuras sociales, áreas que tienen un impacto importante de la condición de las mujeres tanto por sus dificultades en el acceso y disfrute de los bienes sociales como por el rol que juegan en el cuidado y la protección social en el país. En el apartado sobre servicios de salud, si bien se brinda prioridad a la salud de la mujer, los lineamientos se focalizan específicamente en la salud materna y la prevención y tratamiento del VIH/sida.

En cuanto a las previsiones en financiación del estado destacan dos aspectos. El primero tiene que ver con que se mantiene la alta dependencia de la ayuda externa, con un escaso incremento del 1,5% de financiación interna entre 2010 y 2012, con 47% y 48,5% respectivamente (FDA y UNICEF, 2009). El segundo es el insuficiente porcentaje de recursos destinados a salud, previsto en el presupuesto del Estado en apenas el 7,2% del total del gasto en 2010, por debajo del 9% de 2009 y de la previsión establecida en el Escenario Fiscal, que era de 11% (FDA y UNICEF, 2010). Para algunas voces, la escasa implicación de financiación pública es un indicador de que la apropiación no está aún consolidada.

En el ámbito de la salud, el marco para impulsar la agenda de eficacia de la ayuda ha sido el enfoque sectorial de salud (SWAP) en el que participan 14 donantes, 2 agencias de Naciones Unidas y el gobierno de Mozambique.

En cuanto al principio de alineamiento, desde el año 2001, en Mozambique se han impulsado diferentes modalidades de apoyo enmarcadas en el principio de alineamiento. Actualmente, un Memorandum de Entendimiento, firmado en 2009 entre 19 principales donantes —entre los que se encuentra España— y el gobierno de Mozambique, reafirma el marco para el Apoyo Presupuestario General de dichos donantes, asociado al PARPA y al Plan quinquenal del Gobierno, que se concreta a través de acuerdos bilaterales con cada donante. Adicionalmente, existen 11 fondos comunes entre los que se encuentran el de educación (FASE), salud (PROSAUDE) y el de lucha contra el VIH/sida. No existe, en cambio, un fondo específico para asuntos relacionados con la equidad de género o las políticas de desarrollo de las mujeres.

En el sector salud, el marco para impulsar la agenda de la eficacia ha sido el SWAP, cuyos principales instrumentos vigentes son el Memorandum de Entendimiento firmado en 2008 entre 14 donantes —entre los que se encuentran la ACCD y AECID, 2 agencias de NNUU y el gobierno de Mozambique; el PESS 2007– 2012, adscrito al PARPA, como instrumento de planificación del sector; el Código de Conducta revisado de 2003; el Comité de Coordinación del Sector (CCS), el Forum del SWAP y grupos de trabajo como espacios de diálogo y consenso; PROSAUDE, como Fondo común del sector; y la Revisión Anual Conjunta y las reuniones del CCS como mecanismos de monitoreo.

De acuerdo al Escenario Fiscal, las previsiones ofrecidas por los donantes indican un incremento del apoyo directo a presupuestos y en el caso de los fondos comunes, una ligera reducción de la ayuda global, con incrementos significativos del apoyo a los sistemas tributarios y al Instituto Nacional de Estadística mientras que reducen el destinado a sectores sociales, en especial al Fondo sobre VIH/sida y el de educación. Algunos análisis apuntan a que estas previsiones resultan optimistas pues el contexto de la crisis financiera es un factor de amenaza para la ayuda anunciada. Por otro lado, la permanencia de importantes flujos de ayuda que no se integran en los sistemas nacionales se mantiene alta. En el caso del sector salud, sólo el 26% de la ayuda fue canalizada a través de fondos comunes en 2008 (AFD, 2008). La presencia de iniciativas verticales no solo tiene impacto en términos económicos, sino también operativos para el sector salud. Dada la extremada fragilidad del sistema en

términos de recursos humanos y materiales, especialmente a nivel provincial y distrital, las intervenciones verticales en ocasiones debilitan e incluso paralizan la labor de los establecimientos, lo que redundan en el acceso y calidad de atención. Entre los factores que dificultan una apuesta más decidida por los sistemas nacionales para la canalización de ayuda, se encuentran la falta de voluntad política de algunos donantes y la limitada capacidad del sistema para gestionar los recursos y dar cuenta de dicha gestión, que a su vez contribuyen a la permanencia de la desconfianza instalada entre diversos actores en los últimos años.

A pesar de su relevancia, la armonización de mantiene como el aspecto de la DP más difícil de impulsar en Mozambique. Sucesivos procesos de monitoreo lo identifican como el principio en el que se ha producido menos avance (OECD, 2006; KPMG, 2010). Los aspectos más críticos son el insuficiente apoyo programático y la escasa coordinación de visitas de supervisión y procesos de análisis por parte de los donantes. Adicionalmente, la puesta en marcha de la nueva arquitectura ha implicado la creación de un número importante de espacios que tienen el valor de poner en común a diferentes actores, pero que pueden resultar disfuncionales si sus aportes no se canalizan estratégicamente.

En salud, como ya se ha señalado, si bien algunos donantes han apostado por el trabajo en conjunto, esta tendencia se mantiene relativamente marginal. En cuanto a la coordinación, uno de los retos es la reestructuración del Forum del SWAP y de sus grupos de trabajo, para conseguir una estructura más coherente con el PARP, reduciendo el número de grupos de trabajo y organizando los procedimientos para que se puedan emitir propuestas de una manera más coordinada. En el caso de Género, el Grupo de Coordinación de Género (GCG) es un mecanismo informal en el que toman parte representantes estatales, la cooperación internacional y organizaciones de la sociedad civil local. Es un importante espacio para el diálogo de políticas y coordinación que no obstante requiere ser reforzado, para lo cual se está llevando a cabo un proceso de revisión sobre su rol y futura estrategia.

Para dar seguimiento a su implementación y resultados, el PARP incluye una Matriz de Evaluación de Desempeño (PAF). Anualmente, el PARP es operacionalizado a través del Plan Económico y Social (PES) que incluye a su vez una PAF

cuyos resultados se reportan mediante el Balance del PES. A estos instrumentos se les suman otros de carácter financiero como el Balance del Presupuesto Anual, así como los resultados de encuestas nacionales elaboradas por el INE y otros documentos acordados por los socios. Los resultados de la evaluación del PARPA II y el Balance del PES no permiten realizar análisis concluyentes sobre los temas relacionados con salud y género y reflejan la necesidad actual de reforzar los sistemas de información, monitoreo y evaluación del estado. Adicionalmente, los donantes que brindan apoyo programático (PAP) cuentan con un PAF para evaluar su propio desempeño, sin que exista un marco de evaluación general en el que participen todos los donantes.

Por el momento, la rendición de cuentas se produce principalmente entre el gobierno de Mozambique y los PAP. Los espacios para este proceso son la Revisión Conjunta Anual y los comités sectoriales vinculados a los fondos comunes en base a los instrumentos mencionados más arriba. En 2003, el gobierno lanzó el Observatorio de Pobreza y a partir de 2005 se empezó la creación de Observatorios de Pobreza Provinciales, todos de carácter consultivo. La Evaluación de la DP valora como moderado el avance en la implementación de este principio, considerando que si bien el país cuenta con instrumentos adecuados para llevar a cabo los procesos de rendición de cuentas, los resultados de los mismos son usados más frecuente entre los PAPs que por el gobierno y observa en ellos escasa participación del parlamento y la sociedad civil (KPMG, 2010). Otro aspecto que puede señalarse en ese sentido es la ausencia de un marco de rendición de cuentas real más allá de la identificación de problemas, que puede derivar en desconfianza o falta de legitimidad de los procedimientos. Esto es aplicable tanto para el gobierno como para los países donantes.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

ANGOLA

- 1 La buena gobernanza, la principal prioridad de la cooperación española, no pasa sólo por el fortalecimiento de las estructuras del Estado sino también por una mayor transparencia y rendición de cuentas de éstas hacia la ciudadanía. Para ello se necesita también una sociedad civil fuerte, sin embargo, la sociedad civil de Angola se encuentra en una situación de fuerte precariedad por la escasa financiación que recibe y la limitada capacidad técnica tanto para ejecutar programas como para establecer un diálogo político con el Gobierno. Es fundamental fortalecer a las organizaciones y redes de la sociedad civil y especialmente a las de mujeres para que puedan ejercer de forma eficaz su rol de vigilancia y control del Estado.
- 2 La falta de espacios formales de concertación entre sociedad civil y Gobierno hace que la participación de ésta en los procesos de toma de decisiones sea muy limitada. Es por tanto necesario reforzar la apropiación y la rendición de cuentas mediante el establecimiento de mecanismos que articulen el diálogo entre Gobierno y sociedad civil.
- 3 La limitada disponibilidad y acceso a la información relativa a las políticas y programas del Gobierno limita la capacidad de las ONG de participar de forma efectiva en las consultas que realiza el Gobierno tanto a nivel nacional como regional y local. Por tanto se hace necesario una legislación relativa al acceso a la información pública que favorezca la transparencia en la gestión del Gobierno y permita el acceso de la población y de las organizaciones de la sociedad civil a dicha información.
- 4 La creación del Grupo de coordinación de los Estados Miembros de la UE, liderado por la cooperación española es una oportunidad para que la cooperación española asuma un rol de mayor liderazgo también en el grupo de donantes, para avanzar hacia una mayor armonización y coordinación entre los diferentes actores de la cooperación.
- 5 El proceso de elaboración del Marco de Asociación País de la cooperación española ha sido una oportunidad para establecer un espacio de coordinación regular tanto con los actores de la cooperación española presentes en el país como con la sociedad civil local, es importante que estos espacios de coordinación se institucionalicen para asegurar una mayor transparencia y rendición de cuentas de la cooperación española.
- 6 La puesta en marcha de la ley contra la violencia doméstica y de la nueva política nacional para la igualdad y la equidad de género hacen más necesario que nunca la creación de un observatorio nacional de género que garantice el seguimiento de estas leyes y políticas y que cuente con la participación relevante y significativa de las redes y asociaciones de mujeres implicadas activamente en la defensa de los derechos de las mujeres.
- 7 El compromiso de la cooperación española con la lucha contra la violencia de género debe fortalecerse mediante el apoyo al gobierno y a la sociedad civil en la formación y sensibilización del cuerpo judicial y policial para que ambos incorporen de forma efectiva las disposiciones recogidas en la ley de violencia doméstica y demás leyes nacionales que protegen los derechos de las mujeres.
8. Los bajos indicadores de salud y en especial de salud reproductiva exigen un mayor compromiso del Gobierno con la mejora de la salud de la población que debe concretizarse en el aumento de la financiación al sector salud y la puesta en marcha de un enfoque sectorial. Esto sería además una oportunidad para elaborar un programa para el sector salud con un enfoque más inclusivo y una mayor participación de los actores de la sociedad civil, especialmente de las organizaciones de mujeres, tanto en la elaboración del programa como en su implementación y seguimiento.

CABO VERDE

- 1** A pesar de los avances realizados en el ámbito de la igualdad de género, son múltiples los desafíos pendientes en este campo y por tanto es necesario contar con el liderazgo de una institución nacional con capacidad de negociación al más alto nivel. En este sentido, sería muy positivo transformar el ICIEG en una entidad de rango ministerial.
- 2** Incrementar el presupuesto dirigido a implementar el objetivo de igualdad de género de la CECRP así como el PNIEG y el PNLVBG.
- 3** Redoblar los esfuerzos para contribuir a la transversalización del enfoque de género en el presupuesto general y sectorial así como en todas las políticas y programas del país.
- 4** Continuar apoyando la aprobación de planes municipales de igualdad y equidad de género en todos los municipios.
- 5** Impulsar la aprobación de una Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que trascienda el enfoque específico de salud reproductiva que tiene el actual PNSR e integre las cuestiones relacionadas con la salud sexual dentro de la estrategias y los servicios de salud y culminar el proceso en marcha para aprobar una Política Nacional de SSR para adolescentes y jóvenes.
- 6** Apoyar los esfuerzos para el fortalecimiento de los recursos humanos del SNS, en especial en lo que respecta a la formación de matronas con formación especializada para su incorporación en los servicios de salud reproductiva.
- 7** Reforzar las estructuras participativas existentes en el ámbito de la salud (Comisiones municipales de salud y género (Consejo consultivo del ICIEG) para garantizar la apropiación democrática.
- 8** Apoyar y fortalecer técnica y económicamente a la sociedad civil cabo-verdiana para que pueda conocer las implicaciones de la agenda de eficacia del desarrollo y participar de forma más efectiva en el diálogo de políticas.
- 9** Mejorar los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas en torno a la gestión de la ayuda al desarrollo, especialmente aquella en forma de apoyo presupuestario que representa el 60% del total.
- 10** Reforzar la implicación de los donantes en el país en los temas de género tanto a nivel de financiación como de participación en los diferentes grupos de coordinación.

MOZAMBIQUE

- 1 La agenda de la eficacia ha supuesto el desarrollo de capacidades en la planificación programática y financiera y en la gestión gubernamental. Es necesario que a esas capacidades se sume una apuesta decidida por mejorar la transparencia y reducir la corrupción, impulsando procesos de diálogo y rendición de cuentas en los que el papel de la sociedad civil trascienda la consulta puntual para convertirse en participación significativa.
- 2 La sociedad civil de Mozambique es diversa en capacidades e intereses y su margen de influencia es limitado. Adecuar los procesos relacionados con la eficacia a sus posibilidades y ámbito de acción es clave. De igual manera, se considera prioritario fomentar las alianzas entre ONGs internacionales y las OSC locales para el intercambio de saberes y el desarrollo de estrategias conjuntas en materia de equidad de género y salud.
- 3 Si bien un grupo de donantes ha hecho esfuerzos para alinearse y armonizarse, la ayuda se mantiene parcialmente previsible y una proporción importante se administra por canales paralelos. En el sector salud es fundamental reorientar las intervenciones verticales hacia un fortalecimiento integral del sistema público.
- 4 Mozambique cuenta con un marco normativo que puede ser útil para garantizar los derechos de las mujeres y la equidad de género en salud. Es indispensable apoyar la implementación de la Política de Género y los planes sobre violencia y para el avance de la mujer. También se requiere fortalecer espacios como el Grupo de Coordinación de Género y las redes de la sociedad civil que trabajan en estos temas, apoyando su descentralización.
- 5 La red estatal de servicios sanitarios se ha ampliado en el marco del PARPA II. No obstante, se considera urgente incrementar la financiación interna en el sector, reforzar la formación, contratación y retención de recursos humanos en salud - en participar enfermeras SMI, y abordar integralmente las constantes roturas de stock de los medicamentos esenciales. De igual manera, es necesario apoyar la integración de los aspectos de género en el sistema sanitario, con particular énfasis en el acceso a los servicios y la prevención de la violencia.
- 6 El proceso de elaboración del nuevo Marco de asociación debe nutrirse de las estrategias y estudios realizados por la cooperación española en Mozambique, como por ejemplo la Estrategia de Inclusión de la Igualdad de Género en Salud o los diagnósticos de género realizados a nivel provincial. Se conseguiría así avanzar hacia una transversalización de género en los diferentes sectores de concentración de la cooperación española, ya que ésta sigue siendo un reto importante para la cooperación española en general y la AECID en particular.
- 7 Reactivar el Grupo estable de coordinación, establecido en el marco del proceso de elaboración del MAP, como espacio permanente de diálogo y de rendición de cuentas, con la participación de las ONG españolas, muy especialmente para la elaboración del marco de asociación.
- 8 Fortalecer la relación entre la cooperación española y la sociedad civil mozambiqueña, garantizando la participación de las organizaciones femeninas y de mujeres en el Grupo mixto de coordinación del MAP. Incluir género como prioridad sectorial además de horizontal en el futuro MAP, con especial énfasis en la implementación de la ley de violencia, la política de género y las normas y políticas relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos.
- 9 Contribuir a visibilizar el papel de las mujeres en la satisfacción de sus necesidades, especialmente en las zonas rurales y fomentar una mayor responsabilización del Estado y de todos los actores sobre el impacto de las políticas económicas en la situación de las mujeres y la satisfacción de sus derechos.

EL CASO DE ANGOLA

1. EL CASO DE ANGOLA

1.1

CONTEXTO GENERAL DEL PAÍS

Situado en la costa suroccidental del continente africano y con una superficie de 1.246.700 km², Angola es el quinto país de mayor tamaño de la región subsahariana.

Se estima que la población de Angola asciende a 18 millones de habitantes, aunque es sólo una cifra aproximada, ya que el último censo se realizó en 1970, y el próximo está previsto en 2013. Tras la independencia del país en 1975, se inició una larga y cruenta guerra civil que terminó en 2002 y que costó más de un millón de vidas, desplazó a 4,5 millones de personas y devastó por completo las infraestructuras sanitarias, educativas y de transporte del país.

El conflicto se remonta a la época posterior al fin de la dominación portuguesa, período en el que se produjo un enfrentamiento entre los tres grupos armados que perseguían lograr el control del país, en aquel momento en manos de Agostinho Neto, secretario general de uno de ellos (el Movimiento Popular para la Liberación de Angola –MPLA-) y presidente de la República Popular de Angola hasta 1979.

El 22 de febrero de 2002, tras la muerte de Jonas Savimbi, líder histórico de la Unión Nacional para la Independencia Total de Angola (UNITA), otra de las facciones contendientes junto con el ya mencionado MPLA y el FLNA (Frente Nacional para la Liberación de Angola), se procedió a la firma del Memorando de Entendimiento de Luena, que puso fin al conflicto. El 5 de septiembre de 2008 se celebraron elecciones legislativas y el MPLA obtuvo cerca del 87% de los votos. El proceso electoral estuvo marcado por algunas irregularidades identificadas por la Misión de la Unión Europea encargada de su supervisión, pero a partir de su celebración comenzó un período de marcada estabilidad política en el país. En 2012 tendrán lugar las siguientes elecciones legislativas y presidenciales, a las que se presentará de nuevo el actual presidente de Angola, José Eduardo dos Santos, en el poder desde 1979. Dada la debilidad de los partidos de la oposición y el do-

minio del partido en el gobierno, tanto en la esfera política como económica y social, no se esperan demasiados cambios en los resultados finales.

Angola todavía forma parte del grupo de países menos adelantados del mundo. Alrededor de un 70% del total de su población vive en situación de pobreza y el Índice de Desarrollo Humano lo sitúa en el puesto 148 de un total de 187 países¹. Desde el fin de la contienda, el país ha experimentado un crecimiento económico espectacular, en torno al 20% en los últimos años, favorecido en gran medida por su enorme riqueza en recursos naturales, especialmente petróleo y diamantes. Sin embargo, este crecimiento del PIB ha ido acompañado de un aumento de las desigualdades y un alto índice de pobreza. A pesar de que el PIB per cápita es de 4.941 dólares y de que Luanda en 2010 fue capital más cara del mundo, por encima de Tokio, el 54,3% de la población del país vive con menos de 1,25 dólares al día².

A pesar de los esfuerzos que se están realizando a nivel gubernamental para reconstruir el país, la población angolana todavía debe hacer frente a las graves consecuencias generadas por el conflicto. El sector agrario se ha visto extremadamente afectado debido a la interrupción de las comunicaciones, las minas antipersona, la pérdida de conocimientos agrícolas y a los desplazamientos en masa de la población, que han causado una reducción de la mano de obra. Este éxodo ha provocado que resulte imposible producir alimentos para abastecer a la totalidad de la población, por lo que se debe recurrir de manera sistemática a la importación de alimentos.

La debilidad del sector agrícola, del que dependen muchas familias, agrava la situación de pobreza en la que vive la mayoría de la población. Las principales actividades económicas del país, la industria petrolera y la del diamante, requieren muy poca mano de obra y generan poca industria auxiliar en el país. Se trata además de sectores muy opacos, que generalmente dan lugar a altos niveles de corrupción y al desvío a las cuentas corrientes de unos pocos de una parte importante de los ingresos que se generan.

De igual modo, desde la década de los noventa se ha registrado una inflación desorbitada que en 2003 alcanzó el 106% y que, si bien ha disminuido de forma importante

hasta situarse en algo más del 13% en 2010, continua siendo elevada y dificulta el acceso de la población a los productos de primera necesidad. A esto se suma que la economía angoleña se encuentra estrechamente ligada a las fluctuaciones del precio del petróleo, puesto que todas las actividades relacionadas con su producción constituyen el 85% de la totalidad del PIB nacional.

En lo que respecta a la salud de los angoleños, es necesario constatar que, a pesar de los logros alcanzados recientemente en materia económica, la esperanza de vida de la población no solo no aumenta, sino que está decreciendo y si en 2006 se situaba en 41 años en 2008 se redujo hasta los 37,5.

La mortalidad materna continúa siendo muy elevada, 1400 muertes por cada 1000.000 nacidos vivos. La mitad de los niños menores de 5 años sufren malnutrición crónica, situación que se da en otros países de la región con un PIB muy inferior al de Angola. Únicamente un 58% de los niños en edad de escolarización primaria asisten al colegio y cerca de un 17% de los varones mayores de 15 años no sabe leer ni escribir, frente a un 46% en el caso de las mujeres.

En relación con los mecanismos de protección y promoción de los derechos humanos es necesario señalar que desde distintos organismos internacionales se ha hecho un llamamiento para que el Gobierno destine más recursos con el fin de acabar con la violencia contra las mujeres y con el maltrato de personas prisioneras, desplazadas y refugiadas. En la actualidad se están llevando a cabo diversas reformas del sistema judicial vigente, pero estas cuestiones continúan acaparando la atención de la comunidad internacional debido a su gravedad.

Angola se comprometió en 2007 a adherirse a una serie de tratados de índole internacional, entre los que destacan la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación racial, el Protocolo adicional de la Convención de los derechos civiles y políticos sobre la abolición de la pena de muerte y la Convención internacional contra la tortura y otros tratos o castigos crueles, degradantes o inhumanos.

1.2

SITUACION DE LA MUJER

Y LOS DERECHOS SEXUALES

Y REPRODUCTIVOS

La Constitución de Angola de 2010 establece en su Artículo 23 el principio de igualdad y de no discriminación y asegura tanto a los hombres como a las mujeres los mismos derechos y libertades en todos los ámbitos. Angola ha ratificado los principales instrumentos internacionales y regionales relativos a los derechos de la mujer en los que se garantizan los derechos reproductivos de las mujeres, entre ellos la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), su Protocolo Facultativo y el Protocolo a la Carta Africana de Derechos del Hombre y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer, conocido como Protocolo de Maputo. Este último ofrece un marco jurídico de referencia para asegurar el respeto de los derechos de las mujeres en África y en su artículo 14 aborda los derechos reproductivos al reconocer el derecho a controlar la fertilidad, a elegir el número de hijos/as que se desean tener, a utilizar métodos anticonceptivos y a acceder al aborto médico en determinados casos.

El Código Penal, en proceso de aprobación por la Asamblea Nacional, contiene importantes avances en materia de derechos de las mujeres relacionados con la violencia doméstica y con la despenalización parcial del aborto, actualmente prohibido en todos los casos. El nuevo código contempla tres excepciones e introduce un sistema de plazos que permite la interrupción del embarazo en las 16 primeras semanas en caso de peligro para la integridad física o psíquica de la madre y si el embarazo es el resultado de una violación, y en las 24 primeras semanas si el feto puede sufrir graves malformaciones. El Código de la Familia (Ley nº 1/88) de 1988 también está en proceso de revisión para garantizar su adaptación a la nueva Constitución y Código Penal.

La discriminación de género en el entorno laboral también se considera una violación de la ley en Angola. Mientras que la propia Constitución establece en su Artículo 76 la igualdad de oportunidades, la legislación laboral establece la igualdad de salario entre hombres y mujeres, el acceso igualitario a la formación profesional y la garantía de subsidios y pensiones no discriminatorias.

Por otro lado, la lucha contra la violencia de género ha sido uno de los temas prioritarios del Ministerio de la Familia y la Promoción de la Mujer y de las organizaciones de mujeres debido a la amplitud del problema. Tras 3 años de intenso lobby y trabajo de sensibilización a nivel nacional e internacional por parte de las organizaciones de mujeres, el Ministerio de la Familia y la Promoción de la Mujer y el Grupo de Mujeres Parlamentarias, en julio de 2011 se aprueba la Ley contra la violencia doméstica (Ley 25/11) que supone un importante avance legislativo en la defensa de los derechos de la mujer.

Se trata de una ley ambiciosa que trata de ofrecer una respuesta integral al problema de la violencia doméstica. La ley incluye entre sus objetivos la prevención y sensibilización de la población, la formación de la policía y jueces, la creación de casas de acogida, y una respuesta integrada de los servicios sociales de emergencia para el apoyo a las mujeres que sufren violencia doméstica. Sin embargo, para las organizaciones de mujeres, el gran reto es dotar a la ley de los recursos económicos y humanos necesarios para su implementación. En las zonas rurales esto presenta serias dificultades debido a la falta de acceso de la población a servicios.

A pesar de estos avances en el marco legislativo, son muchos los obstáculos a los que todavía deben enfrentarse las mujeres para el disfrute de sus derechos. Por una parte el marco normativo, el sistema judicial, y la propia Constitución en su Artículo 7 reconocen dos fuentes de derecho: el derecho positivo y el derecho consuetudinario en base el cual se mantienen normas discriminatorias contra la mujer especialmente en lo relativo al matrimonio, los derechos de propiedad, la custodia, la herencia o el adulterio. En este sentido, como señala el Ministerio de la Familia y la Promoción de la Mujer, el derecho consuetudinario es el habitualmente aplicado

en temas de herencia, violaciones o derechos de paternidad, situando a las mujeres en una posición de vulnerabilidad.

Como señala el informe del comité de la CEDAW de 2004 en respuesta al informe presentado por el Gobierno de Angola, el acceso a la justicia no es fácil para las mujeres, las cuales no solo tienen que enfrentarse a las dificultades de un sistema judicial que no ha incorporado de forma efectiva las disposiciones recogidas en las Convenciones internacionales de las que es signatario Angola, sino también a las actitudes discriminatorias y las reticencias del personal judicial y del cuerpo de policía a proteger los derechos de las mujeres. La formación de estos colectivos, una de las recomendaciones del informe del comité de la CEDAW que recoge la ley de violencia doméstica, será un elemento importante para reducir estas actitudes discriminatorias contra las mujeres.

En lo que respecta a la salud, la Constitución asegura, en principio, el acceso gratuito a los servicios de atención primaria. No obstante, aunque no se dispone de estadísticas oficiales, según datos de UNICEF y la OMS de 2008 los indicadores de salud³ muestran una situación preocupante, especialmente los relacionados con la salud materna.

Angola posee un elevado índice de fertilidad, que se sitúa en 5,8 nacimientos por mujer, y una tasa de uso de anticonceptivos en torno al 18% según datos de 2007 (UNICEF 2008). Aunque se trata de una tasa relativamente baja, supone un importante aumento desde 2001 cuando se situaba en el 6%. Aunque no se dispone de fuentes nacionales sobre las causas del bajo uso de anticonceptivos, algunas encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) realizadas por USAID en 2009 en Luanda, concluían que las principales razones por las que las mujeres no utilizan anticonceptivos son en el 33% de los casos la falta de información sobre los métodos existentes, seguido de la posición de subordinación dentro de la familia, que limita su capacidad para tomar decisiones sobre su propio cuerpo en favor de la suegra y el marido, y por último, el miedo a la falta de confidencialidad en los centros de salud. El Ministerio de la Familia y la Promoción de la Mujer considera también la falta de medios económicos como una barrera importante para el acceso a los servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar.

El porcentaje de mujeres que realizan al menos una consulta prenatal sigue siendo insuficiente y según datos del Ministerio de Salud se sitúa en torno al 66%, con importantes diferencias entre el medio rural (52,7%) y el urbano (83,5%). La realización de partos en centros sanitarios también presenta grandes diferencias entre uno y otro y así, sólo el 15% de los partos en las zonas rurales se realizan en los centros de salud, frente al 68% en las zonas urbanas. En cuanto a los partos asistidos por personal sanitario, éstos no llegan al 50% (23,5% en zonas rurales y 68,2% en zonas urbanas).

Sin embargo, el dato más preocupante es la elevada tasa de mortalidad materna, que en 2005 se situaba en 1400 mujeres muertas por 100.000 nacidos vivos, una de las más altas de África subsahariana. Aunque datos parciales más recientes indican una reducción hasta situarse en torno a las 610 muertes⁴, es necesario tratar estos datos con mucha cautela puesto que Angola no dispone todavía de un sistema estadístico y las mejoras en el sistema sanitario, han sido demasiado lentas e insuficientes para explicar una reducción tan importante en sólo 5 años. En cualquier caso, incluso si se acepta este último dato, la tasa de mortalidad materna continúa siendo una de las más elevadas de África subsahariana, sólo comparable a países como Níger o Etiopía, con indicadores de salud y de acceso al sistema sanitario mucho más bajos que los de Angola.

Las causas de una mortalidad tan elevada hay que buscarlas en la falta de servicios sanitarios, la mayoría de ellos destruidos durante la guerra, las distancias que las mujeres deben recorrer hasta llegar al centro de salud, la falta de un sistema de referencia que funcione y la debilidad del marco de políticas y programas en el sector salud, y especialmente en salud sexual y reproductiva, que dificultan la elaboración y gestión de programas a nivel regional y municipal.

En cuanto a las causas directas, según la encuesta nacional de emergencias obstétricas y cuidados neonatales del Ministerio de Salud de 2007, las principales causas de muerte materna son las hemorragias, la malaria (principal causa de muerte en el país que afecta al 25% de las mujeres embarazadas), la pre-eclampsia, y en cuarto lugar el aborto inseguro, que afecta a 80 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos.

En cuanto a la población joven, el 43% de las chicas empiezan su vida sexual a los 15 años, y con 19 años tienen al menos un hijo. Aunque todos los actores de la cooperación coinciden en señalar el alto número de embarazos adolescentes no deseados como un grave problema, la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes no es una prioridad en la política sanitaria del Gobierno. No se ha elaborado una estrategia específica para ellos y ellas y no existen centros para jóvenes que ofrezcan atención en salud sexual y reproductiva.

Angola tiene un índice de prevalencia de VIH relativamente bajo, ya que apenas llega al 2% (INLS 2010), en claro contraste con el resto de países de la región como Sudáfrica, Mozambique, Botsuana o Namibia con índices de VIH en torno al 15%, los más altos del mundo. En cambio, como sucede en los países vecinos, las mujeres presentan mayores tasas de prevalencia que los hombres y así, en 2009, el 60,45% de las personas con VIH eran mujeres⁵.

Uno de los aspectos más preocupantes en la lucha contra la epidemia del VIH es el bajo conocimiento sobre la enfermedad y sus formas de prevención, especialmente entre la población joven, en la que se da un mayor crecimiento de la tasa de infección. Sólo el 25% de las mujeres y el 32% de los hombres entre 15 y 24 años pueden identificar correctamente los principales métodos de prevención del VIH. En este sentido, las campañas de sensibilización y prevención son clave para seguir avanzando en la lucha contra la epidemia en Angola.

La prevención de la transmisión vertical del VIH ha mejorado en los últimos años gracias al impulso del Ministerio de Salud. Aunque se ha multiplicado por dos el porcentaje de mujeres que viven con VIH que reciben tratamiento, los datos de 2009 reflejan el largo camino que queda por recorrer ya que sólo reciben tratamiento el 16,3% de las mujeres embarazadas que viven con el VIH (INLS 2010) y únicamente 177 unidades sanitarias, es decir el 32% de los centros de salud y hospitales, ofrecen tratamiento para la prevención de la transmisión vertical.

1.3

EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

La guerra civil que asoló Angola durante 27 años dañó seriamente el sistema de salud, destruyó el 70% de la infraestructura sanitaria, dejando al resto seriamente afectada, y un personal sanitario escaso y poco formado. Aunque en los últimos 5 años el Gobierno ha hecho un esfuerzo importante para ampliar la red de infraestructuras sanitarias, los retos siguen siendo enormes puesto que como recoge la nueva política de salud de 2010, sólo un 30% de la población tiene acceso a los servicios de salud.

En Angola, el sistema de salud se estructura en tres niveles, de los cuales el primero corresponde al nivel municipal, responsable de los servicios de atención primaria, que incluye a hospitales municipales, centros de salud y puestos de salud. Los puestos de salud, unos 1841, son la puerta de entrada al sistema público de salud y ofrecen, en teoría, un paquete básico de servicios en el que se incluyen algunos servicios de salud reproductiva como planificación familiar, consultas pre y post natal, atención infantil y campañas de vacunación. Los 359 centros de salud ofrecen servicios de atención reproductiva, incluida la asistencia al parto y disponen de laboratorio, mientras que los hospitales municipales, 140 en total, ofrecen además cuidados obstétricos de emergencia y son el primer nivel de referencia del que dependen los puestos y centros de salud.

En el segundo escalón de la atención sanitaria se encuentran los 45 hospitales generales provinciales, que también funcionan como servicio de referencia para los centros de atención primaria. Por último, en el tercer escalón se encuentran los hospitales nacionales y especializados que ofrecen una atención más específica y funcionan como servicio de referencia para los hospitales generales provinciales.

A pesar de los esfuerzos realizados, las carencias del sistema siguen siendo enormes. La infraestructura sanitaria es todavía precaria y muchos hospitales y centros de salud no disponen del equipamiento y el personal sanitario necesario para cubrir los servicios que en teoría deberían ofrecer, lo que hace que tampoco funcione el sistema de referencia y contra referencia. La situación es igualmente preocupante en los hospitales nacionales pues una evaluación⁶ de 2009 de 11 hospitales nacionales resaltó la baja calidad de la asistencia médica, la falta de material y equipamiento, el insuficiente abastecimiento de medicamentos y la ruptura de stocks como algunos de los problemas más importantes.

En este sistema piramidal de provisión de servicios, la gestión presupuestaria, la toma de decisiones y el control técnico de los diferentes niveles del sistema se encuentran centralizadas en el Ministerio de Salud. Las direcciones provinciales de salud dependen a nivel administrativo del gobierno provincial y a nivel técnico del Ministerio, mientras que los distritos municipales de salud (Repertiçãos Municipais de Saúde) lo hacen de las administraciones municipales en el caso administrativo y de la dirección Provincial de Salud y el Ministerio de Salud en la parte técnica.

El proceso de descentralización del sistema de salud que acaba de iniciarse contempla la transferencia del presupuesto de salud primaria a las provincias y municipios. En esta línea, los distritos municipales de salud asumirán la elaboración de los planes operativos de salud y la coordinación de los servicios sanitarios a nivel municipal. Para ello el proceso debe ir acompañado del fortalecimiento de los recursos humanos a nivel regional y municipal que actualmente no disponen de las capacidades técnicas necesarias para asumir estas nuevas funciones. También es importante que el proceso de descentralización vaya acompañado de la puesta en marcha de mecanismos para la participación de las comunidades en la toma de decisiones, así como de una mayor transparencia y rendición de cuentas por parte de las administraciones locales hacia las comunidades a las que se destinan los servicios. En estos momentos, los únicos espacios de participación que existen son los consejos de concertación social (Conselhos de Auscultação e Concertação Social CACS), en los que tienen un peso importante los líderes tradicionales (souba) que tienden a estar vinculados al Gobierno y los Forums promovidos en su mayoría por la sociedad civil.

Por otro lado, la falta de recursos humanos cualificados, tanto para la gestión de los servicios de salud como para la atención sanitaria, es un grave problema en el país. A la falta de personal sanitario, especialmente de médicos y personal de enfermería cualificado, incluidas las matronas, se suma la baja formación del existente, especialmente a nivel de técnico sanitario, el más numeroso en las zonas rurales. Como medida a corto plazo, el Ministerio de salud ha contratado a doctores y doctoras extranjeros (representan un tercio del total), ha creado nuevas facultades de medicina y ha iniciado un programa de mejora de la calidad de la enseñanza de las escuelas de enfermería mediante la estandarización del curriculum educativo y la mejora en la calidad del profesorado. Esto último es sin lugar a dudas un reto importante debido la falta de profe-

sorado cualificado que asegure una enseñanza de calidad tanto en las facultades de medicina como en las escuelas de enfermería.

Ante la falta de suficiente personal cualificado, la supervisión técnica y la formación continuada, son clave para la mejora de la calidad del servicio. Hasta ahora ésta se realiza desde el nivel central a través de programas de formación de formadores que después imparten los cursos a nivel provincial. Sería necesario descentralizar la supervisión e integrarla en los diferentes programas para mejorar el acceso y su calidad. El Gobierno también quiere incrementar el número de agentes comunitarios de salud aunque, por ahora, no existe una estrategia clara para llevarlo a cabo.

Personal sanitario, Angola 2010

	No.	Personal /1.000 hab.
Médicos (nacionales y extranjeros)	2.956	0,17
Enfermeras/os	29.592	1,74
Técnicos sanitarios	5.435	0,32
TOTAL	37.983	2,24

Fuente: USAID, 2010

A esta falta de recursos humanos se suma una concentración de la mayoría de éstos en las zonas urbanas. Por ejemplo, el 85% de los médicos están en Luanda y las capitales de las provincias y sólo el 15% en el resto del país (MINSa 2010). Las regiones de Benguela, Huíla, Kwanza Sul, o Uígue, sólo cuentan con 1,3 profesionales de enfermería por cada 1.000 habitantes, por lo que la mayoría de los puestos y centros de salud sólo disponen de personal auxiliar sanitario, mientras que las regiones de Cabinda, Luanda Sul tienen 2,9 sanitarios por 1.000

habitantes, por encima del ratio recomendado por la OMS de 2,28 sanitarios por 1.000 habitantes. En cuanto a las matronas, no se dispone de datos fiables aunque es de suponer una problemática similar.

La financiación del sistema sanitario se realiza a través de las aportaciones de los hogares, la financiación pública, las aportaciones de entidades privadas como empresas y asociaciones, y la ayuda externa. A diferencia de lo que sucede en otros países de África subsahariana, el

Gobierno de Angola es el principal financiador del sistema sanitario, aportando el 80% del total del presupuesto, seguido de los hogares que contribuyen con el 13,4%, y los donantes que tienen un papel menor y únicamente aportan el 7%, porcentaje muy inferior a la media africana que se sitúa en torno al 22%.

Aunque estos datos son positivos, puesto que muestran que el peso de la financiación del sistema sanitario recae en el Estado y no en los hogares, como sucede en la mayoría de los países de África subsahariana, es probable que la aportación de los hogares sea superior al 13% ya que, a pesar de que desde 2008 los servicios de salud primaria son gratuitos, la compra de medicamentos que no

están disponibles en el centro de salud, por las rupturas de stock, es una práctica habitual.

Además, Angola no dispone de un sistema de cuentas de salud transparente que permita saber cuáles son los recursos sanitarios del país, de qué fuentes de financiación se dispone y a qué servicios se destinan. De hecho, la OMS está apoyando actualmente al Ministerio de salud en la elaboración de las primeras cuentas nacionales de salud y una vez que se disponga de los mismos será importante que se compartan de forma transparente con los demás actores implicados en el sector, especialmente las organizaciones de sociedad civil, que tradicionalmente tienen poco acceso a este tipo de información.

Gasto en salud en Angola Vs África Subsahariana

	Angola	Media África subsahariana
Gasto en salud per cápita	71 US\$	72 US\$
Gasto del Gobierno como % del presupuesto general del Estado	5 %	9,6 %
Gasto total en salud como % de PIB	3 %	5 %

Fuente: OMS, 2006

Si bien es cierto que el presupuesto del Ministerio de salud ha aumentado en términos absolutos en los últimos años, pasando de 213 millones de dólares americanos en 2002 a 714 en 2006 y 1767 millones en 2008, este aumento se debe al fuerte incremento del PIB y por consiguiente del presupuesto general del Estado y no a un aumento en el porcentaje destinado al sector salud, que se mantiene en torno al 5% desde 2006, muy por debajo de la media de los países del África subsahariana que se sitúa en el 9,6% y del acuerdo de Abuja (15%).

En cuanto a la ayuda externa al sector salud, como hemos señalado más arriba, ésta se ha ido reduciendo

en los últimos años, hasta situarse en torno al 7% de la financiación del sector. Dado los enormes recursos naturales del país y el fuerte crecimiento económico que ha experimentado el país en los últimos años, la AOD representa una parte muy pequeña del presupuesto general del Estado y por tanto su dependencia de la comunidad donante es insignificante. Además, el sector salud es un sector de salida para muchos donantes, aunque es probable que el porcentaje de financiación no varíe mucho teniendo en cuenta que los principales donantes del sector hasta ahora, USAID, Comisión Europea, Fondo Mundial de lucha contra el Sida, Tuberculosis y Malaria y Banco Mundial mantendrán su aportación.

1.4

POLÍTICAS PÚBLICAS DE

SALUD E IGUALDAD

DE GÉNERO

Aunque, desde 2004, Angola dispone de una Estrategia de Lucha contra la Pobreza (ECP en sus siglas en portugués) en la que se establecen los objetivos y las líneas prioritarias de actuación del Gobierno, ésta no siempre se utiliza como documento de referencia para la elaboración y desarrollo de las demás políticas y programas.⁷ La Estrategia, liderada por el Ministerio de Planificación, con el apoyo del PNUD y del Banco Mundial, se elaboró tras el final de la guerra civil, en un contexto económico y social muy diferente, sin apenas información estadística sobre la situación de la población y con una sociedad civil muy debilitada que apenas pudo participar de forma efectiva en la identificación de las prioridades aunque fue consultada. Se articula en torno a cinco áreas de intervención: la consolidación de la paz mediante la reinserción de las personas desplazadas internas, refugiadas y desmovilizadas; la estabilidad económica; la reconstrucción de las infraestructuras básicas; el fortalecimiento de las capacidades y la prestación de servicios básicos. La reducción de la mortalidad materna se incluye como una de las metas dentro de la mejora de la salud de la población, mientras que la igualdad de género no se contempla como área prioritaria ni transversal.

Aunque es necesario reconocer el esfuerzo realizado por el Gobierno para la elaboración de la estrategia, un año después del fin de la guerra ésta presenta importantes carencias en algunos ámbitos, particularmente en los relacionados con la salud y los derechos de las mujeres. Así, a pesar de que Angola cuenta con una de las tasas de mortalidad materna más altas de África, este tema apenas se menciona en el documento, al

igual que ocurre con los temas de igualdad de género y defensa de los derechos de las mujeres. En este sentido, sorprende y preocupa la invisibilidad de las mujeres a lo largo de todo el documento, especialmente en un contexto político, económico y social tan complicado para éstas.

En cuanto al sector salud, se están dando pasos para dotar de políticas y programas a los distintos ámbitos de la atención sanitaria, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Hasta ahora, el Ministerio ha elaborado la Política Nacional de Salud de 2010, la Estrategia de Descentralización de la Atención Primaria a nivel municipal, la Estrategia de Lucha contra el VIH/sida y la Estrategia de Salud Reproductiva. Aunque la elaboración de la política nacional de salud y la estrategia de descentralización de la salud primaria han supuesto un importante avance, existe una fuerte preocupación por parte de los diferentes actores del sector por la lentitud del Ministerio en el desarrollo de estos documentos. Aunque, en teoría, la política de salud se operacionaliza a través del Plan de Desarrollo Sanitario (PDS) que a su vez se desglosa en un plan nacional, planes provinciales (PPDS) y planes municipales (PMDS), se trata de planes a corto plazo, sin objetivos ni indicadores claros y sin partidas presupuestarias que permitan su implementación, lo cual explica en parte las dificultades de gestión y de absorción de fondos que presentan las direcciones de salud a nivel regional y municipal.

Se hace necesario, por tanto, trabajar desde un enfoque sectorial que se concrete en la elaboración de un verdadero programa nacional de salud para la implementación de las políticas y estrategias del sector. Esto sería además una oportunidad para elaborar un programa con un enfoque más inclusivo y una mayor participación de los actores de la sociedad civil, especialmente las organizaciones de mujeres, tanto en la elaboración del programa como en su implementación y seguimiento.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, si bien es cierto que la política de salud establece entre sus áreas prioritarias la reducción de la mortalidad materna e infantil, los documentos de referencia más importantes son la Estrategia de Salud Reproductiva, que tiene como principales componentes el fortalecimiento del sistema mu-

nicipal de salud; la creación de un paquete de servicios básicos para la salud materna y la mejora del acceso y la calidad de la atención sanitaria; y la Hoja de Ruta para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal (Roteiro para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal).

El objetivo de la Hoja de Ruta es garantizar el acceso universal a cuidados integrados de salud reproductiva de calidad en todos los niveles del sistema de salud y promover, por otro lado, la participación de los individuos, las familias y las comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. Aunque la hoja de ruta se elaboró en 2006, su puesta en marcha ha sufrido diversos retrasos y no se ha iniciado hasta 2011. Tanto las organizaciones de la sociedad civil como los demás actores del sector consideran muy positivo que finalmente se haya iniciado la implementación de la Hoja de Ruta, aunque existe al mismo tiempo una cierta preocupación por la falta de un plan de seguimiento y evaluación y de indicadores de base que permitan valorar el grado de consecución de los objetivos de la misma. Como señala UNFPA esta falta de datos es uno de los problemas más graves con los que se enfrenta el Ministerio de Salud a la hora de elaborar sus estrategias y programas y establecer sistemas de seguimiento y evaluación.

Otro aspecto que preocupa es la falta de un mecanismo de coordinación y seguimiento efectivo. Tanto la hoja de ruta como la propia política de salud hablan del establecimiento de comités de prevención de la mortalidad materna (CPMM) a nivel nacional, provincial y municipal, como ejes articuladores de las iniciativas de lucha contra la mortalidad materna. Aunque estos dos documentos no detallan quién debería formar parte de estos comités, la política de salud propone que las esposas de los líderes locales tengan un papel relevante aunque no representen a ninguno de los colectivos implicados en la prevención de la mortalidad materna. Para que estos comités desarrollen un papel catalizador de las iniciativas de reducción de la mortalidad materna es necesario la representación de todos los actores implicados, servicios sanitarios, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones de mujeres, líderes comunitarios, etc. Por otro lado, la falta de coordinación del sector a nivel nacional, provincial y municipal hace todavía más improbable la viabilidad de estos comités.

Si comparamos la lucha contra la mortalidad materna y la lucha contra el VIH/sida, es claro que el Gobierno ha realizado un mayor esfuerzo en la elaboración e implementación de políticas en este último sector. La lucha contra el VIH/sida se ha convertido en una de las prioridades sanitarias del Gobierno. El Plan Estratégico de Lucha contra el VIH/sida 2007-2010 y el nuevo plan 2011-2014 establecen como prioridades ampliar el trabajo con los grupos con prácticas de riesgo como transportistas, usuarios de drogas por vía intravenosa, y personas prostituidas. También recoge la ampliación de los servicios de prevención de la transmisión vertical y del acceso al tratamiento antirretroviral.

El organismo que lidera las políticas y programas de VIH/sida es el Instituto Nacional de lucha contra el VIH/sida (INLS), creado en 2005 y presidido por el Presidente de Angola. La comisión nacional de lucha contra el VIH/sida es el mecanismo de participación de todos los actores implicados, aunque desde las organizaciones de la sociedad civil se critica su limitado carácter participativo.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes, Angola no dispone de una estrategia específica para abordar los problemas de este colectivo, lo que refleja el escaso interés del Gobierno en estas cuestiones

En el ámbito de la lucha por la igualdad de género, cabe destacar que la Política Nacional para la Igualdad y la Equidad de Género 2011-2015, sustituta del actual Plan nacional de Género, se encuentra todavía en fase de borrador. El Ministerio de la Familia y la Promoción de la Mujer es consciente de las dificultades a las que se enfrenta para la implementación de la política, entre los que cabe mencionar los limitados recursos económicos y humano y la falta de estadísticas fiables para elaboración y seguimiento de los programas.

Según el documento, sus principales objetivos son la igualdad de representación y participación de hombres y mujeres en la esfera pública y de acceso y oportunidades en el ámbito social y económico. El seguimiento de la implementación de la política de género se realizará a varios niveles con una coordinación general a cargo del Ministerio de la Familia y la Promoción de la Mujer, un Consejo de coordinación multisectorial de género encargado de dar

seguimiento a las acciones de los ministerios, un Consejo provincial de concertación social (Conselho Provincial de Auscultação e Concertação Social) y un Consejo municipal de concertación social (Conselho Municipal de Auscultação e Concertação Social) responsables de la coordinación de las acciones en sus respectivos niveles de actuación. En cuanto a la transversalización de género en los demás ministerios, la política quiere reforzar el papel que desempeñan los puntos focales de género situados en los ministerios, ya que hasta ahora se trata de puestos de bajo perfil, con poca capacidad de actuación y bajo poder de decisión.

Normativa y Políticas relacionadas con Salud, Género y DDSSRR

Constitución. El Artículo 21 (f) establece como responsabilidad del Gobierno promover la atención primaria universal y gratuita	2010
Ley básica del Sistema Nacional de Salud	1992
Plan Estratégico Nacional de VIH/sida	2008-2010
Política Nacional de Salud	2010
Política Nacional para la igualdad y la equidad de género (en elaboración)	2011-2015
Hoja de Ruta para acelerar a reducción de la mortalidad materna y neonatal	2007-2015
Plan Estratégico Nacional de Salud Reproductiva	2006
Estrategia de municipalización de los servicios de salud	2010
Estrategia de desarrollo a largo plazo	2002-2025
Plan de desarrollo económico y social a medio plazo	2009-2013

1.5

LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

La presencia de la cooperación española en Angola se remonta a los años 80 y a la apertura de una Oficina técnica de cooperación en 1990. A pesar de esta larga presencia española en el país, no se dispone de una estrategia para Angola hasta 2005, con la aprobación del Documento de Estrategia País (DEP) 2005-2008. Hasta ese momento el instrumento estrategia de la cooperación española fueron las comisiones mixtas. Desde entonces, los marcos de referencia para la cooperación española son el DEP 2005-2008 y la VI Comisión Mixta Hispano-Angoleña de Cooperación científico-técnica y cultural 2005-2008, que definen las áreas de colaboración y de cooperación entre ambos países en línea con las prioridades de Angola. Ambos documentos incluyen como objetivos estratégicos: aumentar las capacidades humanas, sociales, institucionales, económicas y culturales, y por último la construcción de la paz. Dentro del ámbito de actuación de la salud, las líneas estratégicas son el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, la mejora de la salud infantil y la lucha contra las enfermedades prevalentes, mientras que la igualdad de género se considera una prioridad transversal, aunque la única mención que se hace en este sentido aparece en relación al sector de la educación.

En referencia al marco actual que define la relación de la cooperación española con Angola, cabe señalar que el Plan Director 2009-2012 lo considera país prioritario incluido en el "Grupo B" de países de asociación focalizada, lo que le permite acceder a algunos instrumentos de financiación que se quieren concentrar en pocos sectores en los que se pueda desempeñar un papel de liderazgo o de presencia silenciosa articulando la participación a través de otros donantes, por ejemplo mediante la cooperación delegada.

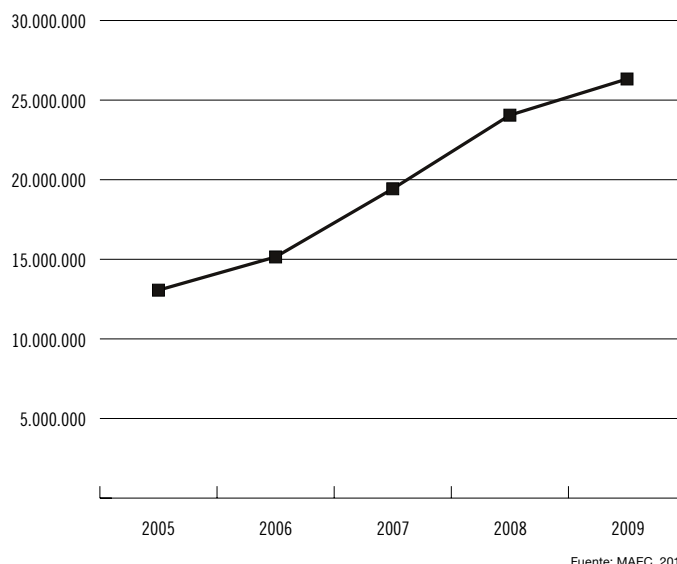
El Marco de Asociación País (MAP), pendiente de firma, sustituye al DEP como nuevo instrumento de planificación de la cooperación española y establece la Gobernabilidad democrática como sector clave y al mismo tiempo único enfoque para el tratamiento del otro sector de desarrollo

complementario en el cual se trabajará, el Desarrollo rural y la lucha contra el hambre. Aunque el sector salud deja de ser un sector prioritario, se mantienen aquellas actuaciones centradas en el fortalecimiento institucional a nivel descentralizado. Al igual que está sucediendo en la mayoría de los países que ya han elaborado sus MAP, género queda como sector transversal⁸ junto a derechos humanos. En este punto, desde las ONG españolas existe una preocupación por la invisibilización de género que esto supone, ya que el tema de cómo llevarla a cabo de manera real y efectiva es una de las grandes asignaturas pendientes en la AECID⁸. En cuanto a la distribución geográfica, la cooperación española se mantiene en tres provincias: Huambo, Bié y Malaje, así mismo se mantienen acciones en Luanda que tienen impacto nacional y sale de Benguela.

Una de las aportaciones más interesantes de este nuevo instrumento es la inclusión de los diferentes actores de la cooperación presentes en el país. La sociedad civil española participa en los dos mecanismos de coordinación puestos en marcha en Angola, el grupo estable de coordinación (GEC), formado por los cuadros técnicos de la Embajada, la OTC y demás actores de la cooperación española, y el grupo mixto de coordinación, que incluye una representación del Gobierno de Angola, OМУDES, la sociedad civil local y los actores de la cooperación española que participan en el GEC.

Aunque las organizaciones españolas presentes en Angola han participado en las reuniones de los grupos de coordinación, algunas de las organizaciones consultadas consideran que su participación es muy limitada ya que la identificación de los sectores prioritarios se realiza entre los gobiernos de Angola y España en el marco de la comisión bilateral. En cuanto a la sociedad civil local, han participado algunas ONG como ADRA, FMEA y MFJIG. Será necesario mantener la participación de la sociedad civil local ya que ofrece una buena oportunidad para avanzar hacia una apropiación más democrática. Es necesario que la cooperación española siga haciendo un esfuerzo para mantener espacios de diálogo y consulta con actores de la sociedad civil local, no sólo de forma puntual como las reuniones de elaboración del MAP sino como parte de una estrategia más a medio y largo plazo para favorecer una mayor transparencia, rendición de cuentas y apropiación democrática de la acción de la cooperación española en Angola.

AOD bruta española



La participación de las cooperaciones descentralizadas presentes en Angola en el proceso de elaboración del MAP, se realiza, en principio, dentro del grupo amplio país que se coordina desde la sede de la AECID en Madrid. En cualquier caso, no se tiene información sobre su participación en el proceso.

La coordinación de las acciones de la cooperación española y de ésta con otros donantes se establece en el PD como un elemento clave para mejorar la efectividad de la cooperación española. La OTC participa en los escasos espacios de coordinación de donantes que existen en Angola, entre ellos el grupo de jefes de agencia y de misión y los grupos temáticos de la UE como el de derechos humanos o soberanía alimentaria. En Angola no existe ningún mecanismo de programación conjunta de los países miembro de la Unión Europea y sería interesante que la cooperación española impulsara la puesta en marcha de un mecanismo de este tipo para permitir una mayor armonización entre los países miembros.

Por su parte, las ONG españolas participan en los escasos espacios de coordinación que existen a nivel sectorial y así Médicos del Mundo participa en la red nacional y provincial de lucha contra el VIH/sida mientras que Medicus Mundi participa en la mesa de coordinación del distrito municipal de salud de Viana. En cuanto a la coordinación entre actores de la cooperación española, ésta se ha venido desarrollando en el marco del MAP con reuniones trimestrales aunque se espera que se mantenga como espacio permanente. Esto es especialmente importante en un contexto como el angoleño en el que apenas existen espacios de coordinación sectorial, ya sean liderados por el Gobierno o por los donantes por lo que el riesgo de solapamientos y duplicaciones es muy elevado.

La propia OTC estaría interesada no sólo en que haya una buena coordinación entre los diferentes actores de la cooperación española, sino que en algunos casos, como los convenios se pudieran hacer determinadas acciones como las líneas de base de forma conjunta para evitar duplicaciones y maximizar los recursos disponibles. Las ONG también son conscientes de la necesidad de trabajar de forma conjunta aunque hasta ahora está resultando un proceso más lento de lo esperado.

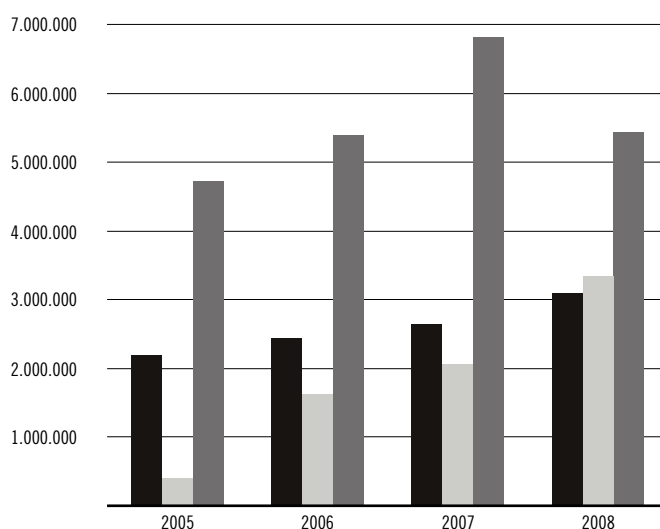
La AOD española en Angola ha crecido de forma constante en los últimos años, pasando de 13.061.905 EUR en 2005 a 26.326.173 EUR en 2009¹⁰. A pesar de que en 2008 descendió la financiación aportada por algunos ministerios (Medio ambiente, Trabajo e inmigración, Salud y Defensa) y por la cooperación descentralizada, aumentó en cambio la financiación de la AECID y de los OMUDES presentes en el país.

La AECID es el principal organismo financiador de la cooperación española en Angola, aunque cuenta también con una amplia presencia de la cooperación descentralizada, siendo Asturias, Cataluña, Castilla-La Mancha, Galicia, País Vasco y Valencia las cooperaciones con un mayor peso y tradición en el país. Los instrumentos de financiación utilizados por la cooperación española en Angola son las subvenciones de Estado para la canalización de fondos bilaterales; los convenios y proyectos a ONG; y por último la vía multilateral. Especial mención hay que hacer sobre la decisión de la cooperación española de no utilizar el apoyo presupuestario como instrumento de financiación sectorial, dada la baja dependencia de la ayuda externa de Angola, el débil marco de políticas públicas y un entorno poco favorable para una rendición de cuentas mutua (AECID 2009).

Distribución de la financiación española por actores 2005-2008

Bilaterales
 Multilaterales
 ONG

Fuente: Elaboración propia con datos Seguimiento PACI 2009 y 2010



Por sectores, los más importantes por volumen de financiación son el sector salud, educación y soberanía alimentaria. La salud y la educación dejan de ser áreas prioritarias en el nuevo marco de asociación, lo que probablemente implicará una reducción en los fondos destinados a estos sectores, aunque según la OTC se mantendrá la financiación al sector salud pero desde un enfoque de fortalecimiento institucional.

La financiación de la cooperación española al sector salud, se ha canalizado por la vía bilateral, la multilateral (OMS, UNICEF y UNFPA) y especialmente a través de ONG. Las principales áreas de intervención han sido la lucha contra las enfermedades transmisibles, el fortalecimiento de las capacidades y el fortalecimiento de la atención primaria, especialmente de la salud sexual y reproductiva.

La financiación a ONG por parte de la AECID se ha realizado sobre todo a través de convenios y proyectos. Médicos del Mundo, Medicus Mundi Cataluña y Cruz Roja Española son las tres organizaciones que han ejecutado convenios de salud, ya finalizados, centrados en el fortalecimiento del sistema de salud primaria, la lucha contra el VIH/sida y la salud materno-infantil.

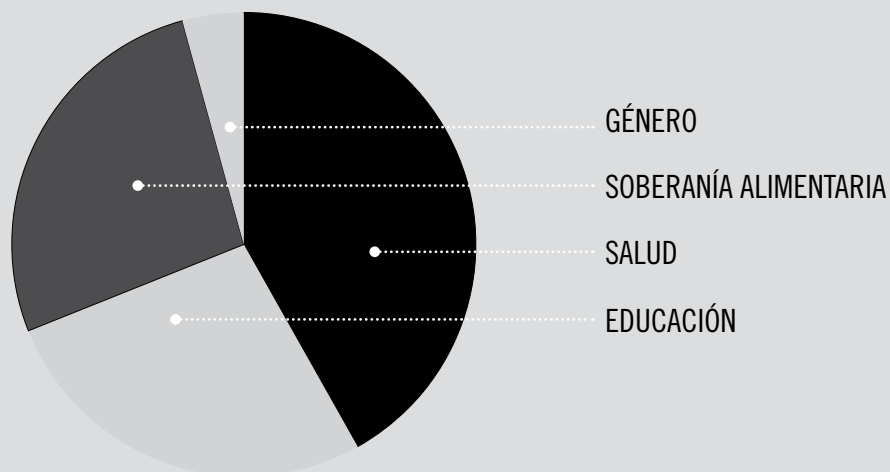
Otras organizaciones como CIC, Comité Ayuda Médica y Acción contra el Hambre ejecutaron proyectos de salud: tres proyectos de fortalecimiento del sistema sanitario (CIC y CAM) y uno de mejora de la salud sexual y reproductiva (ACh), mientras que África Directo, Hermanas Misioneras Santa María, y las universidades de Navarra y Valladolid han ejecutado proyectos de salud hasta hace un par de años. Esta última realiza una Asistencia técnica en el marco de una subvención de estado bilateral.

Financiación del sector salud, 2005-2008

	Total Salud	Total AOD
Bilaterales	4.862.902	10.370.450
Multilaterales	2.501.933	7.443.792
ONG	7.293.475	22.406.497

Fuente: elaboración propia con datos Seguimiento PACI 2010

Distribución de la AOD por sectores 2005-2008



Fuente: elaboración propia con datos Seguimiento PACI 2009 y 2010

En cuanto a la cooperación descentralizada, la Junta de Castilla la Mancha es la principal financiadora en el sector salud a Médicos del Mundo y Fuden Cooperación a través de dos proyectos de fortalecimiento del sistema de atención primaria de salud con especial atención a la salud sexual y reproductiva. Por último, Médicos del Mundo también ejecuta un proyecto sobre la mejora de la salud y el derecho a la salud de las mujeres financiado por la Unión Europea. La financiación a través de agencias multilaterales se ha dirigido sobre todo a la lucha contra el VIH/sida, mientras que la ayuda bilateral se ha centrado en el fortalecimiento capacidades y la mejora de la infraestructura.

En cuanto a la financiación en el ámbito de género, la iniciativa más importante ha sido el convenio de género

de Acción contra el Hambre. La Oficina Técnica de Cooperación ha iniciado apoyos a ONG locales mediante fondos que gestiona directamente la OTC y no desde los instrumentos más tradicionales como la convocatoria abierta y permanente (CAP); una de estas ONG es Foro de Mulheres Jornalistas pela Igualdade do Genero que ha recibido financiación para realizar una campaña de sensibilización contra la violencia doméstica.

Por último, a través del Fondo NEPAD, se apoya a Rede Mulher, PROMAICA y al Ministerio de la Familia y la Promoción de la Mujer de cara al futuro, se pretende financiar directamente al Ministerio en el ámbito del fortalecimiento institucional.

1.6

EL PROCESO HACIA

LA EFICACIA DE LA AYUDA

Angola es uno de los pocos países de África subsahariana que no ha firmado todavía la Declaración de París y que se ha mantenido al margen de todos los procesos puestos en marcha en los Foros de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda por lo que no se puede hablar de una incorporación de los cinco principios de la declaración en la política de desarrollo del Gobierno. De hecho, apenas se puede hablar de avances en aquellos principios en los que la mayoría de los países han experimentado algunos avances como la armonización y el alineamiento entre Gobierno y donantes. La baja dependencia del Gobierno de Angola de la ayuda externa, el escaso peso de la AOD y de los donantes tradicionales en el país y el creciente peso de los donantes no tradicionales como China, Brasil, India, Rusia e Israel son algunos de los factores que pueden explicar el desinterés del Gobierno de Angola en la implementación de la Declaración de París. No obstante, a continuación intentamos rescatar algunos aspectos que pueden ser interesantes a la hora de ver cómo evoluciona Angola en el contexto de esta agenda.

Apropiación

Como el propio Gobierno de Angola recuerda a los donantes, el peso de éstos en la economía del país es insignificante y apenas llega al 0,5% del PIB del país. Este es el porcentaje más bajo de todo el continente y por tanto no implica ninguna dependencia de la ayuda exterior para Angola. De esto se puede deducir que el grado de apropiación de la agenda de desarrollo por parte del Gobierno angolano es bastante alta. Igualmente, en cuanto a la elaboración de políticas y programas que definen sus prioridades de desarrollo, también es el Gobierno quien lidera

los procesos de elaboración y puesta en marcha de éstas. No obstante, si hablamos de apropiación democrática, es preciso señalar que el poder del Estado se concentra en el Gobierno, frente a una Asamblea Nacional y una sociedad civil bastante débiles. La participación de la sociedad civil en los procesos de elaboración de las políticas de desarrollo presenta altibajos pues mientras que las organizaciones de mujeres han participado activamente en la elaboración de la Política para la Igualdad y la Equidad de Género y de la Ley de Violencia Doméstica, su participación ha sido casi inexistente en otras políticas clave como la Estrategia de Reducción de la Pobreza de 2004. Las causas de esta limitada participación de la sociedad civil, hay que buscarlas en la debilidad del tejido asociativo del país tras 27 años de guerra civil y la falta de espacios de participación efectiva por parte del Gobierno. Los limitados recursos con los que cuentan las organizaciones y la falta de capacidades técnicas hacen que la principal preocupación de muchas organizaciones sea la supervivencia. A esto se suma que el ámbito de actuación de la mayoría de las organizaciones de la sociedad civil es la provisión de servicios y apenas se trabaja en la incidencia o el diálogo político. Aunque algunas organizaciones reconocen la importancia de realizar un trabajo más estratégico y político que favorezca la creación de espacios de diálogo y coordinación son pocas las organizaciones que realizan este tipo de acciones.

Otro aspecto importante que define el grado de apropiación del Gobierno es su liderazgo en la coordinación entre Gobierno y donantes y en este sentido apenas existen mecanismos de coordinación. En parte debido a la falta de interés del Gobierno en establecer un diálogo más directo y estratégico con los donantes y en parte porque los donantes no han establecido sus propios mecanismos de coordinación y armonización para tener posicionamientos comunes frente al Gobierno. Esta falta de diálogo entre el Gobierno y los donantes es consecuencia de la escasa relevancia de la ayuda externa en relación al presupuesto del Estado y a que el motor de la economía angoleña y de su impresionante crecimiento económico es el petróleo, sector caracterizado por una cierta opacidad.

De hecho, la ayuda externa ha disminuido en los últimos años y ha ido acompañada de la salida del país de muchos donantes tradicionales como Italia, Reino Unido

ASOCIACIONES, ORGANIZACIONES Y REDES DE LA SOCIEDAD CIVIL

ORGANIZACIONES Y REDES DE MUJERES
Rede Mulher
Organização da Mulher Angolana (OMA)
Foro de Mulheres Jornalistas pela Igualdade do Genero (FMJIG)
Associação de Mulheres Juristas
Panafrican Women's Organisation (PWO)
Plataforma de Mulheres em Acção
Ação Angolana para Mulher (AAM)
Associação da Mulheres com VIH/sida
ORGANIZACIONES Y REDES MIXTAS
Associação Angolana para o Bem-Estar da Família (ANGOBefa)
Ação para Promoção Social dos Direitos Humanos
Angola Network of AIDS Service Organisations (ANASO)
Associados para a Defesa da Saúde Angolana
Associação para o Desenvolvimento Rural e Ambiente (ADRA)
PLATAFORMAS DE REDES
Forum das ONG Angolanas
Comitê de Organizações internacionais Não Governamentais em Angola

y Suecia, mientras que otros como Alemania, Noruega y Holanda han reducido considerablemente su presencia. Los donantes tradicionales que mantienen una presencia importante en el país son la Comisión Europea, Francia, Portugal, España, Japón y Estados Unidos y a estos se suman nuevos donantes como China o Brasil.

El sector salud ha sufrido también una drástica reducción en el número de donantes, siendo en estos momentos en estos momentos la CE, Japón, USAID y el Banco Mundial los donantes que permanecen en este sector. A partir de 2012, salud deja de ser sector prioritario para Francia y España mientras que Portugal lo mantiene pero reduciendo su apoyo. La CE iniciará en 2012 un nuevo proyecto de salud con el Ministerio de Salud por valor de 20 millones de euros. El proyecto tiene un fuerte enfoque en mortalidad materna e infantil, específicamente en la prestación de servicios sanitarios y el fortalecimiento de los niveles descentralizados.

Alineamiento

El principio de alineamiento es uno de los principios en los que menos se avanza, ya que requiere cambios en el comportamiento de los donantes respecto al uso de los sistemas nacionales y la previsibilidad de su ayuda, pero también sistemas nacionales más sólidos para disponer de estrategias, planes operativos, presupuestos y marcos de seguimiento más eficaces. Todos estos elementos deben existir para que el Gobierno pueda identificar las necesidades y prioridades que deben apoyar los donantes y a las que los donantes deben responder.

El apoyo presupuestario directo como herramienta de financiación y el enfoque SWAP han sido los principales mecanismos para facilitar un mejor alineamiento de los donantes con los sistemas nacionales. Sin embargo, en Angola no se utilizan estos instrumentos por diferentes razones. Por un lado, el país tiene una baja dependencia de la ayuda externa, que se sitúa en torno al 0,5% del PIB, por otro, no dispone de un marco presupuestario a medio plazo que le permita garantizar de forma previsible la financiación pública sectorial, tiene un marco de políticas públicas y programas muy débiles en algunos sectores y cuenta con un entorno poco favorable para una rendición de cuentas mutua.

En términos generales se puede decir que los donantes sólo se alinean con las prioridades establecidas en la Estrategia de Lucha contra la Pobreza.

Armonización

La armonización entre los donantes se encuentra actualmente en sus primeros pasos tras caracterizarse por un contexto de escasa coordinación y trabajo desde un enfoque de proyectos y programas, es decir a través del uso de los propios sistemas de gestión, seguimiento y evaluación en vez de utilizar los sistemas nacionales. En este sentido, será difícil cambiar este modo de funcionamiento en el futuro próximo pues la débil capacidad de las administraciones públicas tanto a nivel nacional como provincial y municipal no lo permite.

Por otro lado, la escasa dependencia del Gobierno de la ayuda externa hace que no se contemple el apoyo presupuestario directo como un mecanismo de financiación, por lo que se seguirá funcionando a través de proyectos y programas, más aún tras la llegada de los grandes programas globales como el Fondo Mundial, PEPFAR, y la Global Polio Eradication Initiative (Iniciativa Global para la Erradicación de la Polio).

A nivel de espacios de diálogo entre donantes existe un foro de alto nivel en el que participan los Jefes de Misión y los Embajadores, aunque se trata de un espacio de carácter político con poca relevancia para la coordinación y cuya interlocución con el Gobierno es muy limitada, debido al escaso peso que tiene la ayuda externa en el país y al poco interés del Gobierno en participar en dicho espacio.

A nivel sectorial apenas existen espacios de coordinación, excepto algunos de donantes europeos sobre derechos humanos, la mesa de donantes sobre agricultura y seguridad alimentaria y aquellos vinculados a iniciativas internacionales. En el ámbito de la salud, concretamente, aunque no existe ningún mecanismo de coordinación general si se cuenta con un Mecanismo de Coordinación País del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y un Comité inter agen-

cias de lucha contra la polio (ICC). En ambos espacios participan el Gobierno, los donantes bilaterales y multilaterales y la sociedad civil y al tratarse de los únicos mecanismos existentes también funcionan a nivel informal como espacio de intercambio de información sobre otros temas de salud.

Por su parte, la Unión Europea, ha establecido algunas mesas temáticas como la de seguridad alimentaria y derechos humanos, pero ninguna en salud o en género. Es probable, no obstante, que se cree una para género, ya que el Plan de Acción de Género de la Unión Europea establece que todas las delegaciones de la Unión Europea deben crear una mesa temática sobre esta cuestión.

A pesar de la existencia de estos espacios de coordinación, es difícil ver avances en la armonización entre donantes en el corto plazo, sobre todo si tenemos en cuenta el peso que tienen las iniciativas internacionales como PEPFAR o el Fondo Mundial que se caracterizan por tener sistemas de gestión, seguimiento y evaluación rígidos, que generalmente impiden la armonización de estos sistemas con otros donantes.

Gestión orientada a resultados y rendición mutua de cuentas

La gestión por resultados precisa del desarrollo de marcos de seguimiento de resultados vinculados a las estrategias nacionales. La falta de buenos marcos programáticos tanto nacionales como sectoriales, con indicadores y mecanismos de seguimiento y evaluación es una de las principales debilidades del Gobierno de Angola. A esto se suma la falta de estadísticas fiables, elemento clave para una buena gestión por resultados y para la elaboración de estrategias y políticas acordes con la realidad.

Angola es uno de los países con mayores niveles de corrupción vinculados a una opaca gestión de sus enormes recursos petrolíferos. Según Human Rights Watch,

entre 1997 y 2002 desaparecieron de la hacienda pública 4.200 millones de dólares¹¹. En 2010, a pesar de la puesta en marcha de algunas medidas anticorrupción, Angola seguía apareciendo en el puesto 168 de un total de 178 países, de acuerdo al índice de percepción de corrupción de Transparencia Internacional¹². Semejante nivel de es consecuencia de la falta de transparencia y rendición de cuentas del Gobierno y de la débil gobernanza democrática de las instituciones del Estado.

No obstante, en los últimos años se han producido algunos avances importantes como la publicación de las cuentas de los ingresos derivados del petróleo, la puesta en marcha de un sistema de gestión financiera para el seguimiento del presupuesto del Estado, y la realización una auditoría a Senangol, la compañía nacional de petróleo.

En cuanto al papel que la sociedad civil puede y debe desarrollar de control democrático, la realidad es que no existe una tradición de exigibilidad pública por parte de la sociedad civil, ni se considera seguro levantar la voz y cuestionar al Gobierno. Queda por ver si el proceso de descentralización puesto en marcha podría ayudar a una mayor rendición de cuentas, aunque el hecho de que los gobernadores provinciales sean nombrados por el presidente y los administradores municipales por el gobernador, hace difícil que prevalezcan los intereses de la población por encima de los del partido en el poder.

NOTAS

¹ Informe sobre Desarrollo Humano, PNUD, 2011.

² Ibidem.

³ Debido a la guerra civil que terminó en 2002, existe un grave problema de estadísticas en Angola. El censo más actualizado es el de 1970 y tampoco se ha realizado ninguna encuesta demográfica y de salud por lo que los datos de los que se dispone provienen de muestreos realizados por las agencias multilaterales o por el Gobierno, normalmente en las zonas urbanas o aquellas más accesibles. Como comenta el UNFPA, los datos no son representativos del país por lo que deben ser utilizados con mucha cautela, ya que no pasan de ser meras estimaciones.

⁴ Esta cifra es la manejada por el Ministerio de Salud de Angola para 2009

⁵ Ministério do Planeamento, 2010, Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio.

⁶ Gobierno de Angola, 2010. Política Nacional de Saúde, Decreto presidencial no. 262/10

⁷ European Commission, 2009. Country Level Evaluation, Angola. Volume 1: Main Report.

⁸ Hasta finales de 2011 género sólo ha sido incluido como sector prioritario en cuatro marcos de asociación, en la mayoría de los MAP se ha incluido como sector transversal.

⁹ Entrevista con personal en la AECID.

¹⁰ AECID, 2010. Seguimiento PACI 2009.

¹¹ Human Rights Watch, 2010. Transparency and Accountability in Angola, an update.

¹² Transparency International "Corruption perception index" 2010 http://transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi/2010/results

BIBLIOGRAFÍA

- AECID, 2005. Documento de Estrategia País, 2005-2008.
- AECID, 2005. VI Comisión Mixta Hispano-Angoleña de Cooperación Científico-Técnica y cultural.
- Banco Mundial, 2009. Donor Coordination and Aid Effectiveness in Angola.
- CEDAW, 2004. Angola, concluding observations adopted at the 31st session.
- Governo de Angola, 2010. Política Nacional de Saúde, Decreto presidencial no. 262/10.
- Governo de Angola, 2011. Lei no. 25/11 contra a violência doméstica
- Human Rights Watch, 2010. Transparency and Accountability in Angola, an update.
- INE, 2011. Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População, IBEP
- Instituto Nacional de Luta contra a Sida y ONUSIDA, 2010. Relatório sobre o Progresso do País para dar Seguimento aos Compromissos da Sessão Especial sobre VIH e SIDA da Assembleia Geral das Nações Unidas, 2008-2009.
- MAEC, 2009. Evaluación de la Cooperación Española con Angola, 2002-2007. 27 Informe de Evaluación.
- MAEC, 2010. Seguimiento PACI 2009.
- Ministério da saúde, Plano estratégico nacional de saúde reproductiva.
- Ministério da saúde, 2006. Roteiro para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em Angola (2007-2015)
- Ministério da Saude, 2009. Sistema Nacional de Saúde a nível Municipal.
- Ministério do Planeamento, Estratégia de Combate à Pobreza, 2003.
- Ministério do Planeamiento, 2010. Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio.
- Transparency International "Corruption perception index" 2010 http://transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi/2010/results
- Universal Periodic Review, 2010. Angola responses to recommendations. UPR-info.org
- USAID, 2010. Angola Health system Assessment 2010.

ACRÓNIMOS

AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo	OMS	Organización Mundial de la Salud
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	OTC	Oficina Técnica de Cooperación
CPMM	Comitês de Prevenção de Mortes Maternas Comités para la prevención de la mortalidad materna	PD	Plan Director
DEP	Documento de Estrategia País	PDS	Plano de Desenvolvimento Sanitário Plan de desarrollo sanitario
DPS	Direção Provincial de Saúde Dirección provincial de salud	PTV	Prevenção da Transmissão Vertical Prevención de la transmisión vertical
ECP	Estratégia de Combate à Pobreza Estrategia de Lucha la Pobreza	RMS	Repartição Municipal de Saúde Departamentos municipales de salud
GEC	Grupo estable de coordinación	SWAP	Sector Wide Approach Enfoque Sectorial
MAP	Marco de Asociación País	UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
MINSA	Ministério de Saúde Ministerio de salud	UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

EL CASO DE CABO VERDE

2. EL CASO DE CABO VERDE

2.1

CONTEXTO GENERAL DEL PAÍS

La República de Cabo Verde, un pequeño país insular situado a 455 kilómetros de distancia del noroeste del continente africano, cuenta con una extensión de 4.033 Km². Su clima es de carácter árido y semiárido, ya que se encuentra frente a la región del Sahel. En la actualidad, se estima que la cifra total de caboverdianos que viven en las islas ronda los 527.269, un 71% de los cuales es de origen criollo, un 28% africano y un 1% europeo. Más de la mitad es menor de 24 años. La isla más poblada es la de Santiago, albergando a un 50% de la población.

El archipiélago de Cabo Verde fue descubierto en el siglo XV y colonizado por Portugal, país del que obtendría la independencia en 1975. En los años 50 se pusieron en marcha una serie de movimientos en todo el continente africano con el objetivo de lograr la independencia y es en este contexto en el que Amílcar Cabral funda el African Party for the Independence of Guinea and Cape Verde (Partido Africano de la Independencia de Guinea y Cabo Verde, PAIGC). Tras décadas de lucha, es el 19 de diciembre de 1974, cuando el PAIGC firma un acuerdo con el Estado portugués mediante el cual se instituye un gobierno de transición en Cabo Verde que posteriormente promovería la institución de una democracia parlamentaria.

Hoy en día, el gobierno caboverdiano es de naturaleza democrática y su Constitución data de 1992. El sistema multipartidista se instauró en 1990 y desde entonces se ha considerado a este país el paradigma africano de la correcta implantación de una democracia. La alternancia de partidos se ha producido sin altercados violentos y las libertades y los derechos fundamentales de sus habitantes están reconocidos en el sistema legislativo vigente. Del mismo modo, la separación de poderes propia del Estado democrático, y más concretamente la independencia del sistema de justicia, se encuentra bien establecida, de manera que la incidencia de la corrupción a escala gubernamental es más bien reducida.

Cabo Verde es miembro de la Unión Africana y de la Comunidad Económica de los Estados de África Occidental (CEDEAO). Igualmente, entró a formar parte de la Organización Mundial del Comercio (OMC) en 2008 y desde el año 2000 es uno de los 79 países con los que la Unión Europea colabora a raíz de la firma del Acuerdo de Cotonú, concebido para promover la cooperación y la ayuda al desarrollo.

En lo que respecta a su situación económica, cabe destacar que se trata de uno de los países del continente africano con una de las rentas per cápita más elevadas, gracias al crecimiento que ha experimentado durante las últimas décadas. Su privilegiada situación geográfica, de marcado carácter estratégico, ha propiciado que el turismo y el sector servicios, que supone un 80% del su producto interior bruto, se conviertan en el motor de desarrollo de su economía. La agricultura, que representa únicamente el 11% del PIB, está destinada esencialmente al consumo interno debido a su escasa viabilidad como actividad generadora de ingresos a nivel nacional, ya que el clima y la reducida disposición de recursos no permiten promover su expansión.

Por otra parte, la promoción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) ha constituido uno de los pilares fundamentales del progreso que ha experimentado Cabo Verde en materia de derechos sociales y su desempeño al respecto ha sido, y continúa siendo, muy favorable, pues hoy en día cumple 4 de los 8 ODM (el objetivo 2, 3, 4 y 5), relativos a la consecución de la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la reducción de la mortalidad infantil y la mejora de la salud materna respectivamente, y está en camino de lograr el ODM 6. En la actualidad, su índice de desarrollo humano (IDH) es de 0,568, superior a la media africana de 0,463, y se encuentra en el puesto 133 de los 185 países incluidos en la lista elaborada por el PNUD en 2011.

Cabo Verde ha logrado reducir a la mitad la población que vive por debajo del umbral de la pobreza extrema, al igual que el porcentaje de personas que padecen desnutrición. Así, desde 1989 a 2007 la proporción de habitantes que debe hacer frente a una situación de pobreza ha disminuido de un 40% a un 27%. Sin embargo, a pesar de los avances logrados por el país en todos estos ámbitos

a lo largo de las últimas décadas, su situación continúa siendo vulnerable a causa de diversos factores. En primer lugar, las largas distancias que separan a las islas entre sí y al propio archipiélago del continente elevan los costes de las importaciones y dificultan las comunicaciones con el exterior. Además, la repercusión en la economía nacional de las complicadas condiciones climáticas presentes en su territorio ha propiciado que la población de Cabo Verde se caracterice por su movilidad. Hoy en día se calcula que la cantidad de población originaria del archipiélago que vive en el extranjero es mayor que la que permanece en el mismo y sus remesas han pasado a constituir una fuente de ingresos necesaria a escala nacional, lo que pone de manifiesto una vez más la debilidad de sus estructuras financieras internas.

De igual modo, la tasa de natalidad razonablemente elevada (1,44%) que se sigue registrando en el país, la considerable reducción del índice de mortalidad de sus habitantes, cuya esperanza de vida se ha incrementado hasta los 71,9 años, y la estabilización de la tasa de fertilidad (2,49 niños por mujer) suponen una de las causas de la presión que experimentan tanto el debilitado sector agrícola como sus escasos recursos naturales (solo un 10% de terreno del archipiélago es cultivable). Como hemos señalado arriba el 27% de la población vive bajo el umbral de pobreza y se calcula que un 14% sufre pobreza extrema. Las más afectadas por estas circunstancias continúan siendo las personas que viven en áreas rurales y las mujeres. Aunque se ha logrado la paridad de género en lo que respecta a la educación primaria y secundaria, estas últimas siguen encontrándose más expuestas a sufrir analfabetismo y desempleo. Asimismo, alrededor del 22% de ellas son, todavía hoy, víctimas de la violencia doméstica.

Por otro lado, debido a la ya mencionada fragilidad de sus limitados recursos financieros, Cabo Verde es un país extremadamente dependiente de la financiación externa. El hecho de que un 80% de las inversiones públicas y las efectuadas en los sectores sociales procedan de los fondos que le proporciona la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) supone un claro ejemplo de la situación en la que se encuentra. A raíz de su exclusión de la lista de los países menos adelantados del mundo, no obstante, los recursos provenientes de AOD se están reduciendo paulati-

amente y, por consiguiente, también su capacidad para impulsar y garantizar la implementación de sus políticas sociales y de reducción de la pobreza.

A pesar de que en la actualidad el país no se encuentra inmerso en ningún conflicto con otros estados, el mantenimiento de la seguridad se está convirtiendo en otra de las cuestiones más problemáticas a las que el Gobierno debe hacer frente, pues las tensiones originadas por las diferencias existentes entre la población urbana y rural, así como la creciente presencia del crimen organizado internacional en su territorio, constituye una amenaza significativa para la estabilidad interna.

2.2

EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

El Plan Nacional de Salud de Cabo Verde reconoce la protección de la salud como un derecho y tiene como principios orientadores la cobertura universal y la atención integral. De acuerdo al artículo 18 de la Lei no. 41/VI/2004, los órganos de acompañamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) tienen como función principal garantizar el ejercicio del derecho a la participación de los ciudadanos en las entidades que integran el sector de la salud. Estos órganos son, por un lado, el Conselho Nacional de Saúde (en castellano Consejo Nacional de Salud), los Conselhos Consultivos das Regiões Sanitárias (en castellano Consejos Consultivos de las Regiones Sanitarias) y las Comissões Municipais de Saúde (en castellano Comisiones Municipales de Salud).

El Conselho Nacional de Saúde es el órgano que supervisa al SNS y asesora al ministerio de salud en materia de formulación y ejecución de la política nacional de salud. Este órgano está compuesto por el director general de salud, los directores de los dos hospitales centrales, representantes de las asociaciones profesionales y sindicales sanitarias, así como representantes de los ministerios de educación, finanzas, saneamiento y medioambiente y de la asociación

de consumidores. Entre las funciones del Consejo destaca su participación en el diseño de las políticas de salud y la coordinación de las acciones intersectoriales.

Las Comissões Municipais de Saúde, por su parte están formadas por 18 miembros, 15 de ellos representantes de diferentes entidades públicas municipales relacionadas con el ámbito de la salud, y tres representantes de las asociaciones de promoción y defensa de la salud, las ONG que trabajan en el ámbito de la salud y la asociación nacional de defensa de los consumidores.

La estructura sanitaria del sistema público de salud cabo-verdiano se articula en torno a varias estructuras, entre ellas el centro de salud (CS). Existen 34 centros de salud operativos en todo el país y cada uno de ellos está dotado, en teoría, con un médico, varios enfermeros/as y varios agentes de salud. Cada centro de salud dispone de una unidad de salud reproductiva que ofrece servicios de cuidados infantiles, consultas pre y post natales, planificación familiar, consultas ginecológicas, servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes, en algunos casos, y atención al parto normal.

En el siguiente nivel atención, se encuentran los hospitales regionales. Estos establecimientos disponen de quirófano, por lo que centralizan las operaciones sencillas a nivel de distrito, incluidas cesáreas y otras complicaciones obstétricas. Los hospitales regionales supervisan el trabajo del personal sanitario de los centros de salud y pueden realizar visitas itinerantes a los centros de salud para apoyar determinadas especialidades como ginecología y obstetricia. Por último, encontramos dentro del SNS los hospitales centrales, uno con sede en Praia y otro, el Hospital Bautista en Sousa, en San Vicente que dependen directamente del Ministerio de Salud aunque tienen cierta autonomía de ejecución.

La disponibilidad de recursos humanos es uno de los problemas más graves con los que se enfrenta el sistema nacional de salud, no sólo por la falta personal sanitario

especializado sino también por la de personal de gestión administrativa. Una de las principales causas del déficit de personal sanitario es la ausencia de formación universitaria sanitaria pues la primera escuela de enfermería no se crea hasta 2007. En la actualidad hay tres escuelas operativas, la de la Universidad de Cabo Verde, la denominada Única y la de Mindelo. La faculta de enfermería de Cabo Verde recibe el apoyo de la Universidad de Coimbra pues uno de los principales problemas con los que se enfrenta la facultad es la falta de profesorado. En cuanto a las matronas, no existe ninguna especialidad de este tipo en enfermería y las pocas matronas que hay fueron formadas en 2007, en un curso de especialización, por profesores de la Universidad de San Vicente. Desde entonces, sin embargo, no se han formado más matronas y es el personal de enfermería general el que asume la atención en SSR.

Muchos médicos cabo-verdianos se forman en el extranjero, gracias a becas de estudios que reciben de donantes, especialmente de la cooperación portuguesa, o del propio gobierno, aunque el número de becas ha descendido en los últimos años. Muchos de ellos no regresan a Cabo Verde una vez termina su formación o regresan pero vuelven a emigrar. A este problema de falta de personal sanitario se suma la concentración de la mayor parte de los recursos existentes en las ciudades pues la mayoría de los profesionales sanitarios, especialmente los médicos, no quieren trabajar en las zonas rurales. Para mejorar la retención del personal sanitario y fomentar los traslados a las zonas rurales y las islas más alejadas, el Gobierno ha puesto en marcha en 2010 un sistema de incentivos y ascensos, y no se descarta desde el Ministerio de Salud tomar nuevas medidas para asegurar una distribución más equitativa del personal sanitario en todas las islas.

2.3

SITUACIÓN DE LA MUJER Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Cabo Verde ha ratificado la mayoría de los instrumentos regionales e internacionales que protegen los derechos de la mujer, entre ellos la Convención sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Carta Africana de los Derechos del Hombre y de los Pueblos y su protocolo opcional. Además, en julio de 2010, ha suscrito el protocolo opcional a la CEDAW que tenía todavía pendiente de firmar.

La Constitución de 1992 y la legislación cabo verdiana reconocen igualdad de derechos y libertades a hombres y mujeres. Como señala el artículo 23 “todos los ciudadanos son iguales ante la ley y nadie puede ser privilegiado, beneficiado, perjudicado o privado de cualquier derecho por razón de raza, sexo, ascendencia, lengua, origen, religión, condiciones sociales y económicas o convicciones políticas e ideológicas”. No obstante, se observan desigualdades de género en el acceso al empleo y la protección social. En 2010, por ejemplo, el 48% del total de familias y el 56% de las familias pobres estaban encabezadas por mujeres y las tasas cada vez más altas de embarazo precoz (en 2008, el 21% de niñas entre 15 y 19 años) y de violencia de género son también un indicio de los riesgos que enfrentan las adolescentes de caer en el círculo de la pobreza.¹

El país registra un gran avance legislativo en lo que respecta a la lucha contra la violencia de género. En este

sentido, desde 1997, el Código Penal contempla como delito los malos tratos físicos infringidos al cónyuge o a la pareja de hecho, añadiéndose tras la revisión de 2007 el maltrato psicológico y el trato cruel dentro de los actos punibles. Además, Cabo Verde cuenta con una Ley de Violencia basada en el Género que entró en vigor en marzo de 2011. Esta ley es el resultado de un largo proceso de trabajo conjunto entre las asociaciones de mujeres (OMCV, AMJ, Red de Mujeres economistas, Comisión de derechos humanos y Verdefam), el ICIEG y la Red de Mujeres Parlamentarias, para el que contaron con el apoyo de algunas embajadoras como las de Estados Unidos y Brasil y la financiación de la Embajada de Estados Unidos.

Según investigaciones llevadas a cabo por ICIEG y AMJ, la violencia de género es un problema que afecta a cualquier mujer caboverdiana, no importa su nivel socio-económico o educativo. Según el II Inquérito Demográfico e Saúde Reproductiva (en castellano Encuesta Demográfica de Salud Reproductiva) de 2006, realizado por el Instituto Nacional de Estadística, el 22% de las 1333 mujeres entrevistadas confesaron haber sido víctimas de violencia desde los 15 años y 20%, es decir una de cada cinco, en los últimos meses. De acuerdo a la DHS 2005, alrededor del 20% de las mujeres aprueba la violencia y la justifica sobre todo cuando la mujer no atiende bien a los/las hijos/as y en menor medida cuando la mujer rehúsa tener relaciones sexuales. Globalmente, en el 49% de los casos el agresor es el marido o compañero sentimental y en el 61% de los casos la violencia se produce en los primeros 5 años. Apenas el 36% de las mujeres buscan ayuda y el índice de denuncias (714 en 2006) es todavía bastante bajo, aunque en los últimos años ha aumentado gracias al trabajo de sensibilización realizado por distintos actores y la mayor concientización de las mujeres sobre sus derechos humanos.

Con esta nueva legislación, además, se consagra el derecho para la especial protección de las víctimas en el ámbito penal, laboral y social. Así, se establece que el delito de violencia basada en el género sea objeto de procedimiento urgente en los tribunales y que para su persecución sea

simplemente necesario denuncia de la víctima o de cualquier otra persona. Una vez interpuesta, no le es permitido a la mujer retirar la denuncia y en el plazo de 48 horas, el Ministerio de Justicia debe dar inicio a las primeras diligencias, teniendo otras 48 horas para realizar las diligencias suplementarias que estime oportunas. Junto a estas novedades, la Ley también prevé la creación o refuerzo de las estructuras institucionales destinadas a la lucha contra la VBG, entre ellas la creación de casas de acogida y el refuerzo de los gabinetes de apoyo a las víctimas de VBG.

La clave del éxito para la aprobación de la ley por unanimidad ha residido en el trabajo conjunto realizado entre las Red de Mujeres Parlamentarias y las organizaciones de mujeres (AMJ, OMCV, entre ellas), aunque no ha sido posible repetirlo en otros ámbitos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Igualmente el trabajo preparatorio de sensibilización con ciertos parlamentarios a efectos de reducir sus resistencias a la aprobación del Proyecto de Ley fue otra de las cuestiones determinantes para lograr sacarla adelante.

En cuanto a la aplicación de la Ley, de partida hay varias limitaciones que ponen en entredicho la consecución de los objetivos marcados, aunque será necesario esperar cierto tiempo para poder evaluar su implementación:

- La ley establece que el Gobierno debe poner en marcha casas de acogida y apoyo a las mujeres víctimas de violencia de género en el plazo de un año desde la aprobación de la Ley. Actualmente, sin embargo, no hay ninguna casa de acogida operativa y parece difícil poder alcanzar este objetivo teniendo en cuenta la ausencia de presupuesto asignado para ello.
- Al ser una ley reciente es todavía amplio el trabajo de divulgación necesario para darla a conocer a toda la población. Distintos actores como la AMJ o el ICIEG están realizando campañas y formaciones para divulgarla. En este marco, es especialmente importante la formación dirigida a los/las magistrados/as así como a psicólogos/as, personal médico y de enfermería, abogados/as y estudiantes.

- No existen juzgados específicos para la tramitación de las denuncias por malos tratos dentro de los plazos que marca la ley por lo que los casos se llevan desde los juzgados ordinarios. La única excepción, es el juzgado de Praia para delitos sumarios y abreviados con penas inferiores a 5 años, que permite tramitar con urgencia los casos de violencia de género aunque no sea una instancia específica para ellos.
- Aunque el delito de maltrato está penado con 1 a 5 años, la Ley prevé la posibilidad de que el agresor condenado realice trabajo comunitario en sustitución de la pena. No obstante, la ausencia de procedimientos para articular estos trabajos sociales y de un sistema de seguimiento no permite que se pueda aplicar esta medida.
- No existen sistemas de registro que permitan el seguimiento del impacto de la violencia de género.
- No existe un protocolo común para la atención de las mujeres víctimas de VBG en los centros de salud.

En otro orden de cosas, es importante mencionar que Cabo Verde se convierte desde 2008 en uno de los primeros países africanos en tener un gobierno paritario en términos de género. La presencia de las mujeres en otros puestos de responsabilidad, sin embargo, no es tan relevante por lo que existe una iniciativa para lograr la aprobación de una Ley de Paridad, que a pesar de varios intentos hasta ahora no ha logrado salir adelante. Para la Red de mujeres parlamentarias la aprobación de esta ley es un objetivo prioritario, porque sin ella será difícil conseguir que aumente de forma significativa el número de mujeres en el parlamento, en las asambleas municipales así como en otros puestos de responsabilidad política. A pesar de los avances realizados en el país en materia de participación de las mujeres en la vida política, éstas representan 15 de los 72 escaños que conforman el nuevo parlamento resultante de las elecciones de febrero de 2011, es decir el 20,8%, cifra todavía insuficiente.

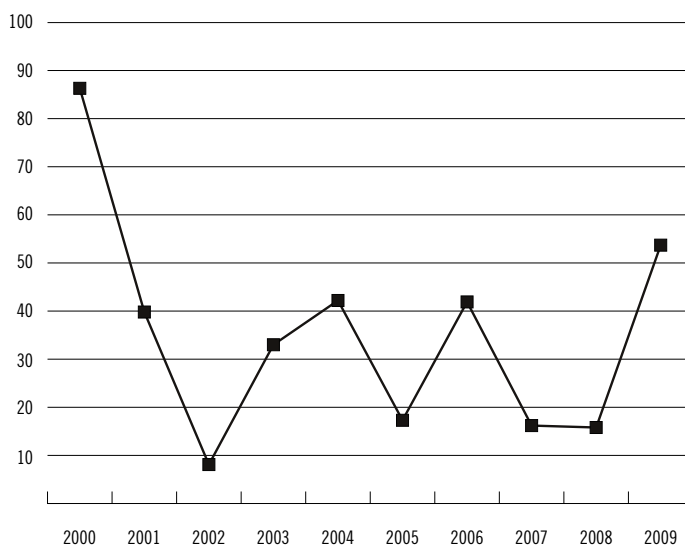
Datos clave sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en Cabo Verde

Existen divergencias sobre la actual tasa de mortalidad materna que en 2009 el gobierno situaba en 53 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, y datos de OMS y otras fuentes cifran en 94 por cada 100.000 nacidos vivos.
El parto atendido por personal considerado cualificado alcanza casi el 90%, aunque con diferencias nada desdeñables entre zonas rurales y urbanas (91,5% y 63,5% respectivamente).
El 72% de las mujeres acceden a cuatro visitas de control prenatal y el 48% al menos a un control después del parto.
La prevalencia anticonceptiva de métodos modernos es alta, alcanzando el 44%, aunque hasta el momento es el FNUAP el organismo encargado de suministrar el 100% de los anticonceptivos, que no se incluyen dentro de la lista de medicamentos básicos.
11,4% de las chicas y 32% de los chicos inicia relaciones sexuales antes de los 15 años y un 91% declara mantener relaciones de riesgo.
Las cuestiones de SR y VIH/sida están presentes en los contenidos educativos a través de dos asignaturas, Homem e Ambiente y Formação Pessoal e Social (FPS), que se imparten en educación secundaria.
La prevalencia del VIH/sida se mantiene por debajo del 1% aunque proporcionalmente alta entre el grupo de 15 a 24 años (2,3%) y mucho más determinante en el caso de los hombres que en las mujeres (1,1% frente a 0,4%)
Un 20% de mujeres ha sufrido violencia por parte del cónyuge o pareja.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva y el acceso a la salud, Cabo Verde presenta indicadores notablemente positivos en comparación con otros países de África Subsahariana. El crecimiento demográfico se sitúa en el 1,2% anual, según el censo de 2010 y según la DHS 2005 las mujeres caboverdianas tienen 2,9 hijos y desean 2,5 con

lo que parece que la fertilidad deseada y real es bastante acorde. De acuerdo a los datos del Ministerio de Salud², la tasa de mortalidad materna en 2009 está estimada en 53 muertes por 100.000 nacidos vivos aunque la OMS y otras fuentes la cifran en 94 por 100.000 nacidos vivos.

Mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos 2000 a 2009



Fuente: Relatório Estatístico de Saúde 2009 - Ministério de Saúde

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 el parto institucional, que alcanza casi el 90%, aunque con diferencias nada desdeñables entre zonas rurales y urbanas

(91,5% y 63,5% respectivamente), como en lo relativo a la atención prenatal, que muestra valores del 72% en el caso de 4 visitas³. En la atención post natal en cambio los valores son aún bajos, pues según datos del Ministerio de Salud la media es del 48%⁴.

PARTOS ASISTIDOS POR PERSONAL CUALIFICADO (MÉDICOS Y ASISTENTES), 2005 A 2009

	Nacimientos	Partos asistidos	%
2005	11.554	8.773	75,9
2006	11.925	9.116	76,4
2007	12.335	9.172	74,4
2008	12.697	9.475	74,6
2009	13.044	9.861	75,6

Fuente: Relatório Estatístico de Saúde 2009 - Ministerio de Salud

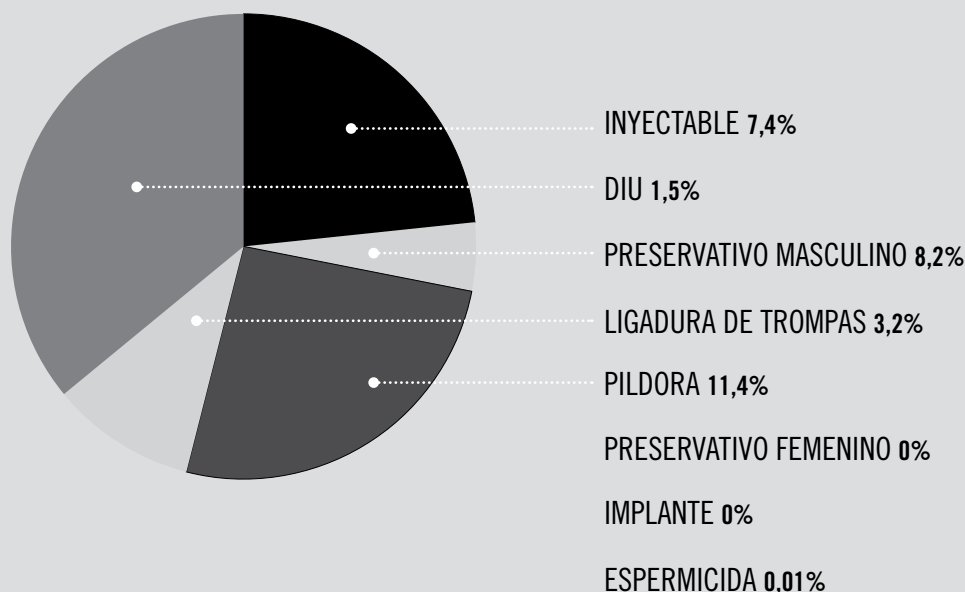
La atención en salud reproductiva es gratuita aunque se cobra una tasa por la atención al parto en el centro de salud de 2000 escudos o de 5000 en caso de cesárea. A pesar de la amplia cobertura de atención al parto, existe todavía una alta incidencia de partos en casa, sobre todo en aquellas zonas rurales donde el centro de salud no está fácilmente accesible. En estos casos, los partos son atendidos por parteras tradicionales aunque el sistema de salud está trabajando con este colectivo para que su papel se limite a referir a las mujeres al centro de salud.

En el caso del parto institucional, la mayoría son asistidos por enfermeras puesto que el número de matronas o enfermeras con especialidad en obstetricia disponibles en el sistema sanitario público de Cabo Verde es muy re-

ducido. Por otro lado, como la mayoría de los centros de salud no disponen de bloque operatorio, las emergencias obstétricas se atienden en los hospitales regionales o en los dos hospitales centrales, situados en las islas de Santiago y San Vicente. No en todos los casos, sin embargo, funciona operativamente el sistema de referencia pues éste utiliza los servicios regulares de transporte, es decir las líneas aéreas o navieras, salvo que la persona tenga seguro privado o se haga cargo de los gastos la Cámara Municipal, como ocurre en algunos casos.

Algunas asociaciones de mujeres consideran que la mortalidad materna está asociada también al aborto clandestino e inseguro, siendo una problemática que requiere de más atención por parte del Ministerio de Salud

Prevalencia (porcentaje) contraceptiva por método, 2009



Fuente: Relatório Estatístico de Saúde 2009 - Ministerio de Salud

y de más sensibilización y comunicación social. Cabo Verde cuenta con una de las legislaciones más avanzadas del continente africano en relación con la interrupción voluntaria del embarazo regulado por la Ley nº 09/III/86 de Interrupção Voluntária da Gravidez ⁵ (en castellano Ley de interrupción voluntaria del embarazo) y el Decreto-Lei n.º 07/87 ⁶, de forma que está permitido a petición de la mujer en las primeras doce semanas de embarazo y en cualquier otro momento en el supuesto de que la continuación del embarazo suponga un riesgo mortal para la madre o lesiones graves o permanentes en su salud física o psíquica, así como, para evitar la transmisión al feto de una enfermedad hereditaria o contagiosa de carácter grave y para evitar una malformación fetal o perturbaciones mentales.

Las mujeres pueden tener acceso a la interrupción del embarazo dentro del sistema sanitario público, donde es obligatoria la asistencia, aunque únicamente se realizan en los dos hospitales centrales de Santiago y San Vicente y también en aquellas clínicas privadas acreditadas por el Ministerio de Salud para ello. El coste de la intervención en el sistema público alcanza los 6000 escudos, a los que hay que sumar los 500 escudos de los exámenes previos y los 1500 de la ecografía, mientras que el sistema privado puede llegar a los 10.000, siendo demasiado alto para mujeres cuyo salario medio ronda los 8000 escudos (unos 70 euros al mes) y para las jóvenes que no cuentan con recursos. Aunque no se dispone de ningún estudio específico todavía, el personal sanitario

y las ONG con las que se realizaron entrevistas reconocen que los centros de salud y hospitales se encuentran más frecuentemente de lo deseado con complicaciones derivadas de abortos inseguros que en algunos casos llevan a la infertilidad de la mujer o a la muerte. Además, el sistema de salud ha detectado el aumento del uso del Citotec, sobre todo entre las jóvenes, y una recurrencia de las mujeres a los servicios clandestinos con un coste superior al de la atención en hospital. Como explicación a este fenómeno se refieren por un lado, el deseo de las mujeres de que no se sepa su estado de embarazo con la necesidad consecuente de realizarse la intervención en otros circuitos, y por otro, la mayor tardanza que presenta el sistema público, donde hay lista de espera y el proceso se demora más.

Por su parte, la tasa de prevalencia anticonceptiva de Cabo Verde es significativamente más alta que la del resto de países africanos, ascendiendo al 57% según la DHS 2005 y al 44% según el IDSR-II 2006 y habiendo aumentado muy significativamente en las zonas rurales. No obstante, es preciso todavía llevar a cabo un esfuerzo por parte del Ministerio de Salud para incorporar los métodos anticonceptivos dentro del listado de medicamentos del SNS y asumir su aprovisionamiento y distribución, pues hasta el momento es UNFPA el que se encarga de suministrar el 100% de los métodos anticonceptivos a través de una donación, mientras que el Ministerio de Salud asume el suministro de todos los demás insumos de salud reproductiva y medicamentos antirretrovirales⁷.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN CABO VERDE, 2009

TOTAL EMBARAZOS	EMBARAZOS < 15 AÑOS		EMBARAZOS 15-19 AÑOS	
11.557	70	0,6 %	2.615	22,6

Fuente: Relatório Estatístico de Saúde 2009 - Ministerio de Salud

A pesar de la alta tasa de prevalencia anticonceptiva, el porcentaje menor de uso se halla en la franja de edad de 15 a 19 años, lo cual es consistente con el alto índice de embarazos en adolescentes que presenta Cabo Verde y que asciende, según datos de 2009, al 22% en mujeres de 15 a 19 años.

El Ministerio de Salud es consciente de la necesidad de reforzar el acceso de los y las jóvenes a información y educación sexual puesto que existe constancia, a través de los estudios llevados a cabo, del precoz inicio de las relaciones sexuales (11,4% de las chicas y 32% de los chicos antes de los 15 años según la II IDSR 2006) y del alto nivel de relaciones de riesgo (el 91% de jóvenes entre 15 y 19 años así lo declara de acuerdo a la II IDSR 2006). Además, los datos demuestran que los y las jóvenes no usan en la mayoría de los casos el preservativo durante su primera relación sexual y tampoco cuando mantienen relaciones fuera de la pareja.

Hasta el momento las iniciativas han estado focalizadas por un lado, en la creación de centros específicos de atención en salud reproductiva para jóvenes y por otro, en la inclusión de la información sobre salud sexual y reproductiva dentro del currículo escolar. En cuanto a lo primero, se han habilitado espacios de atención es-

pecializada para jóvenes dentro de 3 centros de salud reproductiva del país mientras que en el resto se realiza bien en el mismo espacio que los adultos o a través de unidades móviles. Los centros con atención especializada cuentan con una psicóloga, personal médico y de enfermería joven y una nutricionista y en ellos se prestan a los y las jóvenes servicios de IEC, planificación familiar, consulta de ginecología, y consulta de psicología, entre otros, atendidos en el momento y sin necesidad de cita previa. Una limitación para estos centros, no obstante, es el hecho de que los y las jóvenes sólo pueden tener acceso a anticonceptivos y servicios de salud sexual y reproductiva sin el consentimiento de sus padres a partir de los 16 años. Por otro lado, el Ministerio de Salud y UNFPA han puesto en marcha Centros de Información y Asesoramiento para la Juventud que existen en prácticamente todos los municipios del país. En estos centros se presta información y orientación a jóvenes y adolescentes en prevención del embarazo no deseado, ITS/Sida, interrupción del embarazo y anticoncepción, además de otros temas no relacionados con la salud sexual y reproductiva. Además, con apoyo de UNFPA y OMS se ha llevado a cabo en 2009 un análisis de la situación de la salud reproductiva de los y las adolescentes que está sirviendo de base para la elaboración de una estrategia específica para este colectivo.

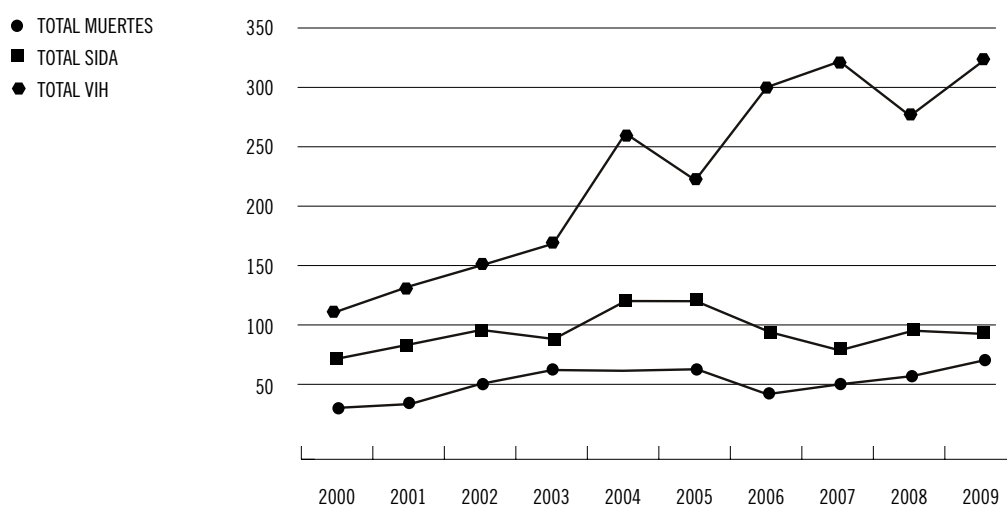
A nivel escolar, las cuestiones de salud reproductiva y VIH/sida están presentes en los contenidos educativos a través de dos asignaturas: Homem e Ambiente y Formação Pessoal e Social que se imparten en secundaria. Al mismo tiempo, el Ministerio de Salud está llevando a cabo, con apoyo de UNFPA y UNICEF, una revisión curricular para incorporar las cuestiones de género, prevención de VIH/sida y salud sexual y reproductiva en el contenido curricular de manera transversal. Además, en algunas escuelas se está implementando una iniciativa piloto llamada Espacio de Orientación e Información (EOI) donde se informa a los y las jóvenes, entre otras cosas, sobre temas de sexualidad y que puede ser extendida a otros centros educativos con apoyo de UNFPA y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis.

La prevalencia del VIH/sida se mantiene alrededor del 0,8% aunque proporcionalmente alta entre el grupo de 15 a 24 años (2,3%) y mucho más determinante en el caso de los hombres que en las mujeres (1,1% frente al 0,4%).

No obstante, el registro de casos en las mujeres aumenta en relación al de los hombres desde 2004, cuando se comienza a hacer el test voluntario a las embarazadas y a aplicar el tratamiento para la PTV y el VIH/sida de forma gratuita. La Ley nº 19/VII/2007 de 26 de noviembre que regula los aspectos ligados a la prevención tratamiento y control del VIH/sida, establece una especial protección para las mujeres embarazadas al regular que los servicios de consulta prenatal deberán prestar a estas mujeres la información y asistencia necesaria y el acceso al test voluntario. Los hombres en cambio llegan al centro de salud sólo cuando ya existen graves dolencias con lo cual es mucho más difícil aplicarles el test. En 2007, la relación de nuevas infecciones por VIH en mujeres y hombres era del 61% frente al 39%.⁸

El grado de conocimiento sobre la enfermedad (100%) y los métodos de protección (80% en el caso del uso del preservativo y la fidelidad), es muy alto y prácticamente cubre a toda la población, independientemente del estado civil, el sexo, el lugar de residencia

EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH-SIDA 2000-2009



Fuente: Relatório Estatístico de Saúde 2009 - Ministério de Salud

CASOS DE INFECCIÓN VIH-SIDA, 2000-2009

AÑO	N.º casos nuevos de infección VIH				N.º casos nuevos de infección SIDA				N.º muertes		
	masculino	femenino	N/ Inform.	Total	Masculino	Feminino	N/ Inform.	Total	Masculino	Feminino	Total
2000	44	42	28	114	49	25	0	74	20	14	34
2001	71	63	0	134	53	31	1	85	23	14	37
2002	79	72	0	151	62	36	0	98	40	14	54
2003	84	83	2	169	47	43	0	90	30	35	65
2004	109	151	0	260	66	57	0	123	37	27	64
2005	105	112	6	223	69	53	0	122	36	31	67
2006	104	194	1	299	36	61	0	97	25	21	46
2007	123	195	1	319	35	43	2	80	31	22	53
2008	116	159	1	276	48	47	1	96	39	22	61
2009	138	178	3	319	47	46	0	93	44	30	74

Fuente: Relatório Estatístico de Saúde 2009 - Ministerio de Salud

o el nivel educativo⁹. No obstante, las estadísticas indican que las mujeres continúan estando más expuestas que los hombres al VIH/sida puesto que sólo el 46% de las mujeres, frente al 72% de los hombres, declaran protegerse con el preservativo en relaciones consideradas de alto riesgo.

La Ley n.º 19/VII/2007 de 26 de noviembre que regula los aspectos ligados a la prevención tratamiento y control del VIH/sida, establece una especial protección para las mujeres embarazadas al regular que los servicios de consulta prenatal deberán prestar a estas mujeres la información y asistencia necesaria y el acceso al test voluntario.

En cuanto a la población adolescente y joven, las principales problemáticas relacionadas con la salud sexual y

reproductiva nos refieren a la falta de información, la mayoría de las veces debida a los tabúes, la vergüenza y el recelo a acudir a los servicios de salud, a la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales (32,2% de los jóvenes y 11,4% de las jóvenes antes de los 15 años) y al débil uso de métodos anticonceptivos (referido por apenas el 20% y el 18% de las y los jóvenes respectivamente), lo cual convierte el tema del embarazo adolescente en una de las principales preocupaciones de las autoridades sanitarias. Según datos de 2005, cerca del 20% de las jóvenes de 15 a 19 años han estado embarazadas al menos una vez, cifra que sube al 21% en 2008. A esto se une, el problema de la prostitución infantil y juvenil y la violencia física y psicológica, a pesar de la no existencia de datos cuantitativos que midan la magnitud del problema¹⁰.

2.4

POLÍTICAS PÚBLICAS

EN EL SECTOR SALUD

Y LA IGUALDAD DE GÉNERO

La II Estrategia de Crescimento e Redução da Pobreza (Estrategia de Crecimiento y Reducción de la Pobreza) es el documento de referencia que marca las prioridades de desarrollo del país para el periodo 2008 – 2011. Dentro del marco de esta estrategia, el fortalecimiento y la reforma del sector salud se considera uno de los ejes fundamentales en la lucha contra la pobreza, sobre todo en lo que respecta a garantizar el acceso de las poblaciones más vulnerables a los cuidados de salud. Las prioridades en esta línea se centran fundamentalmente en la promoción de la salud sexual y reproductiva, la salud materno-infantil, la vigilancia integrada de enfermedades con potencial epidémico y la lucha contra las enfermedades no transmisibles. Junto a ello, los ejes transversales de principal prioridad son: el desarrollo de los recursos sanitarios, con especial atención a reforzar las capacidades existentes con formación especializada; la estructuración del sistema de salud fundamentalmente orientada a reforzar los centros de salud en zonas rurales; rehabilitar los hospitales de referencia a nivel nacional; mejorar los servicios y reforzar el Sistema de Información Sanitaria y los programas prioritarios (entre ellos salud reproductiva y VIH/sida); y la promoción de la equidad en el acceso a la atención sanitaria a través del fomento de la participación de la población en la promoción de la salud y el establecimiento de una mayor cooperación con otros sectores y organismos de la sociedad civil.

Igualmente, el Programa del Gobierno para la VII legislatura 2006-2011 recoge como uno de los aspectos de importancia la promoción de la igualdad de género y detalla las prioridades en las siguientes acciones, entre otras: Definir e implementar los instrumentos de seguimiento y evaluación adecuados para implementar el enfoque de

género en el sistema de planificación y en la política de presupuestos, así como en las políticas sectoriales; adoptar mecanismos que promuevan la igualdad de oportunidades y una mayor participación de las mujeres en la actividad económica; atribuir especial atención dentro de las Casas de Derechos y las Casas del Ciudadano a las cuestiones ligadas a la violencia doméstica y a la reducción del acceso a los servicios; dotar a las comisarías de policía de servicios de atención a la VBG por agentes del sexo femenino con formación específica; y reforzar la colaboración con las OSC.

Además de tener presencia en los documentos generales de desarrollo y lucha contra la pobreza del país, los aspectos relacionados con el sector salud se abordan en diferentes políticas y planes específicos siendo el más importante la Política Nacional de Saúde de 2007 -2020 (en castellano Política Nacional de Salud). Ésta se basa a su vez en la Lei de Bases de Saúde (en castellano Ley de Bases de Salud) aprobada por el gobierno en 1989 y que se encuentra en revisión. Como principios que orientan el sistema de salud la PNS reconoce, entre otros, la universalidad de la cobertura en todos los niveles de prestación de servicios de salud, la descentralización del sistema de salud, la complementariedad entre el sector privado y público y el co-pago por parte de la población de los gastos de salud, directamente o a través de las entidades de previsión social. Además, la PNS 2007-2020 reconoce el acceso universal a los cuidados de salud reproductiva a todos los grupos de población, y para los y las adolescentes y jóvenes preconiza acciones para promover sus derechos en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva.

En el ámbito específico de la salud sexual y reproductiva, encontramos como documentos de referencia la Política Nacional de Población de 1995, la Estrategia Nacional de Comunicação para a mudança do comportamento em Saúde Reprodutiva de 2003 (en castellano Estrategia Nacional de Comunicación para el cambio de comportamiento en salud reproductiva), el Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Sida 2006-2010 (en castellano Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el Sida), y el Plano Estratégico de Informação, Educação e Comunicação IST/VIH/sida 2008-2010 (en castellano Plan Estratégico de Información, Educación y Comunicación ITS/VIH/sida).

Por otro lado, aunque no existe formalmente una única estrategia o plan que defina las prioridades en salud sexual y reproductiva, estas se reflejan en los diferentes documentos mencionados hasta ahora y se complementan a través del Programa Nacional de Salud Reproductiva 2008-2012. Este programa, que ya ha pasado por varias fases, fue creado en marzo de 2001 con el objetivo de contribuir a mejorar el estado de salud reproductiva de la población caboverdiana y de los/las adolescentes y jóvenes a través de la implementación de programas específicos. Dos años más tarde, en 2003, la Estrategia Nacional de Comunicação para a mudança do comportamento em Saúde Reprodutiva vino a reforzar este programa al poner en marcha estrategias específicas para contribuir a la adopción de comportamientos saludables y responsables en salud reproductiva a través de las siguientes acciones:

- Información en salud reproductiva de calidad disponible en los diferentes grupos objetivo con acciones específicas para los y las jóvenes, los hombres y la población en general.
- Desarrollo de mensajes y selección de soportes para los mismos.
- Desarrollo de una estrategia de difusión.
- Definición del papel de los actores involucrados en salud reproductiva y refuerzo de sus competencias.
- Mejora del sistema de seguimiento y evaluación.
- Desarrollo de una estrategia de incidencia para movilizar recursos financieros para el PNSR.
- Desarrollo de una estrategia de incidencia para la revisión de las leyes existentes y la elaboración de nuevas leyes (prevención de la transmisión vertical del VIH, prostitución, acceso a los servicios de salud reproductiva para menores de 16 años, etc.)
- Sensibilización de las autoridades para un mayor rigor en el cumplimiento de las leyes.

Tampoco existe en Cabo Verde actualmente una estrategia de SR para adolescentes, a pesar de la importancia que el Ministerio de Salud y el Gobierno presta al tema y a la existencia de un borrador de estrategia que no acaba de ser aprobada. No obstante, el PNSR 2008-2012 prevé una serie de medidas específicas para este colectivo, entre ellas la realización de Campañas de IEC, y la creación de algunas unidades de atención únicamente para

jóvenes en ciertos centros de salud, que necesitarían ser extendidas a todo el sistema pues sólo están operativas en unos pocos centros.

En cuanto a la lucha contra el VIH/sida, ésta comenzó en 1986 con la aparición de los primeros casos de infección. En 1989, Cabo Verde realiza la 1ª Encuesta nacional de seroprevalencia con un resultado de 0,46% de casos en la franja de edad de 15 a 55 años. En ese mismo año se crea el Programa Nacional de Lucha contra el Sida y el Grupo de Acción Antisida que luego será convertido en CCS-Sida. Las primeras actividades se centraron en la creación de laboratorios para la realización de transfusiones de sangre seguras, en la vigilancia epidemiológica, en la formación de animadores y en la comunicación social. En 2002, se adopta el I Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Sida (en castellano Plan Estratégico de Lucha contra el Sida), vigente hasta 2006, que permite la definición de un marco único de políticas, así como la puesta en marcha de un mecanismo único de coordinación y un solo sistema de seguimiento y evaluación.

El Comité de Coordinación de lucha contra el Sida (CCS- SIDA) es la estructura multisectorial que agrupa a todos los organismos actuando en este ámbito y está presidido por el Primer Ministro. Este organismo es responsable a nivel de decisión de coordinar la implementación de la PNL y hacer seguimiento de todos los proyectos relacionados con este tema. La sociedad civil cuenta con participación formal en este órgano a través de 3 representantes de organizaciones de jóvenes, 3 de organizaciones de mujeres y 3 de instituciones religiosas. El nivel operativo se lleva desde el Programa de Lucha contra el VIH/sida del Ministerio de Salud, las delegaciones de salud y los Comités Municipales de lucha contra el Sida que son los encargados de coordinar y gestionar las actividades de los diferentes actores a nivel municipal, incluidos los de las ONG.

El II PNL 2006-2010 es el documento de referencia en la lucha contra el VIH/sida y prevé la promoción de actividades focalizadas en la persona, la familia y la comunidad, al mismo tiempo que coloca el foco en grupos prioritarios objeto de atención específica, concretamente jóvenes, mujeres en situación monoparental, huérfanos, trabajadoras del sexo y sus clientes, inmigrantes y usua-

rios de drogas. Igualmente, prioriza como ejes estratégicos la prevención de la transmisión sexual, vertical y vía sanguínea del VIH; la mejora de la calidad de vida de las personas infectadas y afectadas por el VIH/sida asegurando el acceso universal a tratamiento y medicamentos; el refuerzo de la participación de los diferentes actores; y la gestión y coordinación de la respuesta multisectorial al VIH/sida. Una Instancia Nacional de Coordinación presidida por el Ministro de Salud, que incluye a representantes de diversos ministerios, de OSC, de las diferentes entidades del sistema de Naciones Unidas la coordinación del Programa del Fondo Global y el secretario ejecutivo de la Plataforma de ONG y del CCS-Sida es la encargada de preparar el III PNLS que deberá estar operativo entre 2011 y 2015.

La Unión Europea, el Banco Mundial, que aunque decidió retirarse en 2009 destinó a lo largo de siete años más de 9 millones de dólares para apoyar la implementación del I y II PNLS, la GTZ, el sistema de Naciones Unidas y más recientemente el gobierno brasileño o la Fundación Clinton, son algunos de los donantes que han prestado o prestan su apoyo a la lucha contra el VIH/sida en Cabo Verde. Además, a finales de 2009, se presentó una propuesta a la 8ª Ronda del Fondo de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, obteniéndose después de varios intentos una financiación por valor de unos 12 millones de dólares para dar continuidad al Programa de Lucha contra el Sida del país.

La Plataforma de ONG y el CCS-Sida son las dos entidades que han firmado el acuerdo con el Fondo Global puesto que éste exige que haya una institución gubernamental y una institución de la sociedad civil como receptores y gestores de la ayuda, de forma que la plataforma de ONG's se pueda encargar de los fondos destinados a las asociaciones que trabajan en temas de VIH/sida y el CCS-Sida de los fondos gestionados por el Ministerio de Salud y otros entes públicos.

En relación con la igualdad de género, el Instituto Cabo-Verdiano para a Igualdade e a Equidade de Género (ICIEG) es el órgano público responsable del impulso e implementación de las políticas vigentes en este ámbito, en ausencia de un Ministerio que como tal asuma estas funciones. Formando parte de la propia estructura del Gobierno de

Cabo Verde, la creación del ICIEG fue aprobada tras las elecciones legislativas de Enero de 2006¹¹. Éste proviene del anterior Instituto da Condição Feminina creado por el Gobierno en 1994 para la promoción de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, así como para el aumento de la participación efectiva y visible de las mujeres en todos los ámbitos de la vida pública y del desarrollo del país.

A pesar de la influencia del ICIEG y su liderazgo en el impulso de las políticas de igualdad, sería necesario que el gobierno de Cabo Verde reforzara su compromiso con estas cuestiones mediante la creación de un Ministerio de la Mujer o al menos de una Secretaría de Estado de Igualdad, pues la capacidad de influencia del ICIEG es limitada en relación a los demás ministerios. De hecho, Cabo Verde es uno de los pocos países africanos con los que coopera España que no cuenta con un Ministerio de este tipo.

Por otro lado, la dispersión geográfica del país en 10 islas, algunas de las cuales muy distantes entre sí, dificulta y debilita el alcance de la labor del ICIEG puesto que sólo existe oficina en la capital, Praia. Igualmente, la falta de recursos propios es otro de los retos clave para el trabajo del ICIEG pues el Gobierno sólo cubre los costes operativos (personal y gastos de sede, etc.) y son los donantes los que aportan los fondos para la implementación de los programas y estrategias que impulsa esta institución, entre ellos: Naciones Unidas a través de UNFPA y ONU Mujeres que aportan apoyo económico técnico, AECID, y el Fondo Galego de Cooperación e Solidariedade que apoya el programa para la transversalización de género en las municipalidades y la elaboración de presupuestos participativos.

El ICIEG cuenta con un Consejo Consultor, organismo de apoyo al Gabinete del Primer Ministro y a la Administración del Estado que tiene como misión apoyar y evaluar la ejecución de las políticas públicas en materia de género, realizar el seguimiento de los compromisos internacionales firmados y ratificados por Cabo Verde, así como asegurar la cooperación y la coordinación de objetivos y políticas en materia de equidad de género en todos los sectores públicos de la Administración y las ONG cabo-verdianas. En este Consejo Consultor participan las ONG Morabi y OMCV y los ministerios de agricultura y finanzas,

entre otros. La participación de las ONG, no obstante, no responde a criterios definidos y, según algunas organizaciones, se limita a aquellas que son próximas al gobierno y que no siempre tienen representatividad ante las demás ONG, ya que no comparten ninguna información. En todo caso, este organismo tiene un carácter más bien formal y hasta ahora no ha funcionado del todo, aunque se pretende relanzar en el marco de una iniciativa del ICIEG para impulsar la transversalización de género en todos los niveles de gobierno. Sería muy positivo, además, que se articulara un espacio de participación de la sociedad civil más formal, amplio, y democrático.

A nivel de políticas, los dos documentos más importantes son el Plano Nacional para a Igualdade e Equidade de Género, (en castellano Plan Nacional para la Igualdad y Equidad de Género, PNIEG II 2005-2011), y el Plano Nacional de Combate à Violência Baseada em Género (en castellano Plan Nacional de Lucha contra la Violencia basada en el Género PNCVBG, 2007-2010). El PNIEG 2005-2011, evaluado en 2008 y elaborado con participación de todos los ministerios junto a las ONG de mujeres, es el instrumento que define las estrategias y las medidas para promover la equidad y la igualdad de género en las diferentes áreas prioritarias: educación, salud, empoderamiento económico y empleo, VBG y participación política. En la actualidad está además previsto la elaboración de un nuevo Plan de Igualdad para el periodo 2012-2015.

Como resultado de la priorización de las cuestiones de género y los derechos de las mujeres, tras la adopción del PNIEG, se dan algunos pasos significativos en diferentes espacios:

- Como hemos señalado más arriba, el Programa de Gobierno 2006-2011 para la VII Legislatura contempla como prioridad avanzar hacia la equidad de género.
- El Instituto nacional de Estadística elabora a partir de entonces un Relatorio de salud reproductiva y relaciones de poder en el espacio doméstico que permite hacer seguimiento de ciertos indicadores.
- Se incorpora al ICIEG a determinados Consejos Consultivos de otros organismos públicos.
- Se desarrolla una estrategia de movilización de recursos.
- Se aprueba el PNVBG 2007-2011.

- Se crea el Centro de Estudios de Género e Familia (en castellano Centro de Estudios de Género y Familia).
- Se apoya la elaboración de políticas locales de género a nivel municipal, se elaboran los dos primeros Planes Municipales de Igualdad y Equidad de Género de Praia y Paul y se inicia el proceso en otros dos municipios.
- Además, en el ámbito específico de salud, el ICIEG en aplicación del PNIEG ha puesto en marcha y apoyado entre otras acciones, una campaña nacional para el diagnóstico del cáncer de mama y una guía de animación y autoformación de técnicos de salud en materia de atención específica en SSR/VIH-Sida.

En cuanto al ámbito de la violencia de género, los objetivos del PNCVBG, 2007-2011 se centran sobre todo en la creación de mecanismos de prevención de la VBG así como de protección y reinserción de las víctimas y el desarrollo de acciones que permitan un cambio de mentalidad. Como parte de su apuesta por el fortalecimiento de los temas de igualdad en Cabo Verde, la AECID ha apoyado la implementación de esta estrategia través de un proyecto de 3 años concedido al ICIEG.

El Plan ha dado luz verde a la puesta en marcha de una Red de Apoyo a las Víctimas de VBG coordinada por el ICIEG e integrada por organizaciones de la sociedad civil e instituciones públicas como las delegaciones de salud, la policía nacional, los hospitales centrales, el instituto Caboverdiano de la Juventud y la Niñez, o la Procuraduría General de la República. Esta red surge de la necesidad de promover una mayor articulación entre los distintos actores implicados en la atención a las mujeres que sufren violencia y dar respuestas más eficaces y eficientes a las personas que lo requerían. Esto se consigue a través de la creación de una serie de gabinetes de apoyo a las mujeres víctimas de VBG, donde se presta asistencia jurídica y psicológica gratuita que actualmente están operativos en 7 de las 10 islas (Fou, San Vicente, Sal, Praia, Santiago, San Anton y Santa Caterina) que conforman el país y se gestionan a través de ONG como la Asociación de Mujeres Juristas o la Organización de las Mujeres de Cabo Verde.

Igualmente, el Plan propone una estrategia de sensibilización para la transformación del comportamiento violento, así como la integración de los hombres en la lucha contra la violencia de género. Estas acciones incluyen

cursos de formación en igualdad y equidad de género, y el establecimiento de unidades de psicología forense para el acompañamiento a las víctimas. Igualmente fue implementado un Proyecto de Psicología Forense encaminado a garantizar la prueba de todas las formas de violencia de las que las mujeres son víctimas, más allá de la física, como resultado del cual 50 magistrados fueron sensibilizados y acreditados 26 psicólogos forenses para trabajar directamente con los tribunales. A esto se une también una iniciativa para despertar sensibilidades y transmitir conocimientos y herramientas al personal de la policía nacional para atender profesionalmente a las mujeres víctimas que acudan a las dependencias. Este programa, denominado Formação da Polícia Nacional em Violência Baseada no Género (VBG) e Atendimento Especializado à Víctima de VBG (en castellano Formación de la Policía Nacional en VBG y atención a víctimas de VBG) se ha implementado hasta ahora en las comisarías de policía de los municipios de Santa Catarina (Santiago) y Praia y en las islas de Fogo, San Antão, San Vicente y Sal.

Igualmente, desde 2009, se ha constituido, con apoyo del ICIEG, la Red Lazo Branco Cabo Verde, una plataforma integrada por más de 60 hombres de diferentes áreas de formación y actuación, fuertemente involucrados en

la lucha contra la VBG. Otras asociaciones que desarrollan acciones específicas dentro del PNIEG son la Rede de Mulheres Economistas de Cabo Verde, que apoya a mujeres que sufren VBG atendidas a través de la red Sol, la ONG MORABI, que cuenta con un Gabinete de Apoyo Psico-social a las Víctimas de VBG y portadoras del VIH en Praia, o la asociación Zé Monis que cuenta con una línea telefónica de información.

Finalmente, en lo que respecta al tráfico de personas y la explotación sexual, el Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre violencia contra las mujeres, sus causas y consecuencias, considera a Cabo Verde como un punto de tránsito para traficantes, lo que preocupa a nivel de prostitución juvenil ¹². Los pasos encaminados a combatir esta situación así como a dar apoyo para la integración social de las mujeres que desean dejar la prostitución han sido escasos. No obstante, el 9 de junio de 2010, el gobierno de Cabo Verde firmó un Memorando de Entendimiento con Portugal para la promoción de la igualdad de género, en el marco del cual ambos países acuerdan dar prioridad a la prevención del tráfico de mujeres y niñas con fines de explotación sexual y se comprometen a adoptar medidas conjuntas.

Normativa y Políticas relacionadas con Salud , Género y DDSSRR

Constitución (1975)

Leyes

- Ley de Violencia basada en el Género (2010)

En elaboración

- Ley de Interrupción voluntaria del embarazo
- Revisión del Código Penal
- Revisión de la Ley de Herencia

Políticas y planes

- Política Nacional de Población (1995)
- Planes Estratégicos Nacionales para la lucha contra el VIH/sida (2006-2001 y 2011-2015)
- Plan Nacional de Igualdad de Género y Equidad (2005-2011)
- Política Nacional de Salud (2007)
- Plan Nacional de lucha contra la Violencia basada en el Género (2008-2011).
- Estrategia Nacional de Comunicación para el cambio de comportamiento en salud reproductiva (2003)

En elaboración:

- Estrategia de SSR para adolescentes 2011-2014
- Estrategia Nacional de SR 2011-2014

2.5

LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

La presencia de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) en Cabo Verde se inicia en los años 80, aunque no es hasta 2007 cuando se reabre la Oficina Técnica que había cerrado sus puertas en 1991¹³. El Plan Director 2009-2012 de la cooperación española, consolida a este país como socio prioritario para la cooperación española al incluirlo en el “Grupo A” de países de asociación amplia, lo que le permite acceder a todos los instrumentos de financiación disponibles y a un aumento progresivo de la ayuda, ya que según el PD los países incluidos en esta categoría deben concentrar 2/3 de la ayuda especificada geográficamente.

Las prioridades sectoriales en la relación con este país son definidas en el DEP Cabo Verde 2006-2008 y posteriormente en la IV Comisión Mixta Hispano-Caboverdiana de Cooperación para el Desarrollo 2007-2009. En ambos casos se establecen como sectores prioritarios la soberanía alimentaria, la consolidación del proceso de descentralización y modernización de la Administración Pública y la protección del medioambiente. Además, se apoyan acciones específicas para aumentar las capacidades y autonomía de las mujeres, especialmente a través del fortalecimiento de las políticas y mecanismos nacionales de igualdad y el apoyo a medidas para la prevención y tratamiento de la violencia de género, pero también mediante el Programa Global de Desarrollo Profesional y Apoyo a las Iniciativas Empresariales de las Mujeres de Cabo Verde, en colaboración con el Instituto de Empleo y Formación Profesional. Aunque la salud sexual y reproductiva no aparece como un objetivo del DEP, ésta se incluye como línea estratégica, con el

La cooperación española en Cabo Verde

Constitución (1975)

Sectores prioritarios en el nuevo MAP

- Gobernabilidad
- Cultura
- Medio ambiente y agricultura

Sectores de salida

- Servicios sociales
- Género: queda como eje transversal porque el gobierno caboverdiano lo rechazó como específico

Datos AOD

- Total ayuda (2007-2009): 44 millones de euros.
- Total ayuda prevista para 2011: 11 millones de euros.
- Cooperación descentralizada: Canarias y Galicia destinaron en 2009; 1,2 millones de euros y 2 millones de euros en 2008.
- AOD vía presupuestario directo para el periodo 2011-2014: 16 millones de euros fijos + un variable de 8 millones de euros.
- Vía multilateral: apoyo a ONU MUJERES.
- Instituciones y ONG de mujeres que han recibido fondos vía ONGD españolas o Fondo España-NEPAD: Asociación de Mujeres Juristas, OMCV y Morabi.
- ONGD españolas presentes en el país: Habitáfrica, IEPALA, Fundescan.

objetivo específico de reducir el número de embarazos precoces, uno de los principales problemas de salud sexual y reproductiva con el que se enfrentan las jóvenes caboverdianas y que mayor preocupación genera al ministerio de salud y los diferentes actores que actúan en el sector. A nivel geográfico, la cooperación española se define como de ámbito nacional con acciones específicas en algunos municipios, como el de Ribeira Grande, en la isla de Santiago.

El DEP sigue en vigor hasta la firma del Marco de Asociación País con Cabo Verde, que actualmente se encuentra en proceso de validación y cuya firma estaba prevista para septiembre de 2011. En las negociaciones llevadas a cabo, para elaborar el borrador se mantienen cuatro sectores prioritarios: gobernabilidad, cultura, medioambiente y agricultura, mientras que desaparece servicios sociales básicos, que incluía salud. Aunque en un principio se propuso al Gobierno de Cabo Verde considerar género como uno de los sectores prioritarios, éste prefirió apostar por otros ámbitos, por lo que género queda únicamente como eje transversal.

La identificación de los sectores prioritarios ha sido realizada por la AECID y por el Ministerio de Negocios extranjeros en representación del Gobierno de Cabo Verde. En una segunda fase se involucró a los diferentes ministerios implicados para definir las líneas estratégicas de cada sector y una vez identificados los sectores y las líneas estratégicas se organizaron reuniones informativas con la sociedad civil tanto española como local, el sector privado y otros actores implicados. Tanto la Plataforma das ONG como algunas de las asociaciones locales participaron en el proceso de consulta, aunque se trató más de una formalidad para informar a las organizaciones sobre los sectores y líneas prioritarias ya identificadas que para involucrar a las organizaciones en el proceso de identificación.

En cuanto a niveles de AOD, Cabo Verde es uno de los pocos países africanos en los que la AOD ha aumentado desde 2005 y se estima que seguirá creciendo en los próximos años, según algunas personas entrevistadas. De hecho, la ayuda no reembolsable durante el periodo 2007-2009 alcanzó los 44 millones de euros, muy por encima de los 27 millones inicialmente previstos en la IV Comisión mixta hispano-caboverdiana.

Evolución de la AOD de la AECID en Cabo Verde 2005-2010

año	AOD bilateral neta			AOD neta		
	AECID	Otros ministerios	Descentralizada	Total	Contribución multilaterales	Total
2005	2.712.835	-1.247.614	885.725	2.351.936		1.990.047
2006	2.355.104	436.498	1.022.381	3.813.983		5.272.862
2007	8.556.101	4.805.529	1.767.739	15.129.369		21.702.637
2008	10.578.885	1.403.396	2.034.259	14.016.540	1.409.163	15.425.703
2009	9.809.069	3.946.108	1.257.189	15.012.366	2.680.038	17.692.403
2010	10.971.545	Sin datos	Sin datos	10.971.545	Sin datos	Sin datos

Fuente: DGPOLDE

Además, con el nuevo MAP se quiere consolidar la ayuda bilateral como principal instrumento de financiación a través del refuerzo del apoyo presupuestario directo general que viene recibiendo Cabo Verde. De hecho, la cooperación española en este país ha sido fundamentalmente bilateral, pasando de 1,1 millón de euros en 2006 a

6,3 millones en 2007 con la firma de la Comisión Mixta, y sin dejar de crecer desde entonces hasta alcanzar los 11 millones de euros previstos para 2011. Paralelamente, la ayuda canalizada a través de ONGD y organismos multilaterales se ha mantenido estable aunque menos significativa, en torno a 1 millón y 500.000 euros respectivamente.

AOD de la AECID dirigida a Cabo Verde por instrumentos (M€)

Año	Bilateral directa	ONGD	OOII	OAH	Total
2005	1,8	0,3	0,3	0,3	2,7
2006	1,1	1		0,3	2,4
2007	6,3	1	0,2	1	8,5
2008	8	1	1,2	0,4	10,6
2009	8,3	0,8	0,55	0,15	9,8
2010	9,5	1	0,5	0	11

Fuente: DGPOLDE

La mayor parte de la ayuda bilateral se canaliza hacia el sector de agricultura y medioambiente, cultura y reforma de la administración pública. El apoyo presupuestario tiene cada vez un papel más importante y ha pasado de suponer 13 millones de euros para el periodo 2007-2010 a significar un apoyo fijo de 16 millones de euros más un apoyo variable, vinculado al cumplimiento de objetivos, de 8 millones de euros en el periodo 2011-2014.

Adicionalmente a los fondos bilaterales, existe un importante volumen de fondos canalizados por la vía multilateral siendo los más relevantes dentro del sector de salud y de género los que reciben la Organización Mundial de la Salud y los que se dirigen al Programa de Igualdad y Derechos de Género del NEPAD y al Fondo España-NEPAD para el empoderamiento de las mujeres africanas.

En cuanto a la presencia de ONGD españolas en Cabo Verde, ésta no es quizás tan amplia como en otros países africanos, aunque entramos entre otros actores a Habítáfrica trabajando en el sector de agua y saneamiento, a Fundescan que se enfoca en el empoderamiento económico de las mujeres y a IEPALA, que se centra en la formación y el empoderamiento de las mujeres, siendo además una de las ONGD que lleva más tiempo en el país. En cuanto a las organizaciones locales, éstas suelen recibir financiación a través de ONG españolas o también directamente de la AECID. Así, por ejemplo, la OMCV ha recibido financiación para dos proyectos:

- Creación de tres Gabinetes de Orientación e Inserción Profesional para las mujeres (GOIP). Este proyecto fue inicialmente financiado por la cooperación gallega a través de la ONG Fundescan. La AECID ha financiado dos fases del proyecto a través de Fundescan y la 4ª y última fase ha sido financiada directamente a OMCV.
- Apoyo a microempresarias, ambos en colaboración con el Instituto de Empleo e Formação Profissional (IEFP) y el ICIEG.

En líneas generales, las organizaciones locales querrían disponer de una relación más directa con la cooperación española, tanto para la obtención de fondos como para el diálogo de políticas. Una forma de hacerlo sería, según ellas, seguir el ejemplo de la cooperación francesa que puso en marcha un fondo para ONG locales destinado a la ejecución de proyectos y a apoyar su fortalecimiento.

Por último, pero no menos importante, la ayuda descentralizada también llega a Cabo Verde a través de la cooperación canaria y gallega aunque disminuyó notablemente en 2009, pasando de más de 2 millones en 2008 a 1,2 millones. La cooperación canaria en Cabo Verde se rige por el Convenio Marco de Cooperación de 1999 y los sucesivos Programa Indicativos de Cooperación surgidos a raíz del mismo, en los cuales se definen las prioridades y principales acciones para el periodo de duración previsto. Hasta el momento se han firmado 3 PICs, el último de los cuales vigente hasta 2011 (Programa Indicativo de Cooperación 2008-2011). En los últimos años, la presencia de la cooperación canaria

se ha consolidado con la apertura de una delegación en el país, lo que contribuirá a ahondar las relaciones entre ambos socios. Entre 2007 y 2010, la cooperación canaria ha desarrollado 67 proyectos en Cabo Verde por valor de más de 6M€ aunque su contribución en el ámbito de salud y género es muy poco representativa pues la mayor parte de los recursos se han concentrado en los sectores de gobierno y sociedad civil, educación post-universitaria, formación de adultos y energías renovables y agua.

Además, el Comisionado de Acción Exterior del Gobierno de Canarias y la AECID han firmado un acuerdo de cooperación 2010-2012 en virtud del cual se comprometen a desarrollar iniciativas de cooperación en el continente africano, especialmente en Senegal, Mauritania, Marruecos y Cabo Verde, en base a una programación conjunta en la que anualmente se irán definiendo los proyectos a financiar dentro de las siguientes prioridades sectoriales: buen gobierno; ciencia, tecnología e innovación; sostenibilidad ambiental y lucha contra el climático vinculado a la soberanía alimentaria y a la gestión de recursos hídricos, entre otros aspectos. En el reparto de la financiación, la AECID asume el 70% mientras que la cooperación canaria el 30% restante, con un máximo de 5 M€ anuales (3,5 M€ AECID y 1,5 M€ Canarias).

En cuanto a la cooperación gallega, el Fondo Galego de Cooperación e Solidariedade es una institución, creada en 1997, que agrupa a 96 municipios y a las 4 diputaciones provinciales con el objetivo de hacer cooperación de forma conjunta. Cabo Verde es país prioritario para la cooperación gallega desde 2003 y en 2005 se aprueba el Plan de Acción para o Fortalecemento da Nova Administración Local Cabo Verde 2005-2008 que define las prioridades en el país y que tiene continuidad a través del documento de Líneas Estratégicas 2011-2013. El Fondo Galego, que ha desarrollado unos 32 proyectos por valor de más de 1 M€ en estos años, ha contribuido directamente a la implementación de políticas locales con perspectiva de género a través del apoyo al ICIEG en 2009 para impulsar la elaboración de los Planes de Igualdad y Equidad de Género de los municipios de Praia y Paul, y al Municipio de Paul para la implementación del plan aprobado.

2.6

EL PROCESO HACIA LA EFICACIA DE LA AYUDA

En este apartado, se abordan los principales progresos realizados por Cabo Verde en el marco de la implementación de la agenda de eficacia de la ayuda a nivel general y específicamente en relación con el sector salud, género y los derechos sexuales y reproductivos.

La redacción de los 12 indicadores previsto en la DP no contenía en principio enfoque de género por lo que la Declaración Final del Foro de Mujeres en Accra señaló como una prioridad: “La revisión y redefinición del sistema de seguimiento de la Declaración de París mediante indicadores inclusivos, que midan los resultados del desarrollo de forma similar a los que se realizan en la CEDAW o en otros procesos como los Objetivos del Milenio.”¹⁴

Esta ausencia de enfoque de género ha tratado de subsanarse en la Encuesta para el Monitoreo de la Declaración de París llevada a cabo por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en 2011, A través de la inclusión de un módulo opcional sobre equidad de género con tres indicadores que responden a la estrategia propuesta en los Principios Rectores del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) en materia de Eficacia de la Ayuda, Igualdad de Género y Empoderamiento de la Mujer (2008).¹⁵

Cabo Verde, es uno de los pocos países que ha elaborado dicho módulo y se ha autoevaluado sobre los tres aspectos recogidos en la encuesta:

- 1 La incorporación de la igualdad de género y del empoderamiento de la mujer de forma sistemática en las estrategias nacionales de desarrollo (apropiación).
- 2 La existencia de datos desagregados por sexo (gestión orientada a resultados en materia de igualdad de género).
- 3 La responsabilidad mutua en materia de igualdad de género y empoderamiento de la mujer.

Los resultados de la evaluación no son muy alentadores en términos de implementación, si bien el hecho de hacer seguimiento de este módulo demuestra, al menos, el interés y la voluntad del gobierno cabo-verdiano por avanzar en estos temas. En relación a la incorporación de la igualdad de género en la estrategia nacional de desarrollo del país, la evaluación recogida en el módulo opcional muestra que si bien la DECPR incorpora la igualdad de género como un eje de la lucha contra la pobreza a largo plazo y ha desarrollado políticas específicas como el PNIEG y el PNLVBG, es necesario todavía avanzar en la incorporación de un enfoque transversal de género en el marco lógico que define los objetivos y resultados perseguidos por la DECPR pues apenas uno de los objetivos, el de igualdad de género, incorpora datos desagregados y no se ve claro el vínculo entre las medidas estratégicas propuestas para la promoción de la igualdad de género y los resultados previstos. Por otro lado, en términos de presupuesto, el financiamiento destinado a lograr el objetivo de igualdad de género entre 2008 y 2011 previsto en la DECPR es el 0,2% del total y no se observan evidencias de que el presupuesto nacional y los presupuestos sectoriales tengan enfoque sensible al género. En esta línea, el ICIEG está poniendo en marcha el Programa + Género que pretende contribuir a transversalizar esta perspectiva en todos los programas, proyectos y estrategias gubernamentales y locales.

El segundo indicador se refiere a la existencia de datos desagregados por sexo dentro de la matriz de evaluación de la DECPR y en este sentido, la evaluación muestra que no hay suficientes indicadores que cumplan este requisito, al tiempo que el texto tampoco destaca las diferencias de situación entre hombres y mujeres. En el área de salud sobre todo no existe una práctica sistemática de desagregación de datos por sexo lo que dificulta la planificación de acciones con perspectiva de género. Finalmente en lo que atañe al tercer aspecto que se refiere a la existencia de un mecanismo de evaluación mutua no existe ningún mecanismo de este tipo en marcha por lo que no se está produciendo una efectiva rendición de cuentas en los temas relacionados con igualdad de género.

En cuanto a los avances en la implementación de los diferentes principios de la DP, nos centraremos en aquellos donde se denotan más avances, empezando por la

apropiación. Este principio se define como la capacidad del país socio de ejercer una verdadera responsabilidad sobre sus políticas y estrategias de desarrollo, lo cual no es siempre fácil cuando se depende en gran medida de la ayuda externa. Este principio implica que el país debe tener una visión de desarrollo a largo plazo coherente, y una estrategia a medio plazo para su implementación que esté ligada también a las estrategias de desarrollo local y sectorial, además de una cierta capacidad presupuestaria y de seguimiento para ponerla en marcha y revisarla en función de los progresos realizados.

Aplicado a Cabo Verde, la última evaluación de la OCDE sobre la implementación de la Agenda de Eficacia de la Ayuda de 2008 muestra que este país se encuentra en un nivel C, pues si bien cuenta con un Documento Estrategia de Crecimiento y Reducción de la Pobreza (DECRP) y una estrategia a medio plazo para su implementación, la relación entre el presupuesto y el marco de gastos a medio plazo no es lo suficientemente claro y los recursos para implementar la DECRP no llegan a las municipalidades, pues se quedan a nivel central.

En el ámbito de la salud, la igualdad de género y los derechos sexuales y reproductivos, como hemos visto en apartados anteriores, Cabo Verde cuenta con un marco programático amplio que se concreta en diferentes políticas como el Plan Nacional de Salud, el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario y las políticas específicas sobre VIH/sida, violencia, igualdad y salud reproductiva. No obstante, como señala UNFPA es preciso todavía mejorar la relación entre las prioridades reflejadas en estas políticas y el marco presupuestario anual pues no siempre se corresponden entre sí.

En cuanto al aspecto de apropiación democrática, que hace referencia a la necesidad de que las políticas y planes adoptados se realicen con la participación de todos los actores involucrados, la mayoría de las ONG que trabajan en salud, género y derechos sexuales y reproductivos declaran haber participado en la elaboración de las principales políticas del sector, si bien la mayoría de las veces en forma de consulta pero no de toma de decisiones. Su capacidad para influir en las prioridades y ser escuchadas es limitada como en la

mayoría de los países, y las metodologías no son estrictamente participativas. A pesar del relevante trabajo que desempeñan las OSC en Cabo Verde, según algunas personas entrevistadas es necesario seguir promoviendo una agenda de género clara, reivindicativa y común a todas las organizaciones en las que estén presentes los derechos, la violencia de género, la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes y el empoderamiento económico y político de las mujeres. En este sentido, muchas organizaciones surgen de movimientos políticos por lo que tradicionalmente no tienen una agenda de incidencia.

Por otro lado, a pesar de que el 60% de la ayuda se canaliza a Cabo Verde a través de apoyo presupuestario, el papel de la sociedad civil en el seguimiento de la ayuda y de la agenda de eficacia es nulo. Esto es debido al desconocimiento y falta de capacidad de las OSC por un lado, pero también a la falta de mecanismos formales para la participación. Por otro lado, el paso de Cabo Verde a país de renta media está teniendo consecuencias para las organizaciones de sociedad civil, ya que se están reduciendo de forma significativa los fondos destinados a ONG.

Esta ausencia de participación de la sociedad civil puede extenderse también a todo lo que tiene que ver con la rendición mutua de cuentas. Este principio hace referencia a la obligación de los gobiernos donantes y socios de responsabilizarse del uso de la ayuda al desarrollo ante sus ciudadanos y ciudadanas y de poner en marcha, por tanto, un sistema para examinar los progresos realizados en la ejecución de los acuerdos existentes.

No existe, sin embargo, constancia de que Cabo Verde cuente con un mecanismo formal e independiente de rendición mutua de cuentas, a excepción del formato que sigue el Grupo de Apoyo Presupuestario, que ha establecido una matriz común para el seguimiento de las reformas llevadas a cabo en el marco de la DECRP, particularmente en aquellos ámbitos a los que se dirige el apoyo presupuestario. En el marco de este grupo, se realizan cada año dos evaluaciones conjuntas donde se rinden cuenta de los progresos realizados. En este proceso no participa la sociedad civil, tal como exige la DP, que permanece bastante ajena a todo lo que tiene que

ASOCIACIONES, ORGANIZACIONES Y REDES DE SOCIEDAD CIVIL

<p>Organização das Mulheres de Cabo Verde (OMCV)</p>	<p>Es la organización histórica del movimiento de mujeres desde la independencia en 1976 y fue la primera organización en trabajar en salud materna y planificación familiar en los años 80. En la actualidad, trabaja en algunos aspectos de salud vinculados a la prevención de ITS, embarazo adolescente, o VIH, pero su intervención se focaliza mayormente en otros aspectos como el desarrollo económico o la lucha contra la VBG.</p>
<p>MORABI</p>	<p>La Associação de Apoio à Autopromoção da Mulher no Desenvolvimento (MORABI) cuenta con sedes importantes en la Isla de São Vicente y Santiago. MORABI-São Vicente dedica buena parte de su esfuerzo a la concesión de microcréditos a mujeres de bajos ingresos para facilitar la autonomía económica para sus familias mediante el acceso a los recursos financieros que, de otro modo, no podrían conseguir. También cuenta con un Gabinete de Apoio Psico-social a mujeres víctimas de VBG y portadoras del VIH.</p>
<p>Asociación de Mujeres Juristas</p>	<p>Esta asociación es una de las organizaciones de mujeres más relevantes de Cabo Verde y promueve la eliminación de toda discriminación contra la mujer y la defensa de los derechos humanos en Cabo Verde.</p>
<p>VerdeFam</p>	<p>La Asociación Cabo-verdiana para a Protecção da Família, miembro de IPPF, es la ONG que trabaja específicamente en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a través de 6 centros, denominados CINSÁUDE, que incluyen también servicios específicos para adolescentes y jóvenes.</p>
<p>Plataforma das ONG Caboverdianas</p>	<p>La Plataforma das ONG Caboverdianas fue creada en junio de 1996. El secretariado ejecutivo (que incluye delegaciones en las islas de São Vicente, Mindelo, y Santiago, Praia) lo componen seis personas. Los objetivos de la Plataforma das ONG Caboverdianas son representar y defender los intereses de las ONG afiliadas; reforzar la concertación y la cooperación entre las ONG y sus socios (Gobierno, ONGD del norte y organizaciones comunitarias) y promover el intercambio de experiencias.</p>
<p>Red de Mujeres Parlamentarias</p>	<p>Esta red informal, que agrupa a mujeres parlamentarias dispuestas a impulsar los temas de género y derechos de las mujeres, juega un papel clave puesto que no existe formalmente en el parlamento de Cabo Verde una comisión sobre asuntos de mujer que vea obligatoriamente estos temas.</p>
<p>Red de hombres por la Igualdad de Género</p>	<p>Esta red, denominada Lazo Branco Cabo Verde, es una plataforma nacida en 2009 e integrada por más de 60 hombres de diferentes áreas de formación y actuación, fuertemente involucrados en la lucha contra la VBG.</p>

ver con la agenda de eficacia. Esta rendición mutua de cuentas además, se realiza entre gobierno y donantes pero no trasciende a los parlamentos ni a los ciudadanos y ciudadanas de ambas partes.

En lo que respecta al principio de armonización, la AOD destinada a Cabo Verde, a través de los 12 donantes que representan el 91% de la ayuda que llega al país, ha comenzado a disminuir desde que el país obtuvo la categoría de país de renta media. En el proceso de adaptación a su nueva condición, el gobierno ha estado apoyado desde 2006 por el llamado Grupo de Apoyo a la Transición, co-presidido por el Coordinador residente de NNUU y el Ministro de Negocios Extranjeros e integrado por los donantes bilaterales y multilaterales.

Desde 1994, en que la AOD representó el 25% del presupuesto nacional, la ayuda al desarrollo ha descendido progresivamente, manteniéndose estable en los últimos cinco años entre el 12% y el 15% de PNB. Como hemos señalado, ese descenso se basa en el hecho de que Cabo Verde dejó de pertenecer a la categoría de países menos adelantados (PMA) en 2008, pasando a ser el segundo país africano que logra esta evolución. No obstante, pese a estar hoy día en el grupo de países de renta media, Cabo Verde enfrenta vulnerabilidades económicas relacionadas con su anterior condición de PMA. Así, por ejemplo, los dos pilares de su economía, el turismo y las remesas, dependen del clima financiero general y desde el punto de vista ecológico, la escasez de recursos hídricos subterráneos, la sequía recurrente y otros problemas medioambientales pueden poner en peligro los progresos logrados en materia de desarrollo y reducción de la pobreza. Por otro lado, a pesar de los avances observados y la mejora continuada de los indicadores de desarrollo humano entre 1990 y 2007, en 2011 la tasa de pobreza se situaba todavía en el 27%.

En la actualidad, la ayuda bilateral al sector salud apenas representa el 2% de la AOD total recibida por Cabo Verde y la tendencia general es que siga disminuyendo, ya que los principales donantes del sector están retirándose. El Banco Mundial decidió salirse de sectores sociales básicos en 2008 mientras que Luxemburgo, el donante más relevante con el Plan de Apoyo al Desarrollo de la Región Sanitaria de Santiago Norte 2006-2010 valorado en 10 millones de euros, está de salida en 2011 aunque continua-

rá con el programa de refuerzo de capacidades. Portugal, por su parte, mantiene el apoyo puntual en la formación de especialidades médicas y las evacuaciones, China apoya en infraestructura y en el establecimiento de un sistema de información sanitaria y Cuba en la formación especializada.

Esta situación de salida o “fatiga del donante” se explica, por una parte, por el desarrollo que ha vivido el país en los últimos años y por la existencia de mejores indicadores de salud que en otros países de la región de África Occidental, pero también se debe a una cierta falta de liderazgo y diálogo del Ministerio de Salud. En cualquier caso, el presupuesto sectorial de salud seguirá financiado a través de los fondos destinados al apoyo presupuestario directo, principal instrumento para la recepción de la ayuda externa en Cabo Verde, y en este sentido, UNFPA está apoyando la realización de un análisis del presupuesto público estatal en el sector salud que permita tomar medidas posteriores para favorecer una mejor correlación de las partidas presupuestarias con las prioridades marcadas en este sector.

Dentro del sistema de Naciones Unidas, UNFPA es la agencia que tradicionalmente ha jugado un papel más relevante en Cabo Verde en todo lo que respecta a salud reproductiva. De acuerdo al Programa Común de Naciones Unidas para Cabo Verde 2012 – 2016, las prioridades para los próximos años se centrarán en los siguientes ejes estratégicos: salud reproductiva de los/las jóvenes y adolescentes; financiación del 100% de los métodos anticonceptivos dentro del presupuesto del estado; servicios de salud reproductiva de calidad; integración de los indicadores de la CIPD dentro de los sistemas de información y bases de datos existentes y promoción de los mecanismos multi-sectoriales para luchar contra la violencia de género. Para la ejecución de esta parte del Programa Común, UNFPA cuenta con presupuesto previsto de unos 7 M€.

En temas de género, por su parte, Naciones Unidas y la AECID son los principales donantes en el sector, mientras que la cooperación luxemburguesa o la portuguesa han financiado algún proyecto puntual. ONU Mujeres también es un actor fuerte en este sector y apoya al ICIEG en la inclusión de la perspectiva de género en el presupuesto general del Estado. En una primera fase se ha trabajado con el Instituto de estadística para disponer de datos desagregados por sexo, que hasta ahora no existían, y se ha

formado a personal de diferentes ministerios en la realización de auditorías de género. En una próxima fase se realizarán reuniones formativas con el ministerio de finanzas, tres ministerios sectoriales, el Parlamento y ciertas ONG.

A nivel de liderazgo, la coordinación de la ayuda por parte del gobierno caboverdiano se lleva a cabo desde dos ministerios: el Ministerio de Finanzas y la Función pública, responsable de la ayuda a través de créditos, la más representativa, y el Ministerio de Asuntos Exteriores, responsable de la ayuda no reembolsable. El gobierno de Cabo Verde, consciente de la importancia de la aplicación de la agenda de eficacia de la ayuda, ha solicitado colaboración del Sistema de Naciones Unidas en el país para elaborar un Código de Conducta que marque las directrices de la relación y la coordinación entre el gobierno y los donantes, así como un Plan de Acción para la Implementación de la DP que agrupe las prioridades en esta línea. El objetivo de este último documento sería traducir la DP en un esquema de acciones y estrategias que pueda concretar y servir de referencia para la aplicación de los cinco principios en Cabo Verde.

Desde hace años, la ayuda al desarrollo a Cabo Verde ha comenzado a canalizarse a través de apoyo presupuestario general pues el país cumple los requisitos para poder utilizar esta modalidad. Así, el volumen de ayuda recibida a través de programas y apoyo sectorial se ha incrementado desde el 2007 del 31% al 60%.

Por otro lado, mientras que en otros países de África la coordinación entre donantes se lleva articulando desde los años 90, esta forma de trabajo en Cabo Verde es más bien reciente. A pesar de los pocos donantes existentes y lo pequeño que es el país, no funcionan demasiado formalmente los mecanismos de coordinación ni hay mucha tradición en este sentido. No obstante, hay operativos dos espacios de coordinación, que son, por un lado el Grupo de Socios del Desarrollo, principal foro de diálogo para los donantes en Cabo Verde, y por otro el Grupo de Apoyo a la Ayuda Presupuestaria.

Creado en 2007, el Grupo de Socios del Desarrollo está co-presidido por la UE y NNUU y se reúne cada dos meses. En la práctica, participan en estas reuniones los embajadores de cada país, lo cual le hace ser un espacio más bien político donde se negocia e intercambia información pero no se lleva realmente un seguimiento técnico de la ayuda. Una de las principales prioridades de este Grupo es reforzar su estructura a través del establecimiento de Grupos Temáticos pero hasta ahora solo hay uno operativo, el Grupo de Trabajo de Formación Profesional que lidera Luxemburgo y donde participan todos los donantes.

El Grupo tiene como uno de sus objetivos el establecimiento de un sistema común de gestión y seguimiento que permita disponer de datos sobre las actividades que desempeña cada donante a fin de facilitar su coordinación. Para ello está previsto que se cree una base de datos sobre la AOD así como elaborar un Código de Conducta y un sistema común de coordinación y gestión de la ayuda, aunque hasta el momento no se ha avanzado en este sentido.

El Grupo de Apoyo a la Ayuda Presupuestaria, por su parte, está formado por los siete donantes que utilizan esta modalidad y que son España (desde 2007), Luxemburgo, Austria, Holanda, Portugal, la Unión Europea y el Banco Mundial. Este grupo fue creado en abril de 2005 por el Banco Mundial, la UE y los Países Bajos a través de un acuerdo que establece un marco común de asociación para realizar apoyo presupuestario general. En la actualidad, este grupo ha renovado el apoyo presupuestario para el periodo 2011-2014 y en su contexto se llevan a cabo 2 misiones de evaluación conjuntas al año. Este grupo es el interlocutor principal del Gobierno, en parte

porque el 60% de la ayuda se canaliza a través de apoyo presupuestario y en parte porque el gobierno intenta que todos los donantes prioricen esta modalidad y ésta es una forma de presionarles.

Por otro lado, existe un grupo de donantes de la UE que engloba a todos los países de la UE que tienen relaciones de cooperación con Cabo Verde y que son: Luxemburgo, Portugal, España, Francia, Países Bajos y Austria (estos dos últimos de salida). Dentro de este mecanismo de coordinación existen dos Grupos de Trabajo: uno sobre género de reciente creación que lidera España, y otro sobre agua y saneamiento que lleva más tiempo funcionando y donde España también participa.

Además, Cabo Verde es uno de los 6 países piloto para la aplicación del “Una sola ONU”, programa encaminado a unificar las acciones de los diferentes organismos de Naciones Unidas en el país bajo un único programa y un único mandato. En el marco de este programa se ha creado también un grupo de trabajo donde participan los diferentes organismos de NNUU y los donantes que financian el Fondo de NNUU de Cabo Verde: España, el primer donante de esta iniciativa, Noruega, Austria, Holanda y Reino Unido.

En cuanto al tema de género, casi ninguna cooperación bilateral tiene especialista de género, aparte de apoyos puntuales mediante asistencias técnicas, lo que pone de manifiesto la escasa importancia que tiene este sector entre los donantes. Sólo existen dos grupos de trabajo de género, el Grupo temático de Naciones Unidas, liderado por ONU Mujeres, y el Grupo de trabajo de la Unión Europea, liderado por España. El objetivo del grupo temático de NNUU es fortalecer el potencial para una adecuada intervención en materia de cooperación por la equidad de género y está compuesto por la Embajada de Estados Unidos, la Comisión Europea, UNIFEM, el ICIEG y OMCV, entre otros actores.

NOTAS

- 1 Proyecto del programa común para Cabo Verde, 2012-2016, Naciones Unidas, 2011.
- 2 Relatório Estatístico de Saúde 2009 - Ministerio de Salud, República de Cabo Verde
- 3 DHS Cabo Verde 2005
- 4 Ibidem nota 2
- 5 2º supl. B.O. nº 52 de 27/12/86
- 6 B.O. nº 07 de 14/02/87
- 7 Los anticonceptivos, sobre todo los más usados, (el preservativo y la píldora) son gratuitos en el centro de salud aunque se pagan entre 100 y 200 escudos por la consulta.
- 8 Mulheres e Homens em Cabo Verde. Factos e Números 2008, ICIEG - INE, 2008
- 9 Ibidem nota 2
- 10 II Inquérito Demográfico de Saúde Reprodutiva, INE, 2005
- 11 Decreto-Ley nº39/2006 publicado en el Boletín Oficial nº 20, I Serie.
- 12 E/CN.4/2003/75/Add.1, parágrafos 134 e 131
- 13 Página web AECID Cabo Verde www.aecid.cv
- 14 <http://www.choike.org/nuevo/informes/6708.html>
- 15 <http://www.oecd.org/dataoecd/37/45/42401153.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

- República de Cabo Verde, Ministério da Saúde - Gabinete de estudos e planeamento, 1999, Carta Sanitária de Cabo Verde.
- República de Cabo Verde, 2011, Lei Especial para a VBG (LEVBG-11/03-11).
- ICIEG, 2011, Proposta de intervenção para a promoção da Igualdade de Género - 2011-2012.
- Ministério da Saúde - Gabinete do ministro de estado e da saúde, 2007, Nota justificativa relativa à proposta de Decreto-Lei sobre as Comissões municipais de saúde.
- Conselho Nacional de Saúde, 2005, Regulamento interno do Conselho Nacional de Saúde.
- Ministério da Saúde, 2003, Etude sur le financement des services de santé.
- República de Cabo Verde, 2004, Lei n.º 41/VI/2004 de bases do Serviço Nacional de Saúde, B.O. n.º 10, 05/04/2004.
- República de Cabo Verde, Ministério da Saúde, 2007, Política Nacional de Saúde.
- República de Cabo Verde y Naciones Unidas, 2009, "Relatório dos Progressos Realizados para Atingir os ODM".
- República de Cabo Verde, Ministério da Saúde - Gabinete de estudos, planeamento e cooperação, 2006, Relatório estatístico 2006.
- República de Cabo Verde, Ministério da Saúde - Gabinete de estudos, planeamento e cooperação, 2009, Relatório estatístico 2009.
- República de Cabo Verde, 2006, Programa do Governo para a VII legislatura 2006 – 2011.
- Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde, Cabo Verde, 2006, IDSR-II.
- República de Cabo Verde, Instituto da Condição Feminina, 2005, II Plano Nacional para Igualdade e Equidade de Género 2005-2009.
- República de Cabo Verde, Instituto Caboverdiano para a Igualdade e Equidade de Género, 2006, Plano nacional de combate à violência baseada no género.
- República de Cabo Verde, Comité de Coordenação do Combate contra VIH/sida, 2006, Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Sida (2006-2010).
- Instituto Caboverdiano para a Igualdade e Equidade de Género, 2008, Mulheres e Homens em Cabo Verde Factos e Números 2008.
- Ministério da Saúde y FNUAP, 2003, Estratégia nacional de comunicação para a mudança de comportamento em saúde reprodutiva.
- República de Cabo Verde, 1999, Constituição da República de Cabo Verde.
- Ministério da Justiça, 2004, Código Penal de Cabo Verde, 2004.
- Instituto Caboverdiano para a Igualdade e Equidade de Género, 2008, Plano nacional para a Igualdade e a Equidade de Género. Relatório de Avaliação e actualização.
- República de Cabo Verde, 2003, Lei n.º 25/VI/2003 de 21 de Julho que lei define o regime jurídico geral da constituição de associações de fim não lucrativo.
- República de Cabo Verde, 2010, Relatórios submetidos pelos Estados - Partes em conformidade com o Artigo 18.º da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, Relatório Combinado do Estado – Parte.
- OMS, 2007, Country Health System Fact Sheet 2006, Cape Verde.
- Periferia consultoria social – 3, 2009, Diagnóstico de Género em África Subsahariana.
- IV Comisión mixta hispano-caboverdiana 2007-2009, acta.
- III Comisión mixta hispano – caboverdiana de cooperación al desarrollo, 2004, acta.
- AECID, 2008, Estrategia de la Cooperación Española en Cabo Verde 2005-2008.
- Naciones Unidas, 2010, El apoyo de España al Sistema de Naciones Unidas en Cabo Verde.
- Plataforma das ONG's de Cabo Verde, 2007, ONG's e/ou associações cabo-verdianas membro.
- Grupo de Apoio à Transição, 2007, Declaração sobre a saída efectiva e sustentável de Cabo Verde do Grupo dos Países Menos Avançados (PMA).
- CE, 2008, Cap Vert, Document de stratégie pays et programme indicatif national pour la periode 2008-2013.
- OCDE, 2011, Enquête 2011 de la mise en oeuvre de la Declaration de Paris, Cape Vert, Module optionnel, Égalité Hommes-femmes.
- OCDE, 2006, Enquête 2006 de la mise en oeuvre de la Dçclaration de Paris, Cape Vert.
- OCDE, 2008, Enquête 2008 de la mise en oeuvre de la Dçclaration de Paris, Cape Vert.
- Gobierno de Canarias, 2010, Canarias-África, una cooperación canaria para el desarrollo.

ACRÓNIMOS

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	NNUU	Naciones Unidas
AMJ	Asociación de Mujeres Juristas	ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo	OMCV	Organización de Mujeres de Cabo Verde
CCS- Sida	Comité de Coordinación de la lucha contra el Sida	OMS	Organización Mundial de la Salud
CS	Centro de Salud	OSC	Organización de la Sociedad Civil
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo	PD	Plan Director de la Cooperación Española
DECRP	Documento Estrategia de Crescimento e Redução da pobreza Documento Estrategia de Crecimiento y Reducción de la Pobreza	PIC	Programa Indicativo de Cooperación
DEP	Documento Estrategia País	PMA	Países Menos Adelantados
DGPOLDE	Dirección General de Políticas de Desarrollo	PNB	Producto Nacional Bruto
DHS	Demographic Health Survey Encuesta Demográfica de Salud	PNIEG	Política Nacional de Igualdade e Equidade do Género Política Nacional de Igualdad y Equidad de Género
DP	Declaración de París sobre Eficacia de la Ayuda	PNS	Política Nacional de Saúde Política Nacional de Salud
ICIEG	Instituto Cabo-verdiano para a Igualdade e Equidade de Género Instituto cabo-verdiano para la Igualdad y Equidad de Género	PNSR	Programa Nacional de Saúde Reprodutiva Programa Nacional de Salud Reprodutiva
IEC	Información, Educación, Comunicación	PNLS	Política Nacional de Luta contra a Sida Política Nacional de Lucha contra el Sida
IEPALA	Instituto de Estudios Políticos para América Latina y África	PNVBG	Política Nacional contra la Violencia Basada en el Género
IPPF	International Planned Parenthood Association	PTV	Prevención de la transmisión vertical del VIH/sida
IDH	Índice de Desarrollo Humano	SNS	Sistema Nacional de Salud
IDSR / EDSR	Inquérito de Demografía e Saúde Reprodutiva / Encuesta Demográfica y de salud Reprodutiva	SSR	Salud Sexual y Reprodutiva
ITS	Infección de Transmisión Sexual	UE	Unión Europea
MAP	Marco de Asociación País	UNICEF	Programa de Naciones Unidas para la Infancia
MS	Ministerio de salud	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
		VBG	Violencia Basada en el Género

EL CASO DE MOZAMBIQUE

3. EL CASO DE MOZAMBIQUE

3.1

CONTEXTO GENERAL DEL PAÍS

Mozambique, situado en el sureste del continente africano, es uno de los países con mayor presencia de la cooperación internacional. De hecho, uno de los principales retos de Mozambique es la alta dependencia de la ayuda externa, que representó el 45% del gasto previsto en el presupuesto general del Estado en 2010 (FDA y UNICEF, 2009) y en este sentido, algunos miembros de la sociedad civil sostienen que el valor anual de esta ayuda es similar al que podría obtenerse con la eliminación de beneficios fiscales específicos a sólo seis de los proyectos de la industria extractiva en el país (Castel-Branco, 2011).

Colonia portuguesa desde el siglo XVI, Mozambique obtiene la independencia en 1975, cuando el Frelimo (Frente de Liberación de Mozambique) pasa a controlar el poder y crea la República Popular de Mozambique. En 1978, el Frelimo, convertido en partido político marxista-leninista, ocupa la presidencia del país en un sistema unipartidista que es cuestionado por algunos disidentes. Estos se organizan, con apoyo de Sudáfrica, en la Renamo, Resistencia Nacional Mozambiqueña, y se inicia una guerra civil que asola el país durante tres lustros. Tras la resolución del conflicto en 1992 con la firma del acuerdo de paz, el país comienza un proceso de reconstrucción en el que participa activamente la cooperación internacional. Mozambique pasa a convertirse en una república multipartidista y la Renamo, reconvertida en partido político, se erige en el principal actor de la oposición y concurre, aunque sin éxito por el momento, a las 3 elecciones generales convocadas.

Tras la independencia, el gobierno del Frelimo nacionalizó las propiedades y promovió la educación y la formación de los africanos. La economía se caracterizó por un agricultura a gran escala dirigida por el estado reemplazó al sistema de plantaciones de los colonos y de las Compañías. Pero sus resultados no fueron todo lo positivos que se hubiera esperado, lo que combinado con el abandono de los cultivos por sus antiguos dueños y la inesta-

bilidad de la guerra civil, llevó al colapso de la producción agrícola, el comercio, y el sistema de distribución. Por otro lado, las remesas de los trabajadores mozambiqueños en países vecinos, sobre todo Sudáfrica, el turismo, así como de los sectores portuario y ferroviario, han sido históricamente importantes fuentes de ingreso de la economía mozambiqueña. Aunque esos sectores se vieron muy deprimidos durante la confrontación armada, volvieron a estar operativos tras los acuerdos de paz, viéndose el sector industrial igualmente relanzado, en particular la explotación de recursos, el procesamiento de aluminio y la producción de electricidad¹.

De acuerdo al PNUD (2011) Mozambique se mantiene desde 1980 entre los 5 países con menor Índice de Desarrollo Humano, aunque con un incremento sostenido desde 1995 a 2010, gracias sobre todo a los indicadores de crecimiento económico y en menor medida a los de carácter social, que presentan avances moderados. El país cuenta con una población de 21.669.278 habitantes, con un promedio de edad de 17,4 años, pues el 44,3% de su población tiene menos de 14 años. Con aproximadamente 4 millones, los makua son el grupo étnico mayoritario en el norte; los sena y los ndau ocupan gran parte del valle Zambezi, y los shangaan dominan la parte sur del país.

Las cifras oficiales indican que el 54% de la población vive bajo el umbral de la pobreza, con un rango entre las regiones que varía del 31,9% al 70,5% (RM, 2011). La desigualdad de género constituye un obstáculo para el crecimiento del país, en tanto que los datos muestran que la pobreza tiene una incidencia mayor entre las familias dirigidas por mujeres (un 62,5% frente al 51,9% de familias dirigidas por hombres) y que este hecho está estrechamente relacionado con el bajo nivel de educación y de rendimiento, el estado de viudedad y las elevadas tasas de dependencia. Las mujeres, que representan alrededor del 55% de la fuerza de trabajo del país, se concentran en el sector agrícola (el 90% de las mujeres económicamente activas trabajan en el mismo) y su implicación en otros ámbitos de la vida económica y social es muy reducida en comparación con la de los hombres. Igualmente, en lo que a la población adulta se refiere, la tasa de analfabetismo es mayor entre las mujeres (un 71,3% en comparación con el 43% de los hombres) y su grado de vulnerabilidad frente al VIH/sida es más elevado debido a la violencia sexual.

3.2

SITUACIÓN DE LA MUJER Y

LOS DERECHOS SEXUALES

Y REPRODUCTIVOS

El reconocimiento de la igualdad entre hombres y mujeres y el principio de no discriminación han estado presentes en el marco legal mozambiqueño desde la primera Constitución de 1975. La actual norma constitucional reconoce en sus Artículos 6, 67 y 69 la igualdad entre los sexos en todos los ámbitos de la sociedad y prohíbe cualquier discriminación de tipo legislativo, político, económico y social.

La legislación contempla los principales compromisos del país en materia de derechos de las mujeres. No obstante, determinados aspectos relacionados con la violencia sexual contra menores, la interrupción voluntaria del embarazo, la herencia en las parejas de hecho, el periodo que una mujer debe esperar para volver a casarse después de divorciarse o la no discriminación con respecto a la orientación sexual, deben ser revisados y mejorados en su tratamiento legal y en este sentido, la revisión del Código Penal constituye una oportunidad para hacer avances en estos temas.

La Ley de Familia de 2004, que también se encuentra en consonancia con las disposiciones de la CEDAW, hace referencia a la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en el matrimonio, a la obligación de registrar los matrimonios tradicionales o religiosos ante las autoridades civiles para que tengan validez y al reconocimiento de las parejas de hecho o la igualdad ante la ley de los hijos de relaciones extramatrimoniales. Así mismo, la ley reconoce la violencia doméstica como causa de divorcio, lo cual supone un avance muy importante en favor de los derechos de las mujeres supervivientes de violencia de género pero debe aún ser incorporado como tal en el nuevo código penal.

Con respecto a la interrupción del embarazo, Mozambique dispone de una de las legislaciones más restrictivas de la región. La legislación actual, en el artículo 358 del

Código Penal, criminaliza el aborto y lo castiga con una pena de cárcel de 2 a 8 años, excepto en algunas circunstancias que tienen que ver con que la vida de la madre esté en peligro o carezca de las capacidades físicas o mentales necesarias para cuidar de un niño. La nueva Ley de Interrupción Voluntaria del embarazo, en fase de elaboración, será un paso importante para la mejora de la salud de las mujeres y de la protección de sus derechos. Organizaciones de mujeres como WLSA o Rede Mulher han apostado fuertemente por una ley que permita la interrupción del embarazo dentro de las primeras 12 semanas de embarazo, que se haga con el consentimiento de la mujer o de los padres, en el caso de las menores, y que se realice en los centros sanitarios del servicio nacional de salud².

Por otro lado, la lucha contra la violencia de género en Mozambique se concentra sobre todo en el ámbito de la violencia doméstica. La Ley 29/2009 sobre Violencia Doméstica practicada contra la Mujer establece el marco legal aplicable y se apoya para su implementación en el Plan Nacional de Acción para la Prevención y Combate de la Violencia contra la Mujer 2008-2012, que aborda, entre otros, los aspectos de prevención, de asistencia médica, jurídica y psicológica a las mujeres víctimas de violencias y de formación al personal implicado en la lucha contra la violencia y sensibilización a la población en general.

La ley es el resultado del trabajo de las organizaciones de la sociedad civil, que junto a otros actores de la cooperación como UNIFEM y UNFPA elaboraron una propuesta de ley que presentaron al Gobierno para su consideración. Aunque la ley aprobada no contempla algunas de las disposiciones de esta propuesta, se trata sin duda de un importante avance en la lucha contra la violencia de género puesto que: 1) define la violencia doméstica como forma de violencia de género basada en las desigualdades de poder en el ámbito doméstico; 2) reconoce a las mujeres como principales víctimas por lo que las medidas de protección propuestas van dirigidas a éstas y 3) incluye la violencia patrimonial y la violencia social como formas de violencia doméstica contra la mujer. Por último, la ley establece penas de 6 meses a 2 años para la violación dentro del matrimonio y prevé medidas cautelares para proteger a la mujer víctima de violencia. No obstante, en un sistema judicial con fuertes carencias y debilidades es siempre complicado que este tipo de medidas cautelares lleguen a aplicarse.

A pesar de que, en términos generales, se trata de una buena ley, desde organizaciones de la sociedad civil como WLSA se lamenta que el documento final no contemple el abuso sexual de menores, y por tanto se excluya el matrimonio temprano de jóvenes menores de edad como forma de violencia doméstica. Se pierde así la oportunidad de abordar en el ámbito jurídico esta forma de violencia contra las mujeres y de violación de sus derechos, ya que, a pesar de tratarse de una práctica extendida, sobre todo en las zonas rurales, no existe ninguna legislación que prohíba su práctica y proteja a las menores del matrimonio temprano.

Desde las organizaciones de la sociedad civil se ha hecho un esfuerzo por dar la mayor difusión posible a la ley, y organizaciones de mujeres como Rede Mulher han realizado foros y encuentros para dar a conocer la Ley, además de realizar folletos para distribuirlos entre la ciudadanía. En este sentido, la difusión de las leyes que protegen los derechos de las mujeres es un factor crítico, ya que como recuerdan muchas organizaciones de la sociedad civil³ la gran mayoría de las mujeres no conoce sus derechos, debido a la lentitud del gobierno en la difusión de las leyes que los protegen y de la falta de apropiación por parte de los diferentes actores implicados, especialmente entre el cuerpo judicial y de la policía, pues de poco sirve el acceso de la información por parte de la población si los órganos que tienen que implementarla ni la conocen ni disponen de los medios adecuados para hacerlo.

En cuanto a la poligamia, aunque el artículo 16 (2) del Código de Familia estipula que el matrimonio debe ser monógamo, esta práctica todavía es muy común en el país⁴. La existencia de este tipo de prácticas que discriminan y violan los derechos de las mujeres, incluso cuando el marco jurídico establece su ilegalidad, pone de manifiesto la necesidad de un mayor compromiso político del Gobierno con la defensa de los derechos y de un sistema judicial formado y con los recursos necesarios para garantizar y proteger los derechos de las mujeres.

En Mozambique no existe una ley sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, aunque sí hay un vasto desarrollo de políticas relacionadas. El papel del movimiento de mujeres, organizaciones de la sociedad civil y la cooperación internacional ha sido clave en el impulso de estas políticas, aunque es todavía necesario que este paso se acompañe de los correspondientes recursos y marcos de seguimiento y rendición de cuentas, por ahora insuficientes.

Existen divergencias sobre la actual tasa de mortalidad materna, que en 2003 se situaba en 408 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, y cierto consenso en que el ODM 5 que pretende reducirlas a algo menos de la mitad antes de 2015 no será cumplido. Las causas asociadas a la mortalidad materna tienen que ver con factores comunes a los diferentes países africanos, entre ellas la falta de atención cualificada del parto o los abortos inseguros (aunque no hay datos específicos para Mozambique, se estima que unas 100 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en la región de África del Sur se deben a abortos inseguros, OMS 2008). En este sentido, es preocupante que, a pesar de los esfuerzos realizados, la tasa de partos institucionales apenas haya mejorado en los últimos 5 años, situándose en el 56% en 2009, según datos de la evaluación del PARPA II, lo que implica que la mayoría de los partos siguen realizándose en casa asistidos por familiares o parteras tradicionales. La puesta en marcha de las casas de espera para embarazadas⁵, una de las estrategias del Gobierno para la reducción de la mortalidad materna, ha contribuido al descenso de ésta. Aunque el número de casas sigue siendo insuficiente, el Ministerio ha hecho un esfuerzo importante en los últimos años y según datos de 2009, el porcentaje de unidades de salud con casa de espera pasó del 15% en 2005 al 70% en 2009. Sin embargo, el sistema sanitario continúa careciendo de servicios de cuidados obstétricos básicos de emergencia (de acuerdo al PARPA II 2009 apenas el 2,6% de las unidades sanitarias que deberían disponer de ellos los tienen) y sigue habiendo dificultades para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Igualmente, según los datos de la Encuesta demográfica y de salud (IDS en sus siglas en portugués) de 2003⁶, el 53% de las mujeres realizan al menos cuatro visitas de control prenatal durante el embarazo aunque la primera se produce tardíamente, hacia los 5 meses mientras que el 14,7% no realiza ninguna y el 38,6% se somete al menos a un control después del parto. Las dificultades en el acceso a los servicios sanitarios en el momento del parto y el elevado número de jóvenes menores de 18 años que contraen matrimonio (el 60% frente al 13,6% de los jóvenes (IDS 2003)) que hace que tenga que iniciar su actividad reproductiva a una edad muy temprana (el 42% de las adolescentes entre 15 y 19 años han tenido un hijo) son algunas de las causas del elevado número de casos de fístula obstétrica, que afecta al menos a 100.000 mujeres (WLSA,

2011). Aunque está en fase de borrador la elaboración de una estrategia y un plan nacional específico para el tratamiento de la fístula obstétrica, ésta iniciativa debe ir acompañada y relacionada con otras medidas como la mejora del acceso a los centros de salud o la reducción del número de matrimonios tempranos y de embarazos de menores.

En cuanto a la planificación familiar, a pesar de que el Estado Mozambiqueño ha apostado por garantizar el derecho a elegir el número de hijos/as que se desea tener y el momento de hacerlo desde mediados de los años 70, de disponer de una Estrategia de Planificación Familiar y Contracepción 2011-2015 y de servicios de planificación familiar gratuitos en las consultas de salud materna e infantil y en los servicios para jóvenes (Serviços amigos dos Adolescentes e Jovens), la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos es apenas del 11,8%, siendo la píldora el método más usado (OMS, 2011). Las causas de la baja tasa de utilización de contraceptivos son múltiples y van desde la limitada capacidad de muchas mujeres para decidir libremente sobre su sexualidad hasta la dificultad en el acceso a estos métodos, no sólo por la baja cobertura sanitaria del país sino, como reconoce el propio Ministerio de Salud, por las frecuentes rupturas de stock. Las mujeres mozambiqueñas tienen en promedio 5,3 hijos, con una diferencia de dos hijos entre las mujeres rurales y las urbanas, 5,7 y 4,2 hijos respectivamente (INE et al, 2010).

En relación con el VIH/sida, Mozambique es uno de los países más afectados por la pandemia, situándose la prevalencia en el 11,5% (INE et al, 2010). Al igual que sucede en el resto del continente, la feminización de la epidemia es una realidad y un 40% más elevada entre las mujeres que entre los hombres. Mientras la prevalencia entre los hombres es del 9,2%, entre las mujeres se sitúa en el 13,1% (INE et al, 2010). Esta feminización de la epidemia es particularmente preocupante en las jóvenes, con tasas de prevalencia que doblan a las de los jóvenes de su edad (11% de las jóvenes contraen el VIH antes de los 24 años frente al 3,7% de los jóvenes, INE et al, 2010).

Por último, donde sí se han producido importantes avances es en la prevención de la transmisión vertical del VIH, gracias al fuerte incremento en el acceso al tratamiento, que ha pasado del 5% en 2005 al 45,8% en 2009.

3.3

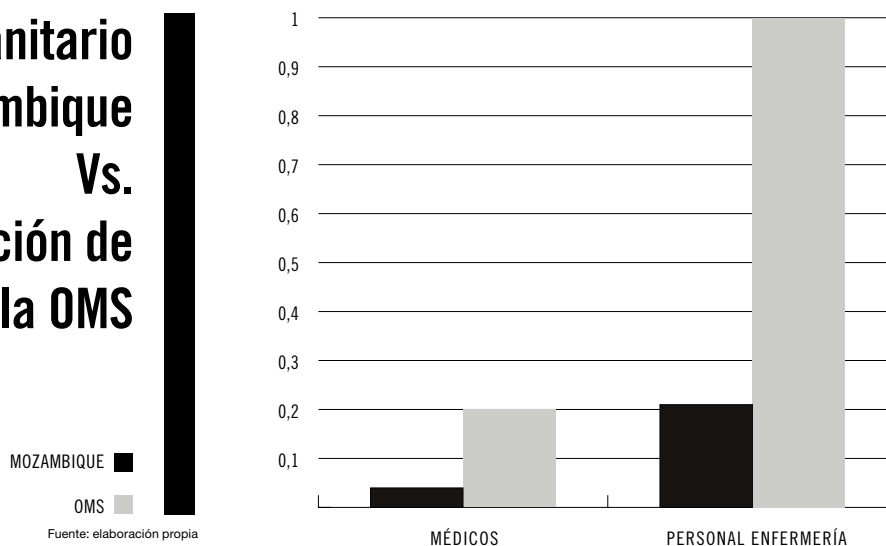
SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

La financiación del sistema sanitario se realiza a través de fondos públicos, aportaciones de los hogares y entidades privadas y ayuda externa. Esta última constituye la principal fuente de financiación en tanto que aporta cerca del 70% del presupuesto de salud, aunque una parte muy importante, aproximadamente el 50%, proviene de fondos verticales como el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria o PEPFAR, y por tanto no se gestiona desde el Ministerio de salud.

En cuanto a la aportación del Gobierno, en términos globales, el porcentaje del PIB destinado al sector salud se ha mantenido en los últimos años en el 5,5%⁷, mientras que el gasto en el sector salud como porcentaje del presupuesto general del Estado se sitúa en el 7,2% en 2010, por debajo del 9% de 2009 y de la previsión del 11% establecida en el Escenario Fiscal para 2010, muy lejos todavía del 15% acordado por los gobiernos africanos en la Declaración de Abuja y muy por debajo de las necesidades de financiación del sector lo que indica que, a medio plazo, la ayuda externa seguirá siendo la principal fuente de financiación del sector.

El sistema de salud de Mozambique se estructura en tres niveles: un nivel central, uno provincial y otro distrital. El nivel distrital es la puerta de entrada al sistema de salud, donde se ofrecen los servicios de atención primaria, e incluye hospitales distritales, centros de salud y puestos de salud. Los puestos de salud, el nivel más bajo y principal punto de acceso al sistema sanitario para la mayoría de la población, especialmente en las zonas rurales, ofrecen un paquete básico de servicios en el que se incluyen algunos servicios de salud reproductiva como planificación familiar, consultas pre y post natales, atención infantil y campañas de vacunación. La política del Ministerio de Salud para mejorar la calidad de los servicios de atención sanitaria pretende transformar un porcentaje de estos puestos de salud en centros de salud con maternidad a la vez que algunos centros de salud se convierten en hospitales distritales para que puedan ofrecer cuidados especializados.

Personal sanitario en Mozambique Vs. Recomendación de la OMS



El nivel provincial, además de ofrecer servicios de salud especializados, es el principal punto de recepción de las emergencias y gestiona el sistema de referencia y contra referencia de los distritos. Asimismo, es en este nivel donde se centraliza la gestión de la infraestructura sanitaria de toda la red, el aprovisionamiento de transporte y equipamiento y la compra de medicamentos. Por su parte, la administración central se encarga de elaborar las políticas, normas y reglamentos nacionales, y de realizar la planificación estratégica del sector.

A pesar de los esfuerzos realizados, las carencias del sistema de salud continúan siendo muy importantes pues el 35% de la población dispone de una unidad sanitaria a 45 minutos de su casa⁸, muchos hospitales y centros de salud no disponen ni del equipamiento ni del personal sanitario necesario para cubrir los servicios que en teoría deberían ofrecer, son frecuentes las rupturas de stock de medicamentos y de material sanitario, y el sistema de referencia y contra referencia es extremadamente débil. La epidemia del VIH/sida constituye un problema importante para el Estado mozambiqueño, puesto que supone una carga adicional para su sistema sanitario y esta situación ha reducido enormemente la capacidad general de respuesta del mismo puesto que se estima que la proporción de cobertura actual de los servicios no supera el 40% (PARPA II).

Por otro lado, la mejora de los servicios sanitarios no sólo pasa por el aumento de las infraestructuras sanitarias, sino también por una mayor disponibilidad de recur-

sos humanos cualificados, tanto en el ámbito de la gestión y administración como en el ámbito sanitario. La falta de personal sanitario es uno de los problemas más graves con los que se enfrenta el sistema de salud, no sólo por la dificultad de formar a un número suficiente de personal sino también por los problemas que conlleva retenerlo en el sistema público de salud. Así, pesar del esfuerzo realizado por el Ministerio de Salud, el país sigue sufriendo un fuerte déficit de personal sanitario, especialmente de personal cualificado de enfermería, matronas y especialistas, grupos sobre los que recae el peso de la atención sanitaria y especialmente de la salud reproductiva.

Desde la puesta en marcha del proceso de descentralización, liderado por el Ministerio de la Función Pública, también se ha realizado un esfuerzo por canalizar una parte de los costes de funcionamiento (especialmente salarios y costes de mantenimiento) a través de las instituciones provinciales. También se ha descentralizado el proceso de planificación sanitaria de forma que puedan participar los tres niveles. El reto, no obstante, continúa siendo dotar a las provincias y los distritos de los recursos humanos necesarios para la planificación y gestión de estos recursos. Asimismo, es necesaria una mayor coordinación y armonización en los tres niveles de forma que la planificación se inicie a nivel distrital, se consoliden los planes anuales a nivel provincial y posteriormente, se incorporen los objetivos, prioridades y necesidades de los planes distritales y provinciales en el plan nacional.

3.4

POLÍTICAS PÚBLICAS

EN EL SECTOR SALUD

Y LA IGUALDAD DE GÉNERO

Desde el final de la guerra civil, Mozambique ha hecho un importante esfuerzo por desarrollar un marco normativo y de políticas que oriente las actuaciones y programas del Gobierno en la lucha contra la pobreza y las desigualdades. Los marcos fundamentales de referencia de las políticas y programas sectoriales son el Plan de Acción para la Reducción de la Pobreza (PARP) 2011-2014, el Plan Económico y Social (PES) de carácter anual, y el Programa Quinquenal del Gobierno 2010-2014. Estos documentos marcan los objetivos y las líneas prioritarias de actuación del Gobierno y recogen las estrategias establecidas por éste para la consecución de los ODM.

El Plan de Acción para la Reducción de la Pobreza se articula en torno a tres pilares relacionados con el desarrollo del sector productivo y del empleo, el desarrollo humano y social, la gobernanza y la gestión de las finanzas públicas. El ámbito de la salud se inserta como estrategia dentro del eje de desarrollo humano y social, en particular la promoción de la equidad en el acceso a la atención sanitaria, prestando especial atención a la salud materna, mientras que la igualdad de género ha dejado de ser prioridad transversal en este último PARP, aunque a lo largo del plan hay menciones puntuales a la equidad o a las mujeres en algunas líneas de acción, aunque sin una visión estratégica orientada al cambio de la posición social de las mujeres.

Los programas prioritarios relacionados con salud incluidos en el PARP tienen los siguientes objetivos concretos:

- 1 Reducir la mortalidad materna, para lo cual se persigue (A) aumentar la cobertura de las consultas de seguimiento en casos de riesgo obstétrico; (B) sensibilizar a las ONG para que construyan casas donde alojar a las mujeres que correspondan con las Unidades Sanitarias de referencia en los distintos distritos; (C) aumentar y reforzar la estrategia de las brigadas móviles y la de sensibilización dirigida a los formadores de opinión con poder de toma de decisiones; (D) fortalecer los procesos de formación sanitaria de las parteras tradicionales.
- 2 Prevenir la transmisión vertical, cuya importancia ha ido aumentando en los últimos años. Para ello se quiere aumentar el número de mujeres que reciben profilaxis mediante (A) la ampliación del número de Unidades Sanitarias que proporcionan servicios de prevención de la transmisión vertical (PTV); (B) el fortalecimiento de la estrategia de comunicación sobre PTV en las comunidades; (C) la integración del asesoramiento y de acceso voluntario a las pruebas de VIH, así como otras actividades relacionadas con la PTV en los servicios de salud sexual y reproductiva; (D) el aumento de la capacidad de asesoramiento y de la realización voluntaria de las pruebas de VIH en todos los servicios de salud materna e infantil (SMI) prestados a las mujeres embarazadas; (E) la garantía de que los hijos e hijas de madres con VIH reciben antirretrovirales profilácticos al nacer.

Por otra parte el Programa Quinquenal del Gobierno 2010-2014 identifica algunas cuestiones de SSR como prioritarias, entre ellas la consolidación del programa sobre salud sexual y reproductiva y de prevención del VIH/sida en adolescentes, el aumento de la cobertura de partos institucionales y los cuidados obstétricos básicos de emergencia, la expansión de los servicios especializados en salud sexual y reproductiva y el aumento de la tasa del uso de anticonceptivos. Además, la igualdad de género también aparece como área prioritaria.

En el ámbito específico de salud, el Gobierno de Mozambique ha realizado un importante esfuerzo para dotar de políticas y programas a los distintos ámbitos de la atención sanitaria, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Los dos principales instrumentos son la Política Na-

cional de Salud, que al igual que recoge el PARP y el Plan Quinquenal tiene por objetivo la igualdad en el acceso a la atención sanitaria, y el Plan Estratégico del Sector Salud (PESS) 2001-2005 ampliado hasta 2010. Por otro lado, la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de 2007 sienta las bases para la mejora de la salud reproductiva desde un marco de derechos reproductivos con especial atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes; temas de sexualidad, género y violencia física y sexual; planificación familiar; VIH/sida; salud materna y aborto. Esta política se complementa con una Política Nacional de Saúde Reprodutiva do Adolescente (en castellano, Política Nacional de Salud reproductiva del Adolescente), formulada en 2001, que tiene por objetivo promover la salud física y mental, y el bienestar social de los y las jóvenes a través de la provisión de servicios y el aumento de su utilización a través del fomento de la confidencialidad, la privacidad, la provisión de un entorno acogedor y el respeto de los valores morales.

A diferencia del PARP, el Plan Quinquenal del Gobierno, sí incluye la promoción de la equidad de género en el apartado de desarrollo humano, y se plantea como objetivo la mejora de la condición de la mujer y de su participación en la vida política, económica y social del país.

Igualmente, la salud materna es otra prioridad para el Gobierno de Mozambique desde 1977. Tras la Conferencia de El Cairo de 1994, se pusieron en marcha diversas estrategias encaminadas a reducir la alta tasa de mortalidad relacionada con el embarazo y el parto que sufre el país, que se vieron concretadas en los siguientes programas e iniciativas:

- Programa de saúde materno-infantil e planeamento familiar (SMI/PF) enfocado fundamentalmente a incrementar la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios obstétricos esenciales.
- Estratégia Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, iniciada en el año 2000, supuso mejoras considerables en el diagnóstico de las complicaciones obstétricas y, en consecuencia, mejoró la calidad de los servicios sanitarios.
- La campaña presidencial sobre la salud materna e infantil Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil em Moçambique.
- Plano Operacional de Redução da Mortalidade Materna

En el ámbito de la planificación familiar, la Política de Población de 1999 establece entre sus objetivos aumentar la esperanza de vida para la población, reducir la mortalidad materna e infantil y proporcionar información, formación y otros recursos a la población que les permitan llevar una vida sexual sana y responsable. Esta política se concreta más recientemente en una Estrategia de Planificación Familiar y Contracepción que está pendiente de aprobación.

Las prioridades en la lucha contra el VIH/sida se definen en el Plan Estratégico Nacional de lucha contra el HIV/SIDA 2010-2014 (PEN III), que centra sus objetivos en la reducción del número de nuevas infecciones; mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH y sida; y reducir impacto del VIH/sida en los esfuerzos de desarrollo nacional. El plan reafirma los principios de respecto a los derechos humanos, de enfoque multisectorial, de refuerzo de los sistemas y de respeto al contexto socio-cultural. Las cuatro líneas estratégicas son la reducción del riesgo y la vulnerabilidad vinculada al mayor disfrute de los derechos humanos de mujeres y hombres, la prevención, la mejora del acceso al tratamiento para la reducción en un 5% de la mortalidad vinculada al sida y la mitigación del impacto de la epidemia en las familias y comunidades.

En relación con la equidad e igualdad de género, el Gobierno de Mozambique cuenta también con documentos programáticos de referencia como son el Plan de acción para la prevención y lucha contra la violencia de género, la Política sobre violencia contra la mujer, la Política de Género de 2006 y su estrategia de implementación. Ésta última nace con el objetivo de garantizar a hombres y mujeres la igualdad de derechos y oportunidades, de manera que todos los ciudadanos contribuyan al proceso de desarrollo sostenible de Mozambique y de reducción de la pobreza absoluta. Para ello, se persigue promover y mejorar la participación efectiva de mujeres y hombres garantizando el empoderamiento de las primeras. Entre sus prioridades están: contribuir a la eliminación de todas las formas de discriminación basada en el género; promover la igualdad y la equidad de género; reforzar los mecanismos de coordinación y articulación existentes entre el Gobierno, la sociedad civil y el sector privado; contribuir a mejorar los mecanismos nacionales de implementación y de seguimiento de las actividades consideradas prioritarias.

Normativa y políticas relacionada con salud, género y DDSSRR

LEYES	POLÍTICAS Y PLANES
<p>Aprobadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley del Trabajo (1998) • Ley de Familia (2004) • Ley contra el Tráfico de Personas (2008) • Ley sobre Violencia Doméstica practicada contra la Mujer (2009) <p>En elaboración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley de Interrupción voluntaria del embarazo • Revisión del Código Penal • Revisión de la Ley de Herencia de Herencia 	<p>Aprobados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política Nacional de Población (1999) • Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal (2000) • Política Nacional de Salud Reproductiva del Adolescente (2001) • Planes Estratégicos Nacionales para la lucha contra el VIH/sida (2000 en adelante) • Política Nacional de Juventud (revisada en 2006) • Plan Operacional de Reducción de la Mortalidad Materna (2006) • Política de Género y Estrategia para su implementación (2006) • Plan Estratégico del Sector Salud 2007-2012 (PESS) • Política Nacional de Salud y DSR (2007) • Estrategia de Aceleración de la Prevención de la Infección por VIH (2008) • Plan Nacional de Acción para la Prevención y Combate de la Violencia Contra la Mujer (2008-2012) • Plano Nacional Integrado para el Logro de los ODMs 4 y 5 (2009-2012) • Plan Nacional de Acción para el Avance de la Mujer (2010-2014) • Estrategia de planificación familiar y contracepción 2011-2015 (2020) <p>En elaboración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de Planificación Familiar y Contracepción

rias según la Plataforma de Beijing; y contribuir a la mejora de los servicios proporcionados a las víctimas de violencia de género, adoptando medidas para luchar contra la misma. Concretamente, en el ámbito de la salud, el documento recoge en sus metas e indicadores el aumento hasta el 50% de los partos hospitalarios, el incremento del número de partos asistidos hasta el 60% antes de 2015 y la reducción de la tasa de mortalidad materna hasta situarla en 250 muertes por cada 100.000 nacidos vivos antes de 2015. Otro aspecto destacable de la política es la inclusión como meta de la revisión y eliminación de toda legislación discriminatoria para las mujeres antes de 2015

Las políticas relativas a la violencia contra las mujeres están en proceso de implementación. En el Ministerio del Interior se creó una unidad anti violencia doméstica. Sin embargo, no cuenta con los recursos suficientes para funcionar. También se han empezado a crear comisarías especializadas en violencia contra la mujer y contra los niños y se va a comenzar a colaborar con las ONG de cara a esta cuestión. En lo que respecta a la violencia sexual en los colegios, cabe destacar que es sancionable según la ley, pero existen muchas barreras difíciles de superar.

El Plan de Acción para la prevención y lucha contra la violencia de género a su vez, pretende:

- Ampliar y mejorar los servicios prestados a las víctimas de violencia, incluyendo los de asistencia médica, jurídica y psicológica.
- Reforzar las capacidades institucionales y la educación y la formación del público en general en materia de violencia contra la mujer.
- Poner en marcha medidas de defensa, información y sensibilización en relación con las cuestiones relativas a la prevención y la lucha contra la violencia contra la mujer.
- Establecer mecanismos de intervención multisectorial coordinada contra la violencia contra las mujeres.

3.5

LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

La cooperación española cuenta con una larga presencia en Mozambique que se consolida a partir de mediados de los años 90 tras las primeras elecciones celebradas una vez finalizada la guerra civil.

El Documento de Estrategia País (DEP) 2005-2008 fue la primera estrategia de la cooperación española para el país y junto a las comisiones mixtas y el PD 2009-2012 define las áreas de colaboración y de cooperación entre ambos países. Las prioridades sectoriales fundamentales han sido hasta el momento salud, descentralización, legalidad y justicia, educación, desarrollo rural y microfinanzas, aunque el proceso de definición del Marco Asociación País puede generar cambios en este contexto en función de la ventaja comparativa de la cooperación española y la política de concentración en 3 sectores que busca reducir la dispersión de la ayuda en el país. Dentro del sector salud, los objetivos principales han sido siempre el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, la mejora de la atención primaria de salud y la lucha contra las enfermedades prevalentes y olvidadas (VIH/sida, malaria y tuberculosis). En cuanto al sector de género, además de ser prioridad transversal se considera área de actuación prioritaria, sobre todo en lo que respecta al aumento de las capacidades y la autonomía de las mujeres mediante la promoción de una mayor representación de las mujeres en los espacios sociales y políticos.

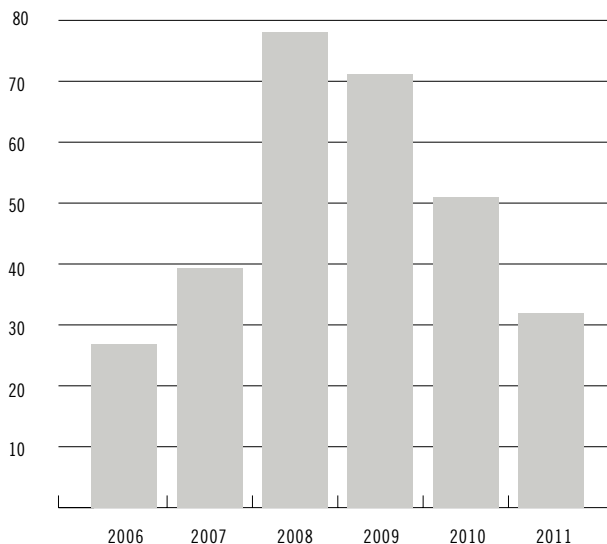
El Plan Director 2009-2012 consolida a Mozambique como país como prioritario para la cooperación española al incluirlo en el "Grupo A" de países de asociación amplia, lo que le permite acceder a todos los instrumentos de financiación de la cooperación española y a un aumento progresivo de la ayuda, ya que según el PD los países de asociación amplia deberán concentrar 2/3 de la ayuda especificada geográficamente. El proceso para la elaboración del Marco de Asociación País, que sustituirá al DEP como documento de referencia para la cooperación en el país, se ha iniciado en 2011 con el establecimiento del Grupo Estable de Co-

ordinación (GEC) formado por los cuadros técnicos de la Embajada, la OTC y los demás actores de la cooperación española, entre ellos un representante de la cooperación descentralizada (ACCD) y tres representantes de las ONG españolas presentes en el país (Intermón Oxfam, Medicus Mundi e Ingenieros sin Fronteras). En un primer momento, las ONG acogieron con gran interés su inclusión en el proceso de elaboración del MAP aunque desde la primera reunión de constitución del grupo, realizada en febrero de 2011, no se produjo ningún encuentro más y tampoco las organizaciones consultadas durante la elaboración de este informe disponían de ninguna información sobre cuándo se retomaría el proceso. En principio, la sociedad civil española también estará presente en el Grupo Mixto de Coordinación (GMC) formado además una representación del Gobierno de Mozambique, OMUDES, la sociedad civil local y los demás actores de la cooperación española que participan en el GEC. Desde la OTC se asegura que el Grupo mixto de coordinación contará con la participación de redes y plataformas de ONG locales, aunque éstas no disponen de información sobre el proceso de elaboración del MAP por lo que son bastante escépticas sobre su participación en el mismo. En este sentido, es importante una mayor información y transparencia sobre el proceso de elaboración del MAP, no sólo hacia las ONG sino también hacia los demás actores que participan en el proceso. Además, este proceso puede ser una oportunidad para establecer espacios de diálogo y consulta permanentes con actores de la sociedad civil local que favorezcan una mayor transparencia, rendición de cuentas y apropiación democrática de la acción de la cooperación española en Mozambique.

Será también importante que el proceso de elaboración del nuevo Marco de asociación se nutra de las estrategias y estudios realizados por la cooperación española en Mozambique, como por ejemplo la Estrategia de Inclusión de la Igualdad de Género en Salud o los diagnósticos de género realizados a nivel provincial. Se conseguiría así avanzar hacia una transversalización de género en los diferentes sectores de concentración de la cooperación española.

La coordinación de las acciones de la cooperación española y de ésta con otros donantes se establece en el PD como un elemento clave para mejorar la efectividad de la cooperación española. La OTC participa en los numerosos espacios de coordinación de donantes que existen en Mozambique, entre ellos el grupo de jefes de agencia y de mi-

Evolución de la AOD en Mozambique (millones de euros)



Fuente: PACI 2011 y Seguimiento PACI 2009

sión, el **partenariado de ayuda programática (PAP)**, el grupo de países socios de ayuda programática (G19) o los grupos temáticos del PAP. Aunque todavía no se han identificado las áreas prioritarias de la cooperación española en Mozambique, es probable que el sector salud continúe siendo uno de los principales sectores y que éste recoja algunas de las líneas estratégicas que propone la estrategia de salud de la cooperación española en Mozambique, 2010-2013, elaborada por la AECID, como el fortalecimiento de las capacidades del personal sanitario, la mejora en la gestión de la provisión de servicios de salud, la mejora del acceso al sistema sanitario o la promoción de la salud y la participación comunitaria.

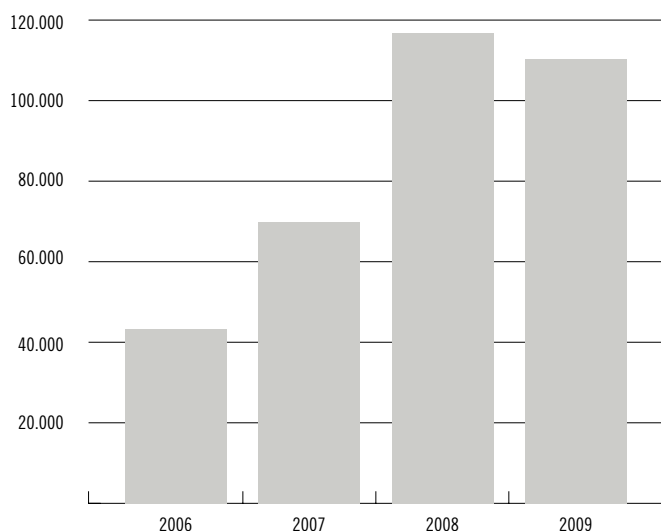
En términos de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), Mozambique es el primer país socio de la cooperación española en África Subsahariana y el segundo en África después de Marruecos. Tras el importante incremento de la AOD del año 2008 cuando se dobló la ayuda dirigida a este país hasta situarse en 78,1M€, se ha producido una caída sostenida hasta 2011, cuando según AECID está previsto destinar unos 31,9M€, algo menos de la AOD de 2007.

De acuerdo al último informe de seguimiento del PACI disponible, en 2009 la tercera parte de la AOD destinada a Mozambique, unos 21,8 M€, fueron contribuciones canalizadas hacia Organismos Multilaterales de Desarrollo (OMUDES) y el resto, 49,5M€, contribuciones en AOD bilateral. La séptima parte de esta ayuda, 7,6M€ se destinó a contribuciones no distribuibles sectorialmente, mientras que la ayuda sectorial sumó 41,9M€.

La AECID es el principal organismo financiador de la cooperación española en Mozambique, seguido por la cooperación descentralizada, con fuerte presencia en el país, al igual que ha sucedido con la cooperación estatal, la cooperación descentralizada creció de forma importante en 2008 pasando de 6,9M€ a 11,6M€.

Mozambique no sólo es el principal receptor de AOD descentralizada sino también el país que recibe fondos de un mayor número de cooperaciones descentralizadas, prácticamente todas excepto Canarias. Por volumen de ayuda las más importantes son Cataluña, Valen-

Evolución de la AOD descentralizada a Mozambique (millones de euros)

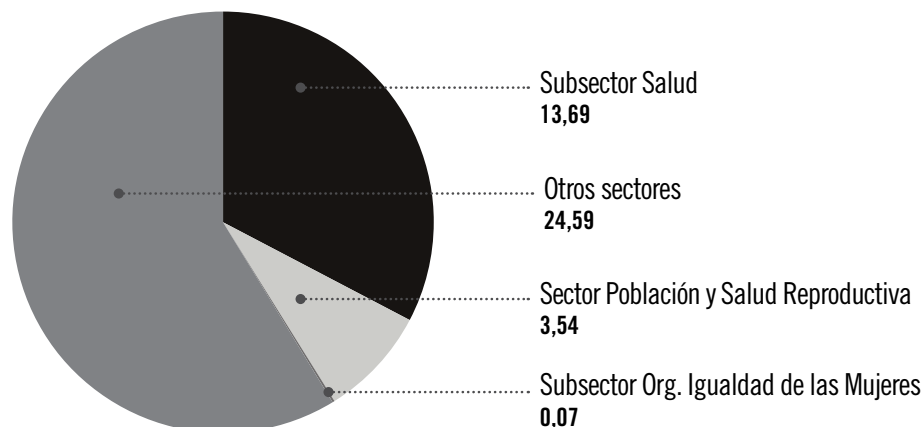


Fuente: Seguimiento PACI 2009

Distribución AOD bilateral, 2009

(millones de euros)

Fuente: Seguimiento PACI 2009



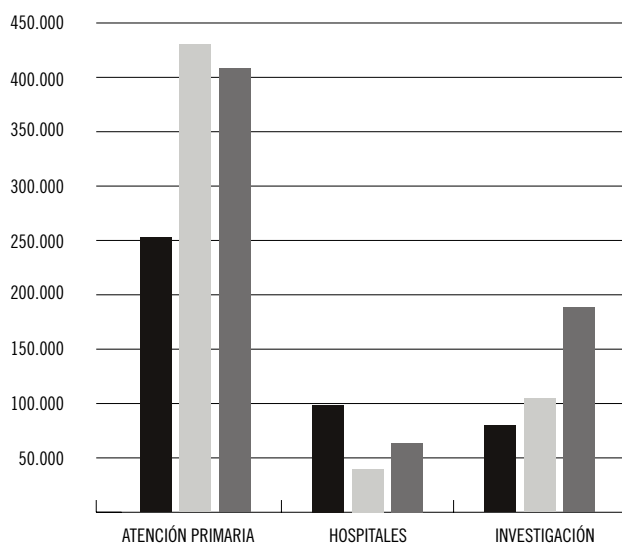
cia, Andalucía, Madrid, País Vasco, Castilla la Mancha, Extremadura y Galicia. De acuerdo a las previsiones del PACI 2011, la cooperación descentralizada representará el 36,3% del total de la AOD destinada a este país, consolidándose como uno de los principales países receptores de ayuda de la cooperación descentralizada. En el ámbito de la salud, las principales cooperaciones descentralizadas son Cataluña y la Comunidad Valenciana que han canalizado la mayor parte de sus fondos a través de ONG. Ambas centran su área de actuación en el fortalecimiento de los recursos humanos y la mejora del acceso a la atención primaria.

La distribución sectorial de la AOD en 2009 refleja una importante prioridad del sector salud, que concentra más de la tercera parte de la ayuda distribuíble. El sector de población y salud reproductiva concentra el 8,5% de la ayuda, superando el mínimo de 6% sugerido por el Plan Director. No sucede lo mismo con género donde apenas el 0,17% de la AOD distribuíble se destina al subsector de apoyo a organizaciones e ins-

tituciones que promueven la igualdad de las mujeres, cuando la orientación general del Plan director es 9%. De acuerdo a las previsiones del PACI 2011, la AOD seguirá concentrada en los sectores de salud y salud sexual y reproductiva, que sumarán el 41,2% de la ayuda distribuíble. También se prevé un ligero aumento de las acciones de género hasta situarlo en el 0,2%.

Si comparamos la distribución de la AOD al sector salud por área de salud, vemos que más del 60% de los fondos se destinan a la asistencia primaria, el 30% de los fondos a la investigación, específicamente al Centro de investigación de salud de Manhiça apoyado por la Fundació Clinic y el 10% restante a hospitales. También vemos que mientras el apoyo a la atención primaria, la puerta de entrada al sistema de salud para la mayoría de la población y elemento clave para la mejora de la salud materna, descendió ligeramente entre 2007 y 2008, casi se doblaron los fondos para la investigación que pasaron de algo más de un millón de euros a 1,8 millones de euros.

Financiación por área de salud



Fuente: Elaboración propia con datos OTC Mozambique

La financiación de la cooperación española al sector salud, se ha canalizado por la vía bilateral y a través de ONG. Las principales áreas de intervención han sido la lucha contra las enfermedades transmisibles, el fortalecimiento de las capacidades y el fortalecimiento de la atención primaria.

La financiación bilateral, en su mayor parte ayuda programática, se canaliza a través del PROSAUDE, tanto la AECID, como la Agencia de cooperación catalana (ACCD) iniciaron su apoyo a este fondo en 2004. La AECID ha ido aumentando su apoyo progresivamente hasta alcanzar los 3 millones de euros anuales entre 2008 y 2010, aunque no se dispone de datos sobre 2011 es probable que se haya producido una reducción de su aportación. En cuanto a la ACCD, ésta aporta 500.000 euros anuales al fondo, de nuevo es probable que esta cantidad se reduzca a partir de 2012.

Las asistencias técnicas, otro de los mecanismos de financiación bilateral no ha sido muy utilizado por la AECID, sólo ha habido dos asistencias técnicas, una a la Dirección nacional de asistencia médica (DNAM) y otra a la Dirección Provincial de salud de Cabo Delgado.

La ayuda canalizada por la vía multilateral, es muy pequeña en el sector salud, la AECID apoya un proyecto de UNICEF sobre nutrición infantil mientras que la ACCD apoya un proyecto de UNFPA sobre salud sexual y reproductiva.

Por tanto, la mayor parte de la financiación al sector salud se canaliza a través de las ONG que representan dos tercios de la financiación al sector. Las ONG españolas tienen una larga tradición de trabajo en el sector salud en Mozambique, especialmente Medicus Mundi Catalunya presente en el país desde 1994 y Médicos del Mundo desde 2000.

La AECID ha canalizado su apoyo a través de varios proyectos y convenios con Médicos del Mundo, Medicus Mundi Catalunya, Fundació Clinic, CIC y ASIDH. Casi todas han centrado su trabajo en el fortalecimiento del sistema público de salud, especialmente de la atención primaria y la formación del personal sanitario, ambos vinculados al objetivo de la mejora de la salud materna.

Médicos del Mundo ha terminado la ejecución de dos convenios regionales, uno sobre VIH/sida y otro sobre fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, con un fuerte componente de salud sexual y reproductiva, en las regiones de Cabo Delgado, Maputo y Matola. En estos momentos la organización ejecuta dos proyectos AACID de fortalecimiento de los servicios de planificación familiar, salud del y la adolescente y violencia de género mediante la mejora de las capacidades de las instituciones públicas y de la sociedad civil del distrito de Matola; un convenio para mejora de la salud a través del fortalecimiento de las capacidades del sistema sanitario desde un enfoque del derecho a la salud y con perspectiva de género.

Por su parte, Medicus Mundi Catalunya ejecuta un convenio de apoyo a la atención primaria en Cabo Delgado y Gaza. Así mismo, implementa varios proyectos de mejora de la atención primaria con un fuerte componente de formación de personal sanitario financiado por la Comunidad Valenciana y de fortalecimiento de las capacidades en Gaza financiado por la agencia catalana de cooperación.

Por último, la Fundació Clinic ha ejecutado un convenio vinculado al trabajo sobre la malaria que realiza el Centro de investigación en salud de Manhiça.

Aunque el grueso de la ayuda al sector de salud se canaliza a través de convenios, la AECID financia varios proyectos a ONG españolas, el Consejo Interhospitalario de Cooperación (CIC) ejecuta varios proyectos de apoyo a los programas nacionales de cirugía y anestesia, la creación de una unidad cardiorrácica en el hospital central de Maputo o el apoyo a la construcción del hospital de Mocimboa da Praia y de un centro de salud en Ibo. La Asociación para la salud integral y el desarrollo humano (ASIDH) ejecuta varios proyectos de formación de personal sanitario, mientras que terminó el proyecto de construcción del hospital escuela.

Por su parte, la ACCD ha financiado proyectos de ONG españolas como Ulls del Món, ASIDH, CIC y Medicus Mundi Catalunya e Ingenieros sin fronteras y arquitectos sin fronteras para la mejora de la infraestructura sanitaria, y locales como Rede Mulher; mientras que la Comunidad valenciana ha financiado proyectos de CIC, Medicus Mundi Catalunya y Ayuda en Acción.

3.6

EL PROCESO HACIA LA EFICACIA DE LA AYUDA

Mozambique es uno de los países favoritos de la cooperación internacional. En 2009 ocupó el puesto 12 entre los receptores de AOD a nivel mundial y el sexto en África Subsahariana, con un volumen estimado en más de 2 mil millones de dólares americanos (CAD, 2011)⁹ cifra referencial dadas las dificultades para conocer los flujos reales de ayuda en el país¹⁰.

Entre 2005 y 2011 el listado de donantes en Mozambique incluye 20 países, 12 Organismos de Naciones Unidas, 2 Bancos de Desarrollo y la Cooperación Europea (Odamoz, 2011)¹¹. Los diez principales donantes en 2011 se muestran en la tabla. España ocupa el puesto 12, con 14,6 millones de dólares. La tendencia de la AOD fue creciente entre 2005 y 2009 y luego se redujo drásticamente, como resultado de una caída general de las contribuciones de casi todos los donantes.

Salud es después de alimentación el sector al que más AOD se destina en Mozambique. En 2011 concentró casi la cuarta parte de la AOD, 22%. La ayuda en salud se incrementó notablemente entre 2006 y 2009 y se redujo después, siendo actualmente 20 los donantes que apoyan el sector. Por su parte, población y salud reproductiva tiene cada vez menos prioridad y representó apenas el 1% de la ayuda en 2011, con 13 donantes. Finalmente, en el caso de género, la situación es aún más crítica. Si bien entre 2007 y 2009 se empezó a destinar un mayor volumen de fondos al sector, en los últimos dos años las ayudas registradas se redujeron hasta desaparecer.

El caso de Mozambique es pionero y referente para la implementación de la agenda de la eficacia de la ayuda. Los resultados de la encuesta de seguimiento de 2010 indican que Mozambique alcanzó 6 de las 15 metas de la Declaración de París, mientras que en conjunto, los países evaluados (32) alcanzaron sólo una (DAC, 2011). No obstante, los retos en materia de eficacia persisten, especialmente si se toma en cuenta los escasos avances en la reducción de la pobreza y el incremento de la desigualdad en el país (RM, 2011). La implementación de la agenda de la eficacia ha aportado numerosas lecciones y ha puesto en evidencia las relaciones de poder que subyacen a las dinámicas de desarrollo y, por tanto, la dimensión política de cada uno de los principios de la Declaración de París.

Distribución de los compromisos de los diez principales donantes en 2011

USAID -EEUU	180,7
MCC-EEUU	140,5
Reino Unido	118,2
Suecia	105,9
Holanda	94,4
Banco Mundial	88,9
Dinamarca	68,8
Noruega	57,5
Canadá	52,5
Italia	27,7
Otros	65,5

Fuente: Fuente: Elaboración propia a partir de Mozambique Donor Atlas 2008

Donantes en Mozambique por sectores seleccionados, 2005-2011

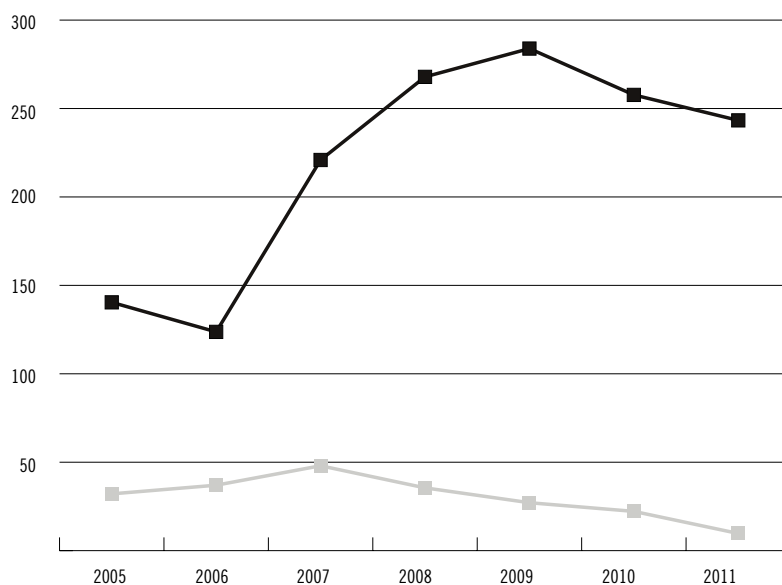
Salud	Población y SR
<ul style="list-style-type: none"> • Estados Unidos – Canadá • Irlanda - Reino Unido – Holanda – Dinamarca – Suiza - Portugal – Italia – España - Francia - Bélgica – Flandes • Comunidad Europea • Banco Mundial • UNICEF - UNDP – OIM - OMS • Banco Africano de Desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> • Irlanda - Reino Unido - Holanda - Dinamarca - Suecia - Noruega - Alemania - Austria - Bélgica • Comunidad Europea • Canadá • UNFPA - OMS

Elaboración propia a partir de Odamos: <http://41.220.166.65/reports/sectors/223> Consultada el 17/11/2011

Evolución de la AOD en salud y población y salud reproductiva (millones de dólares)

SALUD
 POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA

Fuente: Fuente: Elaboración propia a partir de Mozambique Donor Atlas 2008



Apropiación

Cinco años antes del lanzamiento de la Declaración de París, Mozambique elaboraba su primer Plan de Acción para la Reducción de la Pobreza Absoluta (PARPA), que actualmente se encuentra en su tercera edición (PARP 2011-2014). El PARPA es el instrumento programático que debe servir de referencia para definir la financiación, cuyos instrumentos marco son el Escenario Fiscal (2010-2012) y el Presupuesto del Estado, de carácter anual. Por tanto, puede decirse que formalmente el país cuenta con un conjunto de herramientas de planificación para liderar su proceso de desarrollo, lo que queda reflejado en los resultados del seguimiento del CAD al valorar el avance en del principio de apropiación.

No obstante, es evidente que la disponibilidad de herramientas no es suficiente para garantizar el principio de apropiación, que exige mucho más de lo logrado hasta el momento en términos de proceso y en el momento de establecer y ejecutar prioridades. En el caso de Mozambique, varios factores estructurales han sido señalados como limitantes de una apropiación integral y democrática. La condición de país favorito de la cooperación ha derivado en una alta dependencia de la ayuda – en 2010 el 45% del presupuesto estatal provenía de la AOD (FDA y UNICEF, 2009). La ayuda externa se ha mantenido por años condicionada a la aplicación de una política económica neoliberal y de ajuste estructural impulsados por países y organismos donantes, configurando un modelo económico que refuerza la dependencia. El valor anual de la ayuda general al presupuesto del estado es similar al que podría obtenerse con la eliminación de beneficios fiscales específicos a seis proyectos de la industria extractiva en el país, recursos que podrían reducir de 50% a 36% la dependencia de la ayuda externa del país (Castel-Branco, 2011). Al mismo tiempo, los apoyos a la agricultura resultan exiguos aun cuando la mayor parte de la población obtiene el alimento a través de la producción para el autoconsumo.

El sistema político mozambiqueño resultante de la independencia y sucesivos conflictos armados, se caracteriza por la permanencia en el poder de un partido dominante que implementa políticas de neutralización de posibles fuentes de oposición y de cooptación de

las instituciones, entre ellas las que articulan a jóvenes y mujeres, por lo que la emergencia de organizaciones que puedan construir e impulsar un discurso alternativo se produce en condiciones de gran dificultad.

La sociedad civil es diversa en intereses, capacidades y niveles de acción. Si bien existen numerosas organizaciones formalmente registradas, la mayoría son de corte religioso o político, relacionadas al partido en el gobierno y las ONG nacionales e internacionales representan un reducido porcentaje (Kreisler, 2008). Al mismo tiempo, algunas organizaciones tienen particularmente difícil la posibilidad de constituirse formalmente, como la Asociación Mozambiqueña para la Defensa de las Minorías Sexuales, cuya solicitud fue inicialmente denegada por que se estimó sus objetivos dañaban la moral vigente y posteriormente obviada por las instancias correspondientes (LAMDA, 2011).

Existen plataformas que desde la década pasada constituyen foros para el debate y posicionamiento sobre políticas públicas, incluyendo aquellas relacionadas con la condonación de la deuda externa y los PARPA – como el Grupo Mozambiqueño de la deuda y el G-20, en los que participan organizaciones que trabajan en el área de salud y género como WLSA y plataformas como Forum Mulher. No obstante, la agenda de eficacia y el papel de vigilancia ciudadana e incidencia política como sociedad civil se mantiene en la agenda de pocas organizaciones, generalmente ubicadas en la capital, y sólo en algunos casos parece responder a una apuesta por la apropiación democrática de la toma de decisiones en el país. Al mismo tiempo, los Observatorios de Desarrollo, creados por el gobierno para canalizar formalmente la participación de la sociedad civil en la elaboración y seguimiento de las políticas públicas, son percibidos por organizaciones de la sociedad civil como espacios de escasa eficacia por su enfoque orientado a la consulta puntual no vinculante y por la influencia que el gobierno suele ejercer sobre ellos. En el caso de las ONG del norte, la mayoría desconocen el trabajo realizado por las organizaciones mozambiqueñas y sus espacios de encuentro para la acción política son escasos.

Finalmente, las limitaciones en la disponibilidad y acceso oportuno a la información pública determinan las posibilidades de elaborar políticas públicas adecuadas a

la realidad y equitativas. Las convocatorias para las consultas suelen producirse de improviso, con el consiguiente impacto en la calidad del análisis y respuestas (G20 y GMD, 2011). De la misma manera, las organizaciones de la sociedad civil vienen demandando la aprobación de la Ley de Acceso a la Información Pública que clarifique entre otros asuntos qué es considerado secreto de estado pues en ocasiones se ha utilizado este argumento para negar información que las organizaciones consideran indispensable para poder analizar el contexto y plantear propuestas de calidad. Específicamente para el caso de género la escasa disponibilidad de indicadores desagregados por sexo constituye un vacío que urge subsanar.

En este contexto, la calidad de la apropiación resulta limitada y en todo caso, los actores cuyos intereses y planteamientos se ven más representados son en primer lugar los principales países y agencias donantes y en segundo lugar el gobierno, mientras que la sociedad civil, si bien es parte de los procesos de consulta, tiene limitadas posibilidades de incidir sobre la toma de decisiones.

La equidad de género no ha sido un elemento central en los sucesivos PARPA. El primero de estos planes no incluyó las cuestiones de género. La acción de algunas organizaciones de la sociedad civil y agencias donantes impulsó la incorporación de género como uno de los ocho temas transversales del PARPA II. El plan señala que el empoderamiento de las mujeres es un factor decisivo en la erradicación de la pobreza y la lucha contra el VIH y el sida y

que “una vez que se mejora su posición, las mujeres se convierten en la más eficiente y eficaz inversión”. El PARPA II establece diez medidas de carácter transversal orientadas a promover la igualdad de oportunidades, incluyendo aspectos normativos, socioeconómicos, políticos e institucionales. Adicionalmente, como parte del pilar de la estrategia de desarrollo denominado Capital humano, se establece entre otras medidas promover las organizaciones de mujeres para fortalecer sus capacidades. En el caso del PARP, los temas transversales desaparecen. No obstante, se reconoce que la equidad de género es aún un desafío tanto en términos de resultados del desarrollo como en los aspectos programáticos y especialmente los presupuestarios. A lo largo del plan, si bien hay menciones puntuales a la equidad o a las mujeres en algunas líneas de acción, no se advierte una visión estratégica orientada al cambio de la posición social de las mujeres. Es en el Plan Quinquenal del Gobierno, instrumento asociado al PARP, definido por el gobierno y aprobado por el parlamento, donde se incluye la promoción de la equidad de género en el apartado de desarrollo humano, y se plantea como objetivo la mejora de la condición de la mujer y de su participación en la vida política, económica y social del país.

Por otro lado, la atención en salud, incluyendo varios aspectos de la salud sexual y reproductiva ha sido prioridad desde el PARPA I, en los componentes relativos a salud de las mujeres, juventud, y lucha contra el VIH/sida. En el PARPA II se observa una mayor integración

Comparativa de los PARPA por temas seleccionados

	PARPA I (2001-2005)	PARPA II (2006-2009)	PARP (2011-2014)
¿Género es transversal?	No	Si	No hay ejes transversales en el PARP. Se menciona la equidad de género o a las mujeres en algunas prioridades relacionadas con la producción, la acción social y el acceso a servicios básicos.
¿Hay un área específica para género?	No	No	No en el PARP, sí en el Plan Quinquenal del Gobierno.
¿Mención específica a SSR?	No	No	No. Salud se incluye en el objetivo de desarrollo humano como promoción de la equidad en el acceso a los cuidados de salud privilegiando la salud de la mujer, de la infancia y de otros grupos vulnerables.

Fuente: Elaboración propia

ASOCIACIONES, ORGANIZACIONES Y REDES DE LA SOCIEDAD CIVIL

ORGANIZACIONES Y REDES DE MUJERES

Associação da Mulher para a Democracia, ASSOMUDE

Associação Moçambicana das Mulheres de Carreira Jurídica, AMMCJ

Associação Mulher Lei e Desenvolvimento, MULEIDE

Forum Mulher, Coordenação para Melhor Desenvolvimento

Fundo do Desenvolvimento Mulher, FDM

LAMBDA

Organização da Mulher Moçambicana, OMM

SWAA International – Society for Women and AIDS in Africa

WILDAF – Women in Law and Development in Africa

Women in Law in Southern Africa, WLSA

ORGANIZACIONES Y REDES MIXTAS

Acção SIDA

AMODEFA

ASIDH

Naima

MONASO, Rede Moçambicana de Organização na Luta contra o Sida

Firmantes del Memorándum de Entendimiento de 2009

	Gobierno de Mozambique
Socios de Apoyo Presupuestario (PAP)	Banco Africano de Desarrollo, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Comisión Europea, Finlandia, Alemania, Irlanda, Italia, Holanda, Noruega, Portugal, España, Suecia, Suiza, Reino Unido y Banco Mundial.
Miembro Ex Oficio	Fondo Monetario Internacional
Miembro Asociado	Estados Unidos de América

Elaboración Propia. Fuente: Programe Aid Partnership http://www.pap.org.mz/financial_contributions.htm consultada en 01/12/2011.

de la SSR, que se prioriza en las áreas de educación y cultura y la de salud. En el caso del PAPP, la disponibilidad y calidad en el acceso a los servicios sociales, la seguridad social básica y las infraestructuras sociales son prioridades del objetivo de desarrollo humano. En el apartado sobre servicios de salud, si bien se brinda prioridad a la salud de la mujer, los lineamientos se focalizan específicamente en la salud materna y la prevención y tratamiento del VIH/sida.

Como resultado de la acción coordinada de la sociedad civil y algunas agencias de desarrollo, en los últimos años el estado se ha dotado de políticas para impulsar la transversalización de la equidad de género en el ámbito estatal y proteger y promover derechos de las mujeres, como la Política de Género y la Estrategia para su implementación, el Plan Nacional de Acción para la Prevención y Combate de la Violencia Contra la Mujer, la Política Nacional de Salud y DSR y el Plan Nacional de Acción para el Avance de la Mujer, entre otras. La asignación suficiente de recursos para la adecuada implementación de estas políticas, así como el seguimiento de sus resultados son aspectos que podrían reforzarse.

En cuanto a las provisiones en financiación del estado destacan dos aspectos. El primero es la permanencia de la alta dependencia de la ayuda externa, con un escaso incremento de financiación interna entre 2010 y 2012, de 47% a 48,5% respectivamente (FDA y UNICEF, 2009). El segundo es el insuficiente porcentaje de recursos destinados a atender los enormes retos en educación, salud y otros derechos sociales recogidos en el PAPP. Por ejemplo, el presupuesto del Estado dedicado a salud fue apenas el 7,2% del total del gasto en 2010, por debajo del 9% de 2009 y de la previsión establecida en el Escenario Fiscal, que era de 11% (FDA y UNICEF, 2010). Para algunos miembros de la sociedad civil, la escasa implicación de financiación pública es un indicador de que la apropiación de las políticas no está aún consolidada.

Alineamiento

Desde inicios de la década de los noventa, en Mozambique se han ido dando paso experiencias de gestión de la ayuda al desarrollo en la línea del principio de alineamiento. Actualmente, 19 donantes, entre los que se encuentra España, participan en diferentes modalidades de ayuda programática, sumando aproximadamente la cuarta parte del total de la AOD.

A través de un Memorándum de Entendimiento (MdE), cuya última versión se firmó en 2009, el gobierno de Mozambique y este grupo de donantes —denominado G19— establecen objetivos, principios y mecanismos de acción y monitoreo. La reducción de la pobreza en todas sus dimensiones se define como objetivo general del apoyo presupuestario y se reafirman los principios de la Declaración de París y la Agenda de Accra como marco para impulsar un mayor grado de alineamiento con los sistemas presupuestarios y contables y con la legislación mozambiqueña. Se establecen como principales instrumentos de planificación el PARPA, su Plan Operativo y el Plan Quinquenal del Gobierno, así como instrumentos monitoreo y rendición de cuentas mutua. Las modalidades de ayuda contempladas en el MdE son: el Apoyo Presupuestario Directo (ADO por sus siglas en portugués) —que incluye el Apoyo General al Presupuesto (AGO) y el Apoyo al Presupuesto del Sector (AOS)— el apoyo programático, los préstamos para desarrollo de políticas y de inversión —figura utilizada por el Banco Mundial— y el apoyo a proyectos. La participación de los donantes en las modalidades mencionadas se define a través de acuerdos bilaterales entre cada donante y el gobierno.

La implementación de estos y otros mecanismos para el ordenamiento y unificación de la gestión pública permite una valoración positiva de la puesta en marcha de la Declaración de París en Mozambique, aunque persisten dificultades como se observa en la tabla a continuación.

Entre los principales retos se encuentra la limitada previsibilidad de los donantes -agudizada en el contexto de crisis financiera- y la desconfianza instalada entre varios actores, relacionada entre otros factores con la transparencia en la gestión y las cuentas públicas. En este sentido se han dado pasos como la Ley de adquisiciones y la reforma del Sistema de Gestión y Control de las Finanzas Públicas pero aún existen vacíos entre los que se encuentran la falta de adecuación de los sistemas de control a la realidad del país y la débil transparencia en la gestión gubernamental.

Con respecto al apoyo presupuestario sectorial, existen once fondos comunes distribuidos en diferentes sectores entre los que se encuentran educación y salud. No existe un fondo específico para asuntos relacionados con la equidad de género o para las políticas de desarrollo de las mujeres. El presupuesto dedicado al sector de Mujer y Acción Social es sumamente reducido -0,7% del presupuesto estatal hasta 2008 y en el que la mayor parte del financiamiento es paralelo a los sistemas estatales. No obstante, se trata de un sector con un altísimo nivel de ejecución - más del 98% en 2007- y enormes retos tanto en el liderazgo político como en el fortalecimiento y ampliación de la cobertura de sus programas.

Por su parte, Salud es el sector con más trayectoria en el apoyo presupuestario en el marco de un proceso que impulsaron durante los 90s el gobierno de Mozambique y la cooperación Suiza (Pita y otros, 2005). Posteriormente

otros agentes se fueron sumando y paulatinamente se pusieron en marcha modelos que suponían cierta descentralización en la toma de decisiones y que no llegaron a consolidarse debido a resistencias de diferentes actores. A pesar de las dificultades, la positiva valoración de la modalidad de apoyo presupuestario por el gobierno de Mozambique y la implicación de otros donantes hicieron posible avanzar hacia la conformación de sucesivos fondos comunes para temas sectoriales más o menos específicos - como la armonización de las asistencias técnicas, medicamentos y suministros médicos y gastos corrientes. En el año 2000, se inicia formalmente el proceso SWAP en Salud. Si bien la evolución de este mecanismo ha implicado aprendizajes y cambios, su estructura básica se ha mantenido (ver tabla Principales componentes del SWAP en salud). La implementación del SWAP en salud en Mozambique es considerada una buena práctica en términos de alineamiento, que ha permitido fortalecer el liderazgo del gobierno de Mozambique en el diseño y gestión de la política sanitaria y articular los esfuerzos de los países socios en el sector.

A este proceso se suma el “Compacto de Mozambique” (2008), acuerdo de intenciones impulsado por la Asociación Internacional por la Salud - IHP+ por sus siglas en inglés- que tiene como objetivo reforzar los mecanismos que existen en el país para el alineamiento y armonización en salud a través de un marco de referencia común para todos los actores relacionados con el sector, orientado a la consecución de los Objetivos

Principales componentes del SWAP en salud

	Gobierno de Mozambique
Plan Estratégico del Sector	Plan Estratégico del Sector Salud (PESS) 2007-2012
Código de Conducta	Compromiso de Kaya Kwanga de 2001 revisado en 2003
Términos de Referencia	Actualizados en 2007
Mecanismos de diálogo	Comité de Coordinación Sectorial Comité de Coordinación Conjunta Grupos de trabajo
Mecanismo de financiación	Memorándum de Entendimiento sobre PROSAUDE II – 2008 ¹²

vos del Milenio. Uno de los aspectos del Compacto es el énfasis en la necesaria integración de los esfuerzos para fortalecer el sistema sanitario y la respuesta al VIH/sida, lo que supone integrar los procesos de planificación y gestión programática y presupuestaria así como el monitoreo y evaluación de programas. En el contexto de Mozambique esta iniciativa podría contribuir a reorientar las múltiples intervenciones de carácter vertical que existen en el país, reforzando los sistemas públicos de atención primaria de salud en el marco de una estrategia de desarrollo más sostenible. Además, esta iniciativa incluye un componente de fortalecimiento y monitoreo de la participación de organizaciones de la sociedad civil y los procesos de monitoreo permiten visibilizar el papel del gobierno y los socios de manera diferenciada. La primera evaluación de resultados del Compacto es en general positiva al tiempo que refleja algunos retos importantes. En el caso del gobierno de Mozambique (ver Tabla Resultados del primer proceso de evaluación IHP+ sobre el Gobierno de Mozambique) nuevamente, el escaso porcentaje del presupuesto estatal destinado a salud es el aspecto más crítico.

Con respecto al desempeño de los socios, la evaluación de IHP+ incluyó 14 de ellos, entre los que se encuentran 6 países (Holanda, Noruega, Bélgica, España, Suecia y Reino Unido) la Comunidad Europea, 4 agencias de Naciones Unidas (ONUSIDA, UNFPA y UNICEF) y 3 agencias internacionales (GAVI, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y el Banco Mundial). Los resultados reflejan tendencias menos claras debido a la diversidad de actores y a ausencias de información sobre algunos de los indicadores. No obstante, permiten visibilizar los esfuerzos que varios de los socios vienen realizando para hacer una labor más coordinada. Como aspectos a fortalecer en este caso se advierten un uso limitado de los sistemas de abastecimiento y gestión financiera del país. Entre los factores que dificultan una apuesta más decidida por los sistemas nacionales para la canalización de ayuda, se encuentran la falta de voluntad política de algunos donantes y la limitada capacidad del sistema para gestionar los recursos y dar cuenta de dicha gestión, que a su vez contribuyen a la permanencia de la desconfianza instalada entre diversos actores en los últimos años.

Resultados del primer proceso de evaluación IHP+

Valoración según metas IHP+	Resultados (datos de 2009) ¹³
Alcanzadas	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha firmado un Compacto HIP+ que integra diferentes instrumentos¹⁴ • El PESS incluye un marco de indicadores y un marco presupuestario, que son evaluados conjuntamente • El PESS tiene integrado el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos 2008-2015, elaborado en base a la evidencia y con un presupuesto previsto. • Mozambique obtiene 4 –sobre 6– en la escala de Evaluación de la capacidad de gestión financiera elaborada por el Banco Mundial. • Existe un marco de evaluación del desempeño (QAD por sus siglas en portugués) transparente y monitoreable en el PARPA y el PESS. • Se han realizado evaluaciones mutuas sobre el avance en la implementación de los compromisos en el sector salud, incluyendo la eficacia de la ayuda.
Con progreso	<ul style="list-style-type: none"> • El 73% del presupuesto previsto para el sector salud fue desembolsado.
Sin progreso o con retroceso	<ul style="list-style-type: none"> • Se destinó el 6,8% del presupuesto nacional a salud, frente al 15% acordado en Abuja.
Sin información suficiente	<ul style="list-style-type: none"> • No se han realizado evaluaciones sobre el sistema de abastecimiento. • No se cuenta con información sobre la participación de la sociedad civil en el Comité de Coordinación Sectorial.

Los resultados de IHP+ corresponden a un importante pero limitado grupo de socios y aún existen significativos flujos de ayuda que no se integran a los sistemas nacionales. Por ejemplo en 2008 sólo el 26% de la ayuda fue canalizada a través de fondos comunes (AFD, 2008). El caso paradigmático es el de Estados Unidos, principal donante en el sector, cuyos fondos no se integran a los sistemas estatales y se destinan mayoritariamente a iniciativas verticales (Acción por la Salud Global y DSW, 2009¹⁵). El apoyo a este tipo de iniciativas tiene impacto en el sector en términos económicos y también operativos. Dada la fragilidad del sistema en términos de recursos humanos y materiales, especialmente a nivel provincial y distrital, las intervenciones verticales en ocasiones debilitan e incluso paralizan la labor de los establecimientos, lo que redundaría en el acceso y calidad de atención.

En cuanto a la previsibilidad de la ayuda en salud, se trata de una de las principales debilidades identificadas en términos de alineamiento. Los retrasos en la llegada de los fondos producen un bajo nivel de ejecución (54% en conjunto para los sectores de educación y salud). De acuerdo al Escenario Fiscal, las previsiones ofrecidas por los donantes indican un incremento del apoyo directo a presupuestos y en el caso de los fondos comunes, una ligera reducción de la ayuda global, con incrementos significativos del apoyo a los sistemas tributarios y al Instituto Nacional de Estadística mientras que reducen el destinado a sectores sociales, en especial al fondo sobre VIH/sida y al de educación. Varios análisis apuntan a que estas previsiones resultan optimistas, especialmente en el actual contexto económico, en que varios de los países socios podrían reducir la ayuda comprometida.

Armonización

Sucesivos procesos de monitoreo identifican la armonización como el principio de la DP más difícil de impulsar en Mozambique (OECD, 2006; KPMG, 2010). Los aspectos más críticos son el insuficiente apoyo programático y la escasa coordinación de visitas de supervisión y procesos de análisis por parte de los donantes. Adicionalmente, la puesta en marcha de la nueva arquitectura de la ayuda ha implicado la creación de un importante número de espacios que tienen el valor de poner en común a diferentes actores, pero que pueden resultar disfuncionales si sus aportes no se canalizan estratégicamente.

Para impulsar el principio de armonización, los países Socios de Ayuda Programática (PAP por sus siglas en inglés) se han organizado en una compleja estructura que incluye a los Jefes de Misión, los Jefes de Cooperación y el grupo de trabajo de economistas, todos ellos integrantes de delegaciones de países socios. A su vez, una Troika conformada por Jefes de Misión preside el Grupo de Coordinación del Marco de Evaluación de Desempeño, del que son parte también los representantes de los grupos de trabajo de carácter sectorial y horizontal.

Durante la implementación del PARPA II se constituyeron 30 grupos de trabajo, organizados en 5 pilares, cuatro sectoriales –pobreza y gestión macroeconómica, gobernanza, desarrollo económico y capital humano– y uno horizontal. El pilar sobre capital humano incluye entre otros los grupos de trabajo de salud y de mujer y protección social.

El grupo de trabajo de salud cuenta con 8 subgrupos, entre los que se encuentran el de salud sexual y reproductiva, salud infantil y nutrición y el del SWAP, siendo uno de los retos la reestructuración del Forum del SWAP y de sus grupos de trabajo, para conseguir una organización más coherente con el PARP y reorientar los procedimientos para que se puedan emitir propuestas de una manera más integrada.

Por su parte entre los grupos horizontales se encuentran el de género y el de VIH/sida. El Grupo de Coordinación de Género (GCG) fue inicialmente un mecanismo informal de coordinación liderado por agencias de la cooperación

internacional, con una presencia activa de la sociedad civil y con participación del Ministerio de la Mujer y Acción Social. Posteriormente, pasó a tener carácter formal, liderado por el ministerio y apoyado desde el secretariado por una agencia de cooperación que cambia anualmente. Es un importante espacio para el diálogo de políticas y coordinación que no obstante requiere ser reforzado, para lo cual se está llevando a cabo un proceso de revisión sobre su rol y futura estrategia.

Gestión orientada a resultados

Para dar seguimiento a su implementación y resultados, el PARP incluye una Matriz de Evaluación de Desempeño (PAF). Anualmente, el PARP es operacionalizado a través del Plan Económico y Social (PES) que incluye a su vez una PAF cuyos resultados se reportan mediante el Balance del PES. A estos instrumentos se les suman otros de carácter financiero como el Balance del Presupuesto Anual, así como los resultados de encuestas nacionales elaboradas por el INE y otros documentos acordados por los socios. Los resultados de la evaluación del PARPA II y el Balance del PES no permiten realizar análisis concluyentes sobre los temas relacionados con salud y género y reflejan la necesidad actual de reforzar los sistemas de información, seguimiento y evaluación del estado. Adicionalmente, los donantes que brindan apoyo programático (PAP) cuentan con un PAF para evaluar su propio desempeño, sin que exista un marco de evaluación general en el que participen todos los donantes.

Rendición mutua de cuentas

Se trata de un principio de la Declaración de París que permanece como reto en Mozambique. En el plano formal, el Memorandum de Entendimiento (MdE) de 2009 tiene entre sus principios la rendición mutua de cuentas y compromete a los socios implicados en el apoyo presupuestario a favorecer la rendición de cuentas entre socios y a nivel interno. En el MdE el gobierno de Mozambique se compromete a poner a disposición de sus socios información sobre los avances en la reducción de la pobreza, so-

bre la implementación de los planes acordados, de la ejecución del presupuesto, la respuesta del Parlamento a la evaluación del Tribunal Administrativo y los resultados de los procesos de auditoría. Por su parte, los PAP se comprometen a facilitar información sobre la evolución de sus compromisos financieros en lo referente al apoyo presupuestario y sobre las demás formas de ayuda al desarrollo que implementan. El MdE señala también el compromiso de facilitar la participación de la sociedad civil en los procesos de monitoreo y evaluación de la implementación de las estrategias de desarrollo. Por tanto, de acuerdo a los indicadores de la Declaración de París (DP) Mozambique habría alcanzado la meta establecida.

No obstante, la segunda evaluación sobre la implementación de la Declaración de París –realizada en 2011– valora como moderado el avance en este principio, considerando que si bien el país cuenta con instrumentos adecuados para llevar a cabo los procesos de rendición de cuentas, los resultados de los mismos son usados con más frecuencia entre los PAP que por el gobierno y observa en ellos escasa participación del parlamento y la sociedad civil (KPMG, 2010).

De acuerdo al MdE, los principales instrumentos por los que el Gobierno de Mozambique (GoM) da cuenta de su desempeño son los Balances del PES y los Informes de Ejecución Presupuestal. El PES incluye un Marco de Evaluación de Desempeño (PAF por sus siglas en inglés) con indicadores para cada uno de los pilares y sectores del PARPA. Los socios que brindan apoyo presupuestario (PAP por sus siglas en inglés) desarrollan también un PAF relacionado con sus compromisos y procedimientos de ayuda. Se prevé que el seguimiento de los avances y la definición de los PAF tendrán lugar anualmente. Otros mecanismos son la Auditoría del Presupuesto y las Finanzas Públicas y la evaluación de la política macroeconómica que el Gobierno de Mozambique debe acordar con el FMI u organismos similares. Se trata por tanto de un proceso fundamentalmente centrado en los gobiernos, que de manera estructural establece una participación privilegiada a organismos financieros de orientación neoliberal.

La participación del Parlamento se produce una vez que el PES y el Presupuesto del Estado han sido diseñados y su papel es la revisión y aprobación de di-

chos instrumentos. En el caso de la sociedad civil, si bien algunas organizaciones son parte de los grupos de trabajo sectoriales que tienen voz en el proceso de seguimiento o son integrantes de los Observatorios de Pobreza, su participación se ve limitada por las dificultades en términos de disponibilidad y acceso a la información pública y por la gestión del diálogo desde el gobierno que se orienta a realizar consultas puntuales antes que a generar procesos de intercambio fluidos. A esto se suma que en ocasiones las convocatorias para las consultas se producen de un momento a otro, lo que resta posibilidad de elaborar contribuciones sustanciales. Esta situación ha sido planteada por la sociedad civil mozambiqueña en varios foros, así como en el documento de las contribuciones a la elaboración del PARP elaborado por el G-20 – plataforma de la sociedad civil¹⁶.

En cuanto a resultados, el informe de evaluación del PARPA II ofreció un panorama ambivalente, pues si bien se lograron avances no se consiguieron las metas previstas en varias áreas. En salud, si bien hubo avances en la disponibilidad de instalaciones sanitarias, la cobertura de partos institucionales tuvo una ligera mejoría entre 2005 y 2008, pero se redujo en 2009 incluso por debajo del porcentaje de 2005 -49%. En el caso del índice de unidades sanitarias que brindan servicios obstétricos básicos, si bien se incrementó entre 2005 y 2010 -1,23 a 1,4- el resultado se ubicó muy por debajo de la meta establecida en la matriz estratégica del PARPA II ¹⁷. En el caso de

la mortalidad materna, no existen datos actualizados que permitan evaluar el desempeño en este indicador, aunque algunas estimaciones indican que la reducción prevista no se habría producido. De igual manera, no se contaba con indicadores que permitieran evaluar los avances relacionados con la igualdad de género.

En el ámbito financiero, los procesos de auditoría han resultado lentos debido a dificultades en la implementación de los procedimientos en la realidad de Mozambique así como cierta falta de transparencia en el gobierno. Estas demoras han afectado incluso la programación de la ayuda prevista para 2012, puesto que los PAP entienden que se trata de un requisito para poder realizar cualquier desembolso.

Por su parte los PAP, han desarrollado matrices de evaluación del desempeño que se utilizan de manera individual y conjunta, que funcionan en todo caso como herramientas de monitoreo de carácter público.

En este contexto, fortalecer la sociedad civil para llevar adelante procesos integrales de rendición de cuentas es fundamental, puesto que si ésta se limita a procedimientos de identificación de problemas puede ocasionar desconfianza o derivar en falta de legitimidad de los procedimientos. De manera similar a la apropiación, es necesario que el principio de rendición de cuentas se aborde desde una perspectiva amplia de derechos humanos y participación y no solo desde marcos técnicos.

NOTAS

¹ <http://www.wikipedia.org>

² WLSA, et al. 2006. Discussão da primeira proposta de revisão do Código Penal. Análise segundo uma perspectiva de género e inclusiva dos direitos das mulheres e das crianças.

³ Fidh, 2007. Direitos de Mulher no Moçambique. Dever de terminar práticas ilegais

⁴ Ibidem

⁵ Las casas de espera permiten a las mujeres embarazadas estar cerca de la unidad de salud los días anteriores al parto, de forma que permite una mejor atención del parto y la derivación a otros centros de salud si se producen complicaciones.

⁶ Para la realización de este informe se utilizan los datos sobre salud sexual y reproductiva de la encuesta demográfica y de salud de 2003, la más reciente de que se dispone

⁷ Datos de la Organización Mundial de la Salud 2010

⁸ Datos del PARP 2011-2014

⁹ Development Co-operation Directorate (DCD-DAC) Statistics on Resource Flows to Developing Countries. Consultada el 16 de noviembre de 2011. http://www.oecd.org/document/9/0,3746,en_2649_34447_1893129_1_1_1_1,00.html.

¹⁰ ODAMOZ dice 2500 millones de euros. Consultada el 01/12/2011 http://www.odamoz.org.mz/donor_info/donor_report/show?donor_type=country.

¹¹ Mozambique Donor Atlas

¹² Firmado por el Gobierno de Mozambique (representado por los Ministerios de Salud, Finanzas y de Planificación y Desarrollo) once socios de cooperación (Canadá, Cataluña, Flandes, Francia, Irlanda, Finlandia, Dinamarca, España, Suiza, Holanda y la Comunidad Europea) y dos agencias de Naciones Unidas (UNICEF y UNIFEM).

¹³ IHP (2010) Mozambique Country Scorecard 2010

¹⁴ El Compacto HIP+ de Mozambique integra los componentes del SWAP con el Código de conducta de las ONGs, el Memorandum de Entendimiento entre el CNCS y socios del fondo común para VIH/sida, el Código de Conducta del Foro de socios en VIH/sida, todos firmados el 2006.

¹⁵ Acción for Global Health y DSW (2011) Health Spending in Mozambique. The Impact of Current Aid Structures and Aid Effectiveness. In: Eu Health ODA and Aid Effectiveness. Country Briefing 4. March 2011.

¹⁶ G20 (2011) Contribuciones al PARP. Documento da sociedade civil para a 10ª Sessão do observatório de Desenvolvimento e processo do PARP, 2011.

¹⁷ FDC y UNICEF (2009) Relatório de Avaliação do Impacto do PARPA II (2006-2009) Desafios de redução da pobreza na infância em Moçambique. En: Informes Orçamentais

BIBLIOGRAFÍA

- Acción for Global Health y DSW , 2011. Health Spending in Mozambique. The Impact of Current Aid Structures and Aid Effectiveness. In: Eu Health ODA and Aid Effectiveness. Country Briefing 4. March 2011.
- ACS e Kula (2008) Sumário de Estudo de Base: A Monitoria da Governação em Moçambique. Maputo: MASC.
- AECID, 2005. Documento de Estrategia País, 2005-2008.
- AECID, 2010. Estrategia de salud de la cooperación española en Mozambique, 2010-2013
- Bidaurratzaga, Eduardo (2009) Las políticas de lucha contra el VIH/sida en Mozambique: retos para la cooperación internacional. ARI N° 78/2009 Fecha: 18/05/2009. Bilbao.
- Castel-Branco, Carlos Nuno (2011) Desafios para la movilización de recursos domésticos: Revisión crítica del debate. En: Desafios para Mozambique. Maputo: IESE.
- Clarke, J and M. Visser-Valfrey (2010) Results and Value for Money: A Performance Review of the Human Development Portfolio in Mozambique. DFID Human Development Resource Centre.
- Código de Conduta do Kaya Kwanga (2000) Um código de conduta para orientar a parceria para o desenvolvimento da saúde em Moçambique
- Desenvolvimento do Milénio 2009 – 2012 (2015). Ministério da Saúde de Moçambique. Direcção Nacional de Saúde Pública.
- Development Co-operation Directorate (DCD-DAC) <http://www.oecd.org>
- Development Co-operation Directorate (DCD-DAC) Statistics on Resource Flows to Developing Countries. Consultada el 16 de noviembre de 2011. http://www.oecd.org/document/9/0,3746,en_2649_34447_1893129_1_1_1_1,00.html
- Do Rosário, Domingos (2011) Descentralización en el contexto de partido "dominante". En: Desafios para Mozambique. Maputo: IESE.
- FDC y UNICEF (2009) Relatório de Avaliação do Impacto do PARPA II (2006-2009) Desafios de redução da pobreza na infância em Moçambique. En: Informes Orçamentais.
- Fidh, 2007. Direitos de Mulher no Moçambique. Dever de terminar prácticas ilegais
- Final Report – Paris Declaration Evaluation Phase 2 – Mozambique - © 2010 KPMG Auditores e Consultores, SARL.
- G-20 y Grupo Mozambiqueño de la Deuda (2011) Documento da Sociedade Civil para a 10ª Sessão Do Observatório De Desenvolvimento E Processo Do Parp, 2011.
- Governo de Moçambique (2010) Programa Quinquenal do Governo para 2010-2014.
- IHP+ <http://www.ihpresults.net>
- IHP, 2010. Mozambique Country Scorecard 2010
- IHP+, 2010. Strengthening accountability to achieve the health MDGs. IHP+Results 2010 Performance Report. www.ihpresults.net
- KPMG Auditores e Consultores, SARL, 2010. Final Report – Paris Declaration Evaluation Phase 2, Mozambique
- Kreisler, Isabel (2008) La sociedad civil ante la nueva arquitectura de la ayuda. El caso de Mozambique. Madrid: CeALCI-Fundación Carolina.
- MAEC, 2010. Plan Anual de Cooperación Internacional 2010.
- MAEC, 2010. Seguimiento PACI 2009.
- MAEC, 2011. Plan Anual de Cooperación Internacional 2011.
- Ministério da Planificação e Desenvolvimento (2011) Mensagem de Moçambique Para Hlf-4 Busan: Eficácia Da Ajuda Em Moçambique.
- Ministério da Saúde de Moçambique (2007) Plano Estratégico Do Sector Saúde, 2007 a 2012
- Ministério da Saúde de Moçambique (2009) Plano Integrado para o Alcance dos Objectivos 4 e 5 de
- Ministério da Saúde de Moçambique, 2007. Balance of the 2007 Social and Economic Plan, 1st Semester.
- Ministério da Saúde de Moçambique, 2007. Strategic Plan for the Health Sector, 2007 to 2012.
- Ministries of Finance and Planning and Development (2007) Cenário Fiscal de Médio Prazo, 2008-2010.
- OCDE 2011 Aid Effectiveness 2005-10: Progress in Implementing the Paris Declaration
- ODAMOZ dice 2500 millones de euros. Consultada el 01/12/2011 http://www.odamoz.org.mz/donor_info/donor_report/show?donor_type=country
- ODAMOZ <http://www.odamoz.org.mz>
- OECD (2011) Aid Effectiveness 2005-10: Progress in Implementing the Paris Declaration. OECD Publishing. © oecd 2011.
- OECD (2011) Progress and Challenges in Aid Effectiveness. What can we learn from the Health Sector? Working Party on Aid Effectiveness. Task Team on Health as a Tracer Sector.
- Pita, Botella, de la Corte y Ferreira (2005) La aplicación de los nuevos instrumentos en la cooperación española en África: Lecciones de la experiencia en Mozambique. Madrid: Fundación Carolina – CeALCI.
- Programa Aid Partnership <http://www.pap.org.mz>
- República de Moçambique, 2006. Plano De Acção Para Redução Da Pobreza (PARPA) 2006-2009.
- República de Moçambique, 2010. Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e sida 2010-2014.
- República de Moçambique, 2010. Programa Quinquenal do Governo 2010-2014
- República de Moçambique, 2011. Plano De Acção Para Redução Da Pobreza (PARP) 2011-2014.
- Terms of Reference for the Sector-wide Approach (SWAp) in Health (191.42 kB)
- The Informal Governance Group and Alliance 2015 (2010) Aid and Budget Transparency in Mozambique. Constraints for Civil Society, the Parliament and the Government.
- UNICEF (2009) Relatório de Avaliação do Impacto do PARPA II (2006-2009) Desafios de redução da pobreza na infância em Moçambique. En: Informes Orçamentais. Dezembro de 2009
- Visser-Valfrey, M. & M. Bibi Umarji (2010) Sector Budget Support in Practice. Case Study. Health Sector in Mozambique. London: Overseas Development Institute & Mokoro.
- WLSA, et al. 2006. Discussão da primeira proposta de revisão do Código Penal. Análise segundo uma perspectiva de género e inclusiva dos direitos das mulheres e das crianças.

ACRÓNIMOS

ACCD	Agència catalana de cooperació al desenvolupament
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AOD	Ayuda oficial al desarrollo
ASIDH	Asociación para la salud integral y el desarrollo humano
CIC	Interhospitalario de Cooperación
DEP	Documento Estrategia País
IDS	Inquerito Demográfico e saúde Encuesta demográfica y de salud
IHP	International Health Partnership
MAP	Marco de asociación país
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OTC	Oficina técnica de cooperación
PACI	Plan Anual de Cooperación Internacional
PAF	Matriz de Evaluación de Desempeño
PAP	Partenariado de ayuda programática
PAP	partenariado de ayuda programática
PARPA	Plano De Acção Para Redução Da Pobreza Plan de acción para la reducción de la pobreza absoluta
PD	Plan Director
PEN	Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA Plan estratégico nacional contra el VIH/sida
PES	Plano Económico e Social Plan Económico y Social
PESS	Plano Estratégico Do Sector Saúde Plan estratégico del sector salud
PTV	Prevención de la transmisión vertical
SWAP	Sector-wide Approach Enfoque Sectorial



Por la salud universal y los derechos sexuales y reproductivos

Juan Montalvo, 6
28040 Madrid
www.redactivas.org



Red ACTIVAS
Juan Montalvo, 6
28040 Madrid
www.redactivas.org

Con la financiación de:

