

Red de Mujeres por un mundo mejor

Programas y estrategias
para luchar contra
la mortalidad materno-infantil
y mejorar la Salud Sexual
y Reproductiva en África

Español-Português-Français-English

Grupo de Trabajo de Salud
MAPUTO 2006

Madrid, diciembre 2007

Red de Mujeres por un mundo mejor
www.mujezporunmundomejor.org

AECID - Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
www.aecid.es

GIE - Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva
www.grupogie.org

Índice

Prólogo de Excm. Sra. Leire Pajín Iraola.....	3
<i>Secretaria de Estado de Cooperación Internacional</i>	
Resumen ejecutivo.....	5
1. Introducción.....	9
2. Prioridades de los países africanos en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva.....	11
2.1. Un plan de acción regional para promover la salud sexual y reproductiva.....	11
2.2. Hojas de ruta para la reducción de la mortalidad materna y neonatal.....	13
3. Programas de fortalecimiento de capacidades para la mejora de la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva.....	17
3.1. Programas de fortalecimiento de las capacidades de planificación, implementación y evaluación de las políticas.....	17
3.2. Programas de promoción de la participación social.....	20
4. Ejes transversales para la promoción de la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva.....	23
4.1. Fortalecimiento del sistema de atención primaria de salud.....	23
4.2. Integración de los derechos humanos.....	24
4.3. Incorporación de la perspectiva intercultural.....	24
4.4. Integración del enfoque de género.....	26
4.5. Participación de la comunidad.....	27
5. Programas de intervención específica en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva.....	29
5.1. Programas para el incremento del acceso a los servicios y cuidados de salud materno-infantil.....	29
5.2. Programas de reposicionamiento de la planificación familiar.....	31
5.3. Programa para la integración de los derechos y la salud sexual y reproductiva, la salud materno infantil y la lucha contra el VIH/SIDA.....	34

5.4. Programa de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de embarazos en adolescentes y jóvenes.....	37
5.5. Programa para la detección y tratamiento temprano al cáncer de cuello uterino.....	39
5.6. Programas de investigación aplicada.....	42
Recomendaciones finales	45
Anexos	47

Prólogo

Han pasado casi dos años desde la celebración en Maputo del I Encuentro de Mujeres por un Mundo Mejor. Una iniciativa de España y de Mozambique a través de la cual se comenzaba por primera vez a tejer a nivel institucional una labor de desarrollo desde la perspectiva de género con África, con la participación de organizaciones y redes civiles. En ella se trazaron unas líneas de trabajo y de compromisos que tuvieron su continuación el pasado año 2007 en Madrid, con la celebración del segundo encuentro.

En ambos eventos, las mujeres participantes acordaron, entre otros aspectos, el compromiso por fortalecer los sistemas públicos de salud, la mejora del acceso de las mujeres a los recursos y servicios sanitarios para promover mayores niveles de salud y bienestar y el adoptar medidas destinadas a mitigar el impacto del VIH/SIDA.

Y es que los datos abruman. Entre otros, que 1.000.000 de muertes maternas e infantiles se producen anualmente en África, que 25 millones de africanos y africanas (especialmente ellas) están infectados por el VIH, o que menos de un tercio de los africanos y africanas tienen acceso a la salud reproductiva.

Es evidente que pandemias como el SIDA dificultan que los países alcancen sus objetivos de reducción de las tasas de pobreza, de la mortalidad infantil o el conseguir una educación primaria universal. Por tanto invertir en salud contribuye de forma directa a la dinámica de desarrollo.

La Cooperación Española está aunando esfuerzos e incluyendo en la planificación esta prioridad de actuación, desde el Plan Director, pasando por la recién publicada Estrategia Sectorial de Salud de la Cooperación Española. De esta manera, tenemos los instrumentos para trabajar de una manera coordinada y, en definitiva, más eficaz y coherentemente. Conocer nuestro marco estratégico de cooperación, permite a las mujeres africanas buscar proyectos comunes, y a la cooperación española alinearse con los requerimientos y necesidades que ellas requieren.

Hasta que la salud y la educación de las mujeres no se garanticen, no se podrán dar los siguientes pasos en la lucha por la igualdad. En este sentido España se

encuentra en un camino sin vuelta atrás acercándose a las mujeres africanas, lanzando vías de actuación y alianzas donde el enfoque de género se prioriza; trabajando con ellas de forma conjunta por el desarrollo de sus regiones; trabajando en definitiva por los derechos de sus mujeres y menores.

El presente informe que tenéis entre manos es el cumplimiento de un compromiso y también es el fin de un trabajo e inicio de uno nuevo: la puesta en práctica de los programas y estrategias expuestos en el mismo, para de esta manera luchar más eficazmente contra la mortalidad materno-infantil y la mejora de la salud sexual reproductiva en África.

Quiero transmitir el agradecimiento de toda la Secretaría de Estado a las personas expertas que conformaron este grupo de trabajo por aportar las vías constructivas que han quedado plasmadas en estas páginas. Un grupo de expertos, africanos y españoles procedentes de agencias internacionales, ministerios, ONGs de Mozambique y de España que han dirigido y compartido sus esfuerzos y conocimientos para que menores y mujeres de muchas partes de África mejoren su calidad de vida y en consecuencia lleven una vida más digna.

Leire Pajín Iraola
Secretaria de Estado de Cooperación Internacional

Resumen ejecutivo

El presente documento es el resultado de la Reunión del Grupo de Trabajo de Salud celebrada los días 14 y 15 de diciembre de 2006 en la ciudad de Maputo. Este encuentro, desarrollado en el marco del seguimiento de la *“Declaración de Mozambique Mujeres por un Mundo Mejor”*, tuvo como objetivo elaborar un informe con propuestas de programas concretos, a apoyar desde la cooperación española, para la mejora de la salud materno-infantil y sexual-reproductiva en África. Asistieron como participantes numerosos expertos y expertas en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva procedentes de agencias internacionales, Ministerio de Salud y ONGs de Mozambique, así como de ONG y representantes de la cooperación española.

Este informe intenta recoger por escrito la discusión y los temas clave que se abordaron durante la reunión, y sintetizar al mismo tiempo las recomendaciones adoptadas por los y las participantes. En este sentido, aunque las reflexiones y aportaciones realizadas nacieron fundamentalmente de la experiencia y el contexto de Mozambique, el enfoque de la reunión y del presente documento se desarrolla de forma más abierta, teniendo en cuenta todo el contexto regional africano.

Las principales conclusiones de la reunión remiten a la necesidad de apoyar dos niveles de programas desde la cooperación española con África. Por un lado, **programas de fortalecimiento de las capacidades de planificación, implementación, seguimiento y evaluación sectorial de políticas de salud sexual y reproductiva y lucha contra mortalidad materna** y específicamente:

- ✓ Programas de apoyo a la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de las hojas de ruta nacionales para acelerar la consecución de los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud materno-infantil y,
- ✓ Programas de promoción de la participación social y fortalecimiento de la sociedad civil en la lucha contra la mortalidad materno-infantil y la mejora de la salud sexual y reproductiva.

Y por otro lado, **programas de intervención específica en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva**, incluyendo:

- ✓ Programas para el incremento del acceso a servicios de salud materna y neo-natal.
- ✓ Programas de reposicionamiento de la planificación familiar,
- ✓ Programas para la integración de los derechos y la salud sexual y reproductiva y la lucha contra el VIH/SIDA,
- ✓ Programas de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de embarazos en adolescentes y jóvenes.
- ✓ Programas para la detección y tratamiento temprano del cáncer de cuello uterino o,
- ✓ Programas de investigación aplicada a la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva.

Igualmente, durante la reunión, se trabajó en la identificación de los factores transversales que debían inspirar tanto la elaboración de las políticas como el diseño e implementación de los programas a aplicar para la mejora de la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva. Entre estos factores se priorizaron el fortalecimiento del sistema de atención primaria de salud, la integración de los derechos humanos, la incorporación de la perspectiva intercultural, la integración del enfoque de género y la participación de la comunidad en la promoción y el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

A partir de este marco, los y las participantes acordaron recomendaciones concretas para la cooperación española, fundamentalmente orientadas a:

- ✓ Reforzar la prioridad otorgada a la reducción de la mortalidad materna y neo-natal dentro de los objetivos de la cooperación al desarrollo española.
- ✓ Incrementar considerablemente las contribuciones financieras dirigidas a la, planificación, implementación y evaluación de las Hojas de Ruta para reducir la mortalidad materna y neo-natal en los distintos países africanos y en la totalidad de sus componentes: 1) Mejora del aprovisionamiento y el acceso a servicios de atención en salud materna y de los recién nacidos, incluyendo servicios de planificación familiar, 2) fortalecimiento de los sistemas de referencia, 3) fortalecimiento de la planificación de salud por distritos y

la gestión de la atención sanitaria materno infantil, 4) incidencia política para lograr un mayor compromiso y recursos para la salud materno- infantil y la planificación familiar, 5) promoción de asociaciones, 6) promoción del cuidado continuo desde los hogares hasta el hospital y 7) empoderamiento de las comunidades, especialmente las mujeres.

- ✓ Apoyar los procesos de fortalecimiento de la sociedad civil para la lucha contra la mortalidad materno-infantil y la mejora de la salud sexual y reproductiva.
- ✓ Apoyar acciones de investigación concretas sobre los aspectos culturales, antropológicos y operativos que impiden avances en la mejora de la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva.
- ✓ Apoyar las acciones dirigidas a prevenir la alta morbi-mortalidad materna causada por el aborto inseguro y a conocer su impacto real sobre la población.
- ✓ Apoyar acciones de prevención y educación dirigidas a los y las adolescentes para crear condiciones saludables de salud sexual y reproductiva.
- ✓ Apoyar acciones de investigación sobre el impacto de enfermedades como el cáncer de cervix en la salud de las mujeres y el desarrollo de programas de intervención sanitaria dirigidos al diagnóstico precoz, prevención y tratamiento de las mismas.
- ✓ Apoyar metodologías y propuestas de trabajo comunitario con los hombres para generar actitudes responsables hacia el embarazo, el parto y demás esferas relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

INTRODUCCIÓN



La Reunión del Grupo de Trabajo de Salud que da origen a este informe fue realizada al objeto de ejecutar uno de los objetivos marcados en la Declaración de Mozambique de 2006. Esta Declaración, adoptada por representantes de la sociedad civil y los gobiernos de España, Mozambique y otros países africanos, reconoce que la mejora de la salud reproductiva y la lucha contra la mortalidad materna y el VIH/SIDA son elementos imprescindibles para el desarrollo y el bienestar de las mujeres. En este sentido, la Declaración de Mozambique constituye una oportunidad para fortalecer la contribución de la cooperación española a la implementación de las políticas y estrategias africanas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, y muy especialmente con la salud materna y neonatal.

El presente documento es la síntesis de las aportaciones y recomendaciones¹ presentadas en la reunión del Grupo de Trabajo de Salud celebrada en Maputo los días 14 y 15 de diciembre del 2006. La realización de este encuentro, facilitado por el Ministerio de Salud de Mozambique, la AECID y la OTC española en

Mozambique, contó con la colaboración del Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE), encargado de facilitar los contenidos de la reunión y desarrollar el documento final de la misma.

A lo largo de este informe, se intenta sintetizar parte del marco político actual relacionado con los temas de salud sexual y reproductiva y salud materno-infantil en África y se aportan recomendaciones sobre los programas o estrategias que se pueden fortalecer en este marco, con apoyo de la cooperación española. En este sentido, el presente informe resalta especialmente el hecho de que la mortalidad materna sigue siendo un asunto pendiente en la agenda de la mayoría de los países africanos, a pesar de los distintos esfuerzos globales realizados hasta ahora, y llama la atención sobre la necesidad urgente de reforzar los recursos destinados a mejorar la salud materna, con una perspectiva que incluya también la evaluación crítica de lo que se ha venido implementando hasta ahora, la identificación de los aspectos clave que están impidiendo que se avance en esta cuestión, y el planteamiento de nuevas estrategias.

Evidentemente el presente informe no pretende realizar una compilación exhaustiva de todos los programas y acciones

¹ Las propuestas que se incluyen en este informe han sido recogidas fundamentalmente desde la experiencia y el contexto de Mozambique, aunque tienen en cuenta un enfoque más amplio, que incluye a todo el contexto regional africano.

que se podrían llevar a cabo para mejorar la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva en África¹. Ello requeriría un trabajo más profundo y continuado de análisis que no facilita una sola reunión. En cualquier caso, el documento espera ser una referencia y una herramienta útil

para aquellos actores que participan en la definición e implementación de la cooperación española, así como un marco más concreto para continuar reforzando la colaboración con los países africanos en el marco de la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva.

PRIORIDADES DE LOS PAISES AFRICANOS EN SALUD MATERNO-INFANTIL Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



2.1. Un plan de acción regional para promover la salud sexual y reproductiva

En el año 2005, la Unión Africana (UA), reunida en Gaborone, adoptó, con apoyo de los Ministros y Ministras de Salud de todos los países miembros, el primer “Marco Político Continental Africano para la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos”. Un año más tarde, reuni-

dos en Maputo, los Estados africanos dieron un nuevo impulso a este Marco Político Continental, con la adopción de un Plan de Acción, conocido como Plan de Acción de Maputo, que establece estrategias concretas para la implementación de los compromisos adoptados en Gaborone, involucrando a todos los países de la UA para adecuar este marco político a nivel nacional y promover su ejecución.

Datos sobre la situación de la salud sexual y reproductiva en África

- ✓ 25 millones de africanos y africanas están infectados con el VIH, siendo las mujeres las más azotadas por la pandemia.
- ✓ 12 millones de niños han quedado huérfanos a causa de las muertes relacionadas con el SIDA.
- ✓ 2 millones de personas mueren cada año a causa del SIDA.
- ✓ Cada año se producen 1.000.000 de muertes maternas e infantiles en África.
- ✓ Una de cada 16 mujeres africanas muere durante el parto.
- ✓ Menos de 1/3 de los africanos y africanas tienen acceso a la salud reproductiva.

En el marco de este Plan de Acción de Maputo, los países africanos acordaron realizar todos los esfuerzos necesarios para “Asegurar que los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y todos los socios/actores involucrados² en el de-

sarrollo, redoblen sus esfuerzos para la implementación efectiva de la política continental, incluyendo el acceso universal a la salud sexual y reproductiva antes de 2015 en todos los países de África”. Para lograrlo, este documento estimaba que serían necesarios 3,5 billones de euros en 2007 y 16 billones euros para todo el periodo hasta el 2010. En este

² Traducción de “parceiros”.

sentido, conociendo la vigencia de este Plan de Acción y el reto que supone su implementación, es imprescindible que la cooperación española tenga en cuenta las prioridades definidas por los países africanos en el mismo y que apoye su puesta en marcha con mayores recursos financieros y políticos.

Dentro del ámbito de trabajo del Plan de Acción de Maputo, los países africanos han recogido un posicionamiento claro hacia las siguientes estrategias prioritarias:

- I. Integrar los programas y servicios de VIH y SIDA, ITS y salud sexual y reproductiva, incluyendo los relacionados con el cáncer del aparato reproductivo, con el fin de maximizar la eficacia en la utilización de recursos y lograr una sinergia complementaria entre los mismos.
- II. Reposicionar la planificación familiar como una parte esencial de la realización de los ODM en lo correspondiente a salud.
- III. Satisfacer de las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y los jóvenes.
- IV. Resolver el problema de los abortos inseguros.
- V. Prestar servicios accesibles y de calidad, orientados a promover la maternidad segura, la supervivencia de los recién nacidos, así como la salud de las madres, los recién nacidos y los niños.
- VI. Fomentar la cooperación Africana Sur-Sur para materializar los objetivos de la CIPD y los ODM en África.

Por otro lado, partiendo de la base de considerar la salud reproductiva como aquella que engloba toda la vida de un individuo, a partir de la concepción hasta la vejez y durante todo el ciclo de vida, se adopta como bandera el principio de acceso universal a los servicios de SSR, que deben ser prestados a todos aquellos que los necesiten. Al mismo tiempo se coloca especial énfasis en las mujeres en edad reproductiva, los recién nacidos, la población joven, así como las poblaciones migrantes y las personas desplazadas.

Cada una de las estrategia prioritarias cuenta con actividades e indicadores para el monitoreo de su cumplimiento, así como con líneas transversales para su ejecución que apuestan fundamentalmente por:

- ✓ Aumentar los recursos dedicados a fomentar y atender la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la resolución de la crisis de recursos humanos,
- ✓ Incluir a los hombres como socios/actores involucrados en los programas de SDSR,
- ✓ Adoptar un abordaje multisectorial en relación a la SDSR,
- ✓ Promover la participación de la comunidad,
- ✓ Fortalecer la seguridad de los bienes, productos y servicios de base para la salud sexual y reproductiva, con especial atención a la planificación familiar, los cuidados obstétricos de emergencia y los servicios de referencia,

- ✓ Crear servicios de investigación que permitan acciones basadas en evidencia científica,
- ✓ Crear mecanismos de monitoreo eficaces que acompañen los progresos alcanzados en la implementación del Plan de Acción.

2.2. Hojas de ruta para la reducción de la mortalidad materna y neonatal

Datos sobre la situación de la mortalidad materna y neonatal en África

- ✓ En el mundo mueren anualmente cerca de 529.000 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.
- ✓ El riesgo de muerte materna es particularmente inaceptable en África Sub-sahariana con 1 caso cada 16 frente a 1 entre 2.800 en los países ricos (OMS, 2005).
- ✓ Cerca de 4 millones de muertes neonatales ocurren en el mundo, de las cuales 98% se producen en los países en desarrollo.
- ✓ Se calcula que del total de muertes de menores de 5 años, el 40% son debidas a causas neonatales.

La Hoja de Ruta para la reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal es un instrumento desarrollado inicialmente en el marco de la Unión Africana para acelerar la reducción de la mortalidad y morbili-

dad materna y de los recién nacidos y avanzar en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud materno infantil (Objetivos 4 y 5 y Metas 5 y 6).

Esta iniciativa surge en el año 2003, cuando el Grupo de Trabajo de Salud Reproductiva de la Unión Africana³ solicita a todos los países miembro desarrollar e implementar una Hoja de Ruta Africana para acelerar la reducción de la mortalidad materna y del recién nacido. Más tarde, en febrero de 2004, se realiza una reunión para acordar los términos de esta Hoja de Ruta⁴ y se desarrollan los consecuentes procesos sub-regionales y nacionales para elaborar los documentos específicos para cada país.

Los objetivos prioritarios recogidos en el contenido de la Hoja de Ruta Africana tienen que ver fundamentalmente con proveer atención cualificada a las mujeres y los recién nacidos durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal, a todos los niveles del sistema de salud, y fortalecer la capacidad de los individuos, familias, comunidades, sociedad civil, organizaciones y gobiernos, para mejorar la salud materna y la de los recién nacidos. Los principios-guía para conseguir estos objetivos, deben ser, según el documento:

- ✓ La fundamentación en pruebas, es decir apoyar acciones costo-efectivas basadas en la evidencia.

³ Sexual Reproductive Health Regional Taskforce.

⁴ Reunión de Harare, 16 al 18 de febrero del 2004.

- ✓ La aproximación a los sistemas de salud, focalizando en los servicios de atención de salud materna y de los recién nacidos a todos los niveles, y utilizando la Atención Primaria de Salud como un punto de entrada para comprometer los recursos de la comunidad y para fortalecer los sistemas de referencia.
- ✓ La complementariedad con otros programas y actores existentes.
- ✓ La asociación⁵ de todos los actores, promoviendo la cooperación y la coordinación para maximizar los recursos y evitar la duplicación.
- ✓ La definición clara de roles y responsabilidades.
- ✓ La idoneidad y relevancia de las acciones, a partir de un claro entendimiento del estado de la salud materno infantil en los diferentes países, así como de la percepción local en relación a este tema.
- ✓ La transparencia y responsabilidad contable⁶.
- ✓ La equidad y accesibilidad.
- ✓ La planificación por fases y la implementación a nivel de país.

Como estrategias de intervención, la Hoja de Ruta contempla:

- ✓ Mejorar el aprovisionamiento y el acceso a servicios de atención en salud

materna y de los recién nacidos, incluyendo servicios de planificación familiar.

- ✓ Fortalecer los sistemas de referencia.
- ✓ Fortalecer la planificación de salud por distritos y la gestión de la atención sanitaria materno infantil, incluyendo los servicios de planificación familiar.
- ✓ Llevar a cabo incidencia política para lograr un mayor compromiso y mayores recursos para la salud materno-infantil y la planificación familiar.
- ✓ Promover acuerdos de colaboración.
- ✓ Promover el cuidado continuo desde los hogares hasta el hospital.
- ✓ Empoderar a las comunidades, especialmente a las mujeres.

La Hoja de Ruta incluye actividades a desarrollar para la implementación de cada estrategia, y a nivel de seguimiento, supervisión y evaluación establece que cada Estado Miembro de la UA deberá elaborar Hojas de Ruta Nacionales con objetivos clave, cronogramas y marcas de los logros, así como con los papeles y responsabilidades de todos los agentes y actores implicados. En las Hojas de Ruta Nacionales, los Estados indicarán como se movilizarán los recursos desde todas las fuentes disponibles, incluyendo el gobierno, así como fuentes multilaterales, bilaterales y privadas. También establecerán mecanismos para asesorar y supervisar los progresos realizados en la implementación de las mismas, mediante la utilización de los indicadores acordados, de forma que los

⁵ Traducción de "partnership".

⁶ Traducción de "accountability".

Prioridades de los países africanos en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva

resultados puedan ser utilizados para la revisión y adaptación de los programas y estrategias.

Asimismo, se prevé que para asegurar las mejores condiciones para la implementación de la Hojas de Ruta Nacionales, los países organicen un encuentro de agentes implicados a nivel nacional antes de la adopción de las mismas. Bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, este encuentro estaría encaminado a elegir las intervenciones con mayor impacto, el cronograma, los indicadores, así como los puntos de evaluación intermedia. El encuentro debería contar con la participación de las asociaciones de profesionales y la sociedad civil, y sus resultados se incluirán en un plan de acción conjunta para el país, cuyo presupuesto determinará las aportaciones y la asistencia técnica de todos los actores.

Finalmente, a nivel regional, se compartirán los informes nacionales anuales entre los socios y se enviarán a las Comunidades Económicas Regionales, así como a la Unión Africana. Cada dos años, la presidencia de la Comisión de la Unión Africana presentará un informe de los progresos realizados a la Asamblea de Jefes de Estado y este informe será debatido en el Parlamento Panafricano. Las evaluaciones

intermedias y el final de la implementación de la evaluación se planificarán a nivel nacional y serán apoyadas por todos los socios.

El Ministerio de Salud de Mozambique ha llevado a cabo el proceso necesario para elaborar su Hoja de Ruta para la lucha contra la mortalidad materna en estos últimos dos años. En Junio del 2006 sus representantes participaron en un Taller Regional para países lusófonos, como resultado de lo cual nació la "Hoja de Ruta para acelerar el cumplimiento de las Metas del Milenio". Este plan se enmarca dentro de metas concretas que pretenden, de acuerdo a los ODM, reducir en 2/3 las tasas de mortalidad en menores de 5 años y en 3/4 las de mortalidad materna antes de 2015. Más concretamente, de acuerdo a las Directrices de Política para el Sector Salud, el Gobierno mozambiqueño ha materializado estas metas en indicadores que implican acelerar la reducción de la tasa de mortalidad neonatal desde el 48 por mil registrado en 2003 a 36 por mil en 2010 y 30 por mil en 2015, así como reducir de la tasa de mortalidad materna de los 408 por 100.000 registrados en 2003 a 350 por 100.000 en 2010 y 250 por 100.000 en 2015.

PROGRAMAS DE FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES PARA LA MEJORA DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Las reflexiones desarrolladas durante la reunión de Trabajo del Grupo de Salud en Maputo pusieron la atención sobre la necesidad de potenciar dos tipos de programas: programas generales para el fortalecimiento de la capacidad de los Ministerios de Salud para la implementación de las políticas definidas en este ámbito, por un lado, y programas específicos dirigidos a mejorar los indicadores de salud materna, salud neonatal y salud sexual y reproductiva, dentro del contexto de atención primaria de la salud.

Adicionalmente, se identificaron ejes transversales a ambos tipos de programas, con implicaciones estratégicas y prácticas que podrían influir positivamente en el funcionamiento e implementación de las políticas y acciones concretas.

3.1. Programas de fortalecimiento de las capacidades de planificación, implementación y evaluación de políticas

La implementación de políticas como el Plan de Acción de Maputo o las Hojas de Ruta para la reducción de la Mortalidad Materna, no se produce en cada país de manera aislada, sino que debe entrar en conjunción con el resto de las políticas nacionales de desarrollo de cada país y en particular, con las que se refieren a salud.

Es necesario por tanto, que en los procesos de definición de políticas de lucha contra la pobreza se incluya la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva como un tema prioritario, de manera que pueda garantizarse un compromiso al más alto nivel con estos temas y que la implementación de las políticas de salud materna pueda realizarse de la manera más integral posible.

De igual manera, en el desarrollo de procesos sectoriales como los SWAP⁷ de Salud, en los que se establecen los objetivos y marcos de cooperación entre Estados, es importante que se tomen en cuenta las políticas y compromisos establecidos a nivel continental en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, incluida la salud materno-infantil, integrándolos en un marco más amplio de fortalecimiento del Estado, del sector y de mejoramiento de las condiciones de salud en cada país.

Un ejemplo de cómo puede realizarse esto es el caso de Mozambique, que articula las acciones orientadas a la lucha contra la pobreza en el Plan de Acción para la Reducción de la Pobreza Absoluta (PARPA). Además, para las actuaciones en

⁷ Sector Wide Approach.

Salud cuenta con un Plan Estratégico del sector y viene implementando desde el año 2000 un proceso SWAP.

El PARPA establece seis áreas de acción fundamentales, la segunda de las cuales es la salud. En sus fundamentos, se considera que la salud juega un rol clave en la mejora del bienestar de las personas y al mismo tiempo contribuye a un crecimiento económico rápido, incrementando la calidad del capital humano. En cambio, este documento no menciona la salud sexual y reproductiva como uno de sus ejes de acción, ni la mortalidad materna como un problema prioritario, aunque sí hace referencia a la expansión de los servicios de atención primaria de salud, teniendo a la mujer como población objetivo, y menciona el desarrollo de campañas para revertir la expansión del VIH/SIDA.

El PARPA apuesta por la Atención Primaria de Salud (APS) como un eje clave para el sector, señalando como grupos de riesgo, entre otros, a las mujeres en edad fértil. También hace referencia a la necesidad de integrar la medicina tradicional en el sistema nacional de salud e incluye seis componentes en el área de salud: atención primaria de salud (APS), combate de epidemias, la lucha contra el VIH/SIDA, redes de salud, desarrollo de recursos humanos y planificación y monitoreo del sector salud.

El componente de APS incluye como primer elemento la salud de la mujer, estableciendo como objetivo principal mejorar el acceso y la calidad de la atención de salud para las mujeres. Son consideradas

como medidas principales la reducción de la tasa de mortalidad materna institucional a 100 por cada 100.000 nacidos vivos y la expansión de la cobertura de partos institucionales al 50%. Se mencionan también otros objetivos como alcanzar una tasa de cobertura del 98% de consultas prenatales, con un diagnóstico efectivo de embarazos de alto riesgo; incrementar la cobertura de las consultas post parto al 60% e incrementar la cobertura de la planificación familiar al 18%.

En lo que se refiere a la atención de salud para jóvenes y adolescentes, se establece como objetivo central mejorar la salud y el conocimiento de los temas de salud entre la gente joven y los adolescentes, a través de actividades de salud en la escuela. La medida principal que se desarrollará en este sentido será formar personal para trabajar con adolescentes en planificación familiar, complicaciones del aborto y la prevención y tratamiento del VIH/SIDA. Como medidas complementarias se menciona la creación de servicios de salud para la atención de las necesidades en salud reproductiva de los adolescentes.

Con respecto a la lucha contra el VIH/SIDA, los principales objetivos planteados en el PARPA son: prevenir la infección del VIH, atender a las personas con VIH/SIDA y reducir el impacto del SIDA. Las principales medidas a implementar engloban: a) el tratamiento de ITS, asesoramiento y test voluntario, control de las transfusiones de sangre y el test de la sífilis; b) implementar centros de asesoramiento confidencial y test voluntario y

Programas de fortalecimiento de las capacidades para la mejora de la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva

poner en marcha unidades de cuidados de día en 6 regiones del país; c) llevar a cabo campañas de educación e información en ITS, VIH/SIDA, e incluir actividades de teatro para 3.900.000 personas y d) distribuir condones a 4.500.000 de personas VIH positivas. Otras medidas consideradas son implementar estrategias de educación por pares, asegurar el acceso a servicios de atención de salud, asegurar la provisión de atención psicológica, médica y social en todos los centros de distrito y asegurar la disponibilidad del test voluntario y confidencial de VIH/SIDA para 32.000 personas.

Otras acciones relevantes para la promoción de la salud sexual y reproductiva incluidas en el Plan de Acción para la Reducción de la Pobreza Absoluta tienen que ver con la expansión de la red de servicios de atención sanitaria, el desarrollo de los recursos humanos y la mejora de los métodos de planificación y administración, con énfasis en el desarrollo de herramientas de información, planificación y administración financiera en los servicios de atención primaria.

Por otro lado, Mozambique cuenta con un Plan Estratégico del sector Salud que constituye el marco referencial para la programación del sector. Su desarrollo es liderado por el Ministerio de Salud y como principal finalidad se plantea contribuir a la mejora del estado de la salud de la población, a través de tres intervenciones fundamentales: la prestación de cuidados de salud, el fortalecimiento de los individuos y las comunidades y la incidencia para la salud. Estas intervenciones

involucran de diferentes maneras acciones posibles en el campo de la salud reproductiva, que deben ser tomadas en cuenta para recibir apoyo de la cooperación española.

Una de las conclusiones extraídas durante la reunión es la conveniencia de tener en cuenta las múltiples causas y consecuencias que la salud tiene en el desarrollo individual y social a la hora de planificar las estrategias de acción e implementar los programas. En este sentido, hubo consenso sobre la consideración de la promoción y acción en salud como un concepto más integral y efectivo en la medida en que se involucran diferentes sectores. Así, Educación y Juventud son áreas que suelen estar involucrados en acciones vinculadas a la promoción de la salud sexual y reproductiva. Otros sectores como Justicia, Desarrollo Rural, Seguridad, entre otras, pueden ser clave para abordar problemáticas específicas, como es el caso de la violencia sexual. Si bien es el sector salud, el que debe impulsar estas iniciativas, es importante que todos los actores del desarrollo tomen en cuenta este abordaje multisectorial y promuevan acciones desde este enfoque. El trabajo multisectorial conlleva fortalecer y asegurar que los canales de coordinación entre sectores funcionen de manera óptima, con objeto de evitar duplicación de esfuerzos o pérdida de oportunidades.

En el caso de Mozambique, el Ministerio de Salud cuenta con un Grupo de Trabajo multi-sectorial sobre salud reproductiva, que en el marco del Plan Estratégico de Salud (PES), se encarga específicamen-

te de diseñar, implementar y evaluar las políticas relacionadas con la lucha contra la mortalidad materna, entre otros asuntos. Este Grupo de Trabajo, que facilita la coordinación y la participación, está integrado por personas clave del Ministerio de Salud, Organismos Internacionales, ONG y otros actores.

En este marco y en aquellos similares que se producen en otros países africanos, el apoyo que pueda prestar la cooperación española a este tipo de procesos internos de planificación es tan relevante como puede serlo el que destina a otras acciones más directamente vinculadas con la asistencia sanitaria, puesto que pueden ser clave para:

- ✓ Garantizar y articular la integración de los objetivos y estrategias de salud materno-infantil dentro de los documentos estratégicos generales, como los Planes de Lucha contra la Pobreza, Políticas y Planes Nacionales de Salud, procesos SWAP, entre otros.
- ✓ Brindar a los demás sectores la información necesaria para motivar su involucramiento, para establecer roles claros para su participación y garantizar la coordinación inter-sectorial de las políticas.
- ✓ Articular los canales de diálogo necesarios para garantizar la participación activa de la sociedad civil e incorporar sus aportaciones en los procesos de desarrollo de las políticas.
- ✓ Fortalecer capacidades para la integración de los distintos pilares de la salud sexual y reproductiva (PF, salud materna-neonatal y prevención y tra-

tamiento de ITS-VIH/SIDA) dentro de la atención primaria de salud, potenciando las inter-relaciones de los distintos aspectos en la promoción de la salud materna y neo-natal.

- ✓ Reforzar las capacidades de planificación, gestión y monitoreo de recursos, especialmente los financieros, así como los mecanismos de coordinación entre los diferentes sectores y áreas involucradas en la financiación y ejecución de políticas y programas de salud materno-infantil y sexual y reproductiva y,
- ✓ Apoyar procesos de planificación, seguimiento y evaluación a nivel regional o subregional.

3.2. Programas de promoción de la participación

El Estado no es el único actor en los procesos de desarrollo y tampoco en la promoción de salud y los derechos sexuales y reproductivos. Es evidente que las organizaciones sociales y las comunidades de base también desarrollan iniciativas encaminadas a responder a las necesidades de la población, al mismo tiempo que son la voz de, al menos una parte, de la sociedad civil, y canalizan sus opiniones, demandas y denuncias.

Facilitar canales de participación activa, que articulen el diálogo de los actores de la sociedad civil y los Gobiernos, generando espacios de expresión y toma de decisiones, es imprescindible para avanzar en la mejora de la salud sexual y reproductiva y en el respeto a los derechos asocia-

Programas de fortalecimiento de las capacidades para la mejora de la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva

dos con ella. La manera en que esto se materialice variará dependiendo del contexto, aunque en líneas generales se requiere una cierta diversidad de actores sociales capaces de generar una agenda concreta y canalizar las necesidades, demandas y denuncias del colectivo social hacia los poderes públicos. En cuanto a las comunidades de base, es importante igualmente que sean reconocidas como interlocutores por los Estados, y que se identifiquen canales de colaboración entre ambos.

La cooperación española puede jugar un rol interesante a la hora de promover la participación de la sociedad civil en la lucha contra la mortalidad materna y la salud sexual y reproductiva, apoyando acciones o programas encaminados a

generar capacidades en la sociedad para involucrarse activamente en la promoción de las cuestiones relacionadas con este ámbito de la salud. Este apoyo puede materializarse en soporte a acciones de coordinación entre organizaciones, procesos de diálogo e incidencia política dirigida hacia el Estado, promoción de la participación social activa en los grupos de trabajo o instancias similares establecidas para la definición y seguimiento de las políticas de salud materno-infantil y sexual y reproductiva, apoyo a la participación de grupos relevantes como los agentes comunitarios de salud, las parteras, los sanadores tradicionales y los líderes de la comunidad, o procesos de planificación, seguimiento y evaluación a nivel regional o subregional por parte de la sociedad civil.

EJES TRANSVERSALES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

4

El debate desarrollado durante la reunión del Grupo de Trabajo en Salud se orientó, en una de sus facetas a la identificación de ejes o elementos trasversales a tener en cuenta a la hora de trabajar en el ámbito de la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva en África. En este punto, el consenso se concentró fundamentalmente en una serie de aspectos que a continuación se desarrollan y que reflejan el enfoque particular propuesto por el Grupo de Trabajo para el acercamiento a estas cuestiones.

4.1. Fortalecimiento del sistema de atención primaria de salud

Uno de los principios clave para la cooperación internacional es favorecer la autonomía del país receptor, entendida no sólo como objetivo final, sino como elemento de todo el proceso de intervención de la cooperación. En este sentido, utilizar los marcos políticos y de procedimiento desarrollados por los países receptores es considerado como un paso fundamental.

En este marco, se considera clave desarrollar acciones de soporte a los sistemas nacionales de salud para conseguir que las estrategias en materia de SSR sean efectivas y sostenibles. El incremento de la cobertura y el acceso a los servicios debe promoverse fortaleciendo los servi-

cios de atención primaria de salud del Estado e incrementando su capacidad para responder a las necesidades de la población, particularmente las de los grupos más vulnerables, si bien se reconoce que esto no es del todo fácil en contextos de escasez de recursos humanos cualificados. Las áreas de planificación y monitoreo deben ser reforzadas, especialmente en lo que se refiere a los aspectos financieros, para garantizar la existencia de recursos de manera oportuna y para fundamentar frente a otros sectores la necesidad de asignar fondos para cubrir las necesidades en salud sexual y reproductiva.

Dentro de este contexto, se acordó señalar como elementos clave para el fortalecimiento del sistema de atención primaria de salud:

- ✓ El apoyo a los esfuerzos del Estado por ampliar la capacidad del sistema de salud en términos de cobertura y calidad de las infraestructuras.
- ✓ El apoyo a las estrategias de fortalecimiento y ampliación de los recursos humanos a través de actuaciones de formación en servicio, así como capacitación e integración de personal no estrictamente médico en los centros de salud para la prestación de determinados cuidados.

4.2. Integración de los derechos humanos

La salud y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos y su promoción no puede desvincularse de un trabajo por hacer efectivo el ejercicio integral de todos esos derechos. La promoción de la equidad, el cambio de las estructuras de poder que limitan el acceso de determinados grupos a la salud y los servicios de atención, el garantizar una toma de decisiones informada y con los recursos disponibles para ejecutar las decisiones en lo referente a la salud, incluyendo el consentimiento informado de procedimientos y tratamientos o el respeto a la dignidad de la persona y su privacidad, son algunos de los puntos relevantes para la promoción de la salud sexual y reproductiva que dinamizan el conjunto de derechos humanos.

Por otro lado, el bajo nivel de reconocimiento de parte de la población acerca de sus derechos es un factor que favorece la permanencia de situaciones contrarias a su propio desarrollo a diversos niveles, familiar, social e institucional. En este sentido, la información y educación sobre derechos en general, así como sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos es clave.

Dentro de este contexto, se acordó señalar como elementos fundamentales para facilitar la integración de los derechos humanos en las intervenciones y políticas de lucha contra la mortalidad materna y de promoción de la salud sexual y reproductiva, aquellos aspectos encaminados a:

- ✓ Generar capacidades en las personas para modificar las estructuras de poder que favorecen la desigualdad en el acceso al disfrute de los derechos, actuando ante situaciones de discriminación, maltrato o desatención sistemática que pongan en peligro la salud o la vida de las personas.
- ✓ Brindar soporte a acciones de educación a todos los niveles (proveedores de salud, usuarios) acerca de los derechos humanos, especialmente el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La educación debe estar orientada a la acción, siendo parte del proceso la provisión de herramientas y recursos para actuar en casos de vulneración de los derechos sexuales y reproductivos. La participación de la mujer en estos procesos debe garantizarse y promoverse.
- 3 Dar soporte a acciones dirigidas al establecimiento y fortalecimiento de canales de comunicación y eventual denuncia de situaciones de vulneración de los derechos dentro y fuera de los sistemas de salud.

4.3. Incorporación de la perspectiva cultural

La cultura, como marco de valores, normas y creencias sociales, es un factor clave en la definición de políticas y actuaciones en todos los ámbitos. La diversidad cultural es una fuente de riqueza y complejidad, y plantea retos para la definición de líneas de actuación

Ejes transversales para la promoción de la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva

política así como para las acciones de cooperación al desarrollo.

Conocer, reconocer, valorar y considerar las características y aportes de los diferentes contextos culturales es fundamental como forma de reconocimiento y respeto de los derechos culturales, como vía para el acercamiento y aceptación por parte de las comunidades y como fuente de conocimiento e inspiración para el desarrollo de políticas que sintonicen con las percepciones y necesidades sentidas por las personas.

Durante la discusión, se reflexionó sobre el reto de definir el punto de encuentro y establecer pautas frente al eventual conflicto entre los derechos individuales y sociales (libertad, derecho a la salud, derechos sexuales y reproductivos) y los derechos culturales, así como sobre la dificultad para que esto se pueda traducir en estrategias concretas de acción.

Al mismo tiempo se consideró imprescindible identificar las características culturales y expectativas de las diferentes poblaciones que se benefician de las Estrategias de Salud, a riesgo en caso contrario de fracaso en los programas y las intervenciones.

Dentro de este contexto, se destacaron como aspectos prioritarios a promover para incorporar la perspectiva intercultural en la promoción de la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva:

- ✓ Las acciones orientadas a identificar, valorar e implementar elementos de

la cultura de la población con la que se trabaja que sean relevantes para el cuidado y promoción de la salud materno-infantil y sexual y reproductiva. En el caso de la mortalidad materna, garantizar que las diferencias culturales no sean una barrera para el acceso al parto institucional, a los servicios de atención durante el embarazo y post-parto y a la mejora del uso de la planificación familiar, por ejemplo.

- ✓ Las investigaciones que ayuden a identificar conocimientos y actores clave para la lucha contra la mortalidad materna y la mejora de la salud sexual y reproductiva en un contexto cultural determinado.
- ✓ Las acciones dirigidas a formar o reforzar al personal de salud de manera que conozcan y sean sensibles a las características culturales de la zona en la que trabajan, valorándose especialmente estrategias de formación que sean innovadoras y participativas.
- ✓ Los mecanismos e instrumentos de monitoreo por los que se pueda identificar y dar seguimiento a los elementos interculturales que afectan negativamente al acceso, la calidad o la satisfacción hacia los servicios de salud, en especial, con énfasis en la identificación y reducción de patrones de discriminación vinculados a las diferencias culturales en los distintos procesos que engloba la salud materno-infantil.

4.4. Integración del enfoque de género

Es ampliamente reconocido que no es posible hablar de derechos humanos e igualdad sin tomar en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres y reducir la desigualdad de oportunidades y el ejercicio de poder entre ambos. Existe también consenso en que la inequidad en materia de género es un factor que influye en el desarrollo y el bienestar social e individual.

En este marco, se constató durante el encuentro que si bien la equidad de género ha sido introducida como factor transversal en la mayor parte de planes, estrategias y proyectos de desarrollo, este concepto se ha entendido en muchos casos limitadamente a la prevención de la violencia contra la mujer o la promoción de sus derechos frente al hombre, existiendo acuerdo al mismo tiempo sobre la no suficiencia de estas aproximaciones para reducir efectivamente la inequidad y mejorar el bienestar y salud de las comunidades.

Por otro lado, las distintas intervenciones que se realizaron durante el debate hicieron hincapié en que el hecho de que no haber considerado estrategias específicas para trabajar con los hombres en el marco de la prevención y promoción de SDR ha provocado resistencias y reducido el impacto de los mensajes sobre las mujeres, además de invisibilizar las necesidades de los hombres en este ámbito. Al mismo tiempo, se destacó que en la mayoría de las estrategias se ha obviado que las relaciones de género se materializan

también entre las mujeres, siendo las mayores quienes ejercen presión e incluso violencia sobre las jóvenes, utilizando como argumento el rol de la mujer y la tradición.

En definitiva, todas las personas participantes insistieron en la oportunidad de enriquecer y consensuar los “enfoques de género”, identificando necesidades, estrategias y mensajes clave diferenciados para hombres y mujeres, y destacaron como elementos clave para la integración del enfoque de género en las intervenciones dirigidas a promover la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva el apoyo a:

- ✓ Acciones encaminadas a promover estrategias de trabajo paralelas con hombres y mujeres para promover la eliminación de los condicionamientos culturales de “género” adjudicados a cada sexo, que impiden el avance en la mejora de la salud materno-infantil y sexual-reproductiva.
- ✓ Iniciativas dirigidas a involucrar a los hombres en la reducción de los riesgos de salud asociados a la sexualidad y la reproducción.
- ✓ Estrategias de género dirigidas a las mujeres que tengan en cuenta también las relaciones de poder entre las propias mujeres y como éstas influyen en la salud materno-infantil y sexual-reproductiva.

4.5. Participación de la comunidad

Como ya se ha hecho referencia anteriormente, las comunidades de base son actores de pleno derecho que deben ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar e implementar las políticas y programas para la promoción de la salud y derechos sexuales y reproductivos. Todo grupo social cuenta con un sistema de organización propio y un conjunto de normas que sus miembros, en general, valoran y respetan. De esta forma, si las políticas o programas no consideran o contradicen las estructuras o normas de la comunidad, es probable que se demoren más en conseguir sus objetivos. Por el contrario, si la sinergia entre las políticas/servicios y la comunidad se produce, es más probable que se obtengan resultados positivos, con el beneficio adicional de reforzar los lazos de confianza y facilitar que la comunidad se apropie de procesos que les son beneficiosos.

Existen algunos temas delicados en los que la divergencia entre las prácticas propuestas por el Estado y la comunidad es grande y requiere un tratamiento específico. Sin embargo, en general, los líderes comunitarios están de acuerdo con trabajar para mejorar la situación de la comunidad, y los procesos de negociación y coordinación en este sentido son posibles. La pandemia del SIDA y la mortalidad materna son problemas que las comunidades visibilizan y en los que por lo general existe disposición a trabajar.

Estimular la participación comunitaria puede ser una estrategia exitosa pero es

necesario al mismo tiempo considerar algunos elementos para su adecuada implementación. Entre otros valorar si existe un claro compromiso político de parte del Estado con el tema, una buena disposición de parte del personal sanitario que entrará en contacto con las comunidades, una definición participativa de los roles, responsabilidades y límites de cada actor, unos recursos mínimos para dar respuesta a las necesidades que puedan generarse, o previsión de acciones de seguimiento y monitoreo.

Es necesario también identificar elementos que puedan favorecer la sostenibilidad de estas intervenciones. En este marco, es clave la acción del Estado para dar un reconocimiento al aporte que las comunidades eventualmente realicen. Es frecuente que las comunidades o sus miembros se movilicen ante una necesidad cuando el beneficio concreto es visible, sin embargo es importante evitar relaciones de clientelaje entre las comunidades y actores privados o el mismo Estado, que distorsionen el sentido de la participación y que no sea posible mantener a largo plazo.

Algunos de los aspectos clave a fomentar para favorecer la participación de la comunidad en la promoción y cuidado de la SSR fueron:

- Desarrollar acciones de capacitación del personal de salud para trabajar aspectos de salud materno-infantil y sexual-reproductiva en el contexto comunitario.
- Implementar mecanismos para la identificación y coordinación entre

- actores clave de la comunidad y el personal sanitario.
- Establecer procesos de diálogo y acuerdo entre la comunidad y el personal sanitario para diseñar mecanismos de trabajo conjunto para la promoción de la salud materno-infantil y sexual-reproductiva.
 - Desarrollar un análisis participativo con la comunidad y a nivel del sistema de salud para determinar los recursos materiales y humanos mínimos para poner en práctica un programa de salud comunitaria en salud materno-infantil y los mecanismos para garantizar la existencia de estos recursos.
 - Prestar especial atención al rol de los líderes comunitarios como canales para promover temas clave a nivel de la comunidad.
 - Sistematizar y difundir las buenas prácticas de participación comunitaria en la promoción de la salud materno-infantil y sexual-reproductiva.
 - Establecer sistemas de incentivos realistas y transparentes para las personas y comunidades involucradas en el proceso (ej. Facilidades para la atención en el sistema nacional de salud)
 - Establecer mecanismos de supervisión, transparencia y monitoreo de los programas de participación comunitaria.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN SALUD MATERNO-INFANTIL Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Como se ha planteado anteriormente, a través de los documentos de política que presentamos en la primera sección, alcanzar la meta del milenio relativa a la reducción de la mortalidad materna y el acceso universal a la salud reproductiva requiere desarrollar estrategias integrales de prevención y tratamiento que no sólo se remiten a los aspectos clínicos vinculados al parto.

Durante la reunión surgieron algunos aspectos concretos sobre los que intervenir para abordar de manera integral estas cuestiones, destacando fundamentalmente: el acceso a servicios y recursos de planificación familiar, el acceso a los servicios de salud antes, durante y después del parto, la disponibilidad de cuidados obstétricos de emergencia, la reducción del aborto inseguro y la atención a las complicaciones del aborto, así como la integración de las intervenciones en SSR con las de prevención del VIH/SIDA. Adicionalmente, se planteó necesario priorizar a los adolescentes y jóvenes como sector de la población especialmente vulnerable al embarazo no deseado y a otros riesgos de la salud sexual y reproductiva. Por otro lado, la investigación aplicada, como herramienta clave para el desarrollo de información y estrategias adecuadas al contexto local, también fue reconocida como una intervención estratégica para reforzar al resto de los programas.

5.1. Programas para el incremento del acceso a los servicios y cuidados de salud materno-infantil

Los resultados de la reunión de Maputo arrojaron un consenso general sobre la necesidad de incrementar la atención al parto por personal cualificado y el acceso a los cuidados obstétricos de emergencia, como estrategias fundamentales para la reducción de la mortalidad materna. Evidentemente, posibilitar ambas cosas está condicionado por la cobertura y la capacidad resolutive del sistema nacional de salud de los países.

El modelo de las tres demoras se planteó durante la reunión como una herramienta útil para identificar los factores que pueden condicionar el proceso de la atención al embarazo y al parto. Los condicionamientos culturales, por su parte, también se consideraron como un factor clave para analizar el acceso a la oferta de servicios de salud. Junto a estos dos aspectos se plantearon otros elementos relacionados con:

1. La necesidad de aplicar con más determinación un enfoque de humanización del parto dentro de los servicios de salud o,
2. El reto de desarrollar sistemas de participación de la comunidad en la vigilancia y promoción de la salud materno-infantil.

Según se puso de manifiesto en algunas presentaciones, experiencias concretas con parteras en unidades sanitarias han sido útiles para cambiar las actitudes acerca del lugar donde deben producirse los partos y han favorecido el incremento de los partos institucionales. Por otro lado, experiencias en red entre organizaciones que trabajan en temas vinculados a la salud materno-infantil se han mostrado útiles para activar una respuesta social en torno a determinados puntos de prevención en salud.

Finalmente, se puso sobre la mesa la necesidad de considerar el impacto del aborto inseguro en la morbilidad y mortalidad materna y la urgencia de tomar medidas para reducir las barreras legales, administrativas, geográficas, socioculturales y de género para el acceso a los servicios en estos casos.

En resumen, los aspectos que fueron considerados prioritarios para incrementar el acceso a servicios de salud materno infantil fueron entre otros:

- ✓ Orientar los programas a mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de salud, atendiendo oportunamente sus necesidades en relación al embarazo, parto y post parto y dando énfasis tanto al cuidado de su salud como a la del recién nacido.
- ✓ Apoyar acciones para garantizar los bienes y productos de salud reproductiva ligados a la atención del embarazo, parto y puerperio, en el marco del fortalecimiento integral del sistema de salud. Especialmente, orientarlas a promover el fortalecimiento de la aten-

ción primaria de salud y de la capacidad resolutive de los centros de atención a nivel de distrito a través de la habilitación de Cuidados de Emergencia Obstétrica y sistemas de referencia eficaces.

- ✓ Adicionalmente, brindar soporte a fortalecer los programas dirigidos a mejorar a la cobertura y calidad del parto institucional mediante el apoyo a:
 - Iniciativas de participación comunitaria que favorezcan la intervención y la apropiación por parte de la comunidad de los procesos de mejora de la salud materna (Ej: consejos de salud) y trabajo de sensibilización con actores y decisores clave valorados por la comunidad.
 - Acciones de incorporación de las parteras tradicionales como ejes de conexión entre la comunidad y el servicio de salud, cuyo trabajo incrementa la confianza de la comunidad hacia la unidad sanitaria.
 - Procesos de evaluación de la aceptación y costo efectividad de las casas de espera e implementación de las mismas en aquellos entornos donde sea pertinente.
 - Desarrollo de mensajes y actividades de IEC para la promoción de la maternidad segura y el fomento del uso de los servicios de salud ofertados por el sistema nacional de salud, adaptados a las expectativas y características de cada población.

Programas de intervención específica para la mejora en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva

- ✓ Como parte del fortalecimiento de los servicios de salud materno infantil, asegurar los recursos y asegurar la calidad de los cuidados esenciales del recién nacido. Estos cuidados, profundamente ligados a la atención pre y postnatal, incluirían acciones sanitarias e informativas dirigidas a asegurar la nutrición (incluyendo la de la madre, el niño y la lactancia materna), prevención de infecciones y enfermedades endémicas y los cuidados especiales para niños que lo requieran (por tener bajo peso, ser bebés pre-término o mostrar signos de alarma).
- ✓ Apoyar acciones encaminadas a promover la introducción de la problemática del aborto inseguro en la agenda de los grupos de trabajo multisectoriales que manejen el tema de SSR, y a fortalecer las acciones encaminadas a reducirlo.

5.2. Programas de reposicionamiento de la planificación familiar

La planificación familiar tiene un impacto importante y directo tanto en la reducción de la morbilidad materna e infantil y el VIH/SIDA, como en la salud sexual y los comportamientos responsables de adolescentes y jóvenes. Estos aspectos tienen a su vez repercusiones positivas en la calidad de vida de la población: menos embarazos no deseados y abortos inseguros, niños con mayores niveles de educación, mayor número de años de vida saludable, y

mayor capacidad productiva. Este conjunto de condiciones, que se alimentan de manera bidireccional con la equidad de género, fueron debatidas durante el encuentro y reconocidas como elementos necesarios para la reducción de la pobreza y por tanto, para la consecución de los ODM.

El reconocimiento de estas relaciones al más alto nivel político se materializó en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, Cairo 1994), colocando los elementos de salud reproductiva en el núcleo de la agenda internacional para el desarrollo sostenible. A pesar de ello, la planificación familiar no ha sido generalmente priorizada dentro del marco de acción de los diferentes agentes del desarrollo y muchas veces ha estado sujeta a cuestionamientos morales, religiosos, culturales y económicos y a un débil compromiso político por parte de muchos donantes.

Durante la discusión surgió el debate acerca de en qué medida la planificación familiar puede promover modelos sociales que no corresponden a la cultura local, donde un alto número de hijos representaría riqueza. Desde una perspectiva de derechos humanos, es claro que en ningún caso el uso de métodos de planificación puede plantearse como obligatorio. Sin embargo, el Estado tiene el deber de poner a disposición de las personas los métodos, así como la información, que les permitan tomar decisiones informadas sobre su uso y tomar así parte activa en el cuidado de su salud.

Algunas de las personas participantes pusieron de manifiesto que factores como la existencia de métodos tradicionales de planificación familiar y la preferencia de algunas mujeres por la Depo-provera, por la posibilidad que brinda de usarla sin conocimiento de la pareja, demuestran una necesidad de planificación familiar de la población que requiere ser analizada en profundidad. De manera similar, en el caso de los jóvenes, se observa que aquellos que acceden a la escuela y que por tanto tienen más oportunidades de realizar planes personales

de largo plazo, son quienes presentan una demanda más alta de métodos de planificación familiar. A nivel de servicios, se reportan casos de desabastecimiento y rotura de stocks sin que se cuente sin embargo con un seguimiento sistemático al respecto. Al mismo tiempo, se puso de manifiesto la necesidad de realizar más investigaciones para conocer el grado de aceptación del concepto y de los métodos anticonceptivos y conocer los factores que estaban determinando el aumento de la demanda de anticonceptivos en los últimos años.

Estadísticas sobre la necesidad de reposicionar la planificación familiar

- ✓ A nivel mundial, el 61% de las Mujeres en Edad Fértil (MEF) casadas o en unión usan anticoncepción.
- ✓ En las regiones más desarrolladas, el 69% usa algún método de PF, en las menos desarrolladas el promedio es de 59%. En África este porcentaje es de 27%.
- ✓ Aproximadamente 120 millones de MEF en el mundo estarían dispuestas a usar un método moderno de PF.
- ✓ En África Sub-Sahariana cerca de 23% de las MEF casadas o en unión necesitan de PF.

Datos para Mozambique:

- ✓ La Tasa de Prevalencia Anticonceptiva creció de 6% en 1997 a 17% en el 2003.
- ✓ Esta tasa, para los métodos modernos es de 14,2%.
- ✓ Las necesidades no satisfechas de PF son del 18,4%.
- ✓ La necesidad no satisfecha de servicios de PF es del 53%, llegando al 60% en zonas rurales mientras que en las urbanas es de 41%.
- ✓ La media de las necesidades anuales para la compra de anticonceptivos, incluidos los condones es de 4.000.000 de dólares.

Programas de intervención específica para la mejora en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva

Durante la reunión, se pusieron de manifiesto diversos tipos de intervenciones para expandir y mejorar la calidad de los servicios de PF, entre ellos, aumentar la demanda de planificación familiar o reducir las barreras legales, administrativas, geográficas, económicas y socioculturales relacionadas con el acceso a los métodos anticonceptivos. Uno de los temas clave que se pusieron sobre la mesa fue el de la seguridad de bienes, productos e insumos para la salud reproductiva, definida como:

“la garantía de la disponibilidad continua de bienes y productos de calidad (medicamentos, anticonceptivos, equipamiento médico y quirúrgico, materiales e insumos), de manera que se asegure que los servicios preventivos y curativos que se presten sean de buena calidad y respondan a las necesidades de cada individuo”.

Desde el Fondo de Población de las Naciones Unidas se puso de manifiesto el esfuerzo que se está realizando para trabajar con gobiernos donantes y receptores, para desarrollar condiciones políticas y sistemas de planificación, financiación y abastecimiento oportuno orientados a garantizar estos recursos.

Como elementos clave para promover el reposicionamiento de la planificación familiar se identificaron los siguientes aspectos:

- ✓ Apoyar acciones dirigidas a asegurar la disponibilidad de los métodos anticonceptivos a través de varios canales:

- Establecimiento y funcionamiento de un Comité de Coordinación para Garantizar los Bienes y Productos Básicos para la Salud Reproductiva, liderado por el Ministerio de Salud, con la participación de asociados y donantes que apoyan la SR, el sector privado y la sociedad civil.
- Elaboración e implementación de una Estrategia y Plan de Acción para garantizar los bienes y productos básicos para la SR, así como su monitoreo y evaluación, utilizando esta estrategia para reforzar y mejorar el sistema de gestión logística de bienes y productos del Ministerio de Salud.
- Crear y canalizar fondos a una línea presupuestaria específica para asegurar la búsqueda y adquisición de bienes y productos básicos de SR.
- Conciliar el sistema de Información Sanitaria (SIS) y el Sistema de Gestión Logística (SGL) para mejorar la gestión de los dos programas que permita la distribución de bienes y productos adecuados en las cantidades adecuadas, en el lugar y momento adecuado.
- Asegurar que los temas de SSR y PF y en particular la Estrategia para Garantizar los Bienes y Productos de Salud Reproductiva sean considerados en la elaboración y/o revisión de documentos estratégicos como los Planes de Reducción de la Pobreza, los Planes Económicos y Sociales, los Planes Estratégicos del Sector Salud o los documentos del Proceso SWAP, entre otros.

- Asegurar recursos humanos en número y calidad para el sistema de gestión de bienes y productos y para la gestión del programa de salud reproductiva y reducción de la mortalidad materna en todos sus niveles.
 - Analizar y discutir las potencialidades y beneficios del establecimiento de una unidad única para la gestión de bienes y productos.
 - Fortalecer los programas nacionales de aprovisionamiento, distribución y gestión para garantizar el acceso de los métodos de planificación familiar a nivel distrital.
 - Asegurar el mejoramiento de las infraestructuras y condiciones para el almacenamiento de bienes y productos, principalmente a nivel de distritos y unidades sanitarias, así como invertir en una flota de transportes y medios para una distribución mejor y más eficaz.
- ✓ Dar soporte a acciones encaminadas a brindar información, apoyo y supervisión a los proveedores para que ofrezcan servicios de planificación de calidad y adecuados a las necesidades y características de las usuarias.
 - ✓ Desarrollar acciones para eliminar las barreras políticas y médicas que limitan el acceso a la PF en la escuela puesto que a pesar de que el embarazo adolescente es uno de los problemas más prevalentes y con mayor impacto en la salud de los jóvenes, continúan existiendo restricciones para el acceso de este colectivo a métodos de planificación familiar, requiriéndose la autorización de sus padres. En este sentido, se planteó que brindar orientación e insumos de salud reproductiva a través de la escuela podría ser una estrategia para favorecer el buen estado de salud reproductiva de los adolescentes.
 - ✓ Prestar apoyo a acciones que promuevan procesos de comunicación dirigidos a reducir las barreras socio-culturales en este ámbito. Para este tipo de iniciativas debe considerarse el factor de género, combinando acciones de comunicación interpersonal con otras que permitan trabajar los tabúes relacionados con este tema en la población.
 - ✓ Apoyar acciones que incluyan contenidos comunicacionales clave y adecuados a las características de la población para implementar estrategias de comunicación y educación que informen a las personas sobre la planificación familiar y los servicios que se ofrecen.

5.3. Programas para la integración de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la salud materno-infantil y la lucha contra el VIH/SIDA

El VIH/SIDA ha tomado dimensiones pandémicas, generando dos tendencias en la comunidad internacional: la priorización del tema en la agenda política frente a otros temas de salud y desarro-

Programas de intervención específica para la mejora en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva

llo y, unido a esto, la respuesta multisectorial. El resultado ha sido positivo en tanto ha conseguido involucrar a diferentes actores y aumentar los canales para coordinar esfuerzos frente a la epidemia. En este contexto, sin embargo, se ha dejado a veces en segundo plano el hecho de que al producirse la transmisión del VIH fundamentalmente por la vía sexual, es necesario seguir trabajando en modelos de prevención y atención que aborden los temas de género, salud y derechos sexuales y reproductivos de manera integral.

Durante el encuentro, se puso también de manifiesto como la feminización del SIDA es una tendencia confirmada a nivel mundial. Algunos factores asociados a esta realidad son de carácter biológico, como el hecho de que las características del cuello y la mucosa vaginal de las mujeres, especialmente de las jóvenes, las haga más vulnerables al contagio, o que un importante porcentaje de las ITS no puedan ser identificadas al no presentar síntomas. Sin embargo, la mayor cantidad de factores que determinan esta situación son socioculturales y están profundamente ligados a los conceptos y patrones de conducta ligados a la sexualidad y las relaciones de género. Algunos de estos factores tienen que ver con:

- ✓ La cultura de silencio en relación a la sexualidad: En tanto se entiende que la sexualidad es un tema privado, limitado a las uniones formales o instituciones sociales legitimadas por la comunidad, los canales de información, cuidado, resolución de problemas y eventual

denuncia son limitados. En contraste con ello, más allá de lo formal, la cultura sexual en algunas localidades no se enmarca en el patrón tradicional de pareja heterosexual, sino que se extiende a diferentes parejas y/o a diferente sexo de las parejas, lo que exige un abordaje más complejo que el de los modelos clásicos de prevención.

- ✓ Normas de feminidad: El matrimonio y la maternidad como únicas vías de realización y valoración de la mujer. Para ser valoradas como “buenas mujeres, esposas y madres” se espera que las mujeres se desarrollen en un contexto de sumisión y seguimiento de normas que de ser incumplidas las exponen a la marginación social y la violencia, por parte de hombres y mujeres. Además, en tanto la maternidad se asocia al cuidado, los roles de género asignan a las mujeres el papel de proveedoras de cuidados básicos de salud, generalmente dirigidos a otros, y las incitan a postergar su propia situación de salud y bienestar general.
- ✓ Normas de masculinidad: Ejercicio activo del poder y la sexualidad como fuente de valoración del hombre. El éxito masculino es medido a través del número de parejas sexuales, lo que favorece los comportamientos de riesgo. Por otro lado, la legitimidad del dominio sobre las mujeres favorece la coerción y violencia.
- ✓ Este contexto cultural conlleva un recorte de derechos y oportunidades, manifestado por ejemplo en el limitado acceso a la educación formal y a la informa-

ción sobre sexualidad o el limitado acceso a recursos, como en el caso de la negación del derecho a la herencia en el caso de viudez. Al quedar viuda, la mujer queda expuesta al abuso y la marginación, siendo éste uno de los factores que favorecen la permanencia de prácticas sexuales transaccionales.

- ✓ Adicionalmente, se produce una diversidad de prácticas de violencia en las que la mujeres, en especial las jóvenes son las principales víctimas:
 - Abuso y violación sexual.
 - Prácticas culturales locales ligadas a los roles de género y la sexualidad: ritos de iniciación y de purificación que incluyen relaciones sexuales no consensuadas y mutilaciones.
 - Sexo ligado a la obtención de bienes donde, en un contexto de pobreza y de patrones culturales como los antes descritos, el intercambio sexual se convierte en una vía para adquirir seguridad y bienes. El sexo transaccional, la prostitución y el tráfico de mujeres/niñas son ejemplos de ello.
- ✓ Estos factores tienen también impacto en los programas y servicios de salud:
 - Por la relación entre la cultura y la resistencia al uso del preservativo.
 - Por la manera en que este entorno puede afectar el rol de los profesionales de salud y su trabajo.
 - Por las limitaciones que supone para la diseminación de información adecuada.

- Por la discriminación y estigma asociado al VIH/SIDA, que es mayor en el caso de las mujeres.

En suma, la feminización del SIDA es el resultado de un conjunto de factores, principalmente socio-culturales, ligados a los roles de género, que se relacionan profundamente con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y con la condición de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres en general y muy especialmente, de las mujeres jóvenes. Esta es una de las razones por las que la integración de los servicios de VIH/SIDA y salud reproductiva es clave, ya que se trata de elementos íntimamente vinculados, cuyos factores determinantes son comunes.

Por otro lado, el VIH/SIDA está relacionado con tres elementos que lo convierten en una dolencia particularmente estigmatizante: muerte, contagio y castigo. Tanto el contagio como el castigo están relacionados a las prácticas sexuales, aunque aún permanecen informaciones distorsionadas sobre vías de contagio que no son reales pero que afectan negativamente el trato hacia las personas infectadas. En el caso del castigo, éste está directamente relacionado con la trasgresión de normas de comportamiento sexual, siendo la persona infectada percibida como causante o responsable de ese castigo. Los tres elementos repercuten dramáticamente en el ejercicio de derechos y el nivel de integración social de las personas VIH+ y de quienes han desarrollado el SIDA.

Asimismo, un tema que requiere particular atención es la necesidad de respetar

Programas de intervención específica para la mejora en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva

estrictamente el consentimiento informado como ejercicio práctico del derecho a la libre elección y la condición de voluntariedad del examen del VIH en el caso de las mujeres embarazadas.

A partir de estas reflexiones, los elementos que se identificaron como esenciales para promover la integración de la salud materno-infantil y la prevención del VIH/SIDA fueron:

- ✓ Apoyar acciones dirigidas a promover la educación sobre sexualidad en entornos formales y no formales y brindar a maestros y líderes comunitarios habilidades para educar en sexualidad desde una perspectiva integral y de derechos humanos.
- ✓ Dar soporte a iniciativas que promuevan debates abiertos con hombres y mujeres sobre sexualidad, en los que se reflexione sobre los patrones sociales, culturales y de género y su impacto sobre los derechos y el bienestar de las personas, y se busquen vías para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos a nivel de la comunidad.
- ✓ Apoyar acciones orientadas a promover cambios legales para garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, en especial en lo relativo al acceso a recursos económicos, la propiedad y la producción.
- ✓ Promover marcos legales, administrativos y procedimientos que garanticen la protección frente a la violencia sexual (ej. la tipificación como delito de carácter público, el entrenamiento del personal policial y judicial, eliminación de

los costos para los procesos de denuncia, servicios de atención psico-social a las víctimas), y de género en todas sus formas y favorecer espacios de integración social para las víctimas.

- ✓ Apoyar procesos a nivel institucional y operativo para promover la integración de los servicios de SSR y los de lucha contra el VIH/SIDA.
- ✓ Dar soporte a acciones para fortalecer las capacidades del personal de salud para abordar los temas relativos a derechos sexuales y reproductivos.
- ✓ Potenciar las acciones para reducir el estigma y discriminación asociados al VIH/SIDA, especialmente en el caso de las mujeres. Trabajar sobre los condicionantes de información y valorativos en relación al VIH/SIDA para promover el ejercicio de los derechos y mejorar la calidad de vida de las personas VIH/SIDA y sus familias, así como para que el VIH/SIDA sea asumido y enfrentado por la comunidad en general de una manera más comprensiva e integral.

5.4. Programas de promoción de la salud sexual y reproductiva y la prevención de embarazos en adolescentes y jóvenes

Los adolescentes y jóvenes representan el mayor grupo poblacional de los países en desarrollo y sin embargo son altamente vulnerables en términos de salud y derechos sexuales y reproductivos. Aunque cada vez está más documentado que la edad de iniciación sexual promedio en casi todos los lugares del mundo, y en

particular en África, se produce en este periodo, en términos prácticos, el derecho a recibir información y contar con los medios para decidir, planificar y cuidar la salud sexual y reproductiva se sigue limitando a la edad adulta. Esta discriminación crea el marco para una condición de vulnerabilidad en lo relativo a la sexualidad, que expone a adolescentes y jóvenes a riesgos importantes relacionados con su salud, su seguridad y su plan de vida.

La educación sexual no está formalizada, los servicios de salud reproductiva suelen estar pensados para mujeres unidas en edad fértil y los canales para pedir soporte o resolver problemas relativos a los derechos o la salud sexual y reproductiva no existen o no están al alcance de los jóvenes. Incluso mensajes de prevención dirigidos a adultos en unión acerca el uso del preservativo han resultado contraproducentes en el caso de los adolescentes, ya que éste presenta como un método para usar en relaciones esporádicas, por lo que muchos jóvenes no lo utilizan con sus parejas estables.

Frente a estos casos, existen algunas experiencias que han servido para involucrar a los jóvenes en la promoción y defensa de su salud y sus derechos sexuales y reproductivos. Algunas de las que se identificaron durante el encuentro de Maputo fueron:

- El apoyo a la creación de asociaciones de jóvenes,
- La implementación de los hospitales de día.
- Desarrollo de programas de jóvenes dentro y fuera de las escuelas.

- Desarrollo de encuentros sistemáticos con jóvenes orientados a la incidencia política.
- El voluntariado y la educación o motivación por pares.

A partir de las reflexiones del encuentro, se definieron como acciones clave para promover la salud sexual y reproductiva y la prevención de embarazos en adolescentes y jóvenes acciones como:

- ✓ Estrategias para reducir las barreras de acceso de los adolescentes a la educación, servicios y productos relevantes para garantizar sus derechos y salud sexual y reproductiva y para evitar embarazos no planificados.
- ✓ Dar soporte a acciones dirigidas a promover medidas legales, administrativas y de procedimiento que garanticen la permanencia de las adolescentes embarazadas en la escuela y la no discriminación de parte del sistema educativo o sanitario.
- ✓ Fortalecer la participación de los sectores de Educación y Juventud en la promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes. Esto incluye particularmente la generación de materiales y formación de maestros en temas de sexualidad, que permitan responder de manera adecuada a las necesidades de los alumnos en estos campos. Igualmente, es prioritario dar soporte a quienes desarrollan acciones dirigidas a grupos de adolescentes o jóvenes que sufren abandono o marginación, atendiendo sus necesidades en salud reproductiva.

Programas de intervención específica para la mejora en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva

- ✓ Campañas encaminadas a implementar estrategias de distribución de preservativos por vías no sanitarias. Para estas y otras campañas, es útil realizar evaluaciones previas de los mensajes utilizados para determinar su impacto en los jóvenes y en general, en grupos diferentes con necesidades específicas. En estas evaluaciones se debe tomar en cuenta la manera en que interactúan los mensajes de diferentes campañas en diferentes “grupos objetivo” y el eventual impacto contraproducente que pueden generar.
- ✓ Promover el involucramiento de los jóvenes en la promoción y defensa de sus derechos y en particular, de sus derechos sexuales y reproductivos. Es importante que en este marco se realicen evaluaciones para determinar qué sistemas de incentivos son aceptados, adecuados y sostenibles para asegurar la continuidad de estos programas.

5.5. Programa para la detección y tratamiento temprano al cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello de útero es una dolencia de supuesta alta prevalencia, que causa un importante número de muertes en África Subsahariana y para la cual se conocen métodos de diagnóstico y tratamiento efectivos. Sin embargo, es aún un tema poco conocido y no siempre se le considera como un elemento de salud pública que deba ser priorizado. Para la incorporación de la prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer de cervix en los Sistemas Nacionales de Salud es necesario

evaluar las diferentes posibilidades existentes y determinar las que resultan más apropiadas para el contexto de cada país.

Estadísticas sobre la situación del cáncer de cuello de útero

- ✓ El cáncer de cuello uterino afecta aproximadamente a 490.000 mujeres en el mundo cada año e implica más de 270.000 muertes.
- ✓ Cerca del 85% de mujeres que mueren de cáncer de cuello uterino viven en países en desarrollo. Si la tendencia actual se mantiene, en el año 2050 habrá más de un millón de casos nuevos anuales.
- ✓ El cáncer de cuello uterino puede prevenirse si las lesiones precancerígenas se identifican y se tratan tempranamente. Sin embargo, la mayoría de las mujeres de los países en desarrollo no tienen acceso a programas de diagnóstico y tratamiento.
- ✓ África Subsahariana es la región en donde se concentra la mayor proporción de casos de cáncer de cuello de útero a nivel mundial.
- ✓ En el año 2000, se estimó que en África Subsahariana existían 57.000 casos de cáncer de cuello uterino.

Para el éxito de los programas de control de cáncer de cuello uterino, son factores fundamentales:

- ✓ La garantía de las vías de detección y tratamiento,
- ✓ La efectividad del tratamiento,
- ✓ La cobertura de la detección.

Es importante tomar en cuenta que el HPV, causante del cáncer cervical, se transmite por vía sexual como otras ITS, por lo que todos los elementos de cuidado de la salud sexual y reproductiva son claves para reducir la incidencia de éste problema.

Con respecto a los mecanismos de diagnóstico, dos factores son relevantes para medir su eficacia:

- ✓ **Sensitividad:** Definida como la proporción de quienes tienen la enfermedad y que el examen identifica correctamente como positivos. Una moderada o baja sensibilidad implica el riesgo de dar tasas altas de resultados negativos falsos y requiere que las mujeres sean examinadas frecuentemente.

- ✓ **Especificidad:** Definida como la proporción de quienes no tienen la enfermedad y que el examen identifica correctamente como negativos.

El diagnóstico resulta un elemento estratégico necesario para hacer visible la incidencia del problema, así como para poder dar respuesta temprana a la enfermedad, con mayor posibilidad de éxito. La determinación de opciones programáticas deberá tomar en cuenta los dos factores mencionados arriba, así como los requerimientos materiales y humanos de la prueba.

En países en los que no existe una estrategia ni programas para responder a este problema, es importante que se consideren una serie de elementos necesarios para su puesta en marcha:

TIPOS DE DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER CERVICAL E IMPLICACIONES

TIPO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	REQUERIMIENTOS
Citología convencional o líquida	<ul style="list-style-type: none"> - Éxito histórico en países desarrollados. - Alta especificidad. - Buen enfoque diagnóstico. - Puede resultar costo-efectivo en países de ingreso medio 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensitividad mediana a baja. - La efectividad depende de la pericia del que lo aplica. - Requiere infraestructura compleja. - Los resultados no están disponibles inmediatamente. - Requiere visitas múltiples. - Parece tener menor efectividad entre mujeres post menopáusicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Área de examinación privada. - Tabla para examinación. - Personal de salud entrenado. - Espéculo vaginal esterilizado. - Productos y equipos para preparar e interpretar las muestras extraídas (ej. espátulas, laminas de vidrio, fijador, microscopios). - Marcador de vidrio, etiquetas. - Formatos de solicitud de citología. - Hojas o libros de registro. - Estuches para laminas de vidrio. - Laboratorios de citología con personal entrenado para interpretar resultados. - Patólogos. - Transporte de las láminas al y del laboratorio. - Sistemas de información para asegurar el contacto de seguimiento con las usuarias. - Sistema de garantía de la calidad para maximizar la efectividad.

Programas de intervención específica para la mejora en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva

TIPOS DE DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER CERVICAL E IMPLICACIONES (Cont.)

TIPO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	REQUERIMIENTOS
Inspección con ácido acético al 3-5%		<ul style="list-style-type: none"> - Especificidad moderada. - No existen evidencias concluyentes de las implicaciones para la salud o en los costos del sobret ratamiento, particularmente en áreas con alta prevalencia del VIH. - Hay la necesidad de desarrollar métodos de capacitación estándar y medidas para asegurar la calidad. - Parece ser menos eficaz entre mujeres post menopáusicas. - La efectividad depende de la pericia del que lo aplica 	<ul style="list-style-type: none"> - Área de examinación privada. - Tabla para examinación. - Personal de salud entrenado. - Fuente de luz adecuada. - Espéculo vaginal esterilizado. - Guantes de examinación nuevos o guantes quirúrgicos altamente desinfectados. - Esponjas de algodón grandes. - Acido acético (vinagre) diluido (3-5%) en un tazón pequeño. - Contenedores con solución de clorina al 0,5%. - Cubo plástico y bolsa plástica. - Sistema de garantía de la calidad para maximizar la efectividad.
Inspección con solución Lugol			- Similar al anterior, se reemplaza el ácido acético por Yodo de Lugol ⁸ (Lugol's iodine)
Exámen de Papilomavirus (HPV)		<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados inmediatos son poco comunes. - Sensitividad moderada a baja. - Requiere infraestructura compleja. 	

⁸ Traducción de Lugol's iodine.

- ✓ Incluir las acciones para la prevención y control del cáncer de cuello en las estrategias nacionales de salud. En esta estrategia deberá determinarse la ubicación y relación entre la prevención y tratamiento del cáncer cervical y los demás componentes de los programas de salud y salud reproductiva.
- ✓ Determinar las normas técnicas de procedimientos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- ✓ Articular sistemas de información sobre prevalencia y para el abastecimiento de recursos que estén integrados y actualizados.
- ✓ Entrenar al personal para el conocimiento de los medios de prevención, tratamiento y control.
- ✓ Desarrollar campañas de información educación y comunicación dirigidas a la población.
- ✓ Determinar opciones estratégicas para la implementación de la vacuna del HPV.

A partir de las reflexiones apuntadas durante la reunión, el consenso se centró sobre algunas acciones consideradas prioritarias para afrontar la detección y tratamiento temprano al cáncer de cuello uterino:

- ✓ Fortalecer las capacidades de los gobiernos para evaluar la conveniencia de introducir un programa de detección y tratamiento temprano del cáncer cervical, así como dar soporte a las condiciones requeridas para el diseño y la implementación de los mismos.
- ✓ Apoyar el desarrollo de investigaciones para el conocimiento de la prevalencia e impacto del cáncer cervical.
- ✓ Apoyar el desarrollo de una estrategia de prevención y control del cáncer de cuello y de otros instrumentos necesarios para su implementación, desde una perspectiva integral de atención de la salud sexual y reproductiva.
- ✓ Apoyar acciones para la incorporación de mensajes de prevención relacionados con el cáncer cervical en los programas existentes de salud sexual y reproductiva.

5.6. Programas de investigación aplicada

Existe consenso entre quienes trabajan en temas vinculados a la SDRS sobre la consideración de este campo como un sector particularmente sensible a los contextos sociales y culturales, de forma que la replicación de experiencias exitosas de unos lugares a otros puede resultar contraproducente si antes no se evalúa su impacto en un contexto específico. Por otro lado, las urgentes necesidades existentes en este campo frente a los limitados recursos con los que se cuenta, requiere la creación de alternativas innovadoras para la implementación y administración de los programas y un constante monitoreo de los resultados.

Durante el debate sobre el papel de la investigación en el campo de la salud materna y la salud sexual y reproductiva, se llevó a cabo una discusión sobre los

Programas de intervención específica para la mejora en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva

modelos que resultan más adecuados para recoger y dar una comprensión real sobre lo que sucede en un contexto determinado.

La investigación-acción plantea una crítica frente al método positivista, al que considera limitado en la comprensión integral de los fenómenos socioculturales, ya que tiende más a establecer marcos limitados y específicos de conocimiento. Considerando que los sistemas de salud apuestan por modelos de atención cada vez más integrales, el enfoque sociocultural se plantea como un recurso útil para realizar estudios y propuestas horizontales, que consideren la relación entre diferentes variables desde una perspectiva local y por tanto, genere respuestas más completas a las necesidades de salud.

La investigación-acción constituye un proceso cíclico orientado a dos objetivos simultáneos: resolver problemas inmediatos y fortalecer la capacidad del sistema. El proceso incluye como actores a equipos multidisciplinares (antropólogos, médicos, educadores...), investigadores internos (de la comunidad) y externos así como representantes de la comunidad y otros actores locales (incluyendo al personal sanitario).

Se da un peso importante al componente cualitativo, orientado a identificar causas y procesos ligados al problema, y no sólo al estado de la situación o las percepciones de los actores. En este marco, se utilizan fuentes como la observación del participante, las entrevistas, las historias de vida, los estudios de caso, los gru-

pos focales, los procesos de investigación-acción participativa (RAP). Además, se apuesta por la segmentación del análisis y los resultados a través de variables geográficas, administrativas, temporales, de género y etáreas.

Como en el caso de otros modelos de investigación, dos cuestiones clave con respecto a la real efectividad de la investigación-acción son:

- ✓ Que los resultados puedan obtenerse oportunamente, de manera que puedan ser utilizados por quienes desarrollan acciones en el campo (sistemas de salud, cooperación).
- ✓ Que los resultados sean tomados en cuenta por las instancias de decisión política y que exista apertura para implementar integralmente las recomendaciones que surjan del proceso de investigación.

En cuanto a los elementos clave en el desarrollo de programas de investigación aplicada para favorecer el éxito de las intervenciones en salud materno-infantil, y salud sexual y reproductiva, se identificaron como aspectos principales:

- ✓ Desarrollar temas de investigación como:
 - El nivel de aceptabilidad de la planificación familiar, estrategias comunitarias de control de la fecundidad y mensajes exitosos o adecuados sobre los métodos anticonceptivos en la comunidad.
 - La identificación de elementos del sistema de atención primaria de salud que requieren ser mejorados

para brindar servicios de planificación familiar de calidad y evaluación de estrategias efectivas para ello.

- Los aspectos culturales que crean barreras al acceso a los servicios de salud y estrategias para trabajarlos.
 - El impacto del aborto inseguro en la salud materna y cómo incide en la morbi-mortalidad de las mujeres.
 - Las necesidades de adolescentes y jóvenes en salud sexual y reproductiva. En particular, desarrollar investigaciones acerca de los determinantes del inicio sexual temprano.
 - La identificación de las estructuras comunitarias clave para la promoción de la salud sexual y reproductiva.
- ✓ Apoyar investigaciones que provean una visión integral de los problemas de salud materno-infantil y reproductiva, considerando aspectos socioculturales y del sistema de salud desde la perspectiva de la integración de los servicios. El enfoque multidisciplinar es fundamental en este sentido.
 - ✓ Involucrar activamente a quienes se beneficiarán de sus resultados, especialmente cuando se trata de estudios realizados a nivel de la comunidad. Se debe valorar la perspectiva de los usuarios y de las personas que no acceden al sistema como elemento clave para el desarrollo de propuestas y resultados efectivos y legítimos.
 - ✓ Realizar investigaciones orientadas a fortalecer los sistemas y programas de salud, que identifiquen procesos o elementos que puedan ser mejorados y prueben la efectividad de estrategias diseñadas en este sentido.
 - ✓ Conectar las investigaciones que se realicen con acciones para promover un compromiso político con los procesos y resultados desarrollados, de manera que las recomendaciones que se produzcan puedan incorporarse efectivamente en el desarrollo de políticas y programas de salud.
 - ✓ Considerar la participación de personal local y el desarrollo de actividades de colaboración con instancias locales para dar soporte a la formación de investigadores a nivel local.
 - ✓ Apoyar desde la cooperación española la financiación de investigaciones, así como la creación de espacios de debate, integración y difusión de sus resultados.

Recomendaciones finales

1. Reforzar la prioridad otorgada a reducción de la mortalidad materna y neo-natal dentro de los objetivos de la cooperación al desarrollo española.
2. Incrementar considerablemente las contribuciones financieras a la planificación, implementación y evaluación de las Hojas de Ruta para reducir la mortalidad materna y neo-natal en los distintos países africanos en la totalidad de sus componentes: 1) Mejora del aprovisionamiento y el acceso a servicios de atención en salud materna y de los recién nacidos, incluyendo servicios de planificación familiar, 2) fortalecimiento de los sistemas de referencia, 3) fortalecimiento de la planificación de salud por distritos y la gestión de la atención sanitaria materno infantil, 4) incidencia política para lograr un mayor compromiso y recursos para la salud materno- infantil y la planificación familiar, 5) promoción de asociaciones, 6) promoción del cuidado continuo desde los hogares hasta el hospital y 7) empoderamiento de las comunidades, especialmente las mujeres.
3. Apoyar los procesos de fortalecimiento de la sociedad civil para la lucha contra la mortalidad materno-infantil y la mejora de la salud sexual y reproductiva.
4. Apoyar acciones de investigación concretas sobre los aspectos culturales, antropológicos y operativos que impiden avances en la mejora de la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva.
5. Apoyar las acciones dirigidas a prevenir la alta morbi-mortalidad materna causada por el aborto inseguro y a conocer su impacto real sobre la población.
6. Apoyar acciones de prevención y educación dirigidas a los y las adolescentes para crear condiciones saludables de salud sexual y reproductiva.
7. Apoyar acciones de investigación sobre el impacto de enfermedades como el cáncer de cervix en la salud de las mujeres y el desarrollo de programas de intervención sanitaria dirigidos al diagnóstico precoz, prevención y tratamiento del mismo.
8. Apoyar metodologías y propuestas de trabajo comunitario con los hombres para generar actitudes responsables hacia el embarazo, el parto y demás esferas relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

Anexo I

Grupo de Trabajo de Salud

Reunión de Maputo, 14-15 diciembre 2006

AGENDA DE TRABAJO

Jueves, 14 de diciembre 2006

- 9:00 **Presentación de los y las participantes.**
Modera: Dra. Lilia Llamisse, *Directora Nacional de Salud Adjunta, Ministerio de Salud.*
- 9:30 **Bienvenida.**
Excma. Dra. Aida Libombo, *Vice-Ministra de Salud.*
Excmo. Sr. Juan Manuel Molina Lamothe, *Embajador de España en Mozambique.*
- 10:00 **Café.**
- 10:30 **Presentación del taller.**
Sra. Marta O'Kelly *Directora del Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva.*
- Panel I: "Marcos políticos para la promoción de la salud sexual y reproductiva en África".**
Modera: Dra. Esther Leandro, *Directora de Proyectos, Medicus Mundi.*
- 11:00 **Marco general de la Política Continental Africana para la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.**
Dra. Lilia Llamisse, *Directora Nacional Adjunta, Ministerio de Salud.*
- 11:15 **La Estrategia Africana para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal y su implementación en Mozambique.**
Dr. Elsa Jacinto, *Directora del Programa de Salud Reproductiva, Ministerio de Salud.*
- 11:30 **La salud y los derechos sexuales y reproductivos en las prioridades de la cooperación española en salud.**
Sr. Miguel Casado, *Responsable del sector salud, Dirección General de Políticas de Desarrollo, Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional, Ministerio de Asuntos Exteriores.*

- 11:45 **Comentarios y discusión.**
- 12:45 **Almuerzo.**
- Panel II: “Estrategias y programas clave para la mejora de la salud sexual y reproductiva y la lucha contra la mortalidad materna”.*
Modera: Dra. Lilia Llamisse, *Directora Nacional Adjunta, Ministerio de Salud.*
- 13:45 **Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.**
Dr. Sergio Galán, *coordinador proyecto de salud materna en Gaza, Medicus Mundi – Mozambique.*
- 14:00 **Experiencias de participación comunitaria en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.**
Dr. Joao Gomes Ausse, *Director, VISA O MONDIAL*
- 14:15 **Discusión y recomendaciones.**
- 15:30 **Café.**
- 15:45 **Suministros y planificación familiar en el contexto de la salud materna y la lucha contra el VIH/SIDA.**
Dra. María da Luz Vaz, *Directora de Programas, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).*
- 16:00 **Discusión y recomendaciones.**
- 17:00 **Final de la sesión.**

Jueves, 15 de diciembre 2006

- 9:00 **Feminización de la pandemia del VIH/SIDA en Mozambique.**
Francelina Romao, *Asesora del Área de Género del Ministerio de Salud de Mozambique.*
- 9:15 **Promoción de la participación comunitaria en la prevención del VIH/SIDA.**
Sra. Luis Macave, *Cruz Vermelha Mozambique.*
- 9:30 **Debate y recomendaciones.**
- 10:30 **Café.**

- 10:45 **El trabajo en sexualidad y prevención de embarazos con adolescentes.**
Sr. Estêvão Jacinto, *Director de programas, Asociación Mozambicana para o Desenvolvimento de Família (AMODAFE).*
- 11:00 **Estado de situación del cáncer de cérvix y perspectivas para el desarrollo de estrategias de lucha contra la enfermedad.**
Paula Libombo, *Punto focal de la OMS para PTB.*
- 11:15 **Iniciativas para la mejora de la nutrición infantil.**
Olinda Mugave, *Directora, REENCONTRO.*
- 11:30 **Debate y recomendaciones.**
- 12:45 **Clausura y presentación de conclusiones.**
- 13:30 **Final de la sesión.**

Anexo II

Grupo de Trabajo de Salud

Reunion de Maputo, 14-15 diciembre 2006

LISTADO DE PARTICIPANTES

NOMBRE	CARGO	E-MAIL
Ministerio de Salud de Mozambique		
Excma. Sra. Aída Libombo	Vice-Ministra de Salud	libombo@yahoo.co.uk
Dra. Lilia Jamisse	Directora Nacional Adjunta. Ministerio de Salud	ljamisse@gmail.com
Dra. Ana Dai	Dpto. de Salud comunitaria	adai@dnsdee.misau.gov.moz
Dra. Atalia Macome	Dpto. de Salud comunitaria	
Dra. Carla Silva	Jefa de Enfermedades no Trasmisibles	
Dra. Dalmazia Cossa	Asesora Jurídica	dcossa@minsau.gov.moz
Dra. Elsa Jacinto	Dir. Salud Reproductiva	elsajacinto@yahoo.com.br
Dra. Francelina Romão	Asesora Área de género	fromao@misau.gov.mz
Dra. Ivone Zilhao	SEA (Área de adolescentes)	isilhao@pathfind.org
Dra. Natércia Matule	SEA (Área de adolescentes)	nmatule@dnsdee.misau.gov.mz
Dra. Olga Sigaúque	Enfermera del Área de Salud comunitaria	oantonio@dnsdee.misau.gov.mz
Otros Ministerios		
Dra. Helena Ângelo	Ministerio de educación	ahelena@mec.gov.mz
Sr. Fernando Julião	Min. de Negocios Extranjeros	azandamela@minee.gov.mz
Sra. Lisa Mutisse	Min. de Mujer y Acción Social	lisamutisse@yahoo.com.br
Sra. Carla Fernandes	Min. de Finanzas	carlafernandes@gmail.com
Agencias de Naciones Unidas		
Dra. Alicia Carbonelli	Directora de Programas OMS	
Dra. Daysi Mahotas	Directora de Programas UNICEF	
Dra. Maria Luz Vaz	Directora de Programas, UNFPA	mluzvaz@unfpa.uein.mz
Dra. Paula Libombo	Punto Focal para PTB (OMS)	libombop@mz.afro.who.int
Dra. Verónica Reis	Directora de Programas, USAID	vreis@fortesaude.org.mz
Cooperación española		
Dr. Miguel Casado	Responsable de Salud. Dir. Gral. Políticas de Desarrollo	miguel.casado@mae.es
Dra. Pilar de la Corte	Asesora de Salud de AECI en Mozambique	

LISTADO DE PARTICIPANTES (Cont.)

NOMBRE	CARGO	E-MAIL
ONG Mozambiqueñas		
Sra. Gilda Góndola		
Dr. João Gomes Ause	Visão Mundial	
Sr. Marçal Monteiro	NAIMA (Coordinador)	
Sr. Estêvão Jacinto Ariano	Coord. Prog. de Jóvenes AMODEFA	estevaomj@amodefa.org.mz
Sra. Paula Macave	Cruz Vermelha de Mozambique (VIH/SIDA)	macaveluis@hotmail.com
ONG Españolas		
Sra. Adriana Zumarán	GIE	investigacion@grupogie.org
Sra. Esther Leandro	Medicus Mundi	esther.leandro@medicmundi.es
Dr. José Luis Engel	Médicos del Mundo	joseluis.engel@medicosdelmundo.es
Sra. Marta O'Kelly	GIE	coordinadora@grupogie.org
Dr. Pablo Blanco	Farmaceuticus Mundi	pablo.blanco.sanchez@juntadeandalucia.es
Sr. Sergio Galán	Medicus Mundi Gaza	segalan@gmail.com
Dr. José Vallejo	Médicos Sem Fronteiras	jose_vallejo@hotmail.com
Otros		
Dr. Francisco Zita		fzita@policy.org.mz
Sr. Cassimo Bique		cassimo@dnsdee.misau.gov.mz
Sra. Isabel NHatave		INHatave@fortesaude.org.mz
Sra. Petra Hofman		hofmanpetra@hotmail.com
Dra. Maria Cruz Ciria		cruziria@yahoo.es
Dra. Geraldina Longa		glonga@misau.gov.mz, gerlonga@yahoo.com
Sra. Paula Macave		Paula.Macave@redcross.org.mz

Índice

Prólogo da Exma. Sr ^a Leire Pajín Iraola <i>Secretária de Estado da Cooperação Internacional</i>	3
Resumo executivo	5
1. Introdução	9
2. As prioridades dos países africanos no contexto da saúde materno-infantil e la saúde sexual e reprodutiva	11
2.1. Un plano de acção conjunto para promover a saúde sexual e reprodutiva	11
2.2. Folha de itinerário africana para a redução da mortalidade materna e neonatal	13
3. Programas de fortalecimento das capacidades para a melhoria da saúde materno-infantil e la saúde sexual e reprodutiva	17
3.1. Programas de fortalecimento das capacidades de planificação, implementação, seguimento e avaliação de políticas	17
3.2. Programas de promoção da participação social	20
4. Eixos transversais para a promoção da saúde materno-infantil e da saúde sexual e reprodutiva	23
4.1. Fortalecimento do sistema de Atenção Primaria de Saúde	23
4.2. Integração dos direitos humanos	24
4.3. Incorporação da perspectiva intercultural	24
4.4. Integração da abordagem de género	26
4.5. Envolvimento da comunidade	27
5. Programas de intervenção específica na saúde materno-infantil e saúde sexual e reprodutiva	29
5.1. Programa para o incremento do acesso aos serviços e cuidados de saúde materno-infantil	29
5.2. Programa de reposicionamento da planificação familiar	31
5.3. Programas para a integração dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva, da saúde materno-infantil e da luta contra o HIV/SIDA	34

5.4. Programa de promoção da saúde sexual e reproductiva e prevenção da gravidez em adolescentes e jovens	38
5.5. Programa para a detecção e tratamento precoce do cancro de colo do útero.....	39
5.6. Programa de Investigação aplicada.....	43
Recomendações	47
Anexos	49

Prólogo

Já passaram quase dois anos desde a realização em Maputo do I Encontro de Mulheres por um Mundo Melhor. Uma iniciativa de Espanha e Moçambique por meio da qual se começou, pela primeira vez, a tecer a nível institucional um trabalho de desenvolvimento desde a perspectiva de género com a África, contando com a participação de organizações e redes civis. Nesta iniciativa foram propostas linhas de trabalho e de compromissos que tiveram a sua continuação no passado ano 2007 em Madrid com a realização do segundo encontro.

Em ambos os eventos, as mulheres participantes acordaram, entre outros aspectos, o compromisso por fortalecer os sistemas públicos de saúde, a melhoria do acesso das mulheres aos recursos e serviços sanitários para promover maiores níveis de saúde e bem-estar e adoptar medidas destinadas a abrandar o impacto do HIV/SIDA.

Os dados são devastadores, entre outros: que 1.000.000 de mortes maternas e infantis ocorrem anualmente na África, que 25 milhões de africanos e africanas (especialmente entre as mulheres) estão infectados pelo HIV, ou que menos de um terço dos africanos e africanas têm acesso à saúde reprodutiva.

É evidente que pandemias como o SIDA dificultam que os países atinjam os seus objectivos de redução das taxas de pobreza, de mortalidade infantil ou a consecução de uma educação primária universal. Portanto, investir em saúde contribui de forma directa à dinâmica de desenvolvimento.

A Cooperação Espanhola está a unir esforços e a incluir na planificação esta prioridade de actuação, a partir do Plano Director, passando pela recém publicada Estratégia Sectorial de Saúde da Cooperação Espanhola. Desta maneira, temos os instrumentos para trabalhar de forma coordenada e, em definitiva, mais eficaz e coerentemente. Conhecer o nosso quadro estratégico de cooperação permite que as mulheres africanas busquem projectos comuns e que a cooperação espanhola esteja alinhada com os requerimentos e necessidades requeridas pelas mesmas.

Até que a saúde e a educação das mulheres não estejam garantidas, não poderemos dar os seguintes passos na luta pela igualdade. Neste sentido, a Espan-

ha encontra-se num caminho sem volta atrás, aproximando-se às mulheres africanas, lançando vias de actuação e alianças onde a abordagem de género é prioritária; trabalhando com elas de forma conjunta pelo desenvolvimento das suas regiões e, em definitiva, trabalhando pelos direitos das suas mulheres e menores.

O presente relatório que V. Exas. agora têm em mãos é o cumprimento de um compromisso, da mesma forma que constitui o fim de um trabalho e o início de um novo: é a implementação dos programas e das estratégias expostos no mesmo, para que desta maneira possamos lutar de forma mais eficaz contra a mortalidade materno-infantil e a melhoria da saúde sexual reprodutiva na África.

Gostava de transmitir o agradecimento de toda a Secretaria de Estado aos especialistas que fizeram parte deste grupo de trabalho por proporcionarem as vias construtivas que ficaram esboçadas nestas páginas, um grupo de especialistas africanos e espanhóis procedentes de agências internacionais, ministérios, ONGs de Moçambique e de Espanha que dirigiram e partilharam os seus esforços e conhecimentos para que os menores e as mulheres de muitas partes da África melhorem a sua qualidade de vida e, conseqüentemente, tenham uma vida mais digna.

Leire Pajín Iraola
Secretária de Estado de Cooperação Internacional

Resumo executivo

Antecedentes e descrição do processo

O presente documento é o resultado da Reunião do Grupo de Trabalho de Saúde realizada em Maputo nos dias 14 e 15 de Dezembro de 2006. Esta Reunião teve lugar no contexto do seguimento da Declaração de Moçambique e o seu objectivo foi elaborar um relatório com propostas de programas concretos para a melhoria da saúde materno-infantil e sexual-reprodutiva.

Participaram na reunião especialistas em saúde materno-infantil e sexual-reprodutiva procedentes de agências internacionais, do Ministério da Saúde e de ONG de Moçambique e de ONG e representantes da cooperação espanhola.

O relatório inclui a descrição da organização e a realização da Reunião, uma descrição dos assuntos chave que foram tratados, bem como a descrição do conjunto de programas para a melhoria da saúde materno-infantil e da saúde sexual e reprodutiva. Apesar de que os participantes da Reunião propuseram contribuições a partir da sua experiência principalmente em Moçambique, procurou-se dar ao relatório uma dimensão aberta, que possa ser aplicado de maneira mais ampla ao contexto africano.

Contexto dos programas propostos para a melhoria da saúde materno-infantil e da saúde sexual e reprodutiva

Os programas propostos agrupam-se em dois níveis:

1. Programas de fortalecimento das capacidades de planificação, implementação, seguimento e avaliação sectorial das políticas de saúde sexual e reprodutiva e da luta contra mortalidade materna. Especificamente:
 - ✓ Programa de apoio à planificação, implementação, seguimento e avaliação das Folhas de Itinerário nacionais para acelerar a consecução dos objectivos de desenvolvimento do milénio relacionados com a saúde materno-infantil.
 - ✓ Programa de promoção da participação social e fortalecimento da sociedade civil na luta contra a mortalidade materno-infantil e na melhoria da saúde sexual e reprodutiva.

2. Programas de intervenção específica na saúde materno-infantil e saúde sexual e reprodutiva, incluindo:

- ✓ Programa para o aumento do acesso a serviços de saúde materna e neonatal.
- ✓ Programa de reposicionamento da planificação familiar,
- ✓ Programa para a integração dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva e da luta contra o HIV/SIDA,
- ✓ Programa de promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção da gravidez em adolescentes e jovens.
- ✓ Programa para a detecção do tratamento precoce do cancro de colo do útero.
- ✓ Programa de investigação aplicada à saúde materno-infantil e à saúde sexual e reprodutiva.

Igualmente, durante a reunião, trabalhou-se na identificação dos factores transversais que deviam inspirar tanto a elaboração das políticas como a concepção e implementação dos programas a serem aplicados para a melhoria da saúde materno-infantil e da saúde sexual e reprodutiva. Entre estes factores, deu-se prioridade aos seguintes: fortalecimento do sistema de atenção primária de saúde, integração dos direitos humanos, incorporação da perspectiva intercultural, integração da abordagem de género e do envolvimento da comunidade na promoção e cuidado da saúde sexual e reprodutiva.

Recomendações finais

- ✓ Considerar a redução da mortalidade materna e neonatal e a melhoria da saúde das mães e dos recém-nascidos como um objectivo prioritário para a cooperação ao desenvolvimento espanhol.
- ✓ Incrementar consideravelmente as contribuições financeiras para a planificação, implementação e avaliação das Folhas de Itinerário com o fim de reduzir a mortalidade materna e neonatal nos distintos países africanos na totalidade dos seus componentes: 1) melhorar o aprovisionamento e o acesso a serviços de atenção em saúde materna e dos recém-nascidos, incluindo serviços de planificação familiar; 2) fortalecer os sistemas de referência; 3) fortalecer a planificação de saúde por distritos e a gestão da

atenção sanitária materno-infantil; 4) realizar incidências políticas para conseguir um maior compromisso e recursos para a saúde materno-infantil e para a planificação familiar; 5) Promover associações [1]; 6) promover o cuidado contínuo desde os lares até ao hospital, 7) conceder poder de decisão às comunidades, especialmente às mulheres.

- ✓ Apoiar os processos de fortalecimento da sociedade civil para a luta contra a mortalidade materno-infantil e para a melhoria da saúde sexual e reprodutiva de todas as pessoas.
- ✓ Apoiar as acções de investigação concretas sobre aspectos culturais, antropológicos e operativos que impedem melhorias reais na saúde materno-infantil e na saúde sexual e reprodutiva.
- ✓ Apoiar as acções vocacionadas a prevenir a alta morbi-mortalidade materna causada pelo aborto inseguro e a conhecer o impacte real sobre a população.
- ✓ Apoiar as acções de prevenção e educação dirigidas aos adolescentes masculinos e femininos para criar condições saudáveis de saúde sexual e reprodutiva.
- ✓ Apoiar as acções de investigação sobre o impacto das doenças como o cancro de colo do útero nas mulheres e o desenvolvimento de programas de intervenção sanitária dirigidos ao diagnóstico precoce, à prevenção e ao tratamento das mesmas.
- ✓ Apoiar as metodologias e as propostas de trabalho comunitário com os homens para gerar atitudes responsáveis no que se refere à gravidez, ao parto e às demais esferas relacionadas com a sexualidade e a reprodução.

INTRODUÇÃO



A Reunião do Grupo de Trabalho de Saúde ocorreu com o propósito de executar um dos objectivos marcados na Declaração de Moçambique. Esta Declaração, adoptada pelos representantes da sociedade civil e dos governos de Espanha, Moçambique e de outros países africanos no mês de Março de 2006, reconhece que a melhoria da saúde reprodutiva, a luta contra a mortalidade materna e o HIV/SIDA são elementos imprescindíveis para que seja possível o desenvolvimento, a melhoria e o bem-estar das mulheres. Neste sentido, a Declaração de Moçambique é uma oportunidade para fortalecer a contribuição da cooperação espanhola à implementação das políticas e estratégias africanas relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva e, muito especialmente, com a saúde materna e neonatal.

O presente documento constitui a síntese das contribuições e recomendações¹ que foram apresentadas na reunião do Grupo de Trabalho de Saúde realizada em Maputo nos dias 14 e 15 de Dezembro do ano 2006. Neste encontro foi facilitado pelo Ministerio de Saúde de Moçam-

bique e la AECID e la OTC espanhola em Moçambique, com a colaboração do Grupo de Interesse Espanhol em População, Desenvolvimento e Saúde Reprodutiva (GIE). Ao longo do mesmo, descreve-se o contexto político actual relacionado com os assuntos de saúde sexual e reprodutiva e com a saúde materno-infantil na África e, finalmente, os programas ou estratégias concretas que possam ser fortalecidos neste contexto.

O documento final inclui as principais conclusões e recomendações propostas na reunião, bem como as propostas para o desenvolvimento de programas de melhoria da saúde sexual e reprodutiva, e a saúde materno-infantil.

Para além de fazer propostas concretas, os participantes acordaram que este teria de ser um documento de referência para a cooperação espanhola na altura de definir as prioridades no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e da saúde materno-infantil na África. Neste sentido, o presente relatório deseja ressaltar especialmente que apesar dos vários esforços globais realizados até agora, a mortalidade materna segue sendo um assunto pendente na agenda da maioria dos países africanos.

É, por essa razão, necessário e urgente reforçar os recursos destinados a melhorar a saúde materna com uma perspectiva que inclua também a avaliação crítica

¹ Às propostas que se incluem neste relatório foram extraídas fundamentalmente da experiência e das contribuições de Moçambique, sendo depois são generalizadas para a sua possível aplicação em qualquer país africano acrescentando e levando em conta cada contexto específico.

daquilo que se implementou até agora e a identificação dos aspectos chave que estão a impedir que se avance nesta questão e a proposição de novas estratégias.

Evidentemente, o presente relatório não pretende ser exaustivo sobre todos os programas que podem ser realizados

para melhorar a saúde materno-infantil e sexual e reprodutiva na África. Evidentemente, existem muitos aspectos que ficaram fora ou que poderiam ser desenvolvidos melhor sobre a base de um trabalho mais profundo e contínuo.

AS PRIORIDADES DOS PAÍSES AFRICANOS NO CONTEXTO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL E LA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA



2.1. Un plano de acção conjunto para promover a saúde sexual e reprodutiva

A nível regional, a União Africana (UA), com a participação dos seus países membros, desenvolveu um “Quadro Político

Continental para a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos” e o Plano de Acção de Maputo, para a implementação do mesmo. Constitui um compromisso dos países da UA para adequar este quadro político a nível nacional e promover a sua execução.

A situação da saúde sexual e reprodutiva na África

- ✓ 25 milhões de africanos estão infectados com HIV.
- ✓ 12 milhões de crianças ficaram órfãs devido a mortes relacionadas com a SIDA.
- ✓ 2 milhões de pessoas morrem por causa da SIDA por ano.
- ✓ 1.000.000 de mortes maternas e infantis ao ano.
- ✓ Uma de cada 16 mulheres africanas morre durante o parto.
- ✓ Menos de 1/3 dos africanos têm acesso à saúde reprodutiva.

No contexto deste Plano de Acção de Maputo, os países africanos acordaram atingir o seguinte objectivo até ao ano 2010:

“Assegurar que os governos, a sociedade civil, o sector privado e todos os parceiros/actores envolvidos² no desenvolvimento concentrem os seus esforços para a implementação efectiva da política con-

tinental, incluindo o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva antes do ano de 2015 em todos os países da África”.

A nível de estratégias essenciais, há um posicionamento claro do continente africano para as seguintes prioridades expostas no Plano para a implementação da política continental africana em SSR:

- I. Integrar os programas e os serviços de HIV e SIDA, ITS e de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o cancro do aparelho reprodutivo com o fim de maxi-

² Tradução de “parceiros”.

mizar a eficácia na utilização de recursos e conseguir uma sinergia complementar entre ambas as estratégias.

- II. Reposicionar a planificação familiar como uma parte essencial da realização dos ODM no referente à saúde.
- III. Satisfazer as necessidades de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e dos jovens como um componente importante neste domínio.
- IV. Resolver o problema dos abortos inseguros.
- V. Prestar serviços de qualidade e acessíveis, orientados a promover a maternidade segura e a sobrevivência dos recém-nascidos, bem como a saúde das mães, dos recém-nascidos e das crianças.
- VI. Estimular a cooperação Africana Sul-Sul para materializar os objectivos da CIPD e os ODM na África.

Cada estratégia conta com actividades e indicadores para a monitorização do seu cumprimento.

Como linhas transversais da Estratégia, o Plano propõe:

- ✓ Aumentar os recursos nacionais para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, incluindo a resolução da crise de recursos humanos,
- ✓ Incluir os homens como parceiros/actores envolvidos e principais nos programas de SDSR,
- ✓ Adoptar uma abordagem multisectorial em relação à SDSR,
- ✓ Promover o envolvimento e a participação da comunidade,

- ✓ Fortalecer a segurança dos bens, produtos e serviços de base para a saúde sexual e reprodutiva, com especial atenção à planificação familiar e aos cuidados obstétricos de emergência e serviços de referência,
- ✓ Criar serviços de investigação que permitam acções baseadas em evidências científicas,
- ✓ Criar mecanismos de monitorização eficazes para acompanhar os progressos atingidos na implementação do Plano de Acção.

Com respeito aos grupos alvo prioritários, menciona-se que:

- ✓ A Saúde Reprodutiva engloba toda a vida de um indivíduo, a partir da concepção até à velhice e durante todo o ciclo de vida.
- ✓ Os serviços de SSR devem ser prestados a todos aqueles que os necessitem.
- ✓ Com ênfase na mulher em idade reprodutiva e nos recém-nascidos, na população jovem, incluindo as populações migrantes e as pessoas deslocadas.

O Plano de Acção estabelece e inclui uma estimativa orçamentária dos fundos necessários para conseguir implementar as prioridades indicadas no documento. Em concreto, considera-se que são necessários € 3,5 biliões no ano de 2007 e € 16 biliões para todo o período até ao 2010 para garantir o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva na África.

2.2. Folha de itinerário africana para a redução da mortalidade materna e neonatal

A situação da mortalidade materna e neonatal na África*

- ✓ No mundo morrem anualmente aproximadamente 529.000 mulheres por complicações relacionadas com a gravidez, parto e puerpério.
- ✓ O risco de morte materna é particularmente inaceitável na África a Sul do Sara com 1/16, comparado com 1/2800 nos países ricos (OMS, 2005).
- ✓ Aproximadamente 4 milhões de mortes neonatais ocorrem no mundo, das quais 98% ocorrem nos países em desenvolvimento.
- ✓ Calcula-se que do total de mortes de menores de 5 anos, 40% são devidas a causas neonatais (OMS 2005).

A Folha de itinerário para a redução da Mortalidade Materna e Neonatal é um instrumento desenvolvido inicialmente no contexto da União Africana para acelerar a redução da mortalidade e da morbilidade materna e dos recém-nascidos e avançar na consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) relacionados com a saúde materno-infantil (Objectivos 4 e 5 e Metas 5 e 6).

No ano de 2003, o Grupo de Trabalho de Saúde Reprodutiva da União Africana³

solicita a todos os países membros que desenvolvam e implementem uma Folha de itinerário para acelerar a redução da mortalidade materna e do recém-nascido na África. Em Fevereiro de 2004, realiza-se uma reunião na qual se desenvolve a folha de itinerário⁴. Posteriormente, realizam-se processos subregionais e nacionais nos quais se elabora a Folha de Itinerário para cada país.

A nível da União Africana, os Governos têm como objectivo claro:

“Acelerar a redução da mortalidade e da morbilidade materna e dos recém-nascidos para avançar na consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) relacionados com a saúde materno-infantil (Objectivos 4 e 5 e Metas 5 e 6)”

Dentro desse contexto, os objectivos mais importantes são proporcionar uma atenção qualificada durante a gravidez, o parto e o período pós-natal em todos os níveis do sistema de serviços para o cuidado da saúde e fortalecer a capacidade dos indivíduos, das famílias, das comunidades, da sociedade civil, das organizações e dos governos para melhorar a saúde materna e dos recém-nascidos. Estabelecem-se como princípios guia os seguintes:

- ✓ Fundamentação em provas: acções baseadas em evidências e efectivas do ponto de vista dos custos.

³ Sexual Reproductive Health Regional Taskforce.

⁴ Reunião de Harare, 16 a 18 de Fevereiro de 2004.

- ✓ Aproximação aos sistemas de saúde: focalizar-se nos serviços de atenção da saúde materna e dos recém-nascidos em todos os níveis, utilizando a Atenção Primária da Saúde como um ponto de entrada para comprometer os recursos da comunidade e para fortalecer os sistemas de referência.
- ✓ Complementaridade: com programas e actores existentes.
- ✓ Associação⁵: promover a cooperação e a coordenação para maximizar os recursos e evitar a duplicação.
- ✓ Clara definição de papéis e responsabilidades.
- ✓ Idoneidade e relevância: Ter um claro entendimento do estado da saúde materno-infantil nos diferentes países, bem como da percepção local em relação com este assunto.
- ✓ Transparência e responsabilidade contabilística⁶.
- ✓ Equidade e acessibilidade.
- ✓ Planificação por fases e implementação a nível de países.

Como estratégias de intervenção, acordam-se:

- ✓ Melhorar o aprovisionamento e o acesso a serviços de atenção em saúde materna e dos recém-nascidos, incluindo serviços de planificação familiar.
- ✓ Fortalecer os sistemas de referência.

- ✓ Fortalecer a planificação da saúde por distritos e a gestão da atenção sanitária materno-infantil, incluindo serviços de planificação familiar.
- ✓ Realizar incidências políticas para conseguir um maior compromisso e recursos para a saúde materno-infantil e para a planificação familiar.
- ✓ Promover associações.
- ✓ Promover o cuidado contínuo desde os lares até ao hospital.
- ✓ Conceder poder de decisão às comunidades, especialmente às mulheres.

A folha de itinerário inclui actividades a serem desenvolvidas para a implementação de cada estratégia e a nível de seguimento, supervisão e avaliação estabelece-se que cada Estado Membro da UA deve elaborar Folhas de Itinerário Nacionais com objectivos chave, cronogramas e marcas dos progressos, bem como com os papéis e as responsabilidades de todos os agentes implicados e actores. Nas Folhas de Itinerário Nacionais, os Estados indicarão como serão mobilizados os recursos desde todas as fontes disponíveis, incluindo o governo, bem como fontes multilaterais, bilaterais e privadas.

Estabelecer-se-ão também mecanismos para assessorar e supervisionar os progressos realizados na implementação das Folhas de Itinerário Nacionais mediante a utilização dos indicadores acordados. Os resultados serão utilizados para a revisão e a adaptação dos programas e estratégias. Para assegurar as melhores condições para a implementação das Folhas de Itinerário Nacionais, os países organizarão

⁵ Tradução de "partnership".

⁶ Tradução de "accountability".

As prioridades dos países africanos no contexto da saúde materno-infantil e la saúde sexual e reprodutiva

um encontro de agentes implicados a nível nacional antes da adopção de ditas Folha de Itinerário. Sob a liderança do Ministério da Saúde, este encontro será dirigido com a participação de todos os actores relevantes, incluídas as associações profissionais, para escolher as principais intervenções que possam ter um maior impacto, com cronogramas, indicadores e pontos de avaliação intermédia. Os resultados do encontro nacional de agentes implicados incluirão um plano de acção conjunta para o país, cujo orçamento incluirá contribuições e assistência técnica de todos os actores.

Os relatórios nacionais anuais serão compartilhados entre os parceiros e enviados às Comunidades Económicas Regionais, bem como à União Africana. A cada dois anos, a presidência da Comissão da União Africana apresentará um relatório dos progressos realizados à Assembleia de Chefes de Estado. Este relatório será debatido no Parlamento Pan-africano. Os relatórios serão compartilhados através dos mecanismos dos Relatórios de Homólogos do NEPAD. As avaliações interme-

diárias e o final da implementação da avaliação serão planeados a nível nacional e apoiados por todos os parceiros.

Em Junho de 2006, realiza-se uma Oficina Regional sobre a folha de itinerário para os países lusófonos que visava que cada país desenvolvesse uma Folha de itinerário Nacional. Moçambique participa deste processo e, como resultado, elabora a “Folha de itinerário para Acelerar o Cumprimento das Metas do Milénio”. A Folha de itinerário de Moçambique enquadra-se nas metas de Milénio (redução em 2/3 das taxas de mortalidade em menores de 5 anos e redução em 3/4 da mortalidade materna) e, concretamente para Moçambique se estabelece, de acordo com as Directrizes de Política para o Sector Saúde os seguintes objectivos: acelerar a redução da Taxa de Mortalidade Neonatal de 48 por mil registados em 2003 a 36 por mil em 2010 e 30 por mil em 2015 e acelerar a redução da Taxa de Mortalidade Materna de 408 por 100.000 registados em 2003 a 350 por 100.000 em 2010 e 250 por mil em 2015.

PROGRAMAS DE FORTALECIMENTO DAS CAPACIDADES PARA A MELHORIA DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL E LA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA



As reflexões desenvolvidas durante a reunião de Trabalho puseram a atenção sobre a necessidade de incentivar duas classes de programas de acordo com a área de intervenção na qual estejamos: Programas gerais para o fortalecimento da capacidade dos Ministérios da Saúde para a implementação de políticas de melhoria da saúde materna, da saúde neonatal e da saúde sexual e reprodutiva com carácter integral e programas específicos para a melhoria da atenção na saúde materna, da saúde neonatal e da saúde sexual e reprodutiva nos seus diferentes aspectos e sobre a base de uma abordagem integral.

Adicionalmente, identificaram-se eixos transversais em ambos os tipos de programas, com implicações estratégicas e práticas que influem no bom funcionamento e na implementação de políticas e acções concretas.

3.1. Programas de fortalecimento das capacidades de planificação, implementação, seguimento e avaliação de políticas

A implementação de políticas como o Plano continental de SSR e outras estratégias como as Folha de Itinerário para a Redução da Mortalidade Materna não ocorre em cada país de maneira isolada, mas deve entrar em conjunção com o

resto das políticas nacionais de desenvolvimento próprias de cada país e, em particular, com aquelas que se referem à saúde.

É necessário que se assegure que nos processos de definição de políticas de luta contra a pobreza e de desenvolvimento se inclua a saúde materno-infantil e sexual e reprodutiva como um assunto prioritário, de tal maneira que se possa garantir um compromisso no mais alto nível com estes temas e que a implementação das políticas de saúde materna possa ser realizada da forma mais integral possível.

Da mesma forma, no desenvolvimento de processos como o SWAP⁷ de Saúde, nos quais se estabelecem os objectivos e os contextos de cooperação entre os Estados, é importante que se levem em conta as políticas e compromissos estabelecidos a nível continental no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, incluída a saúde materno-infantil, integrando-os num contexto mais amplo de fortalecimento do Estado, do sector e de melhoramento das condições de saúde em cada país.

Um exemplo de como isto pode ser feito é exactamente Moçambique, que articula as acções orientadas à luta contra a

⁷ Sector Wide Approach.

pobreza no Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA). Para além disso, para as actuações na Saúde, conta com um Plano estratégico do sector e implementa um processo SWAP desde o ano 2000.

O PARPA estabelece seis áreas de acção fundamentais, a segunda das quais é a saúde. Considera-se que a saúde desempenha um papel chave em melhorar directamente o bem-estar dos pobres e ao mesmo tempo contribui para um crescimento económico rápido, aumentando a qualidade do capital humano. No entanto, não menciona a saúde sexual e reprodutiva como um eixo, nem a mortalidade materna como um problema prioritário, havendo uma referência à expansão dos serviços de atenção primária de saúde e tendo a mulher como população alvo, também se menciona o desenvolvimento de campanhas para reverter a expansão do HIV/SIDA.

O PARPA aposta pela Atenção Primária de Saúde como um eixo chave para o sector, indicando como grupos de risco, entre outros, as mulheres em idade fértil. Também faz referência à necessidade de integrar a medicina tradicional no sistema nacional de saúde. O programa na área de Saúde inclui seis componentes: atenção primária de saúde (APS), combate de epidemias, a luta contra o HIV/SIDA, redes de saúde, desenvolvimento de recursos humanos e planificação e monitorização do sector da saúde.

O componente de APS inclui como primeiro elemento a saúde da mulher, estabelecendo como objectivo principal o

facto de melhorar o acesso e a qualidade da atenção de saúde para as mulheres. São consideradas medidas principais a redução da taxa de mortalidade materna institucional a 100 por cada 100.000 nascidos vivos e a expansão da cobertura de partos institucionais a 50%. Mencionam-se também outros objectivos tais como atingir uma taxa de cobertura de 98% de consultas pré-natais, com um diagnóstico efectivo de gravidezes de alto risco; incrementar a cobertura das consultas pós-parto a 60% e aumentar a cobertura da planificação familiar a 18%.

No referente a atenção de saúde para jovens e adolescentes, estabelece-se como objectivo central melhorar a saúde e o conhecimento dos temas de saúde entre a gente jovem e os adolescentes através de actividades de saúde na escola. A medida principal que se desenvolverá neste sentido será o treinamento de pessoal para trabalhar com adolescentes em planificação familiar, complicações do aborto e na prevenção e tratamento do HIV/SIDA. Como medidas complementares, menciona-se a criação de serviços de saúde para a atenção das necessidades em saúde reprodutiva dos adolescentes.

Com respeito à luta contra o HIV/SIDA, os principais objectivos propostos são: prevenir a infecção do HIV, atender as pessoas com HIV/SIDA e reduzir o impacto da SIDA. As principais medidas a serem implementadas são: a) o tratamento de ITS, conselho e exame voluntário, controlo das transfusões de sangue e o exame da sífilis; b) implementar centros de conselhos confidenciais e exames voluntários

Programas de fortalecimento das capacidades para a melhoria da saúde materno-infantil e la saúde sexual e reprodutiva

e implementar unidades de cuidados de dia em 6 regiões do país; c) realizar campanhas de educação e informação em ITS, HIV/SIDA e incluir actividades de teatro para 3.900.000 pessoas; d) distribuir preservativos a 4.500.000 de pessoas HIV positivas. Outras medidas consideradas são: implementar estratégias de educação por pares, assegurar o acesso a serviços de atenção de saúde, garantir a atenção psicológica, médica e social em todos os centros de cabeças de distrito e assegurar a disponibilidade de exames voluntários e confidencial de HIV/SIDA para 32.000 pessoas.

Outras medidas relevantes para a promoção da saúde sexual e reprodutiva são as relativas à expansão da rede de serviços de atenção de saúde, o desenvolvimento de recursos humanos para cumprir os requerimentos de uma rede de serviços de saúde expandida, e melhorar os métodos de planificação e administração com ênfase no desenvolvimento de ferramentas de informação, planificação e administração financeira nos serviços de saúde primária.

Por outro lado, Moçambique conta com um Plano Estratégico do sector de Saúde que constitui o quadro referencial para a programação do sector. O seu desenvolvimento é liderado pelo Ministério da Saúde e como principal finalidade propõe contribuir à melhoria do estado da saúde da população através de três intervenções fundamentais: a prestação de cuidados da saúde, o fortalecimento dos indivíduos e das comunidades e a incidência para a saúde. Estas intervenções envol-

vem de diferentes maneiras acções possíveis no campo da saúde reprodutiva que devem ser levadas em conta para se fortalecerem desde a cooperação.

Uma das conclusões da reunião faz também referência à conveniência de que se tenha em conta que a saúde tem causas e consequências em múltiplos âmbitos do desenvolvimento individual e social. Neste sentido, a promoção e a acção na saúde é mais integral e efectiva na medida em que participam diferentes sectores. Educação e Juventude são áreas que costumam estar envolvidas em acções vinculadas com a promoção da saúde sexual e reprodutiva. Outros sectores como a Justiça, o Desenvolvimento Rural, a Segurança, entre outros, podem ser muito importantes para abordar problemáticas específicas, como é o caso da violência sexual. Mas é no sector saúde onde estas iniciativas deveriam ser promovidas e coordenadas, é importante que outros actores do desenvolvimento, entre eles a cooperação espanhola, levem em conta a abordagem multisectorial para promover acções que se levem a cabo desde esta aproximação. O trabalho multisectorial implica fortalecer e assegurar que os canais de coordenação entre sectores funcionem de maneira óptima, com o objecto de evitar a duplicação de esforços ou a perda de oportunidades.

No caso de Moçambique, o Ministério da Saúde conta com um Grupo de Trabalho Multi-sectorial sobre saúde reprodutiva que no âmbito do PESS encarrega-se especificamente de conceber, implementar e avaliar as políticas relacionadas com

a luta contra a mortalidade materna, por exemplo. Este Grupo de Trabalho está integrado por pessoas chave do Ministério de Saúde, de Organismos Internacionais, ONG e outros actores.

Neste quadro e naqueles similares que ocorrem noutros países africanos, o apoio que a cooperação espanhola possa vir a prestar a este tipo de processos internos de planificação nos países africanos é tão relevante como pode ser aquele que se destina a outras acções mais directamente vinculadas com a atenção sanitária, sempre que:

- ✓ Os programas garantam e articulem a integração dos objectivos e estratégias da saúde materno-infantil dentro dos documentos estratégicos gerais como os Planos de Luta contra a Pobreza, Políticas e Planos Nacionais de Saúde, processos SWAP, entre outros.
- ✓ Se proporcione aos demais sectores de actuação a informação necessária para motivar o seu envolvimento; que se estabeleça papéis claros para a sua participação e garantir a coordenação inter-sectorial das políticas.
- ✓ Se articulem os canais de diálogo necessários para garantir a participação activa da sociedade civil nestes grupos de trabalho e incorporar as suas contribuições nos processos de desenvolvimento das políticas.
- ✓ Se fortaleçam as capacidades para a integração dos distintos pilares da saúde sexual e reprodutiva (PF, saúde materno-neonatal e prevenção e tratamento do ITS-HIV/SIDA) dentro da

atenção primária de saúde, incentivando as inter-relações dos distintos aspectos na promoção da saúde materna e neonatal.

- ✓ Se fortaleçam as capacidades de planificação, gestão e monitorização de recursos, especialmente os financeiros, bem como os mecanismos de coordenação entre os diferentes sectores e áreas envolvidos no financiamento e na execução de políticas e programas de saúde materno-infantil e sexual e reprodutiva.
- ✓ Se apoiem processos de planificação, seguimento e avaliação a nível regional ou subregional.

3.2. Programas de promoção da participação social

O Estado não é o único actor nos processos de desenvolvimento e, especificamente, na promoção dos direitos e na saúde sexual e reprodutiva. As organizações sociais e a comunidade implementam iniciativas vocacionadas a satisfazer as necessidades de diferentes grupos com e sem o suporte ou acompanhamento do Estado.

Este facto torna visível a necessidade de gerar canais de participação onde esta seja o mais activa possível, articulando os actores e as suas acções e gerando espaços de expressão e de tomada de decisões que eles considerem legítimos e que sejam benéficos para os processos de desenvolvimento. A maneira na qual tal facto venha a materializar-se variará dependendo do contexto, mas em termos gerais é neces-

Programas de fortalecimento das capacidades para a melhoria da saúde materno-infantil e la saúde sexual e reprodutiva

sário, por um lado, um conjunto de actores sociais capazes de gerar uma agenda comum e com um alto nível de pro-actividade face ao Estado e, por outro, um Estado disposto a dialogar e acolher propostas e recomendações. A nível das comunidades é necessário também reconhecer as estruturas das mesmas e através delas recolher necessidades, opiniões e sugestões e identificar os canais de colaboração entre as mesmas e o Estado.

A cooperação espanhola pode assumir um papel interessante na altura de

incentivar a participação da sociedade civil na luta contra a mortalidade materna e a saúde sexual e reprodutiva, apoiando acções ou programas vocacionados a gerar as capacidades na sociedade para se envolver activamente na promoção das questões de saúde, acções de coordenação entre as organizações, processos de diálogo e incidência política com os Governos ou processos de planificação, seguimento e avaliação a nível regional ou subregional por parte da sociedade civil.

EIXOS TRANSVERSAIS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL E DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

4

O debate desenvolvido durante a reunião do Grupo de Trabalho da Saúde orientou-se, numa das suas facetas, à identificação de eixos ou elementos transversais a serem tidos em conta na altura de trabalhar no âmbito da saúde materno-infantil e da saúde sexual e reprodutiva na África. Neste ponto, o consenso esteve concentrado fundamentalmente numa série de aspectos que, de seguida, serão desenvolvidos e que reflectem a abordagem particular proposta pelo Grupo de Trabalho para a aproximação a estas questões.

4.1. Fortalecimento do sistema de Atenção Primária de Saúde

Um dos princípios chave para a cooperação internacional é favorecer a autonomia do país receptor. Esta autonomia não é só um objectivo final, deve ser característica de qualquer processo de intervenção de cooperação. Neste sentido, utilizar os âmbitos políticos e de procedimento desenvolvidos pelos países receptores é um passo adiante.

Da mesma forma, o facto de desenvolver acções de suporte aos sistemas nacionais de saúde no seu conjunto é fundamental se queremos que as estratégias em matéria de SSR sejam efectivas e sustentáveis. Não é recomendável a criação de serviços paralelos aos estatais. O aumen-

to da cobertura e o acesso aos serviços deve ser promovido fortalecendo os serviços de atenção primária de saúde do Estado, incrementando a sua capacidade para satisfazer as necessidades da população, particularmente as dos grupos mais vulneráveis. Este facto assume uma especial relevância num contexto no qual a ausência de recursos humanos qualificados e adequadamente desenvolvidos é um dos factores mais críticos. As áreas de planificação e monitorização devem ser reforçadas, especialmente no referente aos aspectos financeiros, para garantir a existência de recursos de maneira oportuna e para fundamentar face a outros sectores e ao Estado em geral a necessidade de atribuir fundos para cobrir as necessidades da saúde sexual e reprodutiva.

Dentro deste contexto, acordou-se indicar como elementos chave para o fortalecimento do sistema de atenção primária de saúde:

- ✓ O apoio os esforços do Estado por ampliar a capacidade do sistema de saúde em termos de cobertura e qualidade das infra-estruturas.
- ✓ O apoio as estratégias de fortalecimento e a ampliação dos recursos humanos através de actuações de formação em serviço, bem como a capacitação e a integração de pessoal não

estritamente médico nos centros de saúde para a prestação de determinados cuidados.

4.2. Integração dos direitos humanos

A saúde e os direitos sexuais e reprodutivos são Direitos Humanos e a sua promoção não pode desvincular-se de um trabalho por fazer efectivo o exercício integral de todos esses direitos. A promoção da equidade, a modificação das estruturas de poder que limitam o acesso de determinados grupos à saúde e aos serviços de atenção, o garantir uma tomada de decisões informada e com os recursos disponíveis para executar as decisões no referente à saúde incluindo o consentimento informado de procedimentos e tratamentos, o respeito à dignidade da pessoa e à sua privacidade são alguns dos pontos relevantes para a promoção da saúde sexual e reprodutiva que dinamizam o conjunto dos direitos humanos.

Por outro lado, o baixo nível de reconhecimento de parte da população acerca dos seus direitos é um factor que favorece a permanência de situações contrárias ao seu próprio desenvolvimento em diversos níveis (familiar, social, institucional). Neste sentido, a informação e a educação sobre direitos em geral, bem como sobre a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos é um elemento chave.

Dentro deste contexto, acordou-se indicar como elementos chave para a integração dos direitos humanos nas intervenções e políticas de luta contra a mor-

talidade materna e de promoção da saúde sexual e reprodutiva aqueles vocacionados a:

- ✓ Gerar das capacidades nas pessoas para modificar as estruturas de poder que favorecem a desigualdade no acesso ao desfrute dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva, entre os quais se encontra o direito à saúde materna. Deve-se dar especial prioridade às situações de discriminação, maus-tratos ou desatenção sistemática que ponham em perigo a saúde ou a vida das pessoas.
- ✓ Proporcionar suporte às acções de educação em todos os níveis (fornecedores da saúde, usuários) acerca dos direitos humanos, especialmente o direito à saúde e os direitos sexuais e reprodutivos. A educação deve estar orientada à acção, sendo parte do processo a provisão de ferramentas e recursos para actuar em casos de vulneração dos direitos sexuais e reprodutivos. A participação da mulher nestes processos deve ser garantida e promovida.
- ✓ Dar suporte às acções dirigidas ao estabelecimento e ao fortalecimento de canais de comunicação e às eventuais denúncias de situações de vulneração dos direitos dentro e fora dos sistemas de saúde.

4.3. Incorporação da perspectiva intercultural

A cultura, como âmbito de valores, normas e crenças sociais é um factor chave

Eixos transversais para a promoção da saúde materno-infantil e da saúde sexual e reprodutiva

na definição das políticas e actuações em todos os âmbitos. A diversidade cultural é uma fonte de riqueza e de complexidade, e propõe desafios para a definição de linhas de actuação política. As acções de cooperação implicam processos nos quais sistemas sociais e culturas diferentes se encontram, sendo necessário que este encontro seja gerido de tal maneira que possam ser obtidos os melhores resultados possíveis.

O conhecer, reconhecer, valorar e considerar as características e contribuições dos diferentes contextos culturais é fundamental em diferentes níveis: como forma de reconhecimento e respeito dos direitos culturais, como via para a aproximação e aceitação de parte das comunidades e como fonte de conhecimento e inspiração para o desenvolvimento de políticas que sintonizem com as percepções e as necessidades das pessoas.

Um dos desafios para a implementação de uma abordagem de direitos humanos integral no campo da SDSR é a necessidade de definir o ponto de encontro e estabelecer linhas de actuação face ao eventual conflito entre os direitos individuais e sociais (liberdade, direito à saúde, direitos sexuais e reprodutivos) e os direitos culturais, e a maneira em que isto pode ser traduzido em estratégias concretas de acção.

Da mesma forma, considerou-se imprescindível, dentro das diferentes contribuições realizadas durante a reunião, identificar as características culturais e as expectativas das diferentes populações que beneficiam da actuação da Estratégia

de Saúde, dado que é cada vez mais visível que o facto de não considerar estes elementos signifique fracassos nos resultados de programas e projectos em geral e, em especial, no campo da prevenção e promoção de SDSR.

Como elementos chave para a incorporação da perspectiva intercultural na promoção da saúde materno-infantil e na saúde sexual e reprodutiva destacou-se a necessidade de apoiar:

- ✓ Acções vocacionadas a identificar, valorar e implementar elementos da cultura da população com a qual se trabalha e que sejam relevantes para o cuidado e a promoção da saúde materno-infantil e sexual e reprodutiva. No caso da mortalidade materna, deve estar dirigida a garantir que as diferenças culturais não sejam uma barreira para o acesso ao parto institucional, aos serviços de atenção durante a gravidez e após-parto e à melhoria do uso da planificação familiar, por exemplo.
- ✓ Investigações pelas quais se identifiquem conhecimentos e actores chave para a luta contra a mortalidade materna e a melhoria da saúde sexual e reprodutiva num contexto cultural determinado. Estas investigações devem vincular-se com propostas de acção para estabelecer mecanismos de participação da comunidade na promoção da saúde sexual e reprodutiva.
- ✓ Acções dirigidas a formar ou reforçar o pessoal de saúde de tal maneira que conheçam e sejam sensíveis às características culturais da zona na qual tra-

balham. Especialmente, deverão ser consideradas estratégias de formação que sejam inovadoras e participativas.

- ✓ O desenvolvimento de mecanismos e instrumentos de monitorização pelos quais seja possível identificar e dar seguimento aos elementos interculturais que afectam negativamente o acesso, a qualidade ou a satisfação com os serviços de saúde. Em especial, deve-se dar ênfase à identificação e redução de padrões de discriminação vinculados às diferenças culturais nos distintos processos que engloba a saúde materno-infantil.

4.4. Integração da abordagem de género

É amplamente reconhecido que não é possível falar de direitos humanos e igualdade sem levar em conta as diferenças entre homens e mulheres e actuar para reduzir a desigualdade de oportunidades e o exercício de poder entre ambos. Existe também consenso em que a iniquidade em matéria de género é um factor que influi no desenvolvimento e bem-estar social e individual.

Neste quadro, a equidade de género foi introduzida como factor transversal da maior parte de planos, estratégias e projectos de desenvolvimento. No entanto, o conceito sobre a abordagem de género é diverso, havendo quem, por exemplo, entenda dito conceito unicamente como a prevenção da violência contra a mulher ou a promoção dos seus direitos face ao homem. Por outro lado, não se considerou o facto de que as relações de género

também se materializam entre as mulheres, sendo as mais velhas quem exerce pressão e inclusive violência sobre as jovens, utilizando como argumento o papel da mulher e a tradição.

Desta forma, existe a necessidade de enriquecer e consensualizar as “abordagens de género” que se utilizam, identificando necessidades, estratégias e mensagens chave diferenciadas para homens e mulheres. Existem algumas experiências, fundamentalmente no trabalho com jovens que poderiam dar interessantes lições neste processo.

Resumidamente, como elementos chave para a integração da abordagem de género nas intervenções dirigidas a promover a saúde materno-infantil e a saúde sexual e reprodutiva destacou-se sobretudo o apoio a:

- ✓ As acções vocacionadas a promover o desenvolvimento de estratégias de trabalho paralelas com homens e mulheres para promover a eliminação dos condicionamentos culturais de “género” adjudicados a cada sexo que impedem o avanço na melhoria da saúde materno-infantil e sexual-reprodutiva.
- ✓ As iniciativas dirigidas a envolver os homens na redução dos riscos de saúde associados à sexualidade e à reprodução.
- ✓ As estratégias de género dirigidas às mulheres que tenham em conta também as relações de poder entre as próprias mulheres e como estas influem na saúde materno-infantil e sexual-reprodutiva.

4.5. Envolvimento da comunidade

Tal como foi mencionado anteriormente, a comunidade é um actor que deve ser considerado na concepção e implementação das políticas e programas para a promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos. Todo o grupo social conta com um sistema de organização próprio e um conjunto de normas que os seus membros, em geral, valoram e respeitam. Se as políticas ou programas não consideram ou contradizem estruturas ou normas da comunidade, é provável que demorem mais em conseguir os seus objectivos. Pelo contrário, se a sinergia entre as políticas/serviços e a comunidade ocorrer, é mais provável que se consigam resultados positivos, com o benefício adicional de que se reforcem os laços de confiança e que a comunidade se aproprie de processos que lhes são benéficos. Existem alguns temas delicados nos quais a divergência entre as práticas propostas pelo Estado e a comunidade é grande e requer um tratamento específico. No entanto, e em geral, os líderes comunitários estão de acordo em trabalhar para melhorar a situação da comunidade, e os processos de negociação e coordenação neste sentido são possíveis. A pandemia da SIDA e a morte materna são problemas que as comunidades reconhecem e sobre os quais, em geral, existe disposição a trabalhar.

Estimular a participação comunitária pode ser uma estratégia de sucesso, mas é prioritário considerar alguns elementos necessários para assegurar a sua adequa-

da implementação. Por exemplo, um claro compromisso político por parte do Estado com o tema, uma boa disposição por parte do pessoal sanitário que entrará em contacto com estas comunidades, estabelecer da maneira mais participativa possível os papéis, responsabilidades e limites para cada actor, a existência de recursos mínimos (ex. ambulâncias no caso de referências) no sistema sanitário para dar conta das necessidades que possam surgir, e no desenvolvimento de acções de seguimento e monitorização.

Também é necessário identificar os elementos que possam favorecer a sustentabilidade destas intervenções. Neste âmbito, é chave a acção do Estado para dar um reconhecimento à contribuição que as comunidades eventualmente venham a realizar. É frequente que as comunidades ou os seus membros se mobilizem perante uma necessidade quando o benefício concreto é visível, no entanto, é importante evitar relações de clientela entre as comunidades e os actores privados ou com o próprio Estado, que tergiversem o sentido da participação e que não seja possível manter a longo prazo.

Aguns dos aspectos chave mais enfatizados para incentivar o envolvimento da comunidade na promoção e no cuidado da SSR foram particularmente o apoio a:

- Acções de capacitação do pessoal da saúde para trabalhar aspectos de saúde materno-infantil e sexual-reprodutiva no contexto comunitário.
- Implementação de mecanismos para a identificação e coordenação entre

actores chave na comunidade e com o pessoal sanitário.

- Processos de diálogo e acordo entre a comunidade e o pessoal sanitário para estabelecer mecanismos de trabalho conjunto para a promoção da saúde materno-infantil e sexual-reprodutiva.
- Desenvolvimento de análise participativa com a comunidade e a nível do sistema de saúde para determinar os recursos materiais e humanos mínimos para pôr em prática um programa de saúde comunitária em saúde materno-infantil e mecanismos para garantir a existência destes recursos.
- Processos de formação de actores da comunidade para a participação comunitária que dêem uma visão integral das necessidades em saúde materno-infantil e reprodutiva que se ajuste às características e às expectativas locais. Dar especial atenção ao papel dos líderes comunitários como canais para promover temas chave a nível da comunidade.
- Sistematização e difusão das boas práticas de participação comunitária na promoção da saúde materno-infantil e sexual-reprodutiva.
- Estabelecimento de sistemas de incentivos realistas e transparentes para as pessoas e as comunidades envolvidas no processo (ex: facilidades para a atenção no sistema nacional de saúde).
- Estabelecimento de mecanismos de supervisão, transparência e monitorização dos programas de participação comunitária.

PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO ESPECÍFICA NA SAÚDE MATERNO-INFANTIL E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

5

Tal como foi abordado anteriormente através dos documentos de política que apresentamos na primeira secção, atingir a MDM relativa à redução da mortalidade materna e o acesso universal à saúde reprodutiva requer desenvolver estratégias integrais de prevenção e o tratamento que não só se remetem aos aspectos clínicos vinculados ao parto.

Durante a reunião surgiram alguns aspectos prioritários sobre os quais se deve intervir para abordar de maneira integral estas questões, destacando-se fundamentalmente: o acesso a serviços e recursos de planificação familiar, o acesso aos serviços de atenção antes, durante e depois do parto, a disponibilidade de cuidados obstétricos de emergência, a redução do aborto inseguro e a atenção das complicações do aborto, bem como a integração das intervenções em SSR com as de prevenção do HIV/ SIDA. Adicionalmente, é necessário dar prioridade aos adolescentes e jovens como importante sector da população que é particularmente vulnerável à gravidez não desejada e noutros aspectos de saúde sexual e reprodutiva. A investigação aplicada, como ferramenta chave para o desenvolvimento de informação para a geração e adequação de estratégias adequadas ao contexto local deve ser proposta como uma intervenção estratégica que reforce o resto de programas.

5.1. Programa para o incremento do acesso aos serviços e cuidados de saúde materno-infantil

A redução da mortalidade materna implica também o aumento da atenção do parto por pessoal qualificado e o acesso a cuidados obstétricos de emergência. Ambos estão condicionados pela cobertura e pela capacidade resolutive do sistema nacional de saúde. O modelo das três demoras é útil para identificar os factores que podem vir a condicionar estes processos. Os condicionamentos culturais são também um importante factor para ser considerado na oferta de serviços de saúde. Junto a estes aspectos se plantearon otros elementos relacionados con:

1. A necessidade de aplicar a abordagem de humanização do parto dentro do sistema nacional de saúde.
2. O desafio de desenvolver sistemas de participação da comunidade na vigilância e promoção da saúde materno-infantil.

Conforme foi possível observar em algumas apresentações, experiências pontuais com parteiras em unidades sanitárias foram úteis para mudar as atitudes acerca do lugar onde devem ocorrer os partos e favoreceu o aumento de partos institucionais. Por outro lado, as experiências em rede entre organizações que

trabalham em temas vinculados à saúde materno-infantil podem ser úteis para activar uma resposta social em torno a determinados pontos de prevenção em saúde. É necessário também considerar o impacto do aborto inseguro na morbilidade e mortalidade materna e tomar medidas com o fim de reduzir as barreiras legais, administrativas, geográficas, sócio-culturais e de género para o acesso aos serviços nestes casos.

Resumidamente, os aspectos chave que foram considerados prioritários para aumentar o acesso a serviços de saúde materno-infantil são os seguintes:

- ✓ Orientar os programas à melhoria do atenção das mulheres, atendendo oportunamente as suas necessidades em relação à gravidez, parto e pós-parto, dando ênfase tanto ao cuidado da sua saúde como à do recém-nascido.
- ✓ Dar apoio a acções para garantir os bens e produtos de saúde reprodutiva ligados à atenção da gravidez, parto e puerpério, no âmbito do fortalecimento integral do sistema de saúde. Especialmente, devem orientar-se a promover o fortalecimento da atenção primária de saúde e da capacidade resolutiva dos centros de atenção a nível de distrito através da habilitação de Cuidados de Emergência Obstétrica e sistema de referência eficazes.
- ✓ Adicionalmente, apoiar o fortalecimento dos programas dirigidos a melhorar a cobertura e a qualidade do parto institucional mediante:
 - Iniciativas de participação comunitária que favoreçam a intervenção e a apropriação por parte da comunidade dos processos de melhoria da saúde materna (ex: conselhos de saúde) e trabalho de sensibilização com actores valorizados pela comunidade e decisores chave da comunidade.
 - Acções de incorporação das parteras tradicionais como um dos eixos da conexão entre a comunidade e o serviço de saúde; está demonstrado que são figuras que aumentam a confiança da comunidade em relação à unidade sanitária.
 - Processos de avaliação da aceitação e do custo/efectividade das casas de espera e implementação daqueles ambientes onde seja pertinente.
 - Desenvolvimento de mensagens e actividades de IEC para a promoção da maternidade segura e os serviços de saúde oferecidos pelo sistema nacional de saúde, adaptados às expectativas e às características de cada população.
- ✓ Como parte do fortalecimento dos serviços de saúde materno-infantil, assegurar-se os recursos e garantir a qualidade dos cuidados essenciais do recém-nascido. Estes cuidados, profundamente ligados à atenção pré e pós-natal devem incluir acções sanitárias e informativas dirigidas a garantir a nutrição (incluindo a da mãe, da criança e da lactação materna), prevenção de infecções e doenças endé-

micas e os cuidados especiais para as crianças que o requeiram (por terem baixo peso, serem bebês pré-termo ou mostrarem signos de alarme).

- ✓ Da mesma forma, apoiar as acções vocacionadas a promover a introdução da problemática do aborto inseguro na agenda dos grupos de trabalho multisectoriais que trabalhem o tema de SSR, e fortalecer as acções que forem implementadas com o fim de provocar a sua redução.

5.2. Programas de reposicionamento da planificação familiar

A planificação familiar tem um impacto importante e directo tanto na redução da morbimortalidade materna e infantil e no HIV/ SIDA, como na saúde sexual e nos comportamentos responsáveis de adolescentes e jovens. Estas mudanças têm, por sua vez, repercussões positivas na qualidade de vida da população (menos gravidezes não desejadas e abortos inseguros, crianças com maiores níveis de educação, maior número de anos de vida saudável, maior capacidade produtiva). O conjunto destas condições, que se alimentam de maneira bidireccional com a equidade de género é necessário para a redução da pobreza e, portanto, para a consecução dos ODM.

O reconhecimento destas relações ao mais alto nível político materializou-se na Conferência Internacional de Desenvolvimento (CIPD, Cairo 1994), colocando os elementos de saúde reprodutiva no núcleo da agenda internacional para o desenvolvi-

mento sustentável. Apesar disso, a planificação familiar foi adiada dentro do âmbito de acção de diferentes agentes do desenvolvimento. Questionamentos morais, religiosos, culturais e económicos foram apresentados e, em geral, resultou num enfraquecido compromisso político por parte de muitos doadores e um incompleto nível de implementação nos programas de saúde nos países em desenvolvimento.

Durante a discussão surgiu o seguinte debate: em que medida, ao apoiar a planificação familiar, a cooperação não estaria a promover um modelo social que não corresponde à cultura local de algumas populações africanas onde um alto número de filhos representaria riqueza? Desde uma perspectiva dos direitos humanos, é claro que em nenhum caso o uso de métodos de planificação pode ser proposto como obrigatório. No entanto, o Estado tem a obrigação de pôr à disposição das pessoas os métodos, bem como a informação que lhes permita tomar decisões informadas sobre o seu uso e tomar assim parte activa no cuidado da sua saúde.

Factores como a existência de métodos tradicionais de planificação familiar e a preferência de algumas mulheres pelo Depo Provera, pela possibilidade de o usar sem conhecimento do companheiro, demonstram uma necessidade de planificação familiar desde a população e necessitam ser estudados com maior profundidade. De maneira similar, no caso dos jovens, observa-se que aqueles que acedem à escola e que, portanto, têm mais oportunidades de realizar planos pessoais

de longo prazo, são os que apresentam uma solicitação mais alta de métodos de planificação familiar. A nível de serviços, há casos de desabastecimento, ruptura de stocks sem que se conte com um seguimento sistemático ao respeito. É necessário, no entanto, realizar mais investigações para saber o grau de aceitação do conceito e dos métodos contraceptivos. Mesmo com estes elementos condicionantes, a solicitação dos contraceptivos tem aumentado nos últimos anos.

De maneira similar à satisfação de outras necessidades sociais básicas, o acesso aos métodos modernos está condicionado também a padrões de exclusão social.

Assim, ao facto de que os sistemas nacionais de saúde não possuem os recursos necessários para fornecer oportunamente este tipo de serviços e produtos a toda a população - o que constitui uma violação dos direitos humanos em si mesmo - soma-se a marginalização nos padrões de uso dos recursos para a planificação familiar.

É possível realizar diferentes tipos de intervenções para expandir e melhorar a qualidade dos serviços de PF. É fundamental aumentar as solicitações de planificação familiar, reduzir as barreiras legais, administrativas, geográficas, económicas e sócio-culturais em relação com os métodos. Um tema de suma impor-

A necessidade de reposicionar a planificação familiar

- ✓ A nível mundial, 61% das Mulheres em idade fértil (MEF) casadas ou em união usam contraceptivos.
- ✓ Nas regiões mais desenvolvidas, 69% usa algum método de PF, nas menos desenvolvidas a média é de 59%. Na África, esta percentagem é de 27%.
- ✓ Aproximadamente 120 milhões de MEF no mundo estariam dispostas a usar um método moderno de PF.
- ✓ Na África a Sul do Sara aproximadamente 23% das MEF casadas ou em união necessitam de PF.

Dados para Moçambique:

- ✓ A Taxa de Prevalência Contraceptiva cresceu de 6% em 1997 para 17% em 2003.
- ✓ Esta Taxa para os métodos modernos é de 14,2%.
- ✓ As necessidades não satisfeitas de PF são de 18.4%.
- ✓ A necessidade não satisfeita de serviços de PF é de 53%, chegando a 60% em zonas rurais, enquanto que nas urbanas é de 41%.
- ✓ A média das necessidades anuais para a compra de contraceptivos, incluídos os preservativos masculinos é de 4,000,000 USD.

tância é garantir a segurança dos bens, produtos e materiais para a saúde reprodutiva, definida como:

“a garantia da disponibilidade contínua de bens e produtos de qualidade (medicamentos, contraceptivos, equipamento médico e cirúrgico, materiais e produtos), de tal maneira que se assegure que os serviços preventivos e curativos que se prestem sejam de boa qualidade e respondam às necessidades de cada indivíduo”.

Para atingir esse objectivo, a UNFPA tem trabalhado com governos doadores e receptores para desenvolver condições políticas e sistemas de planificação, financiamento e abastecimento oportuno dirigidos a garantir estes recursos. A frase chave da campanha resume a importância do envolvimento (fundamentalmente dos governos doadores e receptores) na consecução destes objectivos: “Sem produtos não há programas”.

Finalmente, como elementos chave para o desenvolvimento de um programa de reposicionamento da planificação familiar foram identificados os seguintes aspectos:

- ✓ Apoiar as acções dirigidas a assegurar a disponibilidade dos métodos contraceptivos através de vários canais:
 - Estabelecimento e funcionamento de um Comité de Coordenação para Garantir os Bens e Produtos Básicos para a Saúde Reprodutiva, liderado pelo Ministério da Saúde e com a participação de associados e doadores que apoiam a SR, do sector privado e da sociedade civil.

- Elaboração e implementação de uma Estratégia e de um Plano de Acção para garantir os bens e os produtos básicos para a SR, bem como a sua monitorização e avaliação, utilizando esta estratégia para reforçar e melhorar o sistema de gestão logística dos bens e produtos do Ministério da Saúde.
- Criar e canalizar fundos para uma linha orçamentária com o fim de assegurar a procura e a aquisição de Bens e produtos Básicos de SR.
- Conciliar o sistema de informação sanitária (SIS) e o sistema de gestão logística (SIGL) para melhorar a gestão dos dois programas e a gestão logística, que permita a distribuição de bens e produtos adequados nas quantidades correctas, no lugar adequado e no momento certo.
- Assegurar que os temas de SSR e PF e, em particular, a Estratégia para Garantir os Bens e Produtos de Saúde reprodutiva sejam considerados na elaboração e/ou revisão de documentos estratégicos importantes como Planos de Redução da Pobreza, Planos Económicos e Sociais, Planos Estratégicos do Sector Saúde, documentos do processo SWAP, entre outros.
- Assegurar recursos humanos em número e qualidade para o sistema de gestão de bens e produtos e para a gestão do programa de saúde reprodutiva e redução da mortalidade materna em todos os seus níveis.

- Analisar e discutir as potencialidades e os benefícios do estabelecimento de uma unidade única para a gestão dos bens e produtos.
 - Fortalecer os programas nacionais de aprovisionamento, distribuição e gestão para garantir o acesso dos métodos de planificação familiar a nível distrital.
 - Assegurar o melhoramento das infra-estruturas e das condições para o armazenamento dos bens e produtos, principalmente a nível distrital e de unidades sanitárias, bem como investir numa frota de transportes e meios para uma distribuição melhor e mais eficaz.
- ✓ Dar suporte às acções encaminhadas a proporcionar informação, apoio e supervisão aos fornecedores para que dêem serviços de planificação de qualidade e que sejam adequados às necessidades e características dos usuários/as.
 - ✓ Desenvolver acções para eliminar as barreiras políticas e médicas que limitam o acesso à PF na escola. A gravidez adolescente é um dos problemas mais importantes e com maior impacto na saúde dos jovens. Apesar disso, ainda existem restrições para o acesso dos adolescentes a métodos de planificação familiar, como por exemplo, solicitar a autorização dos pais. Proporcionar orientação e produtos de saúde reprodutiva através da escola é uma estratégia que poderia favorecer o estado da saúde reprodutiva dos adolescentes, mas é necessário eliminar estes impedimentos para poder realizá-los.
 - ✓ Dar apoio a acções que promovam processos de comunicação dirigidos a reduzir as barreiras sócio-culturais neste âmbito. Para este tipo de iniciativas deve-se considerar o factor de género, combinando acções de comunicação interpessoal com outras que permitam trabalhar os tabus relacionados com este tema na população.
 - ✓ Apoiar as acções que incluam conteúdos comunicacionais chave e adequados às características da população para implementar estratégias de comunicação e educação com o fim de informar as pessoas sobre a planificação familiar e os serviços que se oferecem.
 - ✓ Apoiar processos de avaliação e monitorização sobre os programas que estão a implementar-se.

5.3. Programas para a integração dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva, da saúde materno-infantil e da luta contra o HIV/SIDA

O HIV/ SIDA assumiu dimensões pandémicas, o que gerou duas tendências na luta contra o HIV/ SIDA: a priorização do tema na agenda política face a outros temas de saúde e desenvolvimento e, unido a isto, a resposta multisectorial. O resultado é positivo pois conseguiu envolver diferentes actores e aumentar os canais para coordenar esforços face à

epidemia. No entanto, implica também riscos, por exemplo, que os aspectos sócio-sanitários ligados à expansão do vírus fiquem ocultos ou que a resposta se centre mais em dar conta dos efeitos da infecção do que a sua prevenção.

Neste contexto, é importante levar em conta que a transmissão do HIV se produz fundamentalmente pela via sexual e que neste sentido é necessário seguir com o trabalho em modelos de prevenção e atenção que abordem os temas de género, saúde e direitos sexuais e reprodutivos de maneira integral.

Durante o encontro evidenciou-se como a feminização do SIDA é uma tendência que foi confirmada por diferentes organismos que participam na prevenção do HIV/ SIDA a nível mundial. Alguns factores associados a ela são biológicos, como o facto de que as características do colo e da mucosa vaginal das mulheres, especialmente das jovens, torne-as mais vulneráveis ao contágio ou que uma importante percentagem das ITS não sejam identificadas pois não apresentam sintomas. No entanto, a maior quantidade de factores são sócio-culturais e estão profundamente ligados aos conceitos e padrões de conduta ligados à sexualidade e às relações de género. Alguns destes factores são:

- ✓ A cultura do silêncio com relação à sexualidade: ao conceber a sexualidade como um tema privado, limitado às uniões formais ou instituições sociais legitimadas pela comunidade, os canais de informação, de cuidado e resolução de problemas e eventuais

denúncias são limitados. Em contraste com isto, para além do formal, a cultura sexual nalgumas localidades não se enquadra no padrão tradicional de casal heterossexual, estende-se a diferentes parceiros e de diferentes sexos, o que exige uma abordagem mais complexa que a dos modelos clássicos de prevenção.

- ✓ Normas de feminidade: o casamento e a maternidade como únicas vias de realização e valorização da mulher. Para serem valorizadas como “boas mulheres, esposas e mães” espera-se que as mulheres se desenvolvam num contexto de submissão e observância das normas que, ao incumpri-las, estão expostas à marginalização social e à violência (de homens e mulheres). Para além disso, enquanto que a maternidade está associada ao cuidado, os papéis de género atribuem à mulher o papel de provedora de cuidados básicos da saúde, geralmente dirigidos a outros e adiando a sua própria situação de saúde e bem-estar geral.
- ✓ Normas de masculinidade: exercício activo do poder e da sexualidade como fonte de valorização do homem. Êxito masculino medido através do número de companheiras sexuais, o que favorece os comportamentos de risco. Legitimidade do domínio sobre as mulheres, que favorece a coerção e a violência.
- ✓ Este contexto cultural acarreta uma diminuição dos direitos e oportunidades, por exemplo, o limitado acesso à educação formal e à informação sobre

sexualidade, bem como aos recursos como no caso da negação do direito à herança no caso de viuvez. Ao ficar viúva, a mulher está exposta a abusos e à marginalização, sendo este um dos factores que favorece a permanência de práticas sexuais transaccionais.

- ✓ Adicionalmente, produz-se uma diversidade de práticas de violência nas quais as mulheres, especialmente as jovens são as principais vítimas:
 - Abuso e violação sexual.
 - Práticas culturais locais ligadas aos papéis de género e à sexualidade: ritos de iniciação e de purificação que incluem relações sexuais ou não consensualizadas e mutilações.
 - Sexo ligado à obtenção de bens: num contexto de pobreza e de padrões culturais como os antes descritos, o intercâmbio sexual converte-se numa via para adquirir segurança e bens. O sexo transaccional, a prostituição e o tráfico de mulheres/raparigas são exemplos disso.
 - ✓ Finalmente, estes factores também têm um impacto nos programas e nos serviços de saúde:
 - Pela relação entre a cultura e a resistência ao uso do preservativo.
 - Pela maneira em que este ambiente pode afectar o papel dos profissionais da saúde e o seu trabalho.
 - Pelas limitações que supõe para a disseminação de informação adequada.
- Pela discriminação e pelo estigma associado ao HIV/SIDA, que é maior no caso das mulheres.

Em resumo, a feminização do SIDA é resultado de um conjunto de factores, principalmente sócio-culturais, ligados aos papéis de género e que se relacionam profundamente com o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos e com a condição da saúde sexual e reprodutiva dos homens e mulheres em geral e muito especialmente das mulheres jovens. Esta é uma das razões pelas quais a integração dos serviços de HIV/SIDA e saúde reprodutiva é fundamental, já que se trata de elementos intimamente vinculados e cujos factores determinantes são comuns.

Por outro lado, o HIV/ SIDA está relacionado com três elementos que o convertem numa doença particularmente estigmatizante: morte, contágio e castigo. Tanto o contágio como o castigo estão relacionados a práticas sexuais, apesar de ainda existirem informações distorcidas sobre as vias de contágio que não são reais mas que afectam negativamente o tratamento em relação às pessoas infectadas. No caso do castigo, este está directamente relacionado com a transgressão de normas de comportamento sexual, sendo a pessoa infectada percebida como causadora ou responsável desse castigo. Os três elementos repercutem dramaticamente no exercício dos direitos e no nível de integração social das pessoas HIV+ e de quem se contagiou da SIDA. Da mesma forma, um tema que requer particular atenção é o consentimento

Programas de intervenção específica na saúde materno-infantil e saúde sexual e reprodutiva

informado como exercício prático do direito à livre escolha e a condição de voluntariedade do exame do HIV no caso das mulheres grávidas.

Como aspectos chave num programa para a integração dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva, da saúde materno-infantil e da luta contra o HIV/SIDA foram identificados:

- ✓ Apostar pela prevenção como estratégia na luta contra o HIV/ SIDA, fortalecendo os direitos e a saúde sexual e reprodutiva, incluindo a saúde materno-infantil, num âmbito de interculturalidade.
- ✓ Dar apoio a acções dirigidas a promover a educação sobre a sexualidade em ambientes formais e não formais, proporcionar a professores e líderes comunitários habilidades para educar em relação à sexualidade desde uma perspectiva integral e dos direitos humanos. Este programa deve vincular-se e enfatizar a promoção da educação das mulheres e raparigas.
- ✓ Dar suporte a iniciativas onde se promovam debates abertos com homens e mulheres sobre sexualidade nos quais se reflecta sobre os padrões sociais, culturais e de género e as suas consequências sobre os direitos e bem-estar das pessoas. Deve-se também buscar vias para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos a nível da comunidade.
- ✓ Apoiar as acções vocacionadas a promover mudanças legais para garantir a igualdade de direitos entre os

homens e as mulheres, especialmente no relativo ao acesso a recursos económicos, à propriedade e à produção.

- ✓ Promover quadros legais, administrativos e de procedimentos que garantam a protecção face à violência sexual (ex: a tipificação como delito de carácter público, o treinamento do pessoal policial e judicial, a eliminação dos custos para os processos de denúncia, serviços de atenção psicossocial às vítimas) e de género em todas as suas formas e gerar espaços de integração social para as vítimas.
- ✓ A nível de programas de saúde, apoiar os processos institucionais e operativos para promover a integração dos serviços de SSR e os de luta contra o HIV/ SIDA.
- ✓ Dar suporte a acções para fortalecer as capacidades do pessoal da saúde para abordar os temas relativos aos direitos sexuais e reprodutivos.
- ✓ Apoiar as acções para reduzir o estigma e a discriminação associados ao HIV/SIDA, especialmente no caso das mulheres. Trabalhar sobre os condicionantes de informação e valorativos em relação ao HIV/SIDA para promover o exercício dos direitos e melhorar a qualidade de vida das pessoas com HIV/SIDA e das suas famílias, bem como para que o HIV/ SIDA seja assumido e enfrentado pela comunidade em geral de uma maneira mais compreensiva/integral.

5.4. Programa de promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção da gravidez em adolescentes e jovens

Os adolescentes jovens representam o maior grupo populacional dos países em desenvolvimento e, no entanto, são altamente vulneráveis em termos dos seus direitos e da saúde sexual e reprodutiva. Apesar de que cada vez está mais documentado que a idade média de iniciação sexual em quase todos os lugares do mundo e em particular na África ocorre neste período, em termos práticos, o direito a receber informação e contar com os meios para decidir, planificar e cuidar da saúde sexual e reprodutiva segue estando limitado à idade adulta. Esta discriminação mostra um quadro onde há uma condição de vulnerabilidade no relativo à sexualidade e que expõe os adolescentes e jovens a riscos importantes relacionados com a sua saúde, segurança e o seu plano de vida.

A educação sexual não está formalizada, os serviços de saúde reprodutiva costumam estar pensados para mulheres unidas em idade fértil e os canais para pedir suporte ou resolver problemas relativos aos direitos ou a saúde sexual e reprodutiva não existem ou não estão ao alcance dos jovens. Inclusive mensagens de prevenção dirigidas a adultos em união acerca do uso do preservativo resultaram ser contraproducentes no caso dos adolescentes já que é apresentado como um método para usar em relações esporádicas, razão pela qual muitos jovens não o utilizam com os seus companheiros/as estáveis.

Assim sendo, existem algumas experiências que serviram para envolver os jovens na promoção e na defesa dos seus direitos e da saúde sexual e reprodutiva, entre elas podemos mencionar:

- O apoio à criação de associações de jovens,
- A implementação dos Hospitais de Dia,
- Desenvolvimento de Programas de Jovens dentro e fora das escolas,
- Desenvolvimento de encontros sistemáticos com jovens orientados a incidência política.
- O voluntariado e a educação/motivação por pares são elementos transversais de várias destas estratégias.

Neste quadro, os elementos principais identificados durante a reunião para guiar os programas de promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção da gravidez em adolescentes e jovens foram:

- ✓ Apoiar mediante o programa a implementação de acções para dar conta das necessidades dos jovens no referente à saúde sexual e reprodutiva, desenvolvendo estratégias para reduzir as barreiras para o seu acesso à educação, serviços e produtos relevantes para garantir os seus direitos e a saúde sexual e reprodutiva e para evitar gravidezes não planificadas.
- ✓ Dar suporte às acções dirigidas a promover medidas legais, administrativas e de procedimento que garantam a per-

Programas de intervenção específica na saúde materno-infantil e saúde sexual e reprodutiva

manência das adolescentes grávidas na escola e a não discriminação por parte do sistema educativo ou sanitário.

- ✓ Dar apoio às acções encaminhadas a fortalecer a participação dos sectores de Educação e Juventude na promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens. Este facto inclui particularmente a geração de materiais e a formação de professores em temas de sexualidade, que permitam satisfazer de maneira adequada as necessidades dos alunos nestes campos. Igualmente, é prioritário dar suporte àqueles que desenvolvem acções dirigidas a grupos de adolescentes ou jovens que sofrem abandono ou marginalização, atendendo as suas necessidades em saúde reprodutiva.
- ✓ Dar apoio às acções e às campanhas vocacionadas a implementar estratégias de distribuição de preservativos por vias não sanitárias.
- ✓ Para estas e outras campanhas, garantir que se realizem avaliações prévias das mensagens utilizadas em campanhas para determinar o seu impacto nos jovens e, em geral, nos grupos diferentes com necessidades específicas. Nestas avaliações, deve-se levar em conta a maneira em que interagem as mensagens de diferentes campanhas em distintos “grupos objectivo” e o eventual impacto contraproducente que podem produzir.
- ✓ Dar um especial suporte às acções dirigidas a promover a participação dos jovens na promoção e na defesa dos seus direitos e, em particular, dos

seus direitos sexuais e reprodutivos. É importante que neste contexto sejam realizadas avaliações para determinar quais os sistemas de incentivos são aceites, adequados e sustentáveis para assegurar a continuidade destes programas.

5.5. Programa para a detecção e tratamento precoce do cancro de colo do útero

A situação do cancro do colo do útero

- ✓ O cancro do colo do útero afecta aproximadamente a 490.000 mulheres no mundo/ano e implica mais de 270.000 mortes.
- ✓ Cerca de 85% das mulheres que morrem de cancro do colo do útero vivem em países em desenvolvimento. Se a tendência actual se mantiver, no ano de 2050 haverá mais de um milhão de casos novos anuais.
- ✓ O cancro do colo do útero pode ser prevenido se as lesões pré-cancerígenas são identificadas e tratadas atempadamente. Porém, a maioria das mulheres dos países em desenvolvimento não têm acesso a programas de diagnóstico e tratamento.
- ✓ A África a Sul do Sara é a região onde se concentra a maior proporção de casos de câncer do colo do útero a nível mundial.
- ✓ O diagnóstico de câncer é cada vez mais frequente nos países desenvolvidos. No ano 2000, estimou-se que na África a Sul do Sara existiam 57.000 casos de cancro do colo do útero.

O cancro do colo do útero é uma doença de suposta alta prevalência, que causa um importante número de mortes na África a Sul do Sara e para a qual existem métodos de diagnóstico e de tratamento efectivos, razão pela qual o facto de tomar medidas para a combater é urgente. No entanto, é ainda um tema pouco conhecido e não se considera como um elemento de saúde pública ao qual se deve dar prioridade. Para a incorporação da prevenção, detecção precoce e tratamento nos Sistemas Nacionais de Saúde é necessário avaliar as diferentes possibilidades existentes e determinar aquelas que resultam mais apropriadas para o contexto de cada país.

Para o êxito dos programas de controlo do cancro do colo do útero são factores fundamentais:

- ✓ A garantia das vias de detecção e tratamento,
- ✓ A efectividade do tratamento,
- ✓ A cobertura da detecção.

É prioritário levar em conta que o HPV, causador do cancro cervical, transmite-se por via sexual como outras ITS; por essa razão, todos os elementos de cuidado da saúde sexual e reprodutiva são chaves para reduzir a incidência deste problema.

Com respeito aos mecanismos de diagnóstico, dois factores são relevantes para medir a sua eficácia:

- ✓ Sensitividade: definida como a proporção de quem tem a doença e que o exame identifica correctamente como positivos. Uma moderada ou baixa sensibilidade implica o risco de

dar taxas altas de resultados negativos falsos e requer que as mulheres sejam examinadas frequentemente.

- 3 Especificidade: definida como a proporção de quem não têm a doença e que o exame identifica correctamente como negativos.

O diagnóstico resulta um elemento estratégico necessário para tornar visível a incidência do problema, bem como para poder dar uma resposta atempada à doença e com uma maior possibilidade de êxito. A determinação de opções programáticas deverá levar em conta estes dois factores (sensitividade e especificidade), bem como os requerimentos materiais e humanos do exame. No quadro que apresentamos de seguida há alguns elementos para considerar nesta análise.

Nos países onde não existe uma estratégia nem programas para dar conta deste problema, é importante que se considerem uma série de elementos necessários para a sua implementação:

- ✓ Estratégia para a prevenção e o controlo do cancro de colo, incluída nas estratégias nacionais de saúde. Nesta estratégia, deverá determinar-se a localização e a relação entre a prevenção e o tratamento do cancro cervical e os demais componentes dos programas de saúde e saúde reprodutiva.
- ✓ Normas técnicas de procedimentos para a prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.
- ✓ Sistemas de informação sobre prevalência e para o abastecimento de recursos integrados e actualizados.

Programas de intervenção específica na saúde materno-infantil e saúde sexual e reprodutiva

- ✓ Treinamento do pessoal para o conhecimento dos meios de prevenção, tratamento e controlo.
- ✓ Campanhas de IEC dirigidas à população.

Como elementos chave num programas para a detecção/ tratamento precoce do cancro do colo do útero foram recomendados os seguintes:

- ✓ Este programa deve dirigir-se a fortalecer as capacidades dos governos para avaliarem a conveniência de introduzir um programa de detecção / tratamento precoce do cancro cervical, bem como para dar suporte às condições requeridas para a concep-

ção e a implementação dos mesmos.

- ✓ Apoiar o desenvolvimento de investigações para o conhecimento da prevalência e impacto do cancro cervical.
- ✓ Apoiar o desenvolvimento de uma estratégia de prevenção e controlo do câncer de colo e de outros instrumentos necessários para a sua implementação, desde uma perspectiva integral de atenção da saúde sexual e reprodutiva.
- ✓ Apoiar acções para a incorporação de mensagens de prevenção relacionadas ao cancro cervical nos programas existentes de saúde sexual e reprodutiva.

TIPOS DE DIAGNÓSTICO DO CANCRO CERVICAL E IMPLICAÇÕES

TIPO	VANTAGENS	DESVANTAGENS	REQUERIMENTOS
Citologia convencional ou líquida	<ul style="list-style-type: none">- Êxito histórico nos países desenvolvidos.- Alta especificidade.- Boa abordagem diagnóstica.- Pode ser positivo em relação custo-efectividade em países com receitas médias.	<ul style="list-style-type: none">- Sensitividade média a baixa.- A efectividade depende da perícia daquele que aplica.- Requer infra-estrutura complexa.- Os resultados não estão disponíveis imediatamente.- Requer visitas múltiplas.- Parece ter menor efectividade entre as mulheres pós-menopáusicas.	<ul style="list-style-type: none">- Área de examinação privada.- Tabela para examinação.- Pessoal de saúde treinado.- Espéculo vaginal esterilizado.- Produtos e equipamentos para preparar e interpretar as amostras extraídas (ex. espátulas, lâminas de vidro, fixador, microscópios).- Marcador de vidro, etiquetas.- Formatos de pedido de citologia.- Folhas ou livros de registo.- Estojos para lâminas de vidro.- Laboratórios de citologia com pessoal treinado para interpretar resultados.- Patologistas.- Transporte das lâminas ao/do laboratório.- Sistemas de informação para assegurar o contacto de seguimento com as usuárias.- Sistema de garantia da qualidade para maximizar a efectividade.

TIPOS DE DIAGNÓSTICO DO CANCRO CERVICAL E IMPLICAÇÕES (Cont.)

TIPO	VANTAGENS	DESVANTAGENS	REQUERIMENTOS
Inspeção com ácido acético a 3-5%		<ul style="list-style-type: none"> - Especificidade moderada. - Não existem evidências concludentes das implicações na saúde ou nos custos do sobre-tratamento, particularmente em áreas com alta prevalência do HIV. - Há a necessidade de desenvolver métodos de capacitação standard e medidas para assegurar a qualidade. - Parece ser menos eficaz entre mulheres pós- menopáusicas. - A efectividade depende da perícia daquele que o aplica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Área de examinação privada. - Tabela para examinação. - Pessoal de saúde treinado. - Fonte de luz adequada. - Espécuro vaginal esterilizado. - Luvas de examinação novas ou luvas cirúrgicas altamente desinfectadas. - Esponjas de algodão grandes. - Acido acético (vinagre) diluído (3-5%) num cadinho pequeno. - Contentores com solução de clorina a 0.5% - Cubo plástico e bolsa plástica. - Sistema de garantia da qualidade para maximizar a efectividade.
Inspeção com solução Lugol			- Similar ao anterior, substitui-se o ácido acético por Iodo de Lugol ⁸ (Lugol's iodine)
Exame de Papiloma-virus (HPV)		<ul style="list-style-type: none"> - Os resultados imediatos são pouco comuns - Sensitividade moderada a baixa - Requer infra-estrutura complexa. 	

⁸ Traducción de Lugol's iodine

5.6. Programa de investigação aplicada

Existe consenso entre aqueles que trabalham com temas vinculados à SDR sobre a consideração deste campo como um sector particularmente sensível aos contextos sociais e culturais e que a replicação de experiências de sucesso noutras lugares pode resultar contraproducente se antes não se avaliar o seu impacto num contexto específico. Por outro lado, as urgentes necessidades existentes neste campo face aos limitados recursos com os quais se conta requer a criação de alternativas inovadoras para a implementação e a administração dos programas e uma constante monitorização dos resultados.

Durante o debate sobre o papel da investigação no campo da saúde materna e da saúde sexual e reprodutiva levou-se a cabo uma discussão sobre os modelos que resultam mais adequados para recolher e dar uma compreensão real sobre o que se passa num contexto determinado.

A investigação-acção propõe uma crítica ao método positivista, considerando-o limitado na compreensão integral dos fenómenos sócio-culturais, já que tende mais a estabelecer âmbitos limitados e específicos de conhecimento. Dado que os sistemas de saúde apostam por modelos de atenção cada vez mais integrais, a abordagem sócio-cultural é entendida como um recurso útil para realizar estudos e propostas horizontais que considerem a relação entre diferentes variáveis desde uma perspectiva local e, portanto, gere respostas mais completas às necessidades de saúde.

A investigação acção constitui um processo cíclico orientado a dois objectivos simultâneos: resolver problemas imediatos e fortalecer a capacidade do sistema. O processo inclui como actores: Equipas multidisciplinares (antropólogos, médicos, educadores...), investigadores internos (da comunidade) e externos, a comunidade e os outros actores locais (incluindo o pessoal sanitário), sendo crucial que desenvolvam um alto envolvimento e apropriação do processo.

Dá-se um peso importante ao componente qualitativo, orientado a identificar causas e processos ligados ao problema, e não só o estado da situação ou as percepções dos actores. Considera-se que os modelos tradicionalmente usados pela ajuda internacional não trabalham estes aspectos suficientemente e que este ponto fraco tem influído na efectividade dos mesmos. Neste contexto, utilizam-se fontes tais como: observação participante, entrevistas, histórias de vida, estudos de caso, grupos focais e processos de investigação Acção Participativa (RAP). Também, aposta-se pela segmentação da análise e dos resultados, através de variáveis geográficas, administrativas, temporais, de género e etárias.

Como no caso de outros modelos de investigação, duas questões são chave com respeito à real efectividade da investigação acção:

- ✓ Que os resultados possam ser conseguidos oportunamente, de maneira que possam ser utilizados por aqueles que desenvolvem acções no campo (sistema de saúde, cooperação)

- ✓ Que os resultados sejam levados em conta pelas instâncias de decisão política e que exista uma abertura para implementar integralmente as recomendações que surgirem do processo de investigação.

Em relação aos elementos chave no desenvolvimento de programas de investigação aplicada para favorecer o sucesso das intervenções em saúde materno-infantil e na saúde sexual e reprodutiva recomendou-se que se articulasse a partir da cooperação espanhola uma linha de promoção e financiamento específica para a investigação, que incluía a canalização de fundos para a realização das investigações, bem como a criação de espaços de debate, integração e difusão dos resultados e, além disso:

- ✓ Sejam uma ferramenta para adequar as políticas sanitárias aos contextos diversos. Neste sentido, é necessário que o programa estabeleça algumas linhas de investigação e análise que facilitem uma tomada de decisões baseada nas necessidades e condições reais para o melhoramento dos programas de saúde sexual e reprodutiva.
- ✓ Investiguem sobre temas chave tais como:
 - Aceitabilidade da planificação familiar, estratégias comunitárias de controlo da fecundidade e mensagens de êxito/adequados sobre os métodos contraceptivos na comunidade.
 - Identificação de elementos do sistema de atenção primária de

saúde que requeiram ser melhorados para proporcionar serviços de planificação familiar de qualidade e a avaliação de estratégias efectivas para tal.

- Aspectos culturais que criam barreiras ao acesso aos serviços de saúde e estratégias para trabalhar os mesmos.
- Consequência do aborto inseguro na saúde materna e como incide na morbi-mortalidade das mulheres.
- Necessidades dos adolescentes e jovens em relação à saúde sexual e reprodutiva. Em particular, desenvolver investigações sobre os factores determinantes do início sexual precoce.
- Identificação das estruturas comunitárias chave para a promoção da saúde sexual e reprodutiva.
- ✓ Dêem uma visão integral dos problemas de saúde materno-infantil e reprodutiva, considerando aspectos sócio-culturais e do sistema de saúde desde a perspectiva da integração dos serviços. A abordagem multidisciplinar é fundamental neste sentido.
- ✓ Implique-se de forma activa a todos aqueles que beneficiem dos seus resultados, especialmente quando se trate de estudos realizados a nível da comunidade. Deve-se valorar a perspectiva dos usuários e das pessoas que não acedem ao sistema como elemento chave para o desenvolvimento de propostas e resultados efectivos e legítimos.

Programas de intervenção específica na saúde materno-infantil e saúde sexual e reprodutiva

- ✓ Estejam orientadas a fortalecer os sistemas e programas de saúde (ex: gestão logística), que identifiquem processos ou elementos que possam ser melhorados e comprovem a efectividade das estratégias concebidas neste sentido.
- ✓ Estejam conectadas com acções para promover um compromisso político com os processos e resultados desenvolvidos, de tal maneira que as recomendações que se produzam possam ser incorporadas efectivamente no desenvolvimento de políticas e programas de saúde.
- ✓ Considerem a participação do pessoal local e o desenvolvimento de actividades de colaboração com instâncias locais para dar suporte à formação de investigadores a nível local.
- ✓ Desenvolvam uma linha de promoção e financiamento específica para a investigação que inclua a canalização de fundos para a realização das investigações, bem como a criação de espaços de debate, integração e difusão dos resultados.

Recomendações finais

1. Considerar a redução da mortalidade materna e neonatal e a melhoria da saúde das mães e dos recém-nascidos como um objectivo prioritário para a cooperação ao desenvolvimento espanhola.
2. Incrementar consideravelmente as contribuições financeiras para a planificação, implementação e avaliação das Folha de Itinerário com o fim de reduzir a mortalidade materna e neonatal nos distintos países africanos na totalidade dos seus componentes: 1) melhorar o aprovisionamento e o acesso a serviços de atenção em saúde materna e dos recém-nascidos, incluindo serviços de planificação familiar; 2) fortalecer os sistemas de referência; 3) fortalecer a planificação de saúde por distritos e a gestão da atenção sanitária materno-infantil; 4) realizar incidências políticas para conseguir um maior compromisso e recursos para a saúde materno-infantil e para a planificação familiar; 5) Promover associações; 6) promover o cuidado contínuo desde os lares até ao hospital, 7) conceder poder de decisão às comunidades, especialmente às mulheres.
3. Apoiar os processos de fortalecimento da sociedade civil para a luta contra a mortalidade materno-infantil e para a melhoria da saúde sexual e reprodutiva de todas as pessoas.
4. Apoiar as acções de investigação concretas sobre aspectos culturais, antropológicos e operativos que impedem melhorias reais na saúde materno-infantil e na saúde sexual e reprodutiva.
5. Apoiar as acções vocacionadas a prevenir a alta morbi-mortalidade materna causada pelo aborto inseguro e a conhecer o impacte real sobre a população.
6. Apoiar as acções de prevenção e educação dirigidas aos adolescentes masculinos e femininos para criar condições saudáveis de saúde sexual e reprodutiva.
7. Apoiar as acções de investigação sobre o impacto das doenças como o cancro de colo do útero nas mulheres e o desenvolvimento de programas de intervenção sanitária dirigidos ao diagnóstico precoce, à prevenção e ao tratamento das mesmas.
8. Apoiar as metodologias e as propostas de trabalho comunitário com os homens para gerar atitudes responsáveis no que se refere à gravidez, ao parto e às demais esferas relacionadas com a sexualidade e a reprodução.

Anexo I

Grupo de Trabalho de Saúde

Reunião de Maputo, 14-15 dezembro de 2006

AGENDA DE TRABALHO

Quinta-feira, 14 de dezembro 2006

9:00 **Apresentação dos participantes.**

Modera: Dr.^a Lília Llamisse, *Directora Nacional de Saúde Adjunta, Ministério da Saúde.*

9:30 **Boas-vindas.**

Exma. Dr.^a Aida Libombo, *Vice-Ministra da Saúde.*

Exmo. Sr. Juan Manuel Molina Lamothe, *Embaixador de Espanha em Moçambique.*

10:00 **Café.**

10:30 **Apresentação da oficina.**

Sr.^a Marta O'Kelly, *Directora do Grupo de Interesse Espanhol em População, Desenvolvimento e Saúde Reprodutiva.*

Painel I: "Quadros políticos para a promoção da saúde sexual e reprodutiva na África".

Modera: Dr.^a Esther Leandro, *Directora de Projectos, Medicus Mundi.*

11:00 **Quadro geral da Política Continental Africana para a promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.**

Dr.^a Lília Llamisse, *Directora Nacional Adjunta, Ministério da Saúde.*

11:15 **A Estratégia Africana para a redução da mortalidade Materna e neonatal e a sua implementação em Moçambique.**

Dr. Elsa Jacinto, *Directora do Programa de Saúde Reprodutiva, Ministério da Saúde.*

11:30 **A saúde e os direitos sexuais e reprodutivos nas prioridades da cooperação espanhola em saúde.**

Sr. Miguel Casado, *Responsável do sector Saúde, Direcção Geral de Políticas de Desenvolvimento, Secretaria de Estado para a Cooperação Internacional, Ministério dos Assuntos Exteriores.*

- 11:45 **Comentários e discussão.**
- 12:45 **Almoço.**
Painel II: “Apresentações temáticas e estratégias chave para a melhoria da saúde sexual e reprodutiva e para a luta contra mortalidade materna desde a perspectiva de Moçambique”.
- Moderar: Dr.^a. Lilia Llamisse, *Directora Nacional Adjunta, Ministério da Saúde.*
- 13:45 **Acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.**
Dr. Sergio Galán, *coordenador do projecto de saúde materna em Gaza, Medicus Mundi – Moçambique.*
- 14:00 **Experiências de participação comunitária no acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.**
Dr. João Gomes Ausse, *Director, VISÃO MONDIAL.*
- 14:15 **Discussão e recomendações.**
- 15:30 **Café.**
- 15:45 **Material e planificação familiar no contexto da saúde materna e na luta contra o HIV/SIDA.**
Dr.^a. Maria da Luz Vaz, *Directora de Programas, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).*
- 16:00 **Discussão e recomendações.**
- 17:00 **Final da sessão.**

Sexta-feira, 15 de dezembro 2006

- 9:00 **Feminização da pandemia do HIV/ SIDA em Moçambique.**
Francelina Romão, *Assessora da Área de Género do Ministério da Saúde de Moçambique.*
- 9:15 **Promoção da participação comunitária na prevenção do HIV/SIDA.**
Sra. Luis Macave, *Cruz Vermelha Mozambique.*
- 9:30 **Debate e recomendações.**
- 10:30 **Café.**
- 10:45 **O trabalho em sexualidade e prevenção da gravidez com adolescentes.**
Sr. Estêvão Jacinto, *Director de Programas, Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família (AMODAFE).*

- 11:00 Estado da situação do câncer de cervix em Moçambique e perspectivas para o desenvolvimento de estratégias de luta contra a doença.
Paula Libombo, *Ponto focal da OMS para PTB.*
- 11:15 Iniciativas para a melhoria da nutrição infantil em Moçambique.
Olinda Mugave, *Directora, REENCONTRO.*
- 11:30 Debate e recomendações.
- 12:45 Fecho e apresentação de conclusões.
- 13:30 Final da sessão.

Anexo II

Grupo de Trabalho de Saúde

Reunião de Maputo, 14-15 dezembro de 2006

LISTA DE PARTICIPANTES

NOME	CARGO	E-MAIL
Ministério de Saúde de Moçambique		
Exma. Sr. ^a . Aída Libombo	Vice-Ministra de Saúde	libombo@yahoo.co.uk
Dra. Lília Jamisse	Directora Nacional Adjunta. Ministerio de Saúde	ljamisse@gmail.com
Dr. ^a . Ana Dai	Dep. de Saúde Comunitária	adai@dnsdee.misau.gov.moz
Dr. ^a . Atália Macome	Dep. de Saúde Comunitária	
Dr. ^a . Carla Silva	Chefe de Repartição de Doenças não-transmissíveis	
Dr. ^a . Dalmázia Cossa	Assessora Jurídica	dcossa@minsau.gov.moz
Dr. ^a . Elsa Jacinto	Dir. Saúde Reprodutiva	elsajacinto@yahoo.com.br
Dr. ^a . Francelina Romão	Assessora Área de Género	fromao@misau.gov.mz
Dr. ^a . Ivone Zilhão	SEA (Área de Adolescentes)	isilhao@pathfind.org
Dr. ^a . Natércia Matule	SEA (Área de Adolescentes)	nmatule@dnsdee.misau.gov.mz
Dr. ^a . Olga Sigaúque	Enfermeira da Área de Saúde comunitária	oantonio@dnsdee.misau.gov.mz
Cooperação espanhola		
Dr. Miguel Casado	Responsável de Saúde. Dir. Geral. Políticas de Desenvolvimento	miguel.casado@mae.es
Dr. ^a . Pilar de la Corte	Assessora de Saúde do AECL em Moçambique	
Agências das Nações Unidas		
Dr. ^a . Alicia Carbonelli	Directora de Programas OMS	
Dr. ^a . Daysi Mahotas	Directora de Programas UNICEF	
Dr. ^a . Maria Luz Vaz	Directora de Programas, UNFPA	mluzvaz@unfpa.uein.mz
Dr. ^a . Paula Libombo	Ponto Focal para PTB (OMS)	libombop@mz.afro.who.int
Dr. ^a . Verónica Reis	Directora de Programas, USAID	vreis@fortesaude.org.mz
Ministérios		
Dr. ^a . Helena Ângelo	Ministério de Educação	Ahelena@mec.gov.mz
Sr. Fernando Julião	Min. dos Negócios Estrangeiros	azandamela@minee.gov.mz
Sr. ^a . Lisa Mutisse	Min. de Mulher e Acção Social	lisamutisse@yahoo.com.br
Sr. ^a . Carla Fernandes	Min. de Finanças	carlafernandes@gmail.com

LISTA DE PARTICIPANTES (Cont.)

NOME	CARGO	E-MAIL
ONG Moçambicanas		
Sr. ^a . Gilda Gôndola		
Dr. João Gomes Ause	Visão Mundial	
Sr. Marçal Monteiro	NAIMA (Coordenador)	
Sr. Estêvão Jacinto Ariano	Coord. Prog. de Jovens AMODEFA	estevaomj@amodefa.org.mz
Sr. ^a . Paula Macave	Cruz Vermelha de Moçambique (HIV/SIDA)	macaveluis@hotmail.com
ONG Espanholas		
Sr. ^a . Adriana Zumarán	GIE	investigacion@grupogie.org
Sr. ^a . Esther Leandro	Medicus Mundi	esther.leandro@medicmundi.es
Dr. José Luis Engel	Médicos del Mundo	joseluis.engel@medicosdelmundo.es
Sr. ^a . Marta O'Kelly	GIE	coordinadora@grupogie.org
Dr. Pablo Blanco	Farmaceuticus Mundi	pablo.blanco.sanchez@juntadeandalucia.es
Sr. Sergio Galán	Medicus Mundi Gaza	segalan@gmail.com
Dr. José Vallejo	Médicos Sem Fronteiras. Bélgica	jose_vallejo@hotmail.com
Outros		
Dr. Francisco Zita		ffzita@policy.org.mz
Sr. Cassimo Bique		cassimo@dnsdee.misau.gov.mz
Sr. ^a . Isabel NHatave		INHatave@fortesaude.org.mz
Sr. ^a . Petra Hofman		hofmanpetra@hotmail.com
Dr. ^a . Maria Cruz Círia		cruziria@yahoo.es
Dr. ^a . Geraldina Longa		glonga@misau.gov.mz, gerlonga@yahoo.com
Sr. ^a . Paula Macave		Paula.Macave@redcross.org.mz

Table de contenus

Prologue de Mme. Leire Pajín Iraola <i>Secrétaire d'État à la Coopération Internationale</i>	3
Résumé exécutif	5
1. Introduction	9
2. Les priorités des pays africains dans le cadre de la santé maternelle et infantile et la santé sexuelle et reproductive	11
2.1. Un Plan d'action régional pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive.....	11
2.2. Les Feuilles de Route Africaines pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatal.....	13
3. Programmes de fortification des capacités pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile et la santé sexuelle et reproductive.....	17
3.1. Programmes de fortification des capacités de planification, implémentation, suivi et évaluation sectoriel de politiques	17
3.2. Programme de promotion de la participation sociale	20
4. Elements transversaux pour la promotion de la santé maternelle et infantile et de la santé sexuelle et reproductive	23
4.1. Fortification du system d'attention primaire de santé.....	23
4.2. Intégration des droits humains.....	24
4.3. Incorporation de la perspective interculturelle.....	24
4.4. Intégration du point de vue de genre	26
4.5. Participation de las communautés de base.....	27
5. Programmes d'intervention spécifique en santé maternelle et infantile et santé sexuelle et reproductive	29
5.1. Programmes pour l'incrémentation de l'accès aux services de soins de la santé maternelle et infantile.....	29
5.2. Programmes de repositionnement de la planification familiale	31
5.3. Programmes pour l'intégration de la santé sexuelle et reproductive, la santé maternelle et infantile et la lutte contre le VIH/SIDA	34

5.4. Programmes de promotion de la santé sexuelle et reproductive et prévention des grossesses en adolescents et jeunes	37
5.5. Programmes pour la détection et le traitement préventive du cancer du cou utérin	38
5.6. Programmes d'investigation appliquée	42
Recommandations finales	45
Anexes	47

Prologue

Presque deux ans ont passé depuis la tenue à Maputo de la 1^{ère} Rencontre des Femmes pour un monde meilleur. Il s'agissait d'une initiative de l'Espagne et du Mozambique grâce à laquelle, pour la première fois et au niveau institutionnel, nous commençons à réaliser un travail de développement à partir de la perspective de genre en Afrique, avec la participation d'organisations et de réseaux civils. Nous y traçâmes des lignes de travail et d'engagements qui eurent leur suite l'année dernière à Madrid, avec la tenue de la deuxième rencontre.

Lors des deux événements, les participantes s'engagèrent, entre autres points, à fortifier les systèmes publics de santé, à améliorer l'accès des femmes aux ressources et aux services sanitaires visant à promouvoir des niveaux de santé et de bien-être plus élevés et à adopter des mesures destinées à adoucir l'impact du VIH/SIDA.

En effet, les chiffres sont affolants: 1 000 000 de morts de mères et d'enfants se produisent tous les ans en Afrique, 25 millions d'Africains (surtout les femmes) sont infectés par le VIH ou moins d'un tiers des Africains et Africaines ont accès à la santé reproductive.

Il est évident que des pandémies comme le SIDA constituent un obstacle pour que les pays réduisent leurs taux de pauvreté et la mortalité infantile ou atteignent un niveau d'éducation primaire universelle. Par conséquent, l'investissement en santé contribue directement à la dynamique de développement.

La coopération espagnole fait des efforts pour inclure cette priorité d'action dans la planification: l'on peut citer le plan directeur et la stratégie sectorielle de santé de la coopération espagnole, récemment publiée. De la sorte, nous disposons des instruments permettant de travailler de façon coordonnée et, en définitive, plus efficace et cohérente. La connaissance de notre cadre stratégique de coopération permet aux Africaines de chercher des projets communs et à la coopération espagnole de s'aligner sur les conditions et les nécessités dont elles ont besoin.

Tant que la santé et l'éducation des femmes ne seront pas garanties, on ne pourra pas faire les pas suivants dans la lutte pour l'égalité. En ce sens, l'Espa-

gne se situe sur une voie de non-retour: elle se rapproche des Africaines, ouvre des voies d'action et cimente des alliances où la priorité est donnée à l'optique de genre, elle travaille conjointement avec les femmes au développement de leurs régions et, en définitive, travaille pour les droits des femmes et des mineurs.

Le présent rapport que vous avez entre les mains est l'aboutissement d'un engagement; c'est aussi la fin d'un travail et le début d'un nouveau, à savoir la mise en pratique des programmes et des stratégies qui y sont exposés, pour lutter plus efficacement contre la mortalité materno-infantile et améliorer la santé sexuelle et reproductive en Afrique.

Je tiens à transmettre les remerciements de tout le Secrétariat d'État aux experts ayant composé ce groupe de travail pour avoir fourni les bases de la construction qui sont reproduites dans ces pages. Il s'agit d'un groupe d'experts, africains et espagnols, issus d'agences internationales, de ministères, d'ONG du Mozambique et d'Espagne qui a orienté et partagé ses efforts pour que des mineurs et des femmes de nombreuses régions d'Afrique améliorent leur qualité de vie et par conséquent, mènent une vie plus digne.

Leire Pajín Iraola
Secrétaire d'État à la Coopération Internationale

Résumé exécutif

Le présent document est le résultat de la réunion du Groupe de Travail de Santé qui eu lieu à Maputo le 14 et 15 décembre de 2006. Cette réunion a été réalisée dans le cadre du suivi de la Déclaration de Mozambique et a eu comme objectif élaborer un rapport avec des propositions de programmes concrets pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile et de la santé sexuelle et reproductive.

Dans cette réunion ont participé des experts en santé maternelle et infantile et en santé sexuelle et reproductive qui provenaient d'Agences internationales, du Ministère de santé et des ONG du Mozambique, ainsi que des ONG et représentants de la coopération espagnole.

Le rapport inclus la description des thèmes clefs qui ont été traités pendant la réunion, ainsi que la description des différents programmes pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile et de la santé sexuelle et reproductive qui peuvent être appuyées par la coopération espagnole. Même si les participants à la réunion ont exposé leurs apports à partir de leur expérience au Mozambique fondamentalement, nous avons cherché à donner un rapport ouvert, qui puisse être appliqué de manière plus ample dans le contexte africain.

Les conclusions principales de la réunion ont porté sur le besoin d'appuyer deux niveaux des programmes en Afrique. D'une côté, des programmes de fortification des capacités de planification, implémentation, suivi et évaluation sectorielle des politiques de santé sexuelle et reproductive et de la lutte contre la mortalité, et plus spécifiquement:

- ✓ Programmes d'appui à la planification, implémentation, suivi et évaluation des feuilles de route nationales pour accélérer la consécution des objectifs de développement du millénaire en rapport avec la santé maternelle et infantile.
- ✓ Programmes de promotion de la participation sociale et fortification de la société civile dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile et l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive.

D'autre côté, des programmes spécifiques d'intervention pour l'amélioration des indicateurs de santé maternelle et infantile et de santé sexuelle et reproductive, en insérant:

- ✓ Programmes pour l'accroissement de l'accès aux services de la santé maternelle et néonatale.
- ✓ Programmes de repositionnement de la planification familiale
- ✓ Programmes pour l'intégration des droits et de la santé sexuelle et reproductive et la lutte contre le VIH/SIDA.
- ✓ Programmes de promotion de la santé sexuelle et reproductive et de prévention des grossesses en adolescents et jeunes.
- ✓ Programmes pour la détection et traitement tôt du cancer de cou utérin.
- ✓ Programmes d'investigation appliqué à la santé maternelle et infantile et à la santé sexuelle et reproductive.

De même, pendant la réunion, les participants travaillaient dans l'identification des facteurs transversaux qui devaient inspirer l'élaboration des politiques et la conception et l'implémentation des programmes à appliquer pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile et de la santé sexuelle et reproductive. Entre ces facteurs, ce sont priorisés: le fortification du système d'attention primaire de la santé, l'intégration des droits humains, l'incorporation de la perspective interculturelle, l'intégration du point de vue de genre et l'implication de la communauté dans la promotion et le soin de santé sexuelle et reproductive.

En plus, les participants ont arrivé a des recommandations qui puissent améliorer la contribution de la coopération espagnole au développement de la santé sexuelle y reproductive en Afrique:

- ✓ Considérer la réduction de la mortalité maternelle et néo natale et l'amélioration de la santé des mères et des nouveaux nés comme l'objectif prioritaire pour la coopération espagnole au développement.
- ✓ Accroître considérablement les contributions financières à la planification, implémentation et évaluation des feuilles de route pour réduire la mortalité maternelle et néonatale dans les différents pays africains dans la totalité de ses components: 1) Améliorer l'approvisionnement et l'accès aux services en santé maternelle et des nouveau-nés, en incluant les services de planification familiale, 2) Fortifier les systèmes de référence, 3) Fortifier la planification de la santé par districts et la gestion de l'attention sanitaire maternelle

et infantile, en incluant les services de planification familiale, 4) Faire de la incidence politique pour aboutir dans un plus grand compromis et dans plus de ressources pour la santé maternelle et infantile et pour la planification familiale, 5) Promouvoir des associations, 6) Promouvoir le soin continu du foyer jusqu'à l'hôpital, et 7) renforcer les communautés de base et les femmes spécialement.

- ✓ Soutenir les procès de fortification de la société civile pour la lutte contre la mortalité maternelle et infantile et pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive de toutes les personnes.
- ✓ Soutenir des actions d'investigation concrètes sur les aspects culturels, anthropologiques et opérateurs qui empêchent des améliorations réelles de la santé maternelle et infantile et de la santé sexuelle et reproductive.
- ✓ Soutenir les actions dirigées à prévenir la haute morbi-mortalité maternelle causée par l'avortement dangereux et à connaître l'incidence réelle sur la population.
- ✓ Soutenir des actions de prévention et éducation dirigées aux adolescents pour créer une prévention et une éducation salubre de la santé sexuelle et reproductive.
- ✓ Soutenir des actions d'investigation sur l'incidence des maladies comme le cancer cervical dans la santé des femmes et sur le développement de programmes d'intervention sanitaire dirigé à la diagnose précoce, à la prévention et au traitement de celles-ci.
- ✓ Soutenir des méthodologies et des propositions de travail communautaire avec les hommes pour générer des attitudes responsables vers la grossesse, l'accouchement et autres sphères en rapport avec la sexualité et la reproduction.

INTRODUCTION



La réunion du Groupe de Travail de Santé à Maputo se fit pour exécuter un des objectifs marqués par la Déclaration de Mozambique. Cette Déclaration, adoptée par des représentants de la société civile et des représentants du Gouvernement d'Espagne, du Mozambique et d'autres pays africains en Mars 2006, reconnaît que l'amélioration de la santé reproductive, la lutte contre la mortalité maternelle et contre le VIH/SIDA sont des éléments indispensables pour que le développement, l'amélioration et le bien-être des femmes soient possibles. En ce sens, la Déclaration du Mozambique est sans doute une opportunité pour fortifier la contribution de la Coopération espagnole à l'implémentation des politiques et stratégies africaines par rapport à la santé sexuelle et reproductive et très spécialement à la santé maternelle et infantile.

Le présent document c'est la synthèse des contenus et des recommandations¹ qui se donnèrent dans la réunion. Cette rencontre à été fourni par le Groupe d'Intérêt Espagnol en Population, Développement

et Santé reproductive (GIE) sous le leadership du Ministère de la Santé de Mozambique et la Agence Espagnole de Coopération Internationale.

Le document final inclue les principales conclusions ainsi que les recommandations essentielles pour le développement de programmes d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive, ainsi comme la santé maternelle et infantile en Afrique. Dans ce sens, le rapport porte l'attention sur l'urgence de renforcer les ressources destinées à l'amélioration de la santé maternelle avec une perspective qui doit inclure aussi l'évaluation critique de ce qui a été implémenté jusqu'ici, l'identification des aspects clefs qui ont empêché d'avancer dans ce domaine et l'exposé de nouvelles stratégies.

En tout cas, ce rapport ne prétend pas être exhaustif. Il existent beaucoup d'aspects dehors de ce rapport qui pourraient avoir été plus développés sur la base d'un travail plus profond et plus continu. En tout cas, nous espérons que le rapport sera utile, comme un des références d'intérêt, pour tous ceux qui travaillaient dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive en Afrique.

¹ Les recommandations qui on été inclus dan ce rapport font référence fondamentalement à l'expérience et le contexte de Mozambique, même si ils prennent en compte un approche plus ample qui incluse aussi tout le contexte africaine.

LES PRIORITÉS DES PAYS AFRICAINS DANS LE CADRE DE LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE ET LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE



2.1. Un Plan d'action régional pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive

Dans l'année 2005, l'Union Africaine (UA), adopté à Gaborone, avec la participation de ses pays membres, le premier «Cadre Politique Continental pour la Santé et les Droits Sexuels et Reproduc-

tifs». Une année plus tard, les États Africains ont appuyé un autre document, connu comme le Plan d'Action de Maputo, que établie les stratégies principales pour l'implémentation du cadre Politique Continental. Tous les pays de l'UA se sont compromis à adapter ce cadre politique à un niveau national et à promouvoir son exécution.

La santé sexuelle et reproductive en Afrique

- ✓ 25 millions d'africains sont infectés du VIH chaque année.
- ✓ 12 millions d'enfants sont orphelins à cause de morts à cause du SIDA.
- ✓ 2 millions de personnes meurent à cause du SIDA par an.
- ✓ 1.000.000 morts maternelles e infantiles par an.
- ✓ Une de chaque 16 femmes africaines meure pendant l'accouchement.
- ✓ Moins de 1/3 des africains ont accès à la santé reproductive.

Dans le cadre de ce Plan d'Action de Maputo, les pays africains ont accepté d'atteindre les objectifs ci-dessous pour 2010: «Assurer que les gouvernements, la société civile, les secteur privé, et tous les associés/acteurs involués dans le développement redoublent leurs efforts pour l'implémentation effective de la politique continentale, l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive avant

2015 dans tous les pays africains inclus». Le même document inclu une estimation budgétaire des fonds nécessaires pour réussir implémenter les priorités visée dans le rapport, qui considère qu'il faudrait 3,5 billions € en 2007 et 16 billions € pour toute la période jusqu'en 2010, pour garantir l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive en Afrique.

A niveau de stratégies essentielles, le Plan d'Action établi aussi un positionnement clair du continent africain vers les priorités suivantes:

- I. Intégrer les programmes et services de VIH et SIDA, ITS et de santé sexuelle et reproductive, le cancer de l'appareil reproductif inclus, dans la finalité de maximiser l'efficacité dans l'utilisation de ressources et de réussir une synergie complémentaire entre les deux stratégies
- II. Repositionner la planification familiale comme une partie essentielle de la réalisation des ODM en ce qui concerne la santé.
- III. Satisfaire les nécessités de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes comme un composant important dans ce domaine.
- IV. Résoudre le problème des avortements dangereux.
- V. Rendre des services de qualité et accessibles, orientés à promouvoir la maternité sûre, la survivance des nouveaux nés ainsi que la santé des mères.
- VI. Fomenter la coopération africaine Sud- Sud pour matérialiser les objectifs de la CIPD et de les ODM en Afrique.

Le Plan d'Action de Maputo considère que la santé reproductive englobe toute la vie de l'individu, à partir de la conception jusqu'à la vieillesse en passant par tout le cycle de sa vie. En même temps, il souligné particulièrement le besoin de donner attention spécialement à la femme en age de reproduire et aux nou-

veaux nés, à la population jeunes, ainsi comme à les population migrantes et les personnes déplacées.

Chaque stratégie compte avec des activités et indicateurs pour la gestion de son accomplissement et comme lignes transversales, le Plan choisi:

- ✓ Augmenter les ressources nationales pour la santé et les droits sexuels et reproductifs, la résolution de la crise de ressources humains incluse,
- ✓ Inclure les hommes comme associés/acteurs² principaux involués dans les programmes de SDSR,
- ✓ Adopter un abordage multisectoriel en rapport la SDSR,
- ✓ Promouvoir l'implication et la participation de la communauté,
- ✓ Fortifier la sécurité des biens, produits et services de base pour la santé sexuelle et reproductive, avec une attention spéciale à la planification familiale, aux soins obstétriques d'urgence et aux services de référence,
- ✓ Créer des services d'investigation qui permettent des actions basées dans l'évidence scientifique,
- ✓ Créer des "mécanismes de gestion efficaces pour accompagner les progrès réussis dans l'implémentation de Plan d'Action.

² Traduction de "parceiros".

Les priorités des pays africains dans le cadre de la santé maternelle et infantile et la santé sexuelle et reproductive

2.2. Les Feuilles de Route Africaines pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatal

La mortalité maternelle et néonatal en Afrique

- ✓ Dans le monde, près de 529.000 femmes meurent annuellement par complications en rapport avec la grossesse et l'accouchement.
- ✓ Le risque de mort maternelle est particulièrement inacceptable en Afrique Subsaharienne avec 1/16, par rapport à 1/2800 dans les pays riches (OMS, 2005).
- ✓ Près de 4 millions de morts néonatales ont lieu dans le monde, desquelles 98% se produisent dans les pays en développement.
- ✓ Un calcul dit que du total des morts de moins de 5 ans, le 40% sont dues à des causes néonatales (OMS 2005).

La Feuille de Route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale est un instrument développé initialement dans le cadre de l'UA pour accélérer la réduction de la mortalité et morbidité maternelle et des nouveaux nés, et avancer dans la consécution des ODM (Objectifs de Développement du Millénaire) en rapport avec la santé maternelle et infantile (objectifs 4 et 5 et buts 5 et 6).

Cette initiative est née en 2003, quand le Groupe de Travail de Santé Sexuelle et Reproductive de l'UA³ a sollicité à tous les

pays membres de développer et d'implanter une Feuille de Route⁴ pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique. Un peu plus tard, en Février 2004, une réunion se développée pour accorder les termes de cette Feuille de Route et des procès subrégionaux et nationaux s'ont développée pour élaborer les Feuilles de Route dans chaque pays.

A niveau de la UA, les Gouvernements ont assumé comme objectif clair: Fournir une attention qualifiée pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale à tous les niveaux du système de services de santé, et fortifier les capacités des individus, des familles, des communautés, de la société civile, des association et des Gouvernements pour améliorer la santé maternelle et des nouveaux nés. Comme principes guides sont établis:

- ✓ La fondamentation en preuves: actions basées en évidences costo-effectives.
- ✓ La approximation des systèmes de santé: Focaliser dans les services de santé maternelle et des nouveaux nés à tous les niveaux, en utilisant l'attention primaire de santé comme un point départ pour compromettre les ressources de la communauté et pour fortifier les systèmes de référence.
- ✓ La complémentarité avec des programmes et des acteurs existants.

³ Group de Travail Régional de Santé Sexuelle et Reproductive.

⁴ Réunion de Harare, 16-18 Février 2004.

- ✓ L'association⁵ et la promotion de la coopération et la coordination pour maximiser les ressources et éviter la duplication.
- ✓ La définition claire des rôles et responsabilités
- ✓ L'adéquation et importance d'avoir une claire compréhension de l'état de la santé maternelle et infantile dans tous les pays, ainsi que de la perception locale en rapport à ce thème.
- ✓ La transparence et la responsabilité comptable⁶.
- ✓ L'équité et l'accessibilité.
- ✓ La planification par phases et implémentation à niveau de pays.

Comme stratégies d'intervention ce sont accordés:

- ✓ Améliorer l'approvisionnement et l'accès aux services d'attention en santé maternelle et des nouveaux nés, les services de planification familiale incluse.
- ✓ Fortifier les systèmes de référence.
- ✓ Fortifier la planification de santé par districts et l'attention de la gestion sanitaire de la santé maternelle et infantile, les services de planification familiale inclus.
- ✓ Faire incidence politique pour réussir un plus grand compromis et plus de

ressources pour la santé maternelle et infantile et pour la planification familiale.

- ✓ Promouvoir les associations.
- ✓ Promouvoir les soins continus des maisons jusqu'aux hôpitaux.
- ✓ Donner plus de pouvoir aux communautés, spécialement aux femmes.

La Feuille de Route inclus des activités à développer pour l'implémentation de chaque stratégie. Au niveau de suivi, supervision et évaluation, il a été établi que chaque État membre de l'UA devra élaborer une Feuille de Route nationale avec des objectifs clefs, des chronogrammes et des marques de réussites, ainsi que les papiers et responsabilités de tous les agents et acteurs impliqués. Dans les Feuilles de Route nationales, les Etats indiquerons les ressources de toutes les sources disponibles, le Gouvernement inclus, ainsi que les sources multilatérales, bilatérales et privées. En même temps, des mécanismes pour conseiller et superviser les progrès réalisés dans l'implémentation des Feuilles de Route nationales seront aussi établis, à travers de l'utilisation des indicateurs accordés. Les résultats seront utilisés pour la révision et adaptation des programmes et des stratégies.

Pour assurer les meilleures conditions pour l'implémentation des Feuilles de Route nationales, les pays organiseront une rencontre d'agents impliqués à niveau national avant l'adoption de ses Feuilles. Sous la direction du Ministère de la Santé, cette rencontre sera dirigée avec la

⁵ Traduction de "accountability".

⁶ Traduction de "partnerships".

Les priorités des pays africains dans le cadre de la santé maternelle et infantile et la santé sexuelle et reproductive

participation de tous les acteurs pertinents, les associations professionnelles incluses, pour évaluer les principales interventions qui pourraient avoir un plus grand impact, avec des chronogrammes, des indicateurs et des points d'évaluation intermédiaires. Les résultats de la rencontre nationale d'agents impliqués devra inclure un Plan d'Action commun pour le pays, dont le budget devra inclure les apports et l'assistance technique à tous les acteurs.

Finalement, au niveau régional, les rapports nationaux annuels seront partagés par les associés et seront envoyés aux Communautés Economiques Régionales et à l'UA. Chaque deux ans, la présidence de la Commission de l'UA présentera un rapport des progrès réalisés dans l'Assemblée des Chefs d'Etat. Ce rapport sera débattu au Parlement Panafricain. Les rapports seront partagés à travers des mécanismes du Rapport de Paires Africains du NEPAD. Les évaluations intermédiaires et la fin des implémentations

seront planifiées à un niveau national et seront soutenues par tous les associés.

Dans ce contexte, le Ministère de la Santé de Mozambique, par exemple, a développé le processus pour l'élaboration de son Feuille de Route pour la lutte contre la mortalité maternelle. En juin 2006, il participait dans un Atelier Régional sur la Feuille de Route pour les pays lusophones qui donne comme résultat la "Feuille de Route pour accélérer l'accomplissement des Buts du Millénaire". Ce document s'encadre en accord avec les ODM, et dans le cas de Mozambique, ils se traduisent dans deux objectifs principaux:

- ✓ Accélérer la réduction du taux de mortalité néonatale de 48 par mille enregistrés en 2003 à 36 par mille en 2010 et à 30 par mille en 2015.
- ✓ Accélérer la réduction du taux de mortalité maternelle de 408 par 100.000 enregistrés en 2003 à 350 par 100.000 en 2010 et à 250 par 100.000 en 2015.

PROGRAMMES DE FORTIFICATION DES CAPACITÉS POUR L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE ET LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE



A partir des résultats de la rencontre, il a été identifié le besoin de intervenir sur deux aspects fondamentaux: d'un côté, des programmes généraux pour la fortification de la capacité des Ministères de Santé pour l'implémentation des politiques d'amélioration de la santé maternelle, de la santé néonatale et de la santé sexuelle et reproductive en général, et d'autre côté, des programmes spécifiques pour l'amélioration de la santé maternelle, de la santé néonatale et de la santé sexuelle et reproductive dans ses différents aspects et sur la base d'un abordage intégral.

En plus, trois axes transversaux se sont identifiés pour les deux types de programmes, avec des implications stratégiques et pratiques qu'influencent dans le bon fonctionnement et dans la bonne implémentation de politiques et d'actions concrètes.

3.1. Programmes de fortification des capacités de planification, implémentation, suivi et évaluation sectoriel de politiques

L'implémentation de politiques comme le Plan continental de Santé Sexuelle et Reproductive et d'autres stratégies comme les Feuilles de Route pour la réduction de la mortalité maternelle, ne se produit guère dans chaque pays individuellement.

Au contraire, cela doit rentrer en conjonction avec le reste de politiques nationales de développement propres de chaque pays, et en particulier celles qui se réfèrent à la santé.

Il est nécessaire, pourtant, d'assurer que dans le processus de définition des politiques de lutte contre la pauvreté et des politiques de développement la santé maternelle et infantile et la santé reproductive et sexuelle sont incluses comme un thème prioritaire, pour ainsi pouvoir garantir un compromis plus haut dans ce domaine et que l'implémentation des politiques de santé maternelle puisse se réaliser de la manière la plus intégrale possible.

De même, dans un processus comme le SWAP⁷ de Santé, ou des objectifs et des cadres de coopération entre les Etats sont établis, il est important de tenir en compte les politiques et les compromis établis à niveau continental dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, la santé maternelle et infantile incluse, à fin de les intégrer dans un cadre plus ample de fortification de l'Etat, du secteur et d'amélioration des conditions de santé dans chaque pays.

⁷ Sector Wide Approach.

Un exemple de comment cela peut se faire c'est le Mozambique, qui articule des actions orientées à la lutte contre la pauvreté dans son Plan d'Action pour la Réduction de la Pauvreté Absolue (PARPA). De plus, pour les actions en Santé il compte avec un plan stratégique du secteur, et vient d'implémenter depuis 2000 un procès SWAP.

Le PARPA établit six champs d'action fondamentaux, en incluant la santé. Evidemment la santé joue un rôle clef dans l'amélioration directe du bien-être des populations et en même temps elle contribue à un accroissement économique rapide, en incrémentant la qualité du capital humain. Le PARPA ne fait pas allusion à la santé sexuelle et reproductive, non plus la mortalité maternelle, comme un problème prioritaire, même si l'expansion des services d'attention primaire de santé ayant à la femme comme population objective et le développement des campagnes contre la VIH sont mentionnés.

Comme même, dans le PARPA il se trouve une idée de l'Attention Primaire de la Santé comme un élément clef pour le secteur, en indiquant comme groupes de risque, entre autres, les femmes en âge fertile. Il fait aussi référence à la nécessité d'intégrer la médecine traditionnelle dans le système national de santé.

Le programme de du PARPA Santé inclu six composants: attention primaire à la santé (ATP), lutte contre les épidémies, lutte contre le VIH/SIDA, réseaux de santé, développement des ressources humains et planification et gestion du secteur santé.

Le component APS considère comme premier élément la santé de la femme. Quelques des objectifs établis dans ce domaine induent l'amélioration de l'accès et de la qualité de l'attention de la santé pour les femmes. Les mesures institutionnelles principales de réduction du taux de mortalité maternelle ont été établis dans 100 femmes par chaque 1000 nouveaux nés, et l'expansion institutionnelle de la couverture des accouchements au 50%. Ils sont mentionnés aussi des autres objectifs comme réussir un taux de couverture du 98% dans les consultes prénatales, avec un diagnostique effectif des grossesses de haut niveau de risque; augmenter la couverture des consultes postnatales ou incrémenter la couverture de planification familiale jusqu'à le 18%.

En ce qui respecte attention de la Santé pour les jeunes et les adolescents, il a été établi comme objectif central améliorer la santé et les connaissances des thèmes de santé entre les jeunes et les adolescents à travers d'activités de santé à l'école. La mesure principal à développer dans ce cadre sera préparer du personnel pour travailler avec les adolescents dans la planification familiale, les complications dans les accouchements et la prévention et le traitement du VIH/SIDA. Comme mesures complémentaires il est mentionné aussi la création de services de santé pour l'attention des nécessités en santé reproductive des adolescents.

En ce qui concerne la lutte contre le VIH/SIDA, les objectifs principaux proposés par le PARPA sont: prévenir l'infection

Programmes de fortification des capacités pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile et la santé sexuelle et reproductive

du VIH, traiter aux personnes avec VIH/SIDA et réduire l'impact du SIDA. Les mesures principales à implanter sont: a) le traitement de ITS, conseil et test volontiers, control des transfusions de sang et test de la syphilis; b) Implémenter des centres de conseil confidentiel et de test volontiers et mettre en marche des unités de soins de jour dans six régions du pays; c) Faire des campagnes d'éducation et information en ITS et VIH/SIDA et inclure des activités de théâtre pour 3900000 personnes; d) distribuer des préservatifs à 4.500.000 personnes VIH positifs. Des mesures complémentaires considérées sont aussi l'implémentation des stratégies d'éducation par paires, d'assurer l'accès aux services d'attention de santé, assurer la provision d'attention psychologique, médicale et sociale dans tous les centres principaux du district, et assurer la disponibilité du test volontaire et confidentiel de VIH/SIDA pour 32.000 personnes.

D'autres actions importantes pour la promotion de la santé sexuelle et reproductive sont celles en rapport avec l'expansion du réseau de services d'attention à la santé, avec le développement des ressources humains et avec l'amélioration de la planification et l'administration pour développer des instruments d'information, planification et administration financière dans les services de santé primaire.

D'autre part le Mozambique compte avec un plan stratégique dans le secteur santé qui constitue le cadre référentiel pour la programmation du secteur. Son développement est mené par le Ministère de

santé et propose comme but principal l'amélioration de l'état de santé de la population, à travers de trois intervention fondamentales: la prestation de soins de santé, la fortification des individus et des communautés, et l'incidence pour la santé. Ces interventions impliquent a nombre des actions possibles dans le domaine de la santé reproductive, qui doivent être tenues en compte par la coopération.

Une des réflexions dont les participants à la conference on abouti a été l'importance de tenir en compte les nombreux causes et conséquences de la santé sur le développement individuel et social. Dans ce sens, la promotion et l'action dans ce domain est plus intégrale à mesure que d'autres secteurs comme l'éducation et la jeunesse sont souvent involucrés dans des actions en rapport avec la promotion de la santé sexuelle et reproductive. D'autres secteurs comme la Justice, le Développement rural et la Sécurité, entre autres, peuvent aussi être clefs pour aborder des sujets spécifiques comme les cas de violence sexuelle. Même si c'est à travers du secteur de la santé que ces mesures devraient être promues et coordonnées, il est important que d'autres acteurs du développement, la coopération espagnole entre autres, prennent en compte l'abordage multisectoriel pour promouvoir des actions qui se lancent à partir de cette approximation. Le travail multisectoriel implique fortifier et assurer que les chaînes de coordination entre les secteurs fonctionnent d'une manière optimale, pour éviter une duplication des efforts ou une perte d'opportunités.

Dans le cas de Mozambique, le Ministère de la Santé s'appuie sur le Groupe Multi-sectoriel de Travail sur la Santé Reproductive qui, dans le cadre du Plan Stratégique de Santé, s'engage d'implémenter et évaluer les politiques de santé maternelle et infantile. Ce groupe est constitué par des représentants du Ministère mais aussi des organismes internationaux, des ONG et des autres acteurs et il permet la coordination et la participation de toutes les personnes.

Dans ce cadre, et dans des autres similaires, l'appui qui peut être donné par la coopération espagnole à ce type de processus est aussi pertinente comme celui qui est destiné aux interventions sanitaires sur la population, sur tout quant il s'agit de:

- ✓ Garantir et articuler l'intégration des objectifs et des stratégies de santé maternelle et infantile dans les documents stratégiques généraux comme les Plans de Lutte contre la Pauvreté, les Politiques et Plans d'Actions pour la Santé, et les processus SWAP.
- ✓ Fournir l'information nécessaire aux autres secteurs pour motiver son implication, pour établir des rôles clairs pour sa participation et pour garantir la coordination intersectorielle des politiques.
- ✓ Articuler les réseaux de dialogue pour garantir la participation active de la société civile dans ces groupes de travail et incorporer ses recommandations dans les processus de développement des politiques.

- ✓ Fortifier les capacités pour l'intégration des différents piliers de la santé sexuelle et reproductive (FP, santé maternelle et néonatale et prévention et traitement de ITS-VIH/SIDA) dans l'attention primaire de santé, en soutenant les interrelations de différents aspects dans la promotion de la santé maternelle et néonatale.
- ✓ Fortifier des capacités de planification et gestion des ressources, spécialement les financiers, mais aussi les mécanismes de coordination entre les différents secteurs impliqués dans le financement et l'exécution de politiques et programmes de santé maternelle et infantile et de santé sexuelle et reproductive.
- ✓ Soutenir les processus de planification, suivi et évaluation à niveau régional ou subrégional.

3.2. Programme de promotion de la participation sociale

Il est bien connu que l'Etat n'est pas le seul acteur dans les processus de développement et spécifiquement dans la promotion des droits et de la santé sexuelle et reproductive. Les organisations sociales et la communauté créent aussi des initiatives orientées à répondre aux nécessités des différents groupes avec ou sans le soutien de l'Etat.

Cela fait visible la nécessité de générer des chaînes de participation les plus actives possibles, en articulant les acteurs et ses actions et en générant des espaces d'expression et de prise de décisions qu'eux mêmes considèrent légitimes et

Programmes de fortification des capacités pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile et la santé sexuelle et reproductive

qui soient bons pour les procès de développement. La façon de faire ce dialogue possible, sera différent selon le contexte, mais en général il faudrait d'un côté un conjoint d'acteurs sociaux capables de générer une agenda commune en vers l'Etat, et d'un autre côté, un Etat prêt à dialoguer et à accepter des propositions et des recommandations. En ce qui concerne les communautés de base, il faudrait les reconnaître comme acteurs sociaux et identifier les chaînes de collaboration possibles avec eux.

La coopération espagnole peut jouer un rôle important en appuyant des actions et programmes visant à fortifier les capacités de la société civile africaine et à les faire

partie de la défense de la santé et les droits sexuels et reproductifs, ainsi comme favorisant la coordination entre les organisations pour que les sujets clefs sur la santé sexuelle et reproductive soient débattus ou se génèrent des procès de dialogue et d'incidence en vers l'Etat. En plus, il y a des autres actions qui peuvent être fortifiées comme celles-ci dirigées à promouvoir une participation sociale active dans les groupes de travail ou instances similaires établies pour la définition et suivi des politiques de santé maternelle et de la santé sexuelle et reproductive ou ceux-ci dirigés a soutenir les procès de planification, suivi et évaluation à niveau régional et subrégional.

ELÉMENTS TRANSVERSAUX POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE ET DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE



Une partie de la discussion menée pendant la réunion du Groupe de Travail à Mozambique fut dirigée vers l'identification des facteurs transversaux pour le dessin et l'implémentation des politiques et des programmes de santé maternelle et de la santé sexuelle et reproductive. Dans ce point, le consensus fut porté sur un nombre d'aspects, qui se expliquent ci-dessus et qui son le reflet de l'approche proposé para le Group de Travail dans cette domaine.

4.1. Fortification du system d'attention primaire de santé

Un des principes clefs pour la coopération internationale est celui de soutenir l'autonomie du pays. Cette autonomie ne doit pas être un objectif final, mais il doit être une caractéristique du procès d'intervention de la coopération. En ce sens utiliser les cadres politiques et de procès développés par les pays récepteurs c'est un pas fundamental.

De même, soutenir des systèmes de santé des pays envoie de développement c'est un facteur clef, si l'on veut que les stratégies en SSR soient effectives et soutenables. Ce n'est pas recommandable la création de services parallèles à ceux de l'Etat. L'incrément de la couverture et de l'accès aux services doit se promouvoir en fortifiant les services d'attention primaire

de l'Etat, et en augmentant sa capacité de répondre aux besoins de la population, en particulier celles des groupes plus vulnérables. Cela devient spécialement important dans un contexte ou le manque de ressources humains qualifiés est un des facteurs les plus critiques. Les capacités de planification et de gestion doivent être renforcées, spécialement en ce qui respecte l'aspect financier pour garantir l'existence de ressources d'une manière opportune et pour fonder dans d'autre secteur et à l'Etat en général, le besoin d'assigner des fonds pour couvrir les demandes de la population en santé sexuelle et reproductive.

Dans ce cadre, il s'est accordé de souligner les aspects suivants comme des éléments clefs pour la fortification du système d'attention primaire à la santé:

- ✓ Le soutien aux efforts de l'Etat pour agrandir la couverture du système de santé et la qualité des infrastructures.
- ✓ Le soutien aux stratégies de fortification et d'agrandissement des ressources humains à travers des actions de formation en services, ainsi que la capacitation et l'intégration du personnel sanitaire, en plus des médecins, dans les centres de santé pour la prestation de certains soins.

4.2. Intégration des droits humains

La santé et les droits sexuels et reproductifs sont des droits humains et sa promotion ne peut pas se séparer du travail pour faire effectif un exercice intégral de tous ces droits. La promotion de l'équité, le change de la structure du pouvoir qui limite l'accès de certains groupes à la santé et aux services d'attention, garantir une prise de décisions informée et avec les ressources humains disponibles pour exécuter les décisions en santé, le consentement informé des procès et des traitements inclus, le respect à la dignité de la personne et à sa vie privée, ce sont quelques points importants pour la promotion de la santé sexuelle et reproductive qui dynamisent le conjoint de droits humains.

D'un autre côté, le bas niveau de reconnaissance de la part de la population en ce qui respecte leurs droits c'est un facteur qui promouvent la permanence dans une situation contraire à leur propre développement en plusieurs facteurs (familial, social, institutionnel...). Dans ce sens l'information et l'éducation sur les droits en général, ainsi que sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, c'est un point fondamental.

Dans ce cadre, il y a eu un fort consensus pour signaler comme éléments fondamentaux pour intégrer des droits humains dans les interventions et les politiques de lutte contre la mortalité maternelle et la promotion de la santé sexuelle et reproductive, les aspects suivantes:

- ✓ Générer des capacités dans les personnes pour modifier les structures de pouvoir qui favorisent la déségalité dans l'accès à la jouissance des services de santé sexuelle et reproductive, entre lesquels se trouve le droit à une santé maternelle. Il faut donner une priorité spéciale à réagir en vers les situations de discrimination, maltraitance ou inattention systématique qui mettent en danger la santé ou la vie des personnes.
- ✓ Soutenir des actions d'éducation à tous les niveaux (fournisseurs de santé et utilisateurs) sur les droits humains, spécialement sur les droits sexuels et reproductifs. L'éducation doit être orientée à l'action, la provision d'instruments et de ressources pour agir en cas de vulnération des droits sexuels et reproductif. La participation de la femme dans ce procès doit se garantir et se promouvoir.
- ✓ Soutenir des actions dirigées à l'établissement et fortification des chaînes de communication et de possible dénonciation de situations de vulnération des droits dedans et en dehors des systèmes de santé.

4.3. Incorporation de la perspective interculturelle

La culture comme cadre de valeurs, normes et créances sociales est un facteur clef dans la définition de politiques et d'action dans tous les domaines. La diversité culturelle est une source de richesse et de complexité, et c'est un vrai défi pour la définition de lignes d'action poli-

Éléments transversaux pour la promotion de la santé maternelle et infantile et de la santé sexuelle et reproductive

tiques. Les actions de coopération impliquent des procès ou les systèmes sociales et les cultures différentes se rencontrent, en devenant nécessaire que cette rencontre s'organise d'une façon positive pour obtenir les meilleurs résultats possibles.

Connaître, reconnaître, valoriser et considérer les caractéristiques des différents contextes culturels est fondamental à différent niveau: comme une forme de reconnaissance et respect des droits culturels, comme un chemin pour s'approcher et favoriser l'acceptation d'une mesure par la communauté et comme une source de connaissance et inspiration pour le développement des politiques qui syntonisent avec les perceptions et les besoins de la population.

Un de défis sur lequel les participants pouvais discuter pendant la réunion, fut ce sur l'implémentation intégrale d'un point de vue de droits humains dans la SSR et la nécessité de définir le point de rencontre et d'établir des règles en vers un éventuel conflit entre les droits individuels et sociaux (liberté, droit à la santé, droits sexuels et reproductifs) et les droits culturels, et la manière dans laquelle cela pourrait se traduire dans des actions concrètes.

Finalement, quelques éléments furent définis comme prioritaires pour l'incorporation de la perspective interculturelle dans la promotion de la santé maternelle et infantile et dans la santé sexuelle et reproductive:

- ✓ Le soutien aux actions orientées à identifier, valoriser et implémenter les éléments de la culture de la popu-

lation avec laquelle on travaille qui soient importants pour le soin et la promotion de la santé maternelle et infantile et pour la santé sexuelle et reproductive. Dans le cas de la mortalité maternelle, il faut essayer de garantir que les différences culturelles ne soient pas un obstacle pour l'accès à un accouchement institutionnel, aux services d'attention pendant la grossesse et le post accouchement et à l'amélioration de l'utilisation de la planification familiale par exemple.

- ✓ Les investigations pour identifier les connaissances et les acteurs clefs pour la lutte contre la mortalité maternelle et l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive dans un contexte culturel déterminé. Ces investigations doivent se mettre en rapport avec des propositions d'action pour établir des mécanismes de participation de la communauté dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive.
- ✓ Les actions dirigées à former ou fortifier au personnel de la santé da façon qu'ils connaissent et qu'ils soient sensibles aux caractéristiques culturelles de la zone où ils travaillent. Il faudra qu'ils valorisent spécialement les stratégies de formation qui soient innovatrices et participatives.
- ✓ Le développement de mécanismes et d'instruments de gestion à travers desquels on puisse identifier et donner un suivi aux éléments interculturel qui puissent affecter d'une façon négative à l'accès, à la qualité et aux prestations

de services de santé. En concret il faudrait donner une spéciale importance à l'identification et la réduction des patrons de discrimination en rapport avec les différences culturelles dans les divers procès qui entourent la santé maternelle et infantile.

4.4. Intégration du point de vue de genre

C'est bien connu qu'on ne peut pas parler de droits humains et d'égalité sans tenir en compte les différences entre les hommes et les femmes et agir pour réduire les différences d'opportunités entre les deux. Il existe aussi un consensus selon lequel l'inéquité en matière de genre est un facteur fondamental qui influe négativement dans le développement et le bien-être social et individuel.

Dans ce cadre, il fut constaté pendant la réunion, que même si l'équité de genre a été introduite comme facteur transversal de la plus part des plans, stratégies et projets de développement, le concept du point de vue de genre appliqué dans chaque situation a été divers. Il y en a qui comprennent dans ce concept seulement la prévention de la violence contre la femme ou la promotion de leurs droits envers les hommes, et c'est de plus en plus visible que ces approximations ne sont pas suffisantes pour réduire effectivement l'inéquité et pour améliorer le bien-être et la santé des communautés. D'autre côté, le fait de ne pas avoir considéré des stratégies spécifiques pour travailler avec les hommes dans le cadre de la prévention et la promotion de SDRS a

généralisé des résistances et a réduit l'impact des messages dans les femmes, en plus d'avoir invisibilisé les besoins des hommes dans ce domaine. En plus, on n'a pas considéré généralement le fait que les relations de genre se matérialisent aussi entre les femmes, étant les plus âgées celles qui font pression et exercent de la violence sur les jeunes, en utilisant comme argument le rôle de la femme et la tradition.

Définitivement, tous les participants insistent sur la nécessité d'enrichir et consensuer les «points de vue de genre», en identifiant les nécessités, les stratégies et les messages différenciés pour les hommes et pour les femmes. Ils ont aussi identifié certains aspects comme prioritaires dans ce domaine:

- ✓ Soutenir des actions visées à promouvoir le développement des stratégies de travail parallèles avec les hommes et les femmes pour promouvoir l'élimination des conditionnements culturels de genre rendu à chaque sexe, qui empêchent des progrès dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile et de la santé sexuelle et reproductive.
- ✓ Soutenir aussi des initiatives dirigées à impliquer aux hommes dans la réduction des risques de la santé en rapport avec la sexualité et la reproduction.
- ✓ Fortifier des stratégies de genre dirigées aux femmes qui aient en compte aussi les relations de pouvoir entre les propres femmes et comment celles-ci influent dans la santé maternelle et infantile.

4.5. Participation de las communautés de base

Comme on a déjà mentionné, les communautés de base sont un des acteurs qui doivent être considéré dans le dessein et l'implémentation des politiques et des programmes pour la promotion de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Tout groupe social compte avec un système d'organisation propre et un conjoint de règles que ses membres en général valorisent et respectent. Si les politiques ou les programmes ne considèrent pas ou contredisent les structures ou normes de la communauté, il est probable que la réalisation des objectifs soit très lente. Par contre si la synergie entre les politiques/services et la communauté se produit, il est plus probable d'obtenir des résultats positifs, avec le bénéfice additionnel de fortifier une union de confiance et que la communauté s'approprie de procès. Il y a des sujets délicats ou la divergence entre les propositions de l'Etat et la pratique de la communauté est grande et nécessité d'un traitement spécifique. Mais en général les chefs des communautés ont envie de travailler pour améliorer la situation de la communauté, et les procès de négociation et coordination sont en ce sens possibles. La pandémie du SIDA et la mort maternelle sont des problèmes que les communautés reconnaissent et dans lesquels en général y il y une disposition à travailler.

Stimuler la participation des communautés peut être une bonne stratégie mais il faut considérer certains éléments qu'il

faudra assurer pour une implémentation adéquate. Par exemple, un compromis politique de la part de l'Etat dans le domaine de la santé impliquerait qu'une bonne partie du personnel sanitaire sera mise à disposition des communautés et qu'ils seront en contact direct avec celles-ci. Il faudra donc établir plus clairement les rôles, responsabilités et limites pour chaque acteur. Il faudra aussi établir la répartition des ressources pour répondre aux nécessités que puissent se générer et il faudra finalement développer des actions de suivi et gestion.

Il aurait aussi nécessaire d'identifier les éléments qui puissent aider au soutènement de ces interventions. Dans ce cadre l'action de l'Etat est essentielle à l'heure de soutenir les actions des communautés. Il est fréquent que les communautés se mobilisent devant une nécessité lorsque le bénéfice est concret et visible, mais il est important d'éviter les relations de clientèle entre les communautés et les acteurs privés ou avec l'Etat, qui puissent dénaturer le sens de la participation et qui fassent impossible de la maintenir avec le temps.

Quelques uns des éléments soulignés par les participants pour améliorer la participation des communautés de base dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive et la lutte contre la mortalité maternelle furent:

- Des actions de capacitation du personnel de santé pour travailler des aspects de santé maternelle et infantile et sexuelle et reproductive dans le contexte des communautés.

- Implémentation de mécanismes d'identification et de coordination entre les acteurs clés dans la communauté et le personnel sanitaire.
- Les procès de dialogue et d'accord entre la communauté et le personnel sanitaire pour établir des mécanismes de travail conjoint pour la promotion de la santé maternelle et infantile et sexuelle et reproductive.
- Le développement de l'analyse participatif au niveau de la communauté et du système de santé pour déterminer les ressources humaines et matérielles nécessaires pour mettre en pratique un programme communautaire de santé maternelle et infantile et des mécanismes nécessaires pour garantir ces ressources.
- Les procès de formation des acteurs de la communauté pour la participation de la communauté qui puissent ainsi donner une vision intégrale des besoins de santé maternelle et infantile et en santé sexuelle et reproductive. Une vision qui sera d'accord avec les caractéristiques et les attentes locales. Il faudra dans ce cas donner une attention spéciale au rôle du chef de la communauté.
- La systématisation et diffusion des bonnes pratiques de participation de la communauté dans la promotion de la santé maternelle et infantile et de la santé sexuelle et reproductive.
- Etablissement de systèmes stimulants réalistes et transparents pour les personnes et les communautés involuées dans les processus de santé.
- Etablissement de mécanismes de supervision, transparence et gestion des programmes de participation de la communauté.

PROGRAMMES D'INTERVENTION SPÉCIFIQUE EN SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE ET SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE



Comme nous avons déjà proposé avant à travers des documents de la politique que nous avons présenté dans la première section, pour réussir le ODM relative à la réduction de la mortalité maternelle et à l'accès universel à la santé reproductive, il faudrait développer des stratégies intégrales de prévention et de traitement qui ne sont pas uniquement en rapport avec les aspects cliniques d'accouchement

Ayant comme base les conclusions de la réunion, les éléments sur lesquels il faudrait intervenir de manière intégrale dans ce domaine sont principalement: l'accès aux services et ressources de planification familiale, l'accès aux services d'attention avant, pendant et après accouchement, la disponibilité des soins obstétriques d'urgence, la réduction des avortements dangereux et l'attention des complications dans l'avortement, ainsi comme l'intégration des interventions en SSR avec celles du VIH/SIDA. De plus, il faudrait donner préférence aux jeunes et aux adolescents, comme un secteur important de la population qui est très vulnérable aux grossesses non désirées et à d'autres aspects de la SSR. L'investigation appliquée, comme instrument clef pour le développement d'information précis pour l'adoption de stratégies adéquats au contexte local, fut reconnue comme une intervention stratégique pour fortifier le reste des programmes.

5.1. Programmes pour l'incrémentation de l'accès aux services de soins de la santé maternelle et infantile

Les résultats de la réunion de Maputo portait un consensus générale sur le besoin d'incrémenter l'accouchement par personnel qualifié, et l'accès à des soins obstétriques d'urgence, comme deux des aspects fondamentaux pour lutter contre la mortalité maternel et infantile. Les deux éléments sont conditionnés par la couverture et la capacité résolutive du système national de santé et le modèle des trois retards fut reconnu comme utile pour identifier les facteurs qui puissent conditionner ces procès. Les conditionnements culturels furent considérés aussi un facteur important dans l'offre des services de santé, en même temps que le point de vue d'humanisation de l'accouchement et les systèmes de participation de la communauté étaient présentés comme un des défis en cours pour la fortification des systèmes national de santé.

Il s'était démontré que des expériences ponctuelles avec des sages femmes dans des unités sanitaires ont été très utiles pour changer les attitudes en vers le lieu ou doivent se donner les accouchements et il a été positif pour l'expansion des accouchements institutionnels. D'autre côté, des expériences en réseau entre des

organisations qui travaillent sur les thèmes de santé maternelle et infantile se sont montrés utiles pour activer la réponse sociale sur certains points de prévention de la santé.

Finalement, il y a eu accord sur la nécessité de tenir en compte l'impact de l'avortement clandestin dans les chiffres de mortalité maternelle et l'urgence de prendre des mesures pour réduire les barrières légal, administratives, géographiques, sociales, culturelles et de genre pour l'accès aux services de santé dans ces cas.

Quelques éléments prioritaires pour augmenter l'accès à des services de santé maternelle et infantile furent :

- ✓ Orienter les programmes à donner une assistance intégrale à la femme pendant la grossesse, l'accouchement et le post accouchement, en priorisant leur santé et celle du nouveau né.
- ✓ Soutenir les actions pour garantir les biens et les produits de santé reproductifs qui sont en rapport avec l'attention dans la grossesse et l'accouchement dans le cadre de la fortification intégrale du système de santé. Ils doivent s'orienter aussi à promouvoir la fortification de l'attention primaire de santé et la capacité résolvative des centres d'attention à niveau de district à travers l'habilitation des Soins d'Emergence Obstétriques et des systèmes de références efficaces.
- ✓ Appuyer la création de programmes dirigés à améliorer la couverture et la qualité de l'accouchement institutionnel en soutenant :
 - Des initiatives de participation de la communauté pour l'intervention et l'appropriation des processus d'amélioration de la santé maternelle (les conseils de santé par exemple) et des initiatives de travail de sensibilisation avec les acteurs valorisés et décisifs pour la communauté.
 - Actions d'incorporation des sages femmes traditionnelles comme l'un des axes de connexion entre la communauté et les services de santé, et comme un facteur qui augmente la confiance de la communauté envers les services sanitaires.
 - Processus d'évaluation de l'acceptation et les coûts effectifs des maisons d'attente et de leur implémentation dans des environnements qui soient pertinents.
 - Développement de messages et d'activités de l'IEC pour la promotion de la maternité sûre et des services de santé offerts par le système national de santé, adaptés aux attentes et aux caractéristiques de chaque population.
- ✓ Assurer des ressources et assurer la qualité des soins essentiels du nouveau né. Ces soins, profondément liés à l'attention pré et post natale, doivent inclure des actions sanitaires et informatives dirigées à assurer la nutrition (celle de la mère, de l'enfant et de l'allaitement maternel), la prévention d'infections et de maladies endémiques et les soins spéciaux pour les enfants qui en auront besoin (s'il ont un poids

trop bas, s'il sont de bébés qui montrent des signes d'alarme...).

- ✓ Soutenir des actions orientées à promouvoir l'introduction de la problématique de l'avortement dangereux dans l'agenda des groupes de travail pluri-sectoriels qui travaillent dans le domaine de la SSR et à fortifier les actions pour les réduire.

5.2. Programmes de repositionnement de la planification familiale

La planification familiale a un impact important et direct dans la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile et du VIH/SIDA, dans la SSR et dans les comportements responsables des adolescents et des jeunes. Ces changements ont à leur tour des répercussions positives dans la qualité de vie de la population (moins de grossesses non désirées et moins d'avortement dangereux, des enfants avec plus de niveau éducatifs, plus d'années de vie salubre et plus de capacité productive). L'ensemble de ces conditions est nécessaire pour la réduction de la pauvreté et pour la consécution des ODM.

La reconnaissance de ces relations à un niveau politique se matérialise dans la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD, le Caire 1994), en mettant les éléments de la SSR dans le noyau de l'agenda internationale pour le développement soutenable. Malgré cela, la planification familiale a été posterguée dans le cadre d'action de différents agents du développement. Elle a été sujet générale-

ment à des questionnements morales, religieux, culturels et économiques. En plus, il y a eu un compromis débile de la part de beaucoup de donateurs par rapport ce secteur de la santé et une implémentation incomplète dans les programmes des pays développés.

Un thème qui a été apparue pendant la discussion, c'est la question de jusqu'à quel point la coopération doivent promouvoir des modèles de planification familiale qui ne correspondent pas à la culture locale africaine ou par exemple un grand nombre d'enfant veut dire un grande richesse. Du point de vue des droits humains, c'est clair qu'en aucun cas l'utilisation de méthodes de panification peut se proposer comme obligatoire. Par contre, l'Etat a l'obligation de mettre à disposition des personnes les méthodes et l'information qui permettent prendre des décisions sur son utilisation et former ainsi partie du soin de la santé.

D'autre côté, des facteurs comme l'existence de méthodes traditionnels de planification familiale et la préférence de quelques femmes pour la Depoprovera (qui est utilisé sans la connaissance du partenaire) démontre le besoin de planification familiale de la population. A peu près pareil c'est le cas de jeunes quisque on observe que ceux qui vont à l'école et qui pourtant ont plus de possibilités de faire des plans à long terme, sont ceux qui demandent le plus des services de planification familiale. Dans ce contexte, il a été reconnu le besoin de réaliser plus d'investigations pour connaître le niveau d'acceptation des anticonceptifs, même si la demande a augmenté dans ces années.

D'une façon similaire à la satisfaction d'autres besoins sociaux basiques, l'accès aux méthodes anticonceptifs modernes est aussi conditionné par les patrons d'exclusion sociaux. Ainsi, le fait que les systèmes nationales de santé ne comptent pas avec les ressource

nécessaires pour fournir pleinement ces services et ces produits à toute la population, qui est déjà une violation des droits humains, s'ajoute à la marginalisation dans les patrons des utilisations de ressources pour la planification familiale.

La nécessité de repositionner la Planification Familiale

- ✓ A niveau mondial, le 61% des Femmes en Age Fertile (FAF) mariées ou en union utilisent l'anticonception.
- ✓ Dans les régions les plus développées, le 69% utilise une méthode de PF, dans les moins développés la moyenne est de 59%. En Afrique ce pourcentage est de 27%.
- ✓ Autour de 120 millions de FAF dans le monde seraient d'accord d'utiliser une méthode moderne de PF.
- ✓ En Afrique Subsaharienne près du 23% des FAF mariées ou en union ont besoin de PF.

Données pour le Mozambique:

- ✓ Le Taux de Prévalence Anticonceptive augmenta de 6% en 1997 à 17% en 2003.
- ✓ Ce taux est pour les méthodes modernes de 14,2%.
- ✓ Les besoins non satisfaites de PF sont de 18,4%.
- ✓ La nécessité non satisfaite de services de PF est de 53%, près de 60% dans les zones rurales et de 41% dans les zones urbaines.
- ✓ La moyenne des nécessités par an pour l'achat d'anticonceptifs, les préservatifs inclus, est de 4,000,000 USD.

Pendant la réunion, il s'est mentionné des différents voies pour améliorer la qualité des services de PF, comme par exemple, augmenter la demande ou réduire les obstacles légaux, administratifs, géographiques, économiques et socioculturels par rapport aux méthodes. Un thème clef a été celui de garantir la sécurité des biens et des produits pour la SSR définie comme:

«La garantie de disponibilité continue de biens et de produits de qualité (médicaments, anticonceptifs, équipements médicaux et chirurgiens, et matériaux), de manière à assurer que les services préventifs et curatifs soient de bonne qualité et répondent aux nécessités de chaque individu.»

Pour le réussir, UNFPA a travaillé depuis long temps avec les gouvernements don-

Programmes d'intervention spécifique en santé maternelle et infantile et santé sexuelle et reproductive

nants et récepteurs pour développer les conditions politiques et les systèmes de planification, de financement et approvisionnement orientés à assurer ces ressources. Les autres éléments clefs pour le développement d'un programme de repositionnement de la planification familiale furent:

- ✓ Soutenir des actions dirigées à assurer la disponibilité des méthodes contraceptifs à travers de différents moyens:
 - Etablissement et fonctionnement d'un Comité de Coordination pour garantir des biens et des produits basiques pour la santé reproductive, dirigé par le Ministère de Santé et avec la participation des associés et des donateurs qui soutiennent la SSR, du secteur privé et de la société civile.
 - Elaboration et implémentation d'une stratégie et d'un Plan d'action pour garantir les biens et les produits basiques pour la SSR ainsi que leur gestion et évaluation, en utilisant cette stratégie pour renforcer et améliorer le système de gestion logistique de biens et de produits du Ministère de Santé.
 - Créer et canaliser les fonds à une ligne budgétaire pour assurer la recherche et l'acquisition de biens et de produits basiques de SSR.
 - Concilier le système d'information sanitaire (SIS) et le système de gestion logistique (SGL) pour améliorer la gestion des deux programmes et la gestion logistique, qui permette la distribution de biens et de produits adéquats dans les quantités adéquates, dans le lieu demandé et dans le moment approprié.
- Assurer que les thèmes de SSR et de PF, et en particulier la stratégie pour garantir les biens et les produits de santé reproductive soient considérés dans l'élaboration et /ou révision de documents stratégiques importants comme les Plan de Réduction de la pauvreté, les Plans Economiques et Sociaux, les Plans Stratégiques du secteur Santé et les documents du procès SWAP entre autres.
- Assurer les ressources humaines en nombre et en qualité pour le système de gestion du programme de SSR et de réduction de la mortalité maternelle à tous les niveaux.
- Analyser et discuter les potentialités et les bénéfices de l'établissement d'une unité unique pour la gestion de biens et de produits.
- Fortifier les programmes nationaux de approvisionnement, distribution et gestion pour garantir l'accès des méthodes de planification familiale à niveau de district.
- Assurer l'amélioration des infrastructures et des conditions pour l'emménagement de biens et de produits, surtout à un niveau de district et des unités sanitaires, ainsi qu'inverser dans une flotte de transports et de moyens pour une distribution meilleure et plus efficace.
- ✓ Appuyer les actions orientées à fournir information, soutien et supervision aux fournisseurs pour qu'ils puissent four-

nir des services de planification de qualité et adéquats aux nécessités et aux caractéristiques des utilisateurs.

- ✓ Développer des actions pour éliminer les obstacles politiques et médicaux qui limitent l'accès à la PF à l'école. La grossesse adolescente est un des problèmes les plus pertinents et avec plus d'impact dans la santé des jeunes. Malgré cela il existe encore beaucoup de restrictions d'accès aux services de PF pour les jeunes, comme par exemple leur solliciter l'autorisation de leurs parents. Fournir une orientation en SSR à travers de l'école est une stratégie qui pourrait avantager l'état de santé reproductive des adolescents, mais il est nécessaire pour cela éliminer ces obstacles pour pouvoir les faire.
- ✓ Soutenir des actions qui promeuvent des procès de communication dirigés à réduire les barrières socioculturelles dans ce domaine. Pour ce type d'initiatives il faudrait prendre en considération le facteur de genre, en combinant des actions de communication interpersonnelles avec d'autres qui permettent travailler les tabous en rapport avec ce thème dans la population.
- ✓ Promouvoir des actions qui incluent des contenus de communication clés et adéquats aux caractéristiques de la population pour informer aux personnes sur la planification familiale et sur les services qu'elle y offre.
- ✓ Soutenir les procès d'évaluation et gestion sur les programmes qui sont en train de s'implémenter.

5.3. Programmes pour l'intégration de la santé sexuelle et reproductive, la santé maternelle et infantile et la lutte contre le VIH/SIDA

Le VIH/SIDA a pris des dimensions pandémiques, ce qui a généré deux tendances dans la lutte contre le VIH/SIDA: la primarisation du thème dans l'agenda politique avant qu'autres thèmes de santé et développement et, avec cela, la réponse multisectorielle. Le résultat est positif puisqu'on a réussi à impliquer différents acteurs et à augmenter les canaux pour coordonner les efforts contre cette épidémie.

Dans ce contexte, il est aussi important de prendre en compte que la transmission du VIH/SIDA se produit fondamentalement par la voie sexuelle et qu'en ce sens il est nécessaire de continuer à travailler dans des modèles de prévention et attention qui puissent aborder les thèmes de genre, de santé, et de droits sexuels et reproductifs d'une façon intégrale.

La féminisation du VIH/SIDA est une tendance qui a été confirmée par les différents organismes impliqués dans la prévention du VIH/SIDA à un niveau mondial. Certains facteurs associés aux femmes sont biologiques, comme le fait que les caractéristiques du cou et de la mucoosité vaginale des femmes, spécialement des jeunes femmes, les font plus vulnérables au contagion ou qu'un important nombre des ITS ne soient pas identifiées puisqu'ils ne présentent aucun symptôme. Par contre la plus part des facteurs sont socioculturels et sont profondément liés au concept

et aux patrons de conduite liés à la sexualité et aux relations de genre. Quelques uns de ces facteurs sont:

- ✓ La culture du silence par rapport à la sexualité: puisque la sexualité est un thème privé, limité aux unions formelles ou aux institutions sociales légitimées par une communauté, les canaux d'information, soin, résolution de problèmes et d'éventuels dénonciation sont limités. En contraste avec cela, les formalités à part, la culture sexuelles dans certaines localités ne s'encadrent pas dans le patron traditionnel de couple hétérosexuel, mais dans différents couples et différent sexe des couples, ce qui exige un abordage beaucoup plus complexe que les modèles classiques de prévention.
- ✓ Normes de féminité: Le mariage et la maternité comme unique voie de réalisation et de valorisation de la femme. Pour être valorisées comme «bonnes femmes, épouses et mères» on attend que les femmes se développent dans un contexte de soumission et observance de règles. Dans le cas d'être inaccomplies, les femmes sont exposées à la marginalisation sociale et à la violence (d'hommes et de femmes). En plus comme la maternité est associé au soin, la femme est forcé a développer le rôle de fournisseur de soins basiques de santé, généralement dirigés à d'autres et a reléguer sa propre situation de santé et son bien-être général.
- ✓ Normes de masculinité: Exercice actif du pouvoir et de la sexualité comme source de valorisation d'un homme. La réussite masculine est mesurée à travers le nombre de couples sexuels, ce qui favorise les comportements de risque. La légitimité de la domination sur la femme qui favorise la pression et la violence.
- ✓ Ce contexte culturel apporte une réduction des droits et des opportunités, par exemple l'accès limité à l'éducation formale et l'information sur la sexualité et l'accès limité aux ressources comme le cas de la négation du droit au veuvage. Une fois qu'elle devient veuve la femme est exposé à l'abus et à la marginalisation, étant celui-ci un des facteurs qui favorisent la permanence des pratiques sexuelles transactionnelles.
- ✓ De plus, ils se produisent une diversité de pratiques de violence dans lesquelles les femmes, surtout les jeunes, sont les victimes principales:
 - Abus et violations sexuelles
 - Pratiques culturelles locales liées aux rôles de genre et à la sexualité: rites d'initiation et de purification qui incluent des relations sexuelles accordées et des mutilations.
 - Sexe lié à l'obtention de biens: dans un contexte de pauvreté et de patrons culturels comme ceux que nous avons décrits, l'échange sexuel devient une voie pour obtenir sécurité et biens. Le sexe transactionnel, la prostitution et le trafic de femmes/filles sont des exemples.
- ✓ Finalement ces facteurs ont aussi un impact sur les programmes et les services de santé:

- Du à la relation entre la culture et la résistance à utiliser le préservatif
- Du à la façon dont l'entourage peut affecter au rôle des professionnels de la santé et leur travail.
- Du aux limitation qu'implique pour la dissémination de l'information adéquate.
- Du à la discrimination et au stigmate associé au VIH/SIDA, qui est plus grand pour les femmes.

En conclusion, la féminisation du VIH/SIDA est le résultat d'une somme de facteurs, principalement socioculturels, liés aux rôles des genres et qui se rapportent profondément avec l'exercice des droits sexuels et reproductifs et avec la condition de la santé sexuelle et reproductive chez les hommes et chez les femmes en général et très spécialement des jeunes femmes. C'est une des raisons de pourquoi l'intégration des services de VIH/SIDA et de santé sexuelle et reproductive est clef puisque il s'agit d'éléments très en rapport et déterminés par le même facteur.

D'autre côté, le VIH/SIDA est en rapport avec trois éléments qui le font une maladie très stigmatisant: mort, contagé et punition. Le contagé et la punition sont en rapport avec les pratiques sexuelles, même s'il existent encore des informations dénaturalisées sur les voies de contagé qui ne sont pas réelles mais qui affectent négativement au traitement en vers les personnes infectées. Pour la punition, celle ci est directement en rapport avec la transgression de règles de comportement sexuel, étant la personne affectée considérée comme la causante

ou la responsable de cette punition. Les trois éléments répercutent directement dans l'exercice des droits et à niveau d'intégration social des personnes de VIH + et de ceux qui ont développé le SIDA.

Ainsi un thème qui requiert une attention particulière c'est le consentement informé comme exercice des droits à la libre élection et la condition de volontarisme de l'examen du VIH/SIDA dans le cas d femme enceintes.

Finalement, les éléments principaux pour l'intégration des droits et de la santé sexuelle et reproductive avec la santé maternelle et infantile et la lutte contre le VIH furent surtout les suivantes:

- ✓ Soutenir les actions dirigées a promouvoir l'éducation sur la sexualité dans les entourages formels et non formels, et fournir à des maîtres et les chefs des communautés des habilités pour éduquer en sexualité d'un point de vue intégral et des droits humain. Ces programmes doivent aussi souligner la promotion de l'éducation des femmes et des filles.
- ✓ Soutenir les initiatives pour promouvoir des débats ouverts avec les hommes et les femmes sur sexualité, ou ils puissent réfléchir sur les patrons sociaux, culturels et de genre et son impact sur les droits et le bien-être des personnes, ainsi comme chercher des voies pour la promotion des droits sexuels et reproductifs à niveau de la communauté.
- ✓ Appuyer des actions orientées à promouvoir des changements légaux pour

garantir l'égalité de droits entre les hommes et les femmes, en spécial en ce qui se réfère à l'accès aux ressources économiques, la propriété et à la production.

- ✓ Promouvoir les cadres légaux, administratifs et de procès qui garantissent la protection contre la violence sexuelle (par exemple la typification comme délit de caractère public, l'entraînement du personnel policier et judiciaire, l'élimination du prix pour les procès de dénonciation, de services attention psycho-sociale aux victimes), et de genre dans toutes ses formes et pour générer les espaces d'intégration sociale pour les victimes.
- ✓ Soutenir des procès à niveau institutionnel et opératif pour promouvoir l'intégration des services de SSR et de la lutte contre le VIH/SIDA.
- ✓ Soutenir des actions pour fortifier les capacités du personnel de la santé pour aborder les thèmes relatifs aux droits sexuels et reproductifs.
- ✓ Appuyer les actions pour réduire le stigma et la discrimination associé au VIH/SIDA, spécialement pour les femmes. Travailler sur les conditionnements de l'information et valorisants en rapport au VIH/SIDA pour promouvoir l'exercice des droits et améliorer la qualité de vie des personnes VIH/SIDA et ses familles, et aussi pour que le VIH/SIDA soit assumé et confronté par la communauté en général d'une manière plus compréhensive/intégrale.

5.4. Programmes de promotion de la santé sexuelle et reproductive et prévention des grossesses en adolescents et jeunes

Les adolescents et les jeunes représentent le plus grand groupe populationnel des pays en voie de développement et sont par contre hautement vulnérables en termes de ses droites et de sa santé sexuelles et reproductive. Même si chaque fois c'est plus documenté le fait que l'âge d'initiation sexuelle moyenne dans tous les pays du monde, et en Afrique en particulier, se trouve dans cette période, en termes pratiques, le droit à recevoir de l'information et de compter avec les moyens pour décider, planifier et soigner la santé sexuelle et reproductive des adolescents, est encore limité par les adultes. Cette discrimination expose aux adolescents et aux jeunes à des risques importants par rapport à la santé, sa sécurité et son plan de vie.

L'éducation sexuelle n'est pas formalisée, les services de santé sexuelle et reproductive sont normalement pensées pour des femmes en âge fertile et les chaînes pour solliciter du soutien ou résoudre des problèmes relatifs aux droits ou à la santé sexuelle et reproductive n'existent pas ou ne sont pas à la portée des jeunes. Même les messages de prévention dirigés aux adultes sur l'utilisation du préservatif ont porté des malentendus dans les cas des adolescents, puisqu'il s'est présenté comme une méthode pour les relations sporadiques, et donc les jeunes ne l'ont utilisé pas avec leurs couples stables.

Il existe quelques expériences qui ont servi pour impliquer les jeunes dans la pro-

motion et la défense de leurs droits et de leur santé sexuelle et reproductive, comme par exemple:

- Le soutien à la création associations de jeunes,
- L'implémentation des centres de jour,
- Le développement de rencontres systématiques avec des jeunes orientés à l'incidence politique
- Le développement de programmes de jeunes dedans et en dehors des écoles,
- Le volontariat et l'éducation/motivation par paires.

En plus de ce type d'intervention, les participants a Maputo ont donné la préférence a certaines facteurs que ont été considéré comme essentiel pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive et la prévention de grossesses en adolescents et en jeunes:

- ✓ Soutenir des actions pour répondre aux besoins des jeunes en santé sexuelle et reproductive, en développant des stratégies pour réduire les barrières pour son accès à l'éducation, aux services et aux produits relevant pour garantir la permanence des adolescents enceintes dans l'école et la non-discrimination de la part du système éducatif ou sanitaire.
- ✓ Renforcer les actions orientées à fortifier la participation des secteurs de l'Éducation et de la jeunesse dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes. Cela inclus particulièrement à la génération de matériels et de formation de maîtres dans des thèmes de

sexualité, qui permettent de répondre de manière adéquate aux nécessités des élèves dans ces champs. De même il est prioritaire donner un support à ceux qui développent des actions dirigées à des groupes d'adolescents qui souffrent l'abandon ou la marginalisation, selon ses nécessités reproductives.

- ✓ Soutenir des actions et des campagnes orientées à implémenter des stratégies de distribution de préservatifs par des voies non sanitaires.
- ✓ Soutient spécial aux actions dirigées à promouvoir l'implication des jeunes dans la promotion et défense de ses droits et surtout de ses droits sexuelle et reproductifs. C'est important que dans ce cadre on réalise des évaluations pour déterminer quels systèmes d'incentifs sont acceptés, adéquat et soutenables pour assurer la continuité de ces programmes.

5.5. Programmes pour la détection et le traitement préventive du cancer du cou utérin

Le cancer du cou utérin est une dolence supposée de grande prévalence qui cause un important nombre de morts en Afrique Subsaharienne et pour laquelle on connaît des méthodes de diagnose et de traitement effectif, voila pourquoi il faudrait prendre des mesures pour y répondre rapidement. C'est encore un thème peu connu et il n'est pas toujours considéré comme un élément de la santé publique qui doit être priorisé. Pour

La situation du cancer du cou utérin

- ✓ Le Cancer du cou utérin affecte a peu près à 490.000 femmes dans le monde par an et implique plus de 270.000 morts.
- ✓ Près du 85% des femmes meurent du cancer utérin dans les pays développés. Si la tendance actuelle continue ainsi dans l'année 2050 il y aura plus d'un million de cas nouveaux par an.
- ✓ Le cancer du cou utérin peut se prévenir si les lésions precanceriennes s'identifient et se traitent tôt. Par contre la plupart des femmes dans les pays en voie de développement n'ont pas accès à des programmes de diagnose et de traitement.
- ✓ L'Afrique Subsaharienne est la région ou se concentre la plus grande proportion de cas de cancer utérin au monde.
- ✓ La diagnose de cancer est chaque fois plus fréquente dans les pays développés. Dans l'an 2000 on estima qu'en Afrique subsaharienne il existaient 57000 cas de cancer de cou utérin.

l'incorporation de la prévention, détection tôt et traitements dans les systèmes nationaux de santé il faudrait évaluer les différentes possibilités existantes et déterminer celles qui sont plus appropriées pour le contexte de chaque pays.

Pour la réussite de ces programmes de control de cancer du cou utérin les facteurs fondamentaux peuvent être les suivants:

- ✓ La garantie des voies de détection et de traitement,

- ✓ L'effectivité du traitement,
- ✓ La couverture de la détection.

C'est important de prendre en compte que le HPV, ce qui cause le cancer cervical, se transmet par voie sexuelle comme d'autres ITS, voila pourquoi tous les éléments de soin de la santé sexuelle et reproductive sont clefs pour réduire l'incidence de ce problème.

En ce qui respecte les mécanismes de diagnose, il y a deux facteurs qui sont pertinents pour mesurer son efficacité:

- ✓ La Sensitivité: qui est définie comme la proportion de ceux qui ont la maladie et que l'examen détecte comme positifs. Une sensibilité modérée ou basse implique le risque de donner des hauts taux de résultats négatifs faux et requiert que les femmes soient examinées fréquemment.
- ✓ La Spécificité: qui est définie comme la proportion de ceux qui n'ont pas la maladie et que l'examen identifie correctement comme négatifs.

Le diagnose est un élément stratégique pour faire visible l'incidence du problème, ainsi que pour donner une réponse tôt à la maladie avec une plus grande possibilité de réussite. La détermination d'options pragmatiques devra prendre en compte les deux facteurs mentionné auprès, mais aussi les nécessités matérielles et humains de la preuve.

Dans des pays ou il n'existe pas une stratégie des programmes pour répondre, il est important de considérer une série d'éléments nécessaires pour son implémentation:

TYPES DE DIAGNOSES DU CANCER CERVICAL ET SES IMPLICATIONS

TYPE	AVANTAGES	DESAVANTAGES	REQUERIMENTS
Cytologie conventionnelle ou liquide	<ul style="list-style-type: none"> - Réussite historique dans les pays développés. - Haute spécificité. - Bon point de vue du diagnostic. - Peut être costo-effectif dans les pays de revenus moyens. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensitivité moyenne ou basse. - L'effectivité dépend de la perissee de celui qui l'applique. - Nécessite d'une infrastructures complexe. - Les résultats ne sont pas disponibles immédiatement. - Nécessite de visites multiples. - Il semble avoir moins d'effectivité entre les femmes post ménopausiques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Champs d'examination privée. - Table pour examination. - Personnel de santé entraîné. - Spécule vaginal stérilisé. - Produits et équipements pour préparer et interpréter les prélèvements extraits (ex. Spatules, lames de verre, fixeur, microscopes). - Marqueur de verre, étiquettes. - Formats de sollicitude de Cytologie. - Feuilles ou livres de registre. - Trousses pour lames de verre. - Laboratoires de Cytologie avec personnel entraîné pour interpréter les résultats. - Patrologues. - Transport des lames au laboratoire. - Systèmes d'information pour assurer le contact de suivi avec les utilisatrices. - Système de garantie de la qualité pour maximiser effectivité.
Inspection avec acide ascétique au 3-5%		<ul style="list-style-type: none"> - Spécificité modérée. - Il n'existent pas des évidences concluantes des implications en santé ou en Costes du sur traitement, particulièrement en champs avec une haute prévalence du VIH. - Il y a la nécessité de développer des méthodes de capacitation standard et des mesures pour assurer la qualité. - Il semble être moins efficace entre femmes post ménopausiques. - Effectivité de la perissee dépend de la perissee de celui qui l'applique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Champs d'examination privée. - Table pour examination. - Personnel de santé entraîné. - Spécule vaginal stérilisé. - Sources d'électricité adéquate. - Gants d'examination nouveaux ou gants chirurgiens hautement désinfectés. - Éponges de coton grandes. - Acide ascétique (vinaigre) dilué (3-5%) dans un petit bol. - Containers avec solution de clore au 0,5%. - Cube en plastique et saque en plastique. - Système de garantie de la qualité pour maximiser effectivité.

TYPES DE DIAGNOSES DU CANCER CERVICAL ET SES IMPLICATIONS (Cont.)

TYPE	AVANTAGES	DESAVANTAGES	REQUERIMENTS
Inspection avec solution Lugol			- Semblable à l'antérieure mais il faut remplacer l'acide acétique par Iode de Lugol ⁸
Examen de Papillomavirus (HPV)		<ul style="list-style-type: none"> - Les résultats immédiats sont peu communs - Sensitivité modérée à basse - Nécessite d'une infrastructures complexe. 	

- ✓ La stratégie pour la prévention et le control du cancer utérin est incluse dans les stratégies nationales de Santé. Dans cette stratégie il faudra déterminer la localisation et la relation entre la prévention et le traitement du cancer cervical et des autres composants des programmes de santé sexuelle et reproductive.
 - ✓ Les règles de procès pour la prévention, diagnose et traitement de la maladie.
 - ✓ Les systèmes d'information sur la prévalence et pour l'approvisionnement des ressources intégrés et actualisés.
 - ✓ Entraînement du personnel pour la connaissance des moyens de prévention, traitement et control.
 - ✓ Campagnes de IEC dirigées à la population.
- Quelques des éléments principaux qui furent souligner dans le débat pris pendant la réunion du travail par rapport aux efforts qui doivent être développé pour faire face au cancer du cou utérin étaient referez aux aspects suivantes:
- ✓ Les programmes doivent se diriger à fortifier les capacités des gouvernements pour évaluer la convenance d'introduire un programme de détection et traitement tôt du cancer cervical, ainsi qu'à soutenir les conditions nécessaires pour le dessin et l'implémentation des mêmes.
 - ✓ Il est nécessaire de soutenir le développement des investigations pour la connaissance de la prévalence requises et l'impact du cancer cervical.
 - ✓ Également, il faudrait soutenir le développement d'une stratégie de control du cancer du cou utérin et le développement d'autres instruments nécessaires pour son implémentation.

⁸ Traduction de Lugol's iodine.

- ✓ Finalement, il serait précis de donner du soutien aux actions pour l'incorporation de messages de prévention en rapport avec le cancer cervical dans les programmes existants de santé sexuelle et reproductive.

5.6. Programmes d'investigation appliquée

Il existe consensus entre ceux qui travaillent dans les thèmes de SDRS sur la considération de ce domaine comme un secteur particulièrement sensible aux contextes sociaux et culturels. Dont la réplication des expériences peut avoir un effet négatif si avant on n'évalue pas son impact dans un contexte spécifique. D'autre côté l'existence de besoins urgents dans ce domaine et les ressources limitées, impose la nécessité de créer des alternatives innovatrices pour l'implémentation et l'administration des programmes et pour une gestion constante des résultats.

Voilà pourquoi l'investigation est une nécessité claire et les différents cadres d'investigation peuvent apporter des résultats et des recommandations pour l'amélioration intégrale des systèmes de santé en général et en particulier pour les programmes de SDRS. Pendant la réunion de travail, il se parlait sur les modèles qui résultent plus adéquats pour recueillir et donner une compréhension réelle sur ce qui arrive dans un contexte déterminé.

Si l'on considère, l'investigation-action propose une critique contre la méthode positiviste qu'il considère limitée à la compréhension intégrale des phénomènes

socioculturels puisqu'elle tend plus à établir des cadres limités et spécifiques de connaissance. Considérant que les systèmes de santé soutiennent surtout des modèles d'attention chaque fois plus intégraux, le point de vue socioculturel se propose comme un ressource utile pour réaliser des études et des propositions horizontales, qui considèrent la relation entre les différents variables d'une perspective locale et génère donc des réponses plus complètes aux besoins de la santé.

L'investigation-action constitue un processus cyclique orienté à deux objectifs simultanés: résoudre les problèmes immédiats et fortifier la capacité du système. Le processus inclue comme acteurs à des équipes multidisciplinaires (anthropologues, médecins, éducateurs...), des investigateurs internes (de la communauté) et externes ainsi comme la communauté et autres acteurs locaux (le personnel sanitaire inclus), étant crucial qu'ils développent une haute implication et appropriation du processus.

Il se donne un rôle important au composant qualitatif puisqu'il est orienté à identifier les causes et les processus liés au problème, et non seulement l'état de la situation et la perception des acteurs. Il été considéré que les modèles traditionnellement utilisés par l'aide internationale ne travaillaient pas ces aspects suffisamment que cette débilite a vraiment affecté la effectivité de ceux ci. Dans le cadre de l'investigation ils sont utilisés des sources comme: l'observation participative, les entretiens les histoires de vie,

Programmes d'intervention spécifique en santé maternelle et infantile et santé sexuelle et reproductive

les études de cas, les groupes focaux ou les procès d'Investigation d'Action Participative (PAP). En plus, on parie pour la segmentation de l'analyse et des résultats, à travers de variables géographiques, administratives, temporelles, de genre et de travaux.

Comme dans le cas d'autres modèles d'investigation, deux questions clefs se posent au respect de la vraie effectivité de l'investigation action:

- ✓ Que les résultats puissent s'obtenir de façon opportune, pour qu'ils puissent être utilisés par ceux qui développent des actions sur le champ.
- ✓ Que les résultats soient pris en compte par les instances de décision politique et qu'il existe une ouverture pour implémenter intégralement les recommandations qui puissent surgir du procès d'investigation.

Dans ce cadre, les éléments plus représentatifs pour le développement de programmes d'investigation appliquée pour favoriser la réussite des interventions dans la santé sexuelle et reproductive et dans la santé maternelle et infantile furent définis ainsi:

- ✓ Les thèmes d'investigations comme:
 - L'acceptabilité de la PF, les stratégies des communautés de control de la fécondité et les messages adéquats sur les méthodes anticonceptives au niveau communautaire.
 - L'identification des éléments du système d'attention primaire de santé qui requièrent être améliorés pour fournir des services de PF de qualité

et l'évaluation de stratégies effectives pour cela.

- Les aspects culturels qui créent des barrières à l'accès aux services de santé et des stratégies pour travailler sur eux.
- L'impact de l'avortement dangereux dans la santé maternelle et comment cela influe dans la mortalité et la morbidité des femmes.
- Les nécessités des adolescents et des jeunes en SSR. En particulier, développer des investigations sur quels sont les déterminant d'un commencement tôt de la vie sexuelle.
- L'identification des structures clefs des communautés pour la promotion de la SSR.
- ✓ Soutenir les investigations qui promurent une vision intégrale des problèmes de santé maternelle et infantile et de SSR, en considérant les aspects socioculturels et du système de santé du point de vue de l'intégration des services. Le point de vue multidisciplinaire est fondamental dans ce sens.
- ✓ Impliquer activement à ceux qui en seront bénéficiés, spécialement lorsqu'on parle d'études réalisés à niveau de la communauté. Il faudrait valoriser la perspective des utilisateurs et des personnes qui n'accèdent pas au système comme éléments clefs pour le développement de proposition et de résultats effectifs et légitimes.
- ✓ Soutenir les investigations orientées à fortifier les systèmes et les program-

mes de santé (ex. Gestion logistique) qui puissent identifier les procès ou les éléments à être améliorés et qui prouvent l'effectivité des stratégies dessinées en ce sens.

- ✓ Connecter les investigations soutenues avec des actions pour promouvoir un compromis politique avec les procès et les résultats obtenus. De cette façon les recommandations qui se produiront pourront être incorporées effectivement dans le développement de politiques et de programmes de santé.
- ✓ Considérer la participation du personnel local et le développement d'activités de collaboration avec les instances locales pour soutenir la formation d'investigateurs à un niveau local.
- ✓ Développer une ligne de promotion et financement spécifique pour l'investigation qui inclus la canalisation de fonds pour la réalisation des investigations, ainsi que la création d'espaces de débats, intégration et diffusion des résultats.

Recommandations finales

1. **Considérer la réduction de la mortalité maternelle et néo natale** et l'amélioration de la santé des mères et des nouveaux nés comme l'objectif prioritaire pour la coopération espagnole au développement.
2. **Accroître considérablement les contributions financières à la planification, implémentation et évaluation des feuilles de route** pour réduire la mortalité maternelle et néonatale dans les différents pays africains dans la totalité de ses composants: 1) Améliorer l'approvisionnement et l'accès aux services en santé maternelle et des nouveau-nés, en incluant les services de planification familiale, 2) Fortifier les systèmes de référence, 3) Fortifier la planification de la santé par districts et la gestion de l'attention sanitaire maternelle et infantile, en incluant les services de planification familiale, 4) Faire de la incidence politique pour aboutir dans un plan grand compromis et dans plus de ressources pour la santé maternelle et infantile et pour la planification familiale, 5) Promouvoir des associations, 6) Promouvoir le soin continu du foyer jusqu'à l'hôpital, et 7) renforcer les communautés et les femmes spécialement.
3. **Soutenir les procès de fortification de la société civile** pour la lutte contre la mortalité maternelle et infantile et pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive de toutes les personnes.
4. **Soutenir des actions d'investigation** concrètes sur les aspects culturels, anthropologiques et opérateurs qui empêchent des améliorations réelles de la santé maternelle et infantile et de la santé sexuelle et reproductive.
5. **Soutenir les actions dirigées à prévenir la haute morbi-mortalité maternelle causée par l'avortement dangereux** et à connaître l'incidence réelle sur la population.
6. **Soutenir des actions de prévention et éducation dirigées aux adolescents** pour créer une prévention et une éducation salutaire de la santé sexuelle et reproductive.
7. **Soutenir des actions d'investigation sur l'incidence des maladies comme le cancer cervical** dans la santé des femmes et sur le développement de programmes d'intervention sanitaire dirigé à la diagnose précoce, à la prévention et au traitement de celles-ci.
8. **Soutenir des méthodologies et des propositions de travail communautaire avec les hommes** pour générer des attitudes responsables vers la grossesse, l'accouchement et autres sphères en rapport avec la sexualité et la reproduction.

Anexe I

Groupe de Travail de Santé Réunion de Maputo, 14-15 décembre 2006

ORDRE DE JOUR DE TRAVAIL

Jeudi 14 décembre 2006

- 9:00 **Présentation des participants.**
Modérateur: Dra. Lilia Llamisse, *Directrice Nationale Adjointe de Santé, Ministère de Santé.*
- 9:30 **Bienvenue.**
Excme. Dr. Aida Libombo, *Vice-ministre de Santé.*
Excme. M. Juan Manuel Molina Lamothe, *Ambassadeur d'Espagne au Mozambique.*
- 10:00 **Café.**
- 10:30 **Présentation de l'Atelier.**
Mdm. Marta O'Kelly, *Directrice du Groupe de Intéret Espagnol en Population, Développement et Santé Reproductive.*
Panneau I: "Cadres politiques pour la promotion de la santé sexuelle et reproductive en Afrique".
Modérateur: Dr. Esther Leandro, *Directrice de Projets, Medicus Mundi.*
- 11:00 **Cadre général de la Politique Continental Africaine pour la promotion de la santé et des droits sexuels y reproductifs.**
Dr. Lilia Llamisse, *Directrice Nationale Adjointe, Ministère de Santé.*
- 11:15 **La Stratégie Africaine pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale et son implémentation au Mozambique.**
Dr. Elsa Jacinto, *Directrice du Programme de Santé Reproductive, Ministère de Santé.*
- 11:30 **La santé et les droits sexuels et reproductifs dans les priorités de la coopération espagnole en santé.**
M. Miguel Casado, *Responsable du secteur santé, Direction Général des Politiques de Développement, Secrétariat d'Etat pour la Coopération Internationale, Ministère d'Affaires Etrangères.*

- 11:45 Commentaires y discussion.
- 12:45 Repas.
Panneau II: "Présentations thématiques et stratégies clefs pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive et pour la lutte contre la mortalité maternelle de la perspective du Mozambique".
- Modérateur: Dra. Lilia Llamisse, *Directrice National Adjointe, Ministère de Santé.*
- 13:45 Accès aux services de santé sexuelle y reproductive.
Dr. Sergio Galán, *coordinateur du projet de santé maternelle au Gaza, Medicus Mundi – Mozambique.*
- 14:00 Expérience de participation des communautés dans l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.
Dr. Joao Gomes Ausse, *Directeur, VISAO MONDIAL.*
- 14:15 Discussion y Recommandations.
- 15:30 Café.
- 15:45 Approvisionnements et planification familiale dans le contexte de la santé maternelle et dans la lutte contre le VIH/SIDA.
Dra. María da Luz Vaz, *Directrice de Programmes, Fond de Population de las Nations Unies (UNFPA).*
- 16:00 Discussion y recommandations.
- 17:00 Final de la session.

Vendredi, 15 décembre 2006

- 9:00 Féminisation de la pandémie du VIH/SIDA au Mozambique.
Francelina Romao, *Assesseur de l'Aire de Genre du Ministère de Santé du Mozambique.*
- 9:15 Promotion de la participation des communautés dans la prévention du VIH/SIDA.
Mdm. Luis Macave, *Cruz Vermelha Mozambique.*
- 9:30 Débat et recommandations.
- 10:30 Café.

- 10:45 **Le travail en sexualité et en prévention de grossesses avec adolescents.**
M. Estêvão Jacinto, *Directeur de programmes, Association Mozambicaine pour le Développement de la Famille (AMODAFE).*
- 11:00 **Etat de la situation du cancer de cervix au Mozambique et perspectives pour le développement des stratégies de lutte contre la maladie.**
Paula Libombo, *Punto focal de la OMS para PTB.*
- 11:15 **Initiatives pour l'amélioration de la nutrition infantile au Mozambique.**
Olinda Mugave, *Directrice, REENCONTRO.*
- 11:30 **Débat et recommandations.**
- 12:45 **Clôture et présentation de conclusions.**
- 13:30 **Final de la session.**

Anexe II

Groupe de Travail de Santé

Réunion de Maputo, 14-15 décembre 2006

LISTE DES PARTICIPANTS

NOM	POSTE	E-MAIL
Ministère de Santé de Mozambique		
Excm. Mdm. Aída Libombo	Vice-Ministre de Santé	libombo@yahoo.co.uk
Dra. Lilia Jamisse	Directrice National Adjointe. Ministère de la Santé	ljamisse@gmail.com
Dra. Ana Dai	Dep de santé communautaire	adai@dnsdee.misau.gov.moz
Dra. Atalia Macome	Dep de santé communautaire	
Dra. Carla Silva	Chef de Reparations de Maladies non transmissives	
Dra. Dalmazia Cossa	Assessorie Juridique	dcossa@minsau.gov.moz
Dra. Elsa Jacinto	Dir. Santé Reproductive	elsajacinto@yahoo.com.br
Dra. Francelina Romão	Assesseur de l'Aire de genre	fromao@misau.gov.mz
Dra. Ivone Zilhao	SEA (Aire d'adolescents)	isilhao@pathfind.org
Dra. Natércia Matule	SEA (Aire d'adolescentes)	nmatule@dnsdee.misau.gov.mz
Dra. Olga Sigáúque	Infirmière de l'aire de Santé communautaire	oantonio@dnsdee.misau.gov.mz
Coopération espagnole		
Dr. Miguel Casado	Responsable de Santé. Dir. Gral. Politiques de Développement	miguel.casado@mae.es
Dra. Pilar de la Corte	Asseur de Santé de AECl en Mozambique	
Agences des Nations Unies		
Dra. Alicia Carbonelli	Directrice de Programmes OMS	
Dra. Daysi Mahotas	Directrice de Programmes UNICEF	
Dra. Maria Luz Vaz	Directrice de Programmes, UNFPA	mluzvaz@unfpa.uein.mz
Dra. Paula Libombo	Point Focal pour PTB (OMS)	libombop@mz.afro.who.int
Dra. Veronica Reis	Directrice de Programmes, USAID	vreis@fortesaude.org.mz
Ministères		
Dra. Helena Ângelo	Ministère d'Education	Ahelena@mec.gov.mz
M. Fernando Julião	Min. d'Affaires Etrangères	azandamela@minee.gov.mz
Mdm. Lisa Mutisse	Min. de Femme et Action Sociale	lisamutisse@yahoo.com.br
Mdm. Carla Fernandes	Min. de Finances	carlafernandes@gmail.com

LISTE DES PARTICIPANTS (Cont.)

NOM	POSTE	E-MAIL
ONG du Mozambique		
Mdm. Gilda Góndola		
Dr. João Gomes Ause	Visão Mundial	
M. Marçal Monteiro	NAIMA (Coordinateur)	
M. Estêvão Jacinto Ariano	Coord. Prog. de Jeunes AMODEFA Cruz Vermelha de Mozambique	estevaomj@amodefa.org.mz
Mdm. Paula Macave	(VIH/SIDA)	macaveluis@hotmail.com
ONG Espagnoles		
Mdm. Adriana Zumarán	GIE	investigacion@grupogie.org
Mdm. Esther Leandro	Medicus Mundi	esther.leandro@medicusmundi.es
Dr. José Luis Engel	Médecins du Monde	joseluis.engel@medicosdelmundo.es
Mdm. Marta O'Kelly	GIE	coordinadora@grupogie.org
Dr. Pablo Blanco	Farmaceuticus Mundi	pablo.blanco.sanchez@juntadeandalucia.es
M. Sergio Galán	Medicus Mundi Gaza	segalan@gmail.com
Dr. José Vallejo	Médicos Sem Fronteiras	jose_vallejo@hotmail.com
Autres		
Dr. Francisco Zita		fzita@policy.org.mz
M. Cassimo Bique		cassimo@dnsdee.misau.gov.mz
Mdm. Isabel NHatave		INHatave@fortesaude.org.mz
Mdm. Petra Hofman		hofmanpetra@hotmail.com
Dra. Maria Cruz Ciria		cruziria@yahoo.es
Dra. Geraldina Longa		glonga@misau.gov.mz, gerlonga@yahoo.com
Mdm. Paula Macave		Paula.Macave@redcross.org.mz

Table of contents

Prologued by Ms. Leire Pajin Iraola	3
<i>Secretary of State for international Cooperation</i>	
Executive summary	5
1. Introduction	9
2. African countries' priorities in mother and child healthcare and sexual and reproductive health	11
2.1. A regional action plan to promote sexual and reproductive health	11
2.2. African Road Map to Reduce Maternal and Neonatal Mortality	12
3. Capacity strengthening programmes to improve mother and child health and sexual and reproductive health policies	15
3.1. Programmes to strengthen the existing capacity for sector policy planning, implementation, monitoring and evaluation	15
3.2. Programmes to promote social participation	18
4. Crosscutting issues to promote mother and child healthcare and sexual and reproductive health	19
4.1. Strengthening Primary Health Care Systems	19
4.2. Integrating human rights	19
4.3. Bringing in a cultural perspective	20
4.4. Integrating a gender approach	21
4.5. Promoting community involvement	22
5. Specific interventions on mother and child healthcare and sexual and reproductive health	25
5.1. Programmes to increase access to mother and child healthcare systems	25
5.2. Programmes to reposition family planning	27
5.3. Programmes to integrate sexual and reproductive health and rights, mother and child health and HIV/AIDS	30

5.4. Programmes for the promotion of sexual and reproductive health and the prevention of pregnancies among teenagers and young people	33
5.5. Programmes for the early detection and treatment of cervical cancer	34
5.6. Applied research programmes	38
Final recommendations	41
Annex	43

Prologue

Almost two years have gone by since the 1st Meeting of the Women's Network for a Better World was held in Maputo. A Spanish and Mozambican initiative launched to weave together, for the first time at the institutional level, development work with Africa from a gender perspective, with the participation of organisations and networks from the civil society. The work and commitments outlined there were continued in 2007 in Madrid, where the second network meeting was held.

At both events, the women participants agreed, among other aspects, on their commitment to strengthen public health systems, improve women's access to health resources and services in order to promote higher health and welfare levels, and take on measures geared towards mitigating the impact of HIV/AIDS.

Data in this field are overwhelming. For example, there are 1,000,000 mothers and child deaths per year in Africa, 25 million African men and women (particularly women) are infected with HIV, and less than one third of African men and women have access to reproductive healthcare.

It is obvious that scourges like AIDS hinder the countries' abilities to meeting their goal to reduce poverty and infant mortality rates or from achieving universal primary education. Thus, investing in health directly contributes to the development momentum.

Spanish Cooperation is rallying efforts, and is including in their planning this priority action, from the Master Plan, through the just-published Spanish Cooperation Health Strategy. In this way, we have the tools to work in coordination, and so, more efficiently and coherently. Learning about our strategic framework for cooperation allows African women to find common projects, and Spanish Cooperation to align itself with their requirements and needs.

Not until health and education for women are guaranteed, will it be possible to take the next steps in the fight for equality. In this regard, Spain is on the way of no return, getting closer to African women, launching action lines and partnerships where the gender focus is a priority; working with them together towards

the development of their regions; indeed, working towards their women and children's rights.

This report is the fulfilment of a commitment, and is also the end of a project and the beginning of a new one: The implementation of the programmes and strategies presented in it, so that the fight against mother and child mortality and the improvement of sexual and reproductive health in Africa is carried through more efficiently.

I would like to express the great appreciation from the whole State Secretariat for the experts who made up this working group, for their constructive proposals reflected in this report. A group of African and Spanish experts, from international agencies, ministries, NGOs from Mozambique and Spain, who have led and shared their efforts and expertise so that children and women from many different parts in Africa may improve their quality of life and therefore lead more dignified lives.

Leire Pajín Iraola
Secretary of State for international Cooperation

Executive summary

This document is the final outcome report from the Spanish-African Health Working Group Meeting held at Maputo on December 2006. The meeting was organised within the follow-up framework of the Mozambique Statement, adopted in March 2006 in Maputo, which set up the basis for a closer collaboration between Spanish and African women leaders. Experts on mother and child and sexual and reproductive health from international agencies, representatives from the Mozambican Health Ministry and NGOs, as well as from Spanish NGOs and cooperation bodies attended the meeting, which came up with a report with proposals for specific programmes to improve mother and child and sexual and reproductive health in Africa.

This document reflects the ideas and the discussions that took place during the meeting, and it summarizes the main recommendations and conclusions adopted by the participants. In this context, even though participants were mainly based in Mozambique, the approach of the report and the meeting was wide enough to apply to the whole African regional context.

Main conclusions from the meeting encourage the Spanish cooperation to support programmes at two levels. First, capacity building programmes on planning, implementing and evaluating sexual and reproductive health and rights policies, with an especial emphasis on those directed to fight maternal mortality:

- ✓ Programmes to support planning, implementation, follow-up and national roadmap evaluation to speed up the achievement of the Millennium Development Goals regarding mother and child health.
- ✓ Programmes to promote social action and strengthen civil society in the fight against mother and child mortality and the improvement of sexual and reproductive health.

Second, specific health programmes aimed at improving mother and child and sexual and reproductive health, including:

- ✓ Programmes to increase access to mother and neonatal health services.

- ✓ Programmes to reposition family planning.
- ✓ Programmes to integrate sexual and reproductive health and rights and HIV/AIDS.
- ✓ Programmes for the promotion of sexual and reproductive health and the prevention of pregnancies among teenagers and young people.
- ✓ Programmes for the detection and early treatment of cervical cancer.
- ✓ Research programmes applied to mother and child and sexual and reproductive health.

At the same time, participants at the meeting took the chance to discuss about the crosscutting issues which should inspire both the drawing-up of policies and the design and implementation of programmes to improve mother and child and sexual and reproductive health. Among these factors, the following were specially highlighted: Strengthening primary healthcare system, integrating human rights, incorporation of an intercultural perspective, integration of the gender approach and the community involvement in the promotion and care of sexual and reproductive health.

Final recommendations for Spanish Cooperation were oriented basically to:

- ✓ Strengthen the priority given to the fight against maternal and neonatal mortality and the improvement of mother and newborn health as key priorities for the Spanish cooperation.
- ✓ Make a substantial increase in financial contributions to planning, implementation and road map evaluation to reduce maternal and neonatal mortality in the different African countries, including all their different components: 1) Improve the provision of and access to maternal and newborn-infant healthcare services, including family planning services; 2) Strengthen health referral systems, 3) Strengthen district health planning and mother and child healthcare management, 4) Policy advocacy actions to attain greater commitment to and resources for mother and child health and family planning, 5) Promote partnerships, 6) Promote ongoing care from home to hospital and 7) Empower communities, especially women.
- ✓ Support civil society strengthening processes to fight against mother and child mortality and to improve every individual's sexual and reproductive health.

- ✓ Promote specific research actions on cultural, anthropological and operational aspects that hinder mother and child health and sexual and reproductive health.
- ✓ Support actions aimed at preventing high maternal morbi-mortality caused by unsafe abortion and to find out its impact on the population.
- ✓ Give support to preventive and education actions targeted at teenagers to create healthy sexual and reproductive live conditions.
- ✓ Strengthen research actions on the impact of diseases such as cervical cancer on women's health and health programmes geared to their early diagnosis, prevention and treatment.
- ✓ Promote approaches and proposals for communal work with men, so as to generate responsible attitudes towards pregnancy, child-birth and all the other areas related to sexuality and reproduction.

INTRODUCTION



The Health Working Group Meeting, which gives the basis for the present report, was held on the framework of the Mozambique Statement. This Statement, adopted by representatives of both the civil society and the Governments of Spain, Mozambique and other African countries in March 2006, acknowledged that the improvement of reproductive health and the fight against maternal mortality and HIV/AIDS are essential elements for women's development and welfare. In this sense, the Mozambique Statement was and is still a great opportunity to strengthen the contribution of Spanish cooperation to the implementation of African policies and strategies related to sexual and reproductive health and more specifically to maternal and neonatal health.

This document is a synthesis of the contributions and recommendations¹ brought forward at the Health Working Group Meeting held at Maputo on 14th -15th December 2006. The meeting took place

under the leadership on the Mozambican Ministry of Health and the Spanish Development Cooperation Agency and it was facilitated by the Spanish Interest Group on Population, Development and Reproductive Health (SIG) which was responsible for developing the final report as well.

Along the following pages, you will find basic information around the policy framework regarding sexual and reproductive health issues and mother and child health in Africa, as well as recommendations around which kind of programmes should be promoted with support of the Spanish Cooperation. The report do also highlights that, in spite of the various global efforts made up to now, maternal mortality is still a pending issue in the agenda of most African countries. There is therefore an urgent need to strengthen resources aimed at improving maternal health, so that it also includes a critical assessment of what has been implemented so far, the identification of key aspects which are hindering progress on this issue and the proposal of new strategies.

Obviously, this report does not pretend to be an exhaustive compilation of all the programmes which can be carried through to improve mother and child, and sexual and reproductive health in Africa. There are clearly many aspects

¹ All the recommendations included at the report are mainly based on the experience and the context of Mozambique. However, the report contains a wider approach which may also be applied for the whole regional African context.

WOMAN'S NETWORK FOR A BETTER WORLD
HEALTH TASK FORCE
MAPUTO MEETING

which have been left out, or might have been further developed on the basis of more thorough and steady work. In any case, it is expected that it will be a useful tool for all those that participate in the

definition and implementation of the Spanish Cooperation policies and programmes, and that it will encourage much more the collaboration with African countries in all these issues.

AFRICAN COUNTRIES' PRIORITIES IN MOTHER AND CHILD HEALTHCARE AND SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH



2.1. A joint action plan to promote sexual and reproductive health

In 2005, the African Union (AU) adopted in Gaborone, the first “Continental Policy Framework on Health and Sexual and Reproductive Rights”, with the support of all member states. A year later, the

Ministers of Health of the AU made a new step forward by endorsing the Maputo Action Plan, which set up the priorities for the implementation of the commitments adopted in Gaborone. According to the Maputo Plan of Action, all AU Member States should adapt this policy framework at a national level and promote its implementation.

Sexual and reproductive health in Africa

- ✓ 25 million Africans infected by HIV.
- ✓ 12 million children have become orphans due to AIDS-related deaths.
- ✓ 2 million people die from AIDS per year.
- ✓ 1,000,000 maternal and infant deaths per year.
- ✓ One out of 16 African women die at child-birth.
- ✓ Less than 1/3 Africans has access to reproductive health.

Within the Maputo Action Plan, the African countries agreed to: “Ensure that governments, civil² society, private sector and all stakeholders involved in development, increase their efforts to effectively implement a regional policy, including

universal access to sexual and reproductive health before 2015 in all the countries in Africa”. To this purpose, it was estimated that 3.5 billion would be required in 2007 and 16 billion for the whole period up to 2010. In this context, the commitment of donors from developed countries, including Spain, is critical for achieving the Maputo goals.

² Translation of “parceiros”.

Within the scope of the Maputo Plan of Action, African countries prioritised the following key strategies:

- I. Integrate HIV and AIDS, STI and sexual and reproductive health programmes and services, including those related to reproductive cancer, to maximise efficiency in the use of resources and to achieve synergy between both strategies.
- II. Reposition family planning as an essential part in the achievement of the MDGs on health.
- III. Address the needs of teenagers and young people's on sexual and reproductive needs.
- IV. Solve the problem of unsafe abortion.
- V. Provide accessible, quality services for geared to the promotion of safe maternity, newborn infant survival and mother, newborn infant, and child health.
- VI. Enhance South-South African cooperation to materialise the ICPD goals and the MDGs for Africa.

Each strategy includes activities and benchmarks to monitor its performance. As crosscutting issues for the strategy, the Plan selected:

- ✓ Increase national resources for health and sexual and reproductive rights, including the resolution of human resource crisis.
- ✓ Include men as main stakeholders in the SRHR programmes.
- ✓ Adopt a multi-sector approach to SRHR.

- ✓ Promote community involvement and participation.
- ✓ Strengthen safety of basic goods, products and services for sexual and reproductive health, paying special attention to family planning and emergency obstetric care and referral services.
- ✓ Establish research services to enable action based on scientific evidence.
- ✓ Establish efficient monitoring mechanisms on the advancement on the Action Plan's implementation.

2.2. African Road Map to Reduce Maternal and Neonatal Mortality: which priorities?

Maternal and neonatal situation in Africa

- ✓ Globally, 529,000 women die every year, due to pregnancy child-delivery and puerperium-related complications.
- ✓ The risk of maternal deaths is particularly unacceptable in Sub-Saharan African with 1/6 compared to 1/2800 in rich countries.
- ✓ There are nearly 4 million neonatal deaths in the world, of this 98% occur in developing countries.
- ✓ 40% of deaths among under-fives are due to neonatal causes.

The roadmap to reduce maternal and neonatal mortality is a tool, initially developed within the framework of the

African countries priorities in mother and child health care and sexual and reproductive health

African Union, to accelerate the reduction of maternal and newborn infant mortality and morbidity so as to advance towards the achievement of the Millennium Development Goals (MDG) related to mother and child health (Objectives 4 and 5 and Goals 5 and 6).

In 2003, the African Union's Sexual and Reproductive Regional Taskforce required all member states to develop and implement a road map³ to accelerate the reduction of maternal and newborn infant mortality in Africa. In February 2004, a meeting was held to develop the African Road Map and later on, various processes at sub-regional and national levels were carried out to draw up the Road Maps for every country.

Within this framework, the main objectives were focused on providing qualified assistance during pregnancy, child-birth and post-birth period at all levels of the health care system and strengthening the capacity of individuals, families, communities and civil society, organisations and Governments to improve maternal and newborn health. The following guideline principles were established:

- ✓ Evidence based and cost-effective actions.
- ✓ Approaches to health systems: Focus on maternal and newborn infant healthcare services at all levels, using Primary Health Care as the starting point to commit the community's

resources and to strengthen the referral systems.

- ✓ Supplementary with existing programmes and actors.
- ✓ Partnership: Foster cooperation and coordination to maximise resources and avoid duplication.
- ✓ Clear definition of roles and responsibilities.
- ✓ Suitability and relevance: Have a clear understanding of the mother and child health situation in the different countries, as well as a local perception on this issue.
- ✓ Transparency and accountability.
- ✓ Equity and accessibility.
- ✓ Planning in stages and implementation at national level.

As intervention strategies, the Road Map agreed on:

- ✓ Improving the provision of and access to maternal and newborn infant healthcare services, including family planning services.
- ✓ Strengthening health referral systems.
- ✓ Fostering district health planning and mother and child healthcare management, including family planning services.
- ✓ Carrying out advocacy to get greater commitment to and resources for mother and child health and family planning.
- ✓ Promoting partnerships.
- ✓ Fostering ongoing care from home to hospital.

³ Meeting at Harare, 16th-18th February 2004.

- ✓ Empowering communities, particularly women.

It also included a reference to the different activities to be developed under the whole framework. At the level of implementation, monitoring and evaluation, it clearly stated that each AU Member State should draw-up National Road Maps with key objectives, time frames and achievement marks, as well as with a definition of the roles and responsibilities of every stakeholder and actor. In the National Road Maps, countries should also define how they will mobilise funds from all sources available, including the Government, multilateral, bilateral and private donors. They should also mention mechanisms to advise and supervise the progress made on the implementation of the National Road Maps by using the agreed indicators and the results should be used to revise and adapt the programmes and strategies according.

On another hand, in order to ensure the best conditions for the National Road Map implementation, the countries should organise a meeting with the stakeholders involved at national level, prior to the adoption of the Road Maps. Under the Ministry of Health's leadership, this meeting should take place with the participation of all relevant actors, including professional associations, in order to choose the actions with a greater impact, the time planning charts, indicators and mid-term assessment points. The outcomes of the national stakeholders' meeting should include a joint action plan for the country, and a detailed budget with all the contri-

butions and the technical assistance from all the agents involved.

At regional level, the annual national reports are expected to be shared among the partners and sent to the Regional Economic Communities and to the African Union. Every two years, the presidency of the African Union Commission should issue and submit a report on the progress made to the Heads of States' Assembly. This report is expected to be discussed at the Pan African Parliament as well. The reports should be shared using the African Peer Review mechanisms of NEPAD and the mid-term evaluations and end of evaluation implementation should be planned at national level to be backed up by all partners.

Mozambique is an example of how this process can be developed at national level. In June 2006, representatives from the Ministries of Health it participated at a regional workshop as a result of which the "Road Map to speed up the Millennium Goals" was drawn up. It was framed under the MDG goals which are aimed at reducing by 2/3 the mortality rate among under-fives and decreasing by 3/4 reduction the maternal mortality rate. More specifically, according to the Government official guidelines for the health sector, Mozambique committed to accelerate the reduction of neonatal mortality rate from 48 per thousand registered in 2003 to 36 per thousand by 2010 and 30 per thousand by 2015, as well as the maternal mortality rate from 408 per 100,000 registered in 2003 to 350 per 100,000 by 2010 and 250 per 100,000 by 2015.

CAPACITY STRENGTHENING PROGRAMMES TO IMPROVE MOTHER AND CHILD HEALTH AND SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH POLICIES



The main outcomes of the meeting stressed the need to give further support to two types of programmes. On one hand, programmes to strengthen the capacity of the Health Ministries to implement comprehensive policies on maternal health, neonatal health and sexual and reproductive health and on the other hand, specific health programmes to improve mother and child and sexual and reproductive health in its different aspects under a comprehensive approach.

Additionally, crosscutting issues were identified, with strategic and practical implications influencing the proper operation and implementation of specific policies and actions.

3.1. Programmes to strengthen the existing capacity for sector policy planning, implementation, monitoring and evaluation

The implementation of policies such as the Maputo Plan of Action and other strategies like the Road Maps to reduce Maternal Mortality do not occur in each country in isolation, but must be carried through jointly with all the other national development policies and, specifically, with those relating to health.

It should always be ensured that mother and child and sexual and reproductive

healthcare are included in the process of defining development and eradication poverty policies as a priority issue, so that the highest-level commitment on these issues is guaranteed and that the implementation of maternal healthcare is carried through as comprehensively as possible.

Likewise, when developing the SWAP⁴ tools, in which the objectives and framework for cooperation among countries are laid down, the policies and commitments set at continental level in the field of sexual and reproductive health –mother and child health inclusive– should be taken into account, integrating them into a broader framework for the strengthening of the State, the sector and the improvement of health conditions in each country.

An example of how this can be done is Mozambique, which includes actions to fight against poverty within the Poverty Reduction Strategy Process (PRSP). Besides, for the health sector, it has developed a strategic Plan and has been implementing a SWAP process since 2000.

⁴ Sector Wide Approach.

The PRSP sets six fundamental areas for action, the second one is health. Health is considered to play a key role for the improvement of the poor's welfare and at the same time to contribute to fast economic development, by increasing the quality of human capital. It does not mention however, sexual and reproductive health and maternal mortality as a priority issue, although it does make reference to the expansion of primary healthcare services targeted at women and it also mentions the development of campaigns to reverse the expansion of HIV/AIDS.

The PRSP also identifies Primary Health Care as a key area for the sector, targeting risk groups as women of childbearing age. It also refers to the need to integrate traditional medicine into the national healthcare system. The Programme on Health includes six components: Primary health care (PHC), fight against epidemics, fight against HIV/AIDS, health networks, human resources development and planning and monitoring of the health sector.

The PHC component includes women's health as prime factor, setting as main objective the improvement of access and quality of women's health care. The main objectives are the reduction of maternal mortality institutional rate to 100 per 100,000 live births and the expansion of institutional child-delivery coverage to 50%. Other objectives are also mentioned, such as reaching a 98%-coverage rate of pre-natal health visits, with efficient diagnosis of high-risk pregnan-

cies; and expanding coverage of after-birth visits to 60% and family planning to 18%.

Regarding healthcare for young people and teenagers, the key objective is to improve health and the knowledge of health issues among the young and teenagers through health-related activities at school. The primary measure is the training of personnel to work with teenagers on family planning, abortion complications and prevention and treatment of HIV/AIDS. As supplementary measure, it is mentioned the establishment of health services to attend teenagers' needs on reproductive healthcare.

With regards to the fight against HIV, the main objectives are: Prevention of infection by HIV, assistance to people infected by HIV/AIDS, and reduction of AIDS impact. The main measures to implement are: a) Treatment of STI, voluntary counselling and testing, blood transfusion control and syphilis test; b) Established confidential and voluntary counselling and test centres and set-up day-care units in 6 regions in the country; c) Education and information campaigns on STI, HIV/AIDS including role-play activities for 3,900,000 people; d) distribution of condoms among 4,500,000 HIV-positive people. Other measures planned concern: education strategies among peers, access to healthcare services, the provision of psychological, medical and social assistance to all health centres in district-towns and the availability of voluntary and confidential tests for 32,000 people.

Capacity strengthening programmes to improve mother and child health and sexual and reproductive health policies

Other relevant measures for the promotion of sexual and reproductive health are the expansion of healthcare service networks, the development of human resources to meet the requirements of an expanded healthcare system network and the improvement of planning and management methods with a focus on the development of information, planning and financial management mechanisms in primary healthcare services.

On the other hand, Mozambique has a Strategic Plan for Health which is a reference framework for the sector's planning. Its development has been led by the Health Ministry and as its main aim intends to contribute to the improvement of the population's health with three fundamental interventions: Provision of healthcare, empowering individuals and communities and advocacy on health. These interventions involve, in different ways, several actions in the field of reproductive health which should be taken into account to be strengthened through donor cooperation.

One of the conclusions of the meeting went around the need to bear in mind that health has causes and effects on many areas of individual and social development. In this sense, there was a strong consensus around the challenge to use a more wide approach when addressing these issues and get other policy sectors involved. Education and Youth are some of those sectors usually involved in actions related to sexual and reproductive health promotion. Other sectors like Justice, Rural Development and Security,

among others, can be also a key element to address specific problem cases, such as sexual violence. To sum up, multi-sector work implies strengthening and ensuring that the coordination channels among the different sectors work at their best, so as to avoid duplication of efforts or loss of opportunities.

In Mozambique's case, the Health Ministry relies on a Multi-Sector Task-Force on reproductive health which, within the framework of the Health Sector Strategic Plan (PESS, its Mozambican acronym) is specifically in charge of designing, implementing and evaluating the policies related to the fight against maternal mortality. This taskforce is made up of key people in the Ministry of Health, International Organisations, NGOs and other agents.

The support that the Spanish cooperation may provide to this kind of initiatives under the African context and their national priorities would be as much relevant as that one allocated to basic reproductive health programmes, as long as they make possible:

- ✓ Ensure and articulate the integration of objectives and strategies on mother and child healthcare within the general strategic documents like the Plans to Fight against Poverty, National Health Policies and Plans, SWAP processes, among others.
- ✓ Provide other sectors with the necessary information to get their involvement, to establish clear participation roles and guarantee the inter-sector coordination of policies.

- ✓ Articulate the necessary dialogue channels to ensure the active participation of civil society in these task-forces and incorporate their contributions into the processes of policy development.
- ✓ Strengthen the capabilities to integrate the different pillars of sexual and reproductive health (FP, maternal and neonatal health and prevention and treatment of STI-IHV/AIDS) within primary healthcare, enhancing the inter-connection of the various aspects involved in the promotion of maternal and neo-natal health.
- ✓ Enable the planning, management and monitoring of resources, especially financial resources, and the coordination mechanisms among the different sectors and areas involved in financing and implementing mother and child and sexual and reproductive health policies and programmes.
- ✓ Back up planning, monitoring and evaluation processes regionally and sub-regionally.

3.2. Programmes to promote social participation

Governments are not the only stakeholder when it comes to sustainable development, especially in the promotion of sexual and reproductive rights and health. Social organisations and the community-

based groups do also develop initiatives geared towards addressing the needs of different groups with and without the government's support.

This situation requires counting on active participation channels, articulating the participants and their actions and generating areas where they can express their views and take the decisions they consider beneficial to the development process. How this is materialised will depend on the context but, in general, it requires a set of social actors with capacity to prepare a common agenda and with good advocacy skills. It also requires a Government willing to dialogue with the civil society and to take into account their proposals and recommendations. At the community-based level, participation do also imply the appropriate channelling of needs, requirements and perceptions of the different groups, and positive experiences which may be taken into account when defining policies.

Giving support to African civil society groups could also be one of the areas to be supported by the Spanish cooperation with the view of enabling civil society to actively engage in the promotion of maternal health and sexual and reproductive health and rights. As well as supporting coordination and policy monitoring mechanisms and planning, monitoring and evaluation processes, regionally and sub-regionally.

CROSSCUTTING ISSUES TO PROMOTE MOTHER AND CHILD HEALTHCARE AND SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH



Discussions during the meeting were oriented to identifying those factors which should be taken into account cross-referentially when designing and implementing policies and programmes linked to maternal, neonatal and sexual and reproductive health in Africa. At this point, the overall consensus included some aspects that are developed below and which reflects the particular approach of the task-force with regards to SRH and maternal and neonatal care.

4.1. Strengthening Primary Health Care Systems

One of the key principles of international cooperation is to promote the recipient country's autonomy. This autonomy is not just an end-goal but must be a feature in the whole cooperation intervention process. In this regard, taking into account the policy and procedure frameworks developed by the recipient countries is a basic step.

Likewise, it is essential to develop actions supporting the national health systems as a whole. The setting-up of parallel services to the State ones is not recommended. Expansion of health coverage and access to services should be promoted by reinforcing public primary healthcare services and enhancing their

capability to address the population's needs, particularly those of the most vulnerable groups. This is particularly relevant within a context where one of the most critical factors is the lack of properly developed and qualified human resources. Planning and monitoring areas should be strengthened, particularly those related to financial issues, to ensure that resources are there when needed and that other State sectors understand the need to assign funds to cover attention on sexual and reproductive health.

Within this context, it was agreed that primary health care systems should be basically supported through:

- ✓ Fostering the Government efforts to expand the capabilities of the health-care system regarding coverage and quality of infrastructures.
- ✓ Strengthening and expanding of human resource strategies through service training, and integrating not-strictly medical personnel into the health centres to provide certain types of healthcare.

4.2. Integrating human rights

Sexual and reproductive rights are human rights. Promoting equity, access to health and care services or ensuring informed

consent and respect for a person's dignity and privacy, are some of the most relevant points to promote sexual and reproductive health which give momentum to human rights as a whole.

In this context, it was agreed that some of the basic elements to take into account when facilitating the integration of human rights in policies and programmes aimed at reducing maternal mortality and promoting SRH should be the following:

- ✓ Individuals should be empowered so as to transform power structures. Special priority should be given to act against discriminatory situations, mistreatment or systematic lack of care which may endanger an individual's health or life.
- ✓ Support should be focused on education activities at all levels (health providers, users) on human rights, especially the right to health and sexual and reproductive rights. Education should be geared to action, with a part of the process consisting on the provision of tools and resources to act when there is violation of sexual and reproductive rights. Women's participation in these processes should be ensured and promoted.
- ✓ Priority should be given to actions oriented towards establishing and strengthening the communication channels to facilitate reporting on the violation of rights, be it inside or outside the healthcare systems.

4.3. Bringing in a cultural perspective

Culture, as the framework for values, rules and social beliefs, is a key factor when defining policies and actions at all levels. Cultural diversity is a source of wealth and complexity and it raises challenges for the definition of policy action lines. Cooperation activities imply processes where different social systems and cultures meet, and it is essential that this encounter is managed in such a way as to achieve the best possible results.

Knowing, acknowledging, valuing and analysing the characteristics and contributions of the different cultural contexts is essential at different levels: As a way of acknowledging and showing respect for cultural rights, as a means of approaching and accepting on the part of the communities, and as a source of knowledge and inspiration for developing policies in tune with the perceptions and needs felt by the individuals.

During the discussion at the meeting, it was agreed that one of the challenges for the implementation of a comprehensive human rights approach in the field of SRHR was the definition of a meeting point and the behavioural patterns to apply on possible conflicts between individual, social and cultural rights, and how they could be translated into specific action strategies.

There was also a debate on the need to identify the cultural characteristics and expectations of the different sectors of

Crosscutting issues to promote mother and child healthcare and sexual and reproductive health

population benefiting from the programmes in order to avoid failures in their outcomes.

In this sense, when reaching a consensus around the role of culture in the fight against maternal and newborn health, as well as SRH, and how to support it from the Spanish cooperation perspective, participants put a stress on the need to:

- ✓ Give support to actions oriented to identify, assess and implement elements of the population's culture which might be relevant. As far as maternal mortality is concerned, they should be geared to ensure that cultural differences are not a barrier to access institutional child-delivery, to healthcare services during pregnancy and after-birth and to improve family planning use.
- ✓ Prioritise support for research leading to the earmarking of key knowledge and agents in the fight against maternal mortality and the improvement of sexual and reproductive health in a given cultural context. This research should be linked to action proposals to establish community participation mechanisms.
- ✓ Foster those actions geared to train or give support to health staff so that they become sensitive to the cultural features of the area they are working in. Innovative and participative training strategies should be particularly valued.
- ✓ Develop monitoring mechanisms and tools to identify and follow-up cultur-

al elements which may have a negative effect on the access to, the quality of or satisfaction with regards to healthcare services. Especially, emphasis must be placed on the identification and reduction of discrimination patterns linked to cultural differences in the different processes which mother and child health includes.

4.4. Integrating a gender approach

It is widely acknowledged that it is not possible to talk about human rights and equality without taking into account the differences between men and women and acting to reduce unequal opportunities and unequal exercise of power between them both. There is also consensus that gender inequality is an influential factor in development and social and individual welfare.

In this context, it was agreed during the meeting that to some extent gender equity had been introduced as a crosscutting issue into many plans, strategies and development projects. Nevertheless, the idea of gender approach was assumed to have been very diversely undertaken, with some people only understanding it as the prevention of violence against women or the promotion of her rights vis-à-vis men. It was generally considered that the fact of not having taken into account specific strategies to work on with men, had caused resistance and had reduced the impact of the messages on women, besides making men's needs in this regard invisible. On the other hand, it

was specially mentioned that gender discrimination were very often promoted through elder women which exert pressure on or even violence against the young ones, using as their argument women's role and tradition.

To sum up, the participants put the stress on the challenge to enrich and agree on the "gender approaches" as well as identifying the needs, strategies and key messages targeted differentially at men and at women. Some of the key elements to integrate a gender approach to actions aimed at promoting mother and child healthcare and sexual and reproductive health were:

- ✓ To support mainly actions to promote the development of parallel strategies with men and women to foster the elimination of culturally assigned gender roles.
- ✓ To prioritise those initiatives targeted at getting men involved in the reduction of health risks associated to sexuality and reproduction.
- ✓ To give support to gender strategies aimed at women who also take into account the power relations existing among the women themselves.

4.5. Community involvement

As mentioned above, community-based groups should be taken into account in the design and implementation of policies and programmes for the promotion of sexual and reproductive health and rights. Every social group has its own system of organisation and a set of rules that are

generally valued and respected by its members. If the policies or programmes do not take into account or even contradict the community structures or rules, they are likely to delay further the achievement of their goals. On the contrary, if synergy between policies/services and the community occur, it is more likely to get positive outcomes, with the additional benefit of building up trust.

Enhancing community participation to reduce maternal mortality may be a successful strategy, and according to the conclusions of the meeting, it should be important to bear in mind some elements which need ensuring to be properly implemented. For example, clear political commitment on the Government side, good disposition on the part of the health workforce who will come into contact with these communities, a clear set of roles, responsibilities and limits for each sector with as much participation as possible, a minimum of resources to address the demands that may arise, and development of follow-up and monitoring actions.

It would be also necessary to identify elements that may contribute to the sustainability of these interventions. In this context, Government action is a key element in acknowledging the communities' contribution. It is common for the communities or their members to act when the need arises if the specific benefit to be derived from it is visible; however, it is important to avoid patronage relationships between the communities and private agents or the Government itself, which would distort the objective of the action

Crosscutting issues to promote mother and child healthcare and sexual and reproductive health

and which may not be possible to maintain in the long run.

Some of the key aspects that were identified as priorities for community involvement in the promotion and care of SRH were:

- Enabling health personnel to work on aspects related to mother and child health and sexual and reproductive health in the community context.
 - Implementing mechanisms to identify and coordinate among key actors in the community and health staff.
 - Establishing channels for dialogue between community and health staff to establish mechanisms for the promotion of mother and child and sexual and reproductive health.
 - Developing participation analysis with the community at healthcare level to determine the minimum material and human resources required to put into practice a community health programme on mother and child health and mechanisms to guarantee that those resources exist.
- Pay special attention to the role played by community leaders as channels to promote key issues at community level.
 - Systematize and share good practices on community action for the promotion of mother and child and sexual and reproductive health.
 - Setting realistic, transparent systems of incentives for people and communities involved in the process (e.g. making national healthcare systems more easily available).
 - Setting supervision, transparency and monitoring mechanisms for the community action programmes.

SPECIFIC INTERVENTIONS ON MOTHER AND CHILD HEALTH AND SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH



As has been pointed out above in the policy documents presented in the first section, achieving the MDG regarding the reduction of maternal mortality and universal access to reproductive health requires developing comprehensive prevention and treatment strategies which do not only refer to clinical aspects connected to child-delivery.

Based on the discussions that took place at the meeting, some elements were identified to promote SRH with a comprehensive approach: Access to services and resources on family planning, access to healthcare services before, during and after child-delivery, availability of emergency obstetric care, reduction of unsafe abortion and assistance to abortion-related complications, and integration of SRH actions with those for HIV/AIDS prevention. Additionally, teenagers and young people should be targeted as an important sector of the population particularly vulnerable to unwanted pregnancies and to other aspects related to sexual and reproductive health. Action research, a key tool for developing information to generate and adapt the appropriate strategies to the local context, should also be approached as a strategic intervention to reinforce the rest of the programmes.

5.1. Programmes to increase access to mother and child healthcare systems

The outcomes of the Maputo Plan of Action brought the attention on the need for increase qualified child-delivery assistance and access to emergency obstetric care as strategies for reducing maternal mortality. Both aspects depend on the coverage and problem-solving capacity of the national health system. In that framework, the concept of the “three delays” may be an useful tool to identify the factors which may influence these processes. Cultural conditionings are also an important factor to be taken into account in health service provision, together with the humanising child-delivery approach, which should be implemented at the national health system or the development of community-based actions for the surveillance and promotion of mother and child healthcare.

Experiences with birth attendants in health units have been useful to change attitudes regarding the location for child-delivery, fostering the increase in institutional deliveries. On the other hand, network experiences among organisations working on issues related to mother and child healthcare have proved useful to activate the social response around certain items on preventive health. The

impact of unsafe abortion on maternal morbidity and mortality must also be taken into account, and effective measures must be taken to reduce legal, administrative, geographical, socio-cultural and gender barriers to access services in such cases.

To summarize, the following were the main aspects identified when discussing about the ways to raise access to maternal and child health services:

- ✓ Programmes should be oriented to deliver all needs regarding pregnancy, child-delivery and post-delivery, giving emphasis both to women's and newborn infants' healthcare.
- ✓ Programmes should promote actions to guarantee reproductive health goods and products linked to pregnancy, child-delivery and puerperium care, within the framework of a comprehensive strengthening of healthcare. In particular, they should be geared to promote the strengthening of primary healthcare and the problem-solving capacity of health centres at district level by making Emergency Obstetric Care and referral systems available and efficient.
- ✓ Additionally, support should be given to reinforce programmes targeted at improving institutional child-delivery coverage and quality through:
 - Initiatives that promote community involvement and ownership of processes improving maternal healthcare (e.g. health coun-

selling) and awareness-raising activities with valued members or key decision-makers of the community.

- Actions to incorporate traditional birth attendants as one of the linkages between the community and the healthcare system.
- Processes that assess the acceptance and cost-effectiveness of "waiting homes" and implementation in relevant environments.
- Development of IEC messages and activities to promote safe motherhood and healthcare services offered by the national health service, adapted to the expectations and characteristics of each population group.
- ✓ The quality of essential care to the newborn infant should be improved. These types of care, closely linked to pre and post natal care, should include health and information initiatives to ensure nutrition (including the mother's, the baby's and breastfeeding), prevent infections and endemic diseases and provide special care for those babies who require it (because they are under-weight, pre-terminus or show alarming signs).
- ✓ Programmes should also promote actions to foster the introduction of unsafe abortion-related problems into the agenda of multi-sector taskforces working on the SRH and to strengthening those implemented to alleviate the problem.

5.2. Programmes to reposition family planning

Family planning has always had a huge impact on the reduction of maternal and child morbidity and mortality as well as on HIV/AIDS prevention, sexual health and teenagers and young people's responsible behaviour. It has a positive impact on the population's quality of life (fewer unwanted pregnancies, fewer unsafe abortions, children with higher education levels, longer healthy life expectancy, greater productive capacity) and it has been linked to increased gender equity.

The acknowledgment of reproductive health at the highest political level at the International Conference on Population and Development (ICPD, Cairo 1994) placed the issue at the core of the international agenda for sustainable development. However, the need to provide access to family planning supplies and services has been always postponed sometimes due to moral, religious, cultural and economic aspects raised by conservative groups. Besides, there has been a weak political commitment by many donors and incomplete implementation levels on health programmes in developing countries.

One topic of particular relevance in the context of international cooperation for family planning is to which extent this strategy may promote social patterns that do not correspond to local culture, where a large number of children are a sign of wealth. From a human rights' approach, it is clear that family planning cannot be

presented as something compulsory. However, the Government's duty is to make these methods available to people, as well as the information which will allow them to make informed decisions on their usage.

Aspects such as the existence of traditional methods of family planning and some women's preference for Depo-Provera - since it offers the possibility of using it without the partner's knowledge - show a clear need for family planning among the population which requires to be studied in more depth. Similarly, amongst young people, it is noted that those who attend school and have therefore more opportunities to carry out long term personal plans are the ones who the most demand family planning methods. Regarding services, unavailability or breakage of stocks have also been very oftenly reported, even though with a no systemic follow-up of the cases. In any case, research should be carried out to find out the level of acceptance of contraceptive concepts and methods by the population, even under these conditions, the demand for contraceptives has increased in the last few years.

Different types of interventions can be carried out to expand and improve the quality of FP services. It is necessary to increase demand for family planning and reduce legal, administrative, geographical, economic and socio-cultural barriers related to these methods. Another key factor, is to guarantee the safety of goods, products and inputs for reproductive health, defined as:

Family Planning

- ✓ Globally, 61% of women of child-bearing age, married or with a partner, use some kind of contraception.
- ✓ In developed regions, 69% of the population use some kind of FP method, while in the least developed regions the average is 59%. In Africa, the percentage is 27%.
- ✓ Approx. 120 million women of child-bearing age in the world would be willing to use a modern method of Family planning.
- ✓ In Sub-saharan Africa, nearly 23% of women of child bearing age either married or with a partner need FP.

Data for Mozambique:

- ✓ The rate of prevalence of contraception grew from 6% in 1997 to 17% in 2003.
- ✓ This rate is 14.2% for modern methods.
- ✓ The unmet need for FP services affects 53% of the population, up to 60% in rural areas, while in urban areas is 41%.
- ✓ The average annual monetary needs for purchasing contraceptive methods –including condoms– is \$4,000,000.

“Guarantee of constant availability of quality goods and products (medicines, contraceptives, medical and surgical equipment, materials and inputs) so that it is ensured that good quality preventive and healing services are provided and that they answer each individual's needs”.

To achieve this, UN bodies such as UNFPA have been working with donor and recipient governments to develop political conditions and planning, financing and provision services oriented to guarantee these resources.

As main actions to reposition family planning as a part of SRH attention, they were mentioned different approaches to:

- ✓ Ensure the availability of contraceptive methods through various channels:
 - Establishment and operationalise a Coordination Committee to Guarantee Basic Goods and Products for Reproductive Health, under the leadership of the Health Ministry and with the participation of partners and donors who promote RH, the private sector and civil society.

Specific interventions on mother and child health and sexual and reproductive health

- Drafting and implementation of a Strategy and Action Plan to guarantee basic goods and products for RH, and their monitoring and evaluation, using this strategy to strengthen and improve the Health Ministry's Logistics Management System of Goods and Services.
- Establishment and channelling of funds into a budgetary line to guarantee the search for and purchase of RH Basic Goods and Products.
- Integration of the system of Health Information (SHI) with the System of Logistics management (SLM) to improve the management of both programmes and allow the distribution of the appropriate goods and products in the correct amounts in the right place and at the right time.
- Ensuring that SRH and FP issues, and in particular the Strategy to Guarantee that Reproductive Health Goods and Products, are taken into account in the drawing-up and/or revision of important strategic documents such as Plans to Reduce Poverty, Economic and Social Plans, Health Sector Strategic Plans, documents on the SWAP process, among others.
- Ensure the provision of quality human resources in the right number for the Goods and Products Management System and for the Management of the Reproductive Health and Maternal Mortality Reduction Programme, at all levels.
- Analyse and discuss the potential benefits of establishing a single unit for the Goods and Products Management.
- Strengthening provision, distribution and management of national programmes to guarantee access to family planning methods at district level.
- Ensure the improvement of infrastructures and storage conditions of goods and products, especially at health units at district level and invest in a fleet of vehicles and means for better and more efficient distribution.
- ✓ Give support to actions to provide information, backing and supervision to providers so that they render appropriate quality planning services according to users' needs and peculiarities.
- ✓ Eradicate political and medical barriers that restrict the access of FP in schools. Teenager pregnancy is one of the most prevailing problems, with a higher impact on youth health. In spite of this, there are still restrictions to the teenagers' access to family planning methods, like asking them for their parents' permission. The provision of reproductive health guidance and inputs through the school is a strategy which might improve the reproductive health situation of teenagers, but to carry it through these obstacles must be eliminated.
- ✓ Support actions promoting communication processes targeted at reducing

socio-cultural barriers in this field. For these initiatives, gender should be taken into account, combining actions of interpersonal communication with others which allow working with the population on taboos related to this topic.

- ✓ Include key communication contents appropriate to the particular population for the implementation of communication and education strategies to inform people on family planning and the services available.
- ✓ Support evaluation and monitoring processes on the programmes being implemented.

5.3. Programmes to integrate sexual and reproductive health and rights, mother and child health and the fight against HIV/AIDS

HIV/AIDS has taken on pandemic proportions, which has given way to two key strands of work at the international community level: Prioritisation of the issue in the political agenda against other health and development issues and, linked to this, the multi-sector response to the problem. The result is positive in as much as it has succeeded in involving different agents and increasing the channels to coordinate efforts against these epidemics.

Within this context, it should be taken into account that HIV is essentially a sexually-transmitted disease and in this regard, it is necessary to keep on working on patterns of prevention and assistance

that comprehensively address gender, health and sexual and reproductive rights issues.

The “feminisation” of the epidemic is a trend confirmed by different organisations involved in HIV/AIDS prevention worldwide. Some of the factors associated with it are biological, the characteristics of the vagina cervix and mucus in women, particularly young women, makes them more vulnerable to infection; or that a high percentage of STI are not identified because they do not present symptoms. However, most factors are socio-cultural and are deeply linked to behavioural concepts and patterns related to sexuality and gender relationships. Some of these factors are:

- ✓ The culture of silence regarding sexuality: As it is understood that sexuality is a private issue, restricted to formal unions or social institutions legitimised by the community, the information channels, care, problem-solving capacities and possible reporting are limited. In contrast, beyond the “formal”, the sexual culture in some places does not fit into the traditional pattern of a heterosexual couple, but rather it expands to different couples and different sexes, which requires a more complex approach than the classical patterns of prevention.
- ✓ Femininity norms: Marriage and maternity are the only paths left for women to show their worth. To be valued as “good women, wives and mothers” women are expected to develop a submissive attitude, complying with rules

Specific interventions on mother and child health and sexual and reproductive health

that, in other case, expose them to social exclusion and violence (from men and from women). Furthermore, as maternity is linked to care, the gender roles assign women as the providers but not clients of basic healthcare.

- ✓ Masculinity norms: Active exercise of power and sexuality as the source of man's worth. Masculine success measured against the number of sexual partners, which favours risk behaviour. Legitimacy of dominance over women, which favours coercion and violence.
- ✓ This cultural context implies a reduction of rights and opportunities, for example the limited access to formal education and sexual information, and the limited access to resources as in the case of refusing a widow's right to inheritance. When a woman becomes a widow, she is exposed to abuse and exclusion, this being one of the factors contributing to the continuity of transactional sexual practices.
- ✓ Additionally, there are different types of violence which fall mostly on women, particularly young women:
 - Sexual abuse and rape.
 - Local cultural practices linked to gender and sexual roles: Initiation and purification rites including sexual intercourse or agreed contacts and mutilations.
 - Sex linked to goods: In a context of poverty and cultural patterns as the ones described above, sexual

exchanges become a means to acquire security and goods. Sexual exchanges, prostitution and women/girl trafficking are examples of this.

- ✓ Finally, these factors also have an impact on the health programmes and services:
 - Due to the connection between culture and the resistance against using condoms.
 - Due to the way in which this environment may affect the role played by the health workforce and their work.
 - Due to the restrictions it represents for the dissemination of the appropriate information.
 - Due to the discrimination and stigma associated to HIV/AIDS, which is greater for women.

All in all, the feminisation of HIV/AIDS is the result of a set of mainly socio-cultural factors, linked to gender roles and deeply linked to the exercise of sexual and reproductive rights and to the situation of men's and women's sexual and reproductive health in general and, very especially, young women's. This is one of the reasons why the integration of HIV/AIDS and reproductive health services is a key factor, since they are closely intertwined, and have common determining factors.

On the other hand, HIV/AIDS is connected to three elements which turn it into a particularly stigmatising disease: Death,

infection and punishment. Both the infection and the punishment are connected to sexual practices, although there is still distorted information on the infection channels which are not true, but which negatively affect the way the infected people are dealt with. Regarding the punishment, it is directly connected to the transgression of rules on sexual behaviour, the infected person being perceived as the cause or the one responsible for the punishment. These three elements have a negative effect on the exercise of rights and on the social integration of HIV+ people and those who have developed AIDS.

Likewise, a topic which requires special attention is the informed consent, as a practical exercise of the right to free choice and the voluntary condition of testing for HIV among pregnant women.

Some of the key elements in a programme to integrate rights and sexual and reproductive health, mother and child health and the fight against HIV/AIDS were defined as follows:

- ✓ This kind of programmes should carry on its support for preventive measures as a strategy to fight against HIV/AIDS, promoting rights and sexual and reproductive health and including mother and child healthcare within an intercultural framework.
- ✓ They should also back up actions targeted at promoting sexual education in formal and non formal environments, training teachers and community leaders with skills to provide com-

prehensive sexual and human rights education. The programme may also give emphasis to promoting education for women and girls.

- ✓ Support should be given to initiatives promoting open debates on sexuality with men and women, where they discuss social, cultural and gender patterns and the impact they have on people's rights and welfare, looking for ways to promote sexual and reproductive rights at community level.
- ✓ Through this kind of programmes, support could be given to actions oriented to develop legal changes that guarantee equal rights for men and women, especially regarding the access to economic resources, ownership and production.
- ✓ Important as well is the development of legal, administrative and procedural frameworks that guarantee protection against sexual violence (e.g. making it a public ally a crime, training enforcement and judicial authorities, eliminating costs for report case proceedings, or providing psycho-social care services to the victims) and gender violence in all its forms, creating social integration opportunities for the victims.
- ✓ Regarding health programmes, support should be given to processes at institutional operational level to promote the integration of SRH services and those to fight against HIV/AIDS as well as to empower the health workforce to address sexual and reproductive rights issues.

Specific interventions on mother and child health and sexual and reproductive health

- ✓ Actions to reduce the stigma and discrimination associated to HIV/AIDS should also be promoted, especially with regards to women. Work on the information and evaluation conditions regarding HIV/AIDS to promote the exercise of rights and improve the quality of life of people with HIV/AIDS and their families; also to make the community in general face and understand HIV/AIDS in a more comprehensive way.

5.4. Programmes for the promotion of sexual and reproductive health and the prevention of pregnancies among teenagers and young people

Young people represent the largest population group in developing countries, yet they are highly vulnerable in terms of their rights and sexual and reproductive health. Although it is becoming well documented that the average age for sexual initiation almost everywhere in the world and particularly in Africa happens at this period, in practice, the right to receive information and have the means to decide, plan and look after sexual and reproductive health is still limited to adulthood. This discrimination produces vulnerability with regards to sexuality, which exposes adolescents and young people to important risks connected with their health, their safety and their prospects in life.

Sexual education is not formal, reproductive health services have usually been designed for women with a partner and

of child-bearing age and the channels to ask for support or solve problems related to rights or sexual and reproductive health do not exist or are not available to the young. Even preventive messages targeted at adults with a partner on the use of condoms have been counterproductive for adolescents, as the method is presented for sporadic encounters, and so many young people do not use it with their steady partner.

However, there have also been some experiences which have helped to get young people involved in the promotion and defence of their rights and sexual and reproductive health. Among them:

- Support for the development of youth associations.
- Implementation of Day Hospitals.
- Development of Youth Programmes both in and out of schools.
- Development of systematic meetings with youngsters oriented to policy incidence.
- Voluntary work and education/motivation by their peers.

In this sense, there were some priority aspects identified for programmes aimed at the promotion of sexual and reproductive health and the prevention of pregnancies among teenagers and young people:

- ✓ To promote the implementation of actions to address young people sexual and reproductive health needs, particularly by developing strategies to

reduce the barriers to access education, services and products and preventing unplanned pregnancies.

- ✓ To support actions for the promotion of legal, administrative and procedural measures that guarantee the permanence of pregnant adolescents in school and their non-discrimination by the education or healthcare system.
- ✓ To back up actions to strengthen the participation of the Education and Youth sectors in the promotion of teenagers and young people's sexual and reproductive health. This particularly includes the generation of materials and the training of teachers on sexuality issues, so that they can properly respond to the students' needs in that field. Likewise, priority support must be given to those developing interventions targeting adolescent and youth groups suffering from abandonment or exclusion.
- ✓ To support actions and campaigns aimed at the implementation of condom distribution strategies through routes outside the health system.
- ✓ For these and other campaigns, to ensure that the messages to use in the campaigns are evaluated first to determine their impact on young people and, in general, on different groups with specific needs. In these evaluations, it should be taken into account the way in which the messages from different campaigns interact among different "target groups"

and the possible counter-productive impact they may generate.

- ✓ To support actions aimed at promoting the involvement of young people in the promotion and defence of their rights in general and their sexual and reproductive rights. It is important that within this framework, the evaluation reflects which system of incentives is accepted, appropriate and sustainable to ensure the continuity of the programmes.

5.5. Programmes for early detection and treatment of cervical cancer

Cervical cancer is an ailment of supposedly high-prevalence, which cause a large number of deaths in Sub-Saharan Africa and for which there are methods of effective diagnosis and treatment. Nevertheless, it is an issue little known and not usually regarded as a priority in public health.

To incorporate its prevention, early detection and treatment in the National Health Systems, it is necessary to assess the different existing options and decide which are the most appropriate to the specific situation in each country.

For the programmes of cervical cancer control to succeed, the following are essential factors:

- ✓ Detection and treatment methods.
- ✓ Effectivity of treatment.
- ✓ Detection coverage.

Global situation of cervical cancer

- ✓ Cervical cancer affects approximately 490,000 women worldwide per year and represents over 270,000 deaths.
- ✓ Almost 85% of the women who die of cervical cancer live in developing countries. If the current trend is maintained, by 2050 there will be over one million new cases per year.
- ✓ Cervical cancer can be prevented if the pre-cancerigenous lesions are identified and treated early. However, most women in developing countries do not have access to diagnosis and treatment programmes.
- ✓ Sub-Saharan Africa is the region with the highest proportion of cervical cancer worldwide.
- ✓ Cancer diagnosis is more and more frequent in developing countries. In 2000, it was estimated that there were 57,000 cases of cervical cancer in Sub-Saharan Africa.

- ✓ Sensitivity: Defined as the proportion of people with the disease that the test correctly identifies as positive. A moderate to low sensitivity implies the risk of producing high rates of false negative outcomes, which requires that the women are tested frequently.
- ✓ Specificity: Defined as the proportion of people who do not have the disease and the test correctly identifies as negative.

The diagnosis is a strategic element, necessary to make the prevalence of the problem visible and to allow an early response to the disease, upping the chances of success. When deciding on programme options, the two factors mentioned above should be taken into account, together with the material and human requirements for the test.

In countries where there is neither strategy nor programmes to address this problem, it is important that a series of elements should be considered first:

It is important to take into account that HPV, the cause of cervical cancer, is a sexually transmitted infection, and therefore improving sexual and reproductive healthcare is a key element to reduce the incidence of this problem.

Regarding the diagnosis mechanisms, two factors are particularly relevant to measure their effectiveness:

CERVICAL CANCER DIAGNOSIS TYPES AND IMPLICATIONS

TYPE	ADVANTAGES	DISADVANTAGES	REQUIREMENTS
Conventional or liquid smear	<ul style="list-style-type: none"> - Historical success in developed countries. - High specificity. - Good diagnosis approach. - May be cost-effective in middle-income countries. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medium to low sensitivity. - Effectiveness depends on applier's skills. - Requires complex infrastructure. - Results not always immediately available. - Requires multiple visits. - Seems to be less effective on post-menopause women. 	<ul style="list-style-type: none"> - Private exploration area. - Exploration board. - Trained health staff. - Sterilised vaginal speculum. - Products and equipment to prepare and interpret extracted simples (e.g. spatulas, glass slides, fixative, microscopes). - Glass marker, labels. - Cytology application forms. - Record sheets or books. - Cases for glass slides. - Cytology Laboratories with trained staff to interpret the results. - Pathologists. - Transport of slides to and from the laboratory. - Information systems to guarantee follow-up contact with users. - Quality assurance system to maximise effectiveness.

Specific interventions on mother and child health and sexual and reproductive health

CERVICAL CANCER DIAGNOSIS TYPES AND IMPLICATIONS (Cont.)

TYPE	ADVANTAGES	DISADVANTAGES	REQUIREMENTS
<p>Inspection with diluted acetic acid (3-5%)</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Moderate specificity. - No conclusive evidence of implications on health or on over treatment const, especially on areas with high HIV prevalence. - There is the need to develop standard capacitation methods and quality ensuring measures. - Seems to be less efficient among post-menopause women. - Effectiveness depends on applier's skills. 	<ul style="list-style-type: none"> - Private exploration area. - Exploration board. - Trained health staff. - Appropriate source of light. - Sterilised vaginal speculum. - New exploration gloves or highly disinfected surgical gloves. - Large cotton swabs. - Diluted acetic acid (vinegar) (3-5%) in a small cup. - Containers with Chlorine solution (0.5%). - Plastic bucket and bag. - Quality assurance system to maximise effectiveness.
<p>Exploration with Lugol's solution</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Similar to previous one, but acetic acid is substituted with Lugol's iodine. 		
<p>Papilomavirus (HPV) Screening</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Immediate results uncommon - Medium to low sensitivity. - Requires complex infrastructure. 	

- ✓ Check that the strategy for the prevention and control of cervical cancer is included in the national health strategies. In this strategy.
- ✓ Technical procedure standards for the prevention, diagnosis and treatment of the disease.
- ✓ Integrated and updated information systems on prevalence and for the provision of resources.
- ✓ Training of the staff on the means of prevention, treatment and control.
- ✓ IEC campaigns targeted at the population.
- ✓ Finally, taking into account the recent development of the HPV vaccine, it should be necessary to determine the strategic options of the programmes to be implemented.

Key elements to support in a programme for the detection and early treatment of cervical cancer would be:

- ✓ To enable governments to assess the suitability of introducing a programme for the detection and early treatment of cervical cancer and to back up the conditions required for designing and implementing the programme.
- ✓ To back up the development of research work to find out the prevalence and impact of cervical cancer.
- ✓ To back up the development of a cervical cancer prevention and control strategy and other instruments required for its implementation from a

comprehensive approach to sexual and reproductive healthcare.

- ✓ To support actions to incorporate prevention messages on cervical cancer in existing sexual and reproductive health programmes.

5.6. Applied research programmes

There is consensus among all those working on SRHR-related issues to consider this area a sector particularly sensitive to social and cultural contexts. Therefore replication of successful experiences in other places may be counter-effective if its impact on a specific context is not previously evaluated. On the other hand, existing urgent needs in this field and limited resource availability require the development of innovative measures to implement and manage programmes and the constant monitoring of the outcomes.

Thus, research is clearly needed and the various research frameworks may contribute with their findings and recommendations to the comprehensive improvement of health systems in general and SRHR programmes in particular.

Taking into account that health systems tend towards more and more comprehensive healthcare models, the socio-cultural approach seems a useful resource to carry out research and horizontal proposals which take into account the link between different variables from a local perspective, thus giving way to fuller solutions to health requirements.

Specific interventions on mother and child health and sexual and reproductive health

Some key aspects in an action-research project are to focus on solving immediate problems and strengthening the system capabilities. The main participants in the process may include multidisciplinary teams (anthropologists, doctors, educators, etc.), internal (from the community itself) and external researchers and community-based and other local agents (including health staff), which are crucial to get highly involved in the process.

In this framework, sources such as the following are used: for obtaining the inputs needed for the research participant observation, interviews, life histories, case studies, focal groups and Participatory Action Research processes (PAR). Besides, analysis and outcome segmentation is preferred, using geographical, administrative, temporal, gender and age variables.

As with other research models, there are two key questions regarding the actual effectiveness of the Action Research methodology:

- ✓ The outcomes should be obtained at the right time to be used by those performing field actions (health system, cooperation).
- ✓ The outcomes should be taken into account by the decision-making authorities and there should be opportunity to comprehensively implement the recommendations derived from the research.

With regards to the main elements to develop in applied research programmes to participants specially mentioned that:

- ✓ Programmes should establish lines of research and analysis favouring decision-making based on the actual needs and conditions to improve the programmes on sexual and reproductive health.
- ✓ Key research issues could be:
 - Acceptance of family planning, fertility-control community strategies and appropriate/successful messages on contraception methods in the community.
 - Elements of the primary healthcare system in need of improvement to provide quality family planning services and assessment of effective strategies for this.
 - Cultural aspects which create barriers to access the health services and strategies to overcome them.
 - Impact of unsafe abortions on maternal health and incidence on women's morbi-mortality.
 - Teenagers and young people's needs on sexual and reproductive health. Particularly, develop research on determining factors leading to early sexual initiation.
 - Key community structures for the promotion of sexual and reproductive health.
- ✓ Give support to research that provides a global perspective to mother and child and reproductive health questions, taking into account sociocultural and health system aspects from the integration of services viewpoint. A

multi-disciplinary approach is essential in this respect.

- ✓ In this type of research, those who benefit from the findings should get actively involved, especially when the research is done at community level. The users' point of view and that of those not accessing the service should be valued as a key element to develop effective and legitimate proposals and outcomes.
- ✓ Research should be oriented to strengthen health programmes and systems (e.g. logistics management).
- ✓ Supported research should be linked to actions promoting political commitment.
- ✓ Research should consider including local personnel and developing cooperation activities with local communities to give support to the training of local researchers.
- ✓ A budget line for research promotion and specific financing should be developed, including the channelling of funds to carry out research and to create spaces for the discussion, integration and dissemination of the outcomes.

Final recommendations

1. **Strengthen the priority given to the fight against maternal and neonatal mortality** and the improvement of mother and newborn health within the main goals of the Spanish cooperation.
2. **Make a substantial increase in financial contributions to planning, implementation and road map** assessment to reduce maternal and neonatal mortality in the different African countries, including all their different components: 1) Improve the provision of and access to maternal and newborn- infant healthcare services, including family planning services; 2) Strengthen health referral systems, 3) Strengthen district health planning and mother and child healthcare management, 4) Carry out advocacy for greater commitment to and resources for mother and child health and family planning, 5) Promote partnerships, 6) Promote ongoing care from home to hospital and 7) Empower communities, especially women.
3. **Support civil society strengthening processes** to fight against mother and child mortality and to improve every individual's sexual and reproductive health.
4. **Promote specific research actions** on cultural, anthropological and operational aspects that hinder mother and child health and sexual and reproductive health.
5. **Promote interventions aimed at preventing high maternal morbi-mortality caused by unsafe abortion** and to find out its impact on the population.
6. **Give support to preventive and education actions targeted at teenagers** to create healthy sexual and reproductive health conditions.
7. **Back up research actions on the impact of diseases such as cervical cancer** on women's health and the development of health programmes geared to their early diagnosis, prevention and treatment.
8. **Promote approaches and proposals for working with men**, so as to generate responsible attitudes towards pregnancy, child-birth and all the other areas related to sexuality and reproduction.

Annex I

Health task force

Meeting at Maputo, 14th-15th 2006

AGENDA

Thursday, 14th december 2006

- 9:00 **Presentation of participants.**
Moderator: Dr. Lilia Llamisse, *Deputy Director of National Health, Health Ministry.*
- 9:30 **Welcome address.**
Her Excellency Dr. Aida Libombo, *Vice-Minister for Health.*
Her Excellency Mr. Juan Manuel Molina Lamothe, *Spanish ambassador to Mozambique.*
- 10:00 **Coffee break.**
- 10:30 **Presentation of the workshop.**
Ms. Marta O'Kelly, *Director of Spanish Interest Group on Population, Development and Reproductive Health.*
- Panel I: "Political frameworks for sexual and reproductive health promotion in Africa"**
Moderator: Dr. Esther Leandro, *Project Manager, Medicus Mundi.*
- 11:00 **General framework for Continental African Policies in the field of sexual and reproductive health and rights.**
Dr. Lilia Llamisse, *Deputy National Director, Health Ministry.*
- 11:15 **An African Strategy for reducing Maternal and Neonatal Mortality and its implementation in Mozambique.**
Dr. Elsa Jacinto, *Director of Reproductive Health Programme, Health Ministry.*
- 11:30 **Health and sexual and reproductive rights and Spanish cooperation's priorities.**
Mr. Miguel Casado, *Health Sector Officer. Directorate General for Development Policies. State Secretariat for International Cooperation. Ministry of Foreign Affairs.*

11:45 **Comments and debate.**

12:45 **Lunch.**

Panel II: "Theme presentations and key strategies to improve sexual and reproductive health and the fight against mother mortality based on Mozambique's experience"

Moderator: Dr. Lilia Llamisse, *Deputy National Director, Health Ministry.*

13:45 **Access to sexual and reproductive health services.**

Dr. Sergio Galán, *Project Coordinator of maternal health in Gaza, Medicus Mundi – Mozambique.*

14:00 **Community action experiences on access to sexual and reproductive health services.**

Dr. Joao Gomes Ausse, *Director, VISAO MONDIAL.*

14:15 **Discussion and recommendations.**

15:30 **Coffee break.**

15:45 **Supplies and family planning in the context of maternal health and the fight against HIV/AIDS.**

Dr. Maria da Luz Vaz, *Director of Programmes, United Nations' Population Fund (UNFPA).*

16:00 **Discussion and recommendations.**

17:00 **End session.**

Friday, 15th december 2006

9:00 **HIV/AIDS pandemic among women in Mozambique.**

Francelina Romao, *Counselor at the Gender Department, Health Ministry of Mozambique.*

9:15 **Fostering community action for the prevention of HIV/AIDS.**

Ms. Luis Macave, *Cruz Vermelha Mozambique.*

9:30 **Debate and recommendations.**

10:30 **Coffee break.**

- 10:45 **Work on sexuality and pregnancy prevention among teenagers.**
Mr. Estêvão Jacinto, *Director of programmes, Mozambican Association for "o Desenvolvimento de Família" (AMODAFE).*
- 11:00 **Report on the situation of cervical cancer in Mozambique and prospects for the development of strategies to fight against the disease.**
Paula Libombo, *WHO Focal Point for PTB.*
- 11:15 **Initiatives for the improvement of child nutrition in Mozambique.**
Olinda Mugave, *Director, REENCONTRO.*
- 11:30 **Debate and recommendations.**
- 12:45 **Closing address and presentation of conclusions.**
- 13:30 **End session.**

Annex II

Health task force

Meeting at Maputo, 14TH-15TH 2006

LIST OF PARTICIPANTS

NAME	POSITION	E-MAIL
Mozambique Health Ministry		
Her Excellency Ms. Aída Libombo	Vice-Minister for Health.	libombo@yahoocoo.uk
Dr. Lília Jamisse	Deputy National Director	ljamisse@gmail.com
Dr. Ana Dai	Community Health Department	adai@dnsdee.misau.gov.mz
Dr. Atalia Macome	Community Health Department	
Dr. Carla Silva	Chefe de Repartição de Doenças não transmissíveis	
Dr. Dalmazia Cossa	Legal Counsellor	dcossa@minsau.gov.mz
Dr. Elsa Jacinto	Director of Reproductive Health	elsajacinto@yahoo.com.br
Dr. Francelina Romão	Gender Sector Counsellor	fromao@misau.gov.mz
Dr. Ivone Zilhao	SEA (Teenagers Sector)	isilhao@pathfind.org
Dr. Natércia Matule	SEA (Teenagers Sector)	nmatule@dnsdee.misau.gov.mz
Dr. Olga Sigaúque	Nurse of the community health sector	oantonio@dnsdee.misau.gov.mz
Other Ministries		
Dr. Helena Ângelo	Ministry of Education	Ahelena@mec.gov.mz
Mr. Fernando Julião	Min. of Foreign Affairs	azandamela@minee.gov.mz
Ms. Lisa Mutisse	Min. of Women and Social Action	lisamutisse@yahoo.com.br
Ms. Carla Fernandes	Ministry of Finance	carlafernandes@gmail.com
United Nations' Agencies		
Dr. Alicia Carbonelli	Director of programmes WHO	
Dr. Daysi Mahotas	Director of programmes UNICEF	
Dr. Maria Luz Vaz	Director of programmes UNFPA	mluzvaz@unfpa.uein.mz
Dr. Paula Libombo	Focal Point for PTB (WHO)	libombop@mz.afro.who.int
Dr. Veronica Reis	Director of programmes USAID	vreis@fortesaude.org.mz
Spanish Cooperation		
Dr. Miguel Casado	Health Officer. Dir. G. Policy	miguel.casado@mae.es
Dr. Pilar de la Corte	Development AECI Health Counsellor in Mozambique	

LIST OF PARTICIPANTS (Cont.)

NAME	POSITION	E-MAIL
Mozambican NGOs		
Ms. Gilda Góndola		
Dr. João Gomes Ause	Visão Mundial	
Mr. Marçal Monteiro	NAIMA (Coordinator)	
Mr. Estêvão Jacinto Ariano	Coordinator Youth Programmes AMODEFA	estevaomj@amodefa.org.mz
Ms. Paula Macave	Cruz Vermelha de Mozambique (HIV/AIDS)	macaveluis@hotmail.com
Spanish NGOs		
Ms. Adriana Zumarán	GIE	investigacion@grupogjie.org
Ms. Esther Leandro	Medicus Mundi	esther.leandro@medicmundi.es
Dr. José Luis Engel	Médicos del Mundo	joseluis.engel@medicosdelmundo.es
Ms. Marta O'Kelly	GIE	coordinadora@grupogjie.org
Dr. Pablo Blanco	Farmaceuticus Mundi	pablo.blanco.sanchez@juntadeandalucia.es
Mr. Sergio Galán	Medicus Mundi Gaza	segalan@gmail.com
Dr. José Vallejo	Médicos Sem Fronteiras	jose_vallejo@hotmail.com
Other		
Dr. Francisco Zita		fzita@policy.org.mz
Mr. Cassimo Bique		cassimo@dnsdee.misau.gov.mz
Ms. Isabel NHatave		INHatave@fortesaude.org.mz
Ms. Petra Hofman		hofmanpetra@hotmail.com
Dr. Maria Cruz Círia		cruziria@yahoo.es
Dr. Geraldina Longa		glonga@misau.gov.mz, gerlonga@yahoo.com
Ms. Paula Macave		Paula.Macave@redcross.org.mz



Con la colaboración de:

Grupo de Interés Español en
Población, Desarrollo y Salud Reproductiva **GIE**

www.mujaresporunmundomejor.org