



ANÁLISIS DE LA REALIDAD DE MOZAMBIQUE

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Población: 20.522.462 (2007)

Superficie: 801.590 kilómetros cuadrados

Capital: Maputo

Moneda: metical

Idioma: portugués

INTRODUCCIÓN

El país, bañado por el océano Índico, se encuentra situado sobre el Trópico de Capricornio. Tiene clima cálido y seco. Dos ríos lo atraviesan: el Zambeze, en el centro, y el Limpopo, en el sur. Posee recursos minerales importantes, todavía sin explotar.

Mozambique fue colonia portuguesa hasta 1975. La consecución de la independencia se vio favorecida por la caída del presidente portugués Salazar (revolución de los claveles). El Frente de Liberación de Mozambique (FRELIMO), de ideología nacionalista y marxista-leninista, obtuvo el poder en 1964. El apoyo soviético al FRELIMO molestó a los vecinos regímenes racistas de Rodesia (actual Zimbabue) y Sudáfrica que apoyaron al movimiento opositor Resistencia Nacional de Mozambique (RENAMO). Entre ambas facciones estalló una guerra que duró hasta 1992 y devastó el país. En 1994 se celebraron las primeras elecciones libres que fueron ganadas por el FRELIMO.

“La explotación colonial junto a la posterior expulsión de los colonos (que ocupaban los puestos técnicos y no se habían preocupado de crear capacidad local), el poder devastador de la guerra en términos de muertos, heridos e infraestructuras destruidas, el poco éxito de muchos de los proyectos económicos de la etapa socialista y el impacto de los programas de ajuste estructural fueron golpes muy duros para la sociedad y la economía mozambiqueñas “. (Juan Pita).

Desde que se firmó la paz, la ayuda externa se incrementó. Entre 1994 y 2001, el país tuvo uno de los crecimientos económicos más altos del mundo: 8,1 por ciento de media. A partir de 2001, Mozambique se ve envuelto en crisis financieras y desastres naturales que impactan de forma negativa en su actividad económica.

La población crece entorno al 2,3 por ciento anual. Una de sus características es la juventud: la edad media es de 19 años y la esperanza de vida no supera los 42 años, consecuencia de la malnutrición, las deficientes condiciones sanitarias, la malaria y el sida.

La pobreza envuelve a la sociedad mozambiqueña: tres de cada cuatro mozambiqueños es pobre. La mayoría de la población (75%) vive en zonas rurales, practica una agricultura de subsistencia y es muy vulnerable a ciclos de sequías e inundaciones que se abaten periódicamente sobre Mozambique. Mozambique ocupa el puesto 168 –de 177 países- según el Índice de Desarrollo Humano. Sin embargo, desde 1990, Mozambique ha experimentado un crecimiento económico importante. Concretamente, entre 1997 y 2003 el promedio de crecimiento anual ha sido del 8%. Como consecuencia, se han realizado importantes

inversiones extranjeras que no han colmado las expectativas puestas en ellas ni tampoco han solucionados graves problemas, como por ejemplo el paro.

En cuanto a la mujer, si bien registra una alta participación en la vida pública (en el Ejecutivo, en la Asamblea o en los municipios), la desigualdad de género, especialmente en educación y en salud, es dramática. Contrasta este hecho con la afirmación de que Mozambique tiene una de las legislaciones más progresivas y sensibles para los temas de género entre los países de África del sur. Según el Banco Mundial, la discriminación de la mujer mozambiqueña en lo relativo al acceso a la tierra es debido, en parte, por la falta de información y concienciación de la mujer en cuanto a sus derechos; en parte debido a prácticas administrativas y judiciales que están lejos de asumir las nuevas normas.

1. SITUACIÓN ECONÓMICA

| Indicadores del país | 1990/92 | 2005/06 |
|---|-----------|-----------|
| PIB per cápita (US\$) | 150 | 310 |
| Inflación media (%) | 39 | 9,7 |
| Deuda externa (% del PIB) | 286 | 81 |
| Incidencia de la pobreza (%) | 69 (1997) | 54 (2003) |
| Tasa neta de matrícula en la escuela primaria (%) | 43 | 71 |
| Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por 1.000) | 235 | 152 |
| Población (en millones) | 16,5 | 20,1 |

Fuentes: Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Gobierno de Mozambique, Banco de Moçambique y FMI; encuestas nacionales de hogares; Ministerio de Educación; y encuestas demográficas y de salud.

Tasa de crecimiento anual del PIB, consumo, inversión, exportaciones e importaciones, 2000-2008

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 estimated | 2007 projected | 2008 projected |
|--------------------------------------|------|-------|------|------|------|------|----------------|----------------|----------------|
| GDP, total | 1.9 | 13.1 | 8.2 | 7.9 | 7.5 | 7.8 | 8.5 | 6.8 | 7.6 |
| Consumption | 0.9 | 3.3 | 0.6 | 14.8 | 4.5 | 12.1 | -3.7 | 11.1 | 8.3 |
| Government | 11.7 | 17.2 | 3.6 | 16.2 | 8.6 | 12.0 | 25.1 | 17.3 | 12.7 |
| Nongovernment | -0.3 | 1.5 | 0.2 | 14.6 | 3.9 | 14.6 | -3.7 | 12.6 | 9.9 |
| Gross domestic investment | -8.7 | -15.2 | 38.0 | 3.2 | 34.6 | -6.4 | 16.6 | 27.0 | 18.3 |
| <i>Exports of goods and services</i> | | | | | | | | | |
| Exports | 31.9 | 51.6 | 21.0 | 30.2 | 13.1 | 9.4 | 13.7 | 8.0 | 11.2 |
| Imports | -2.4 | -20.7 | 21.4 | 13.1 | -7.5 | 29.1 | 31.7 | 29.4 | 10.7 |

Fuente: Estimaciones del Banco Mundial

El gobierno de Mozambique lleva aprobados dos planes de acción para la reducción de la pobreza absoluta, el actual cubre el periodo 2006-2009 (PARPA II). El objetivo general es la reducción de los niveles de pobreza y la promoción del crecimiento económico, de forma rápida y sostenible. Según el informe de Naciones Unidas sobre el cumplimiento de los ODM, para reducir la pobreza extrema es necesario tener en cuenta los siguientes retos:

- Crecimiento sostenible y reducción de las desigualdades.
- Mejorar la eficacia de la ayuda exterior. Mozambique depende en gran medida de la ayuda exterior (44% del PIB en 2005).
- Rápido crecimiento de la población urbana.
- Impacto del VIH/sida en la economía y en los hogares.
- Vulnerabilidad a riesgos externos (inseguridad alimentaria, enfermedades) incluidos los desastres naturales (inundaciones y sequías).

El gobierno de Mozambique está empeñado en luchar contra la pobreza. Las políticas y prioridades que se presentan en el PARPA II son:

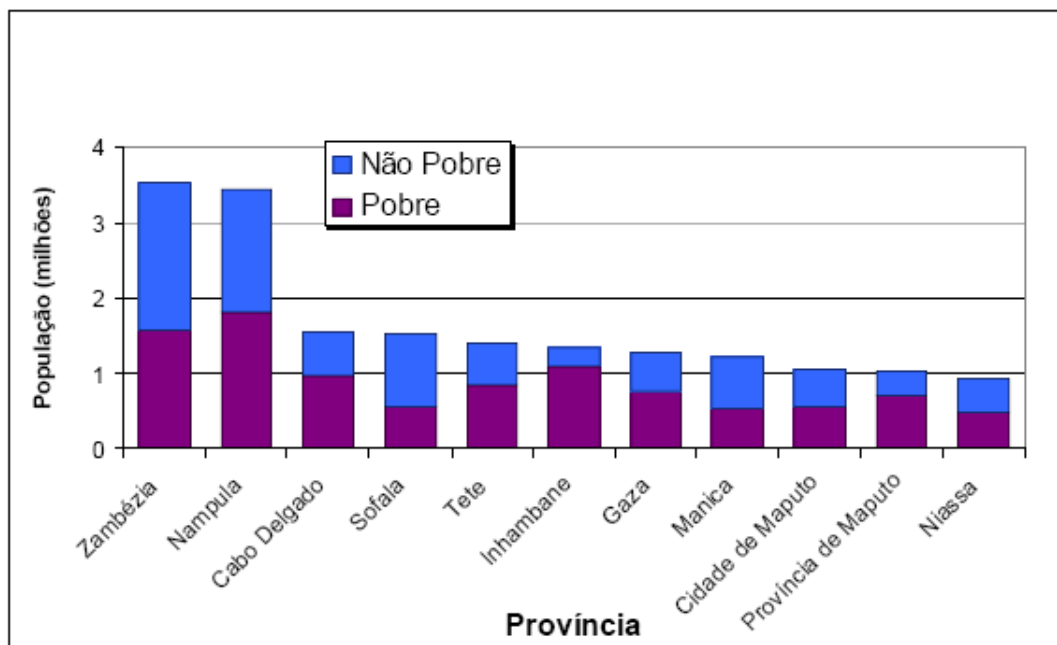
- macroeconomía y pobreza
- gobernanza
- desarrollo económico
- capital humano
- temas transversales
 - a) género
 - b) VIH/sida
 - c) medio ambiente
 - d) seguridad alimentaria y nutricional
 - e) ciencia y tecnología
 - f) desarrollo rural
 - g) desastres naturales
 - h) desminado

Todas las áreas de acción encaminadas a luchar contra la pobreza están estrechamente interrelacionadas con el crecimiento económico. Por ejemplo, en una economía en la que el 80% de la población activa (una parte muy importante es pobre) trabaja en el sector agrícola y resulta difícil pensar en reducción de la pobreza a gran escala sin producirse crecimiento económico en el sector agrícola.

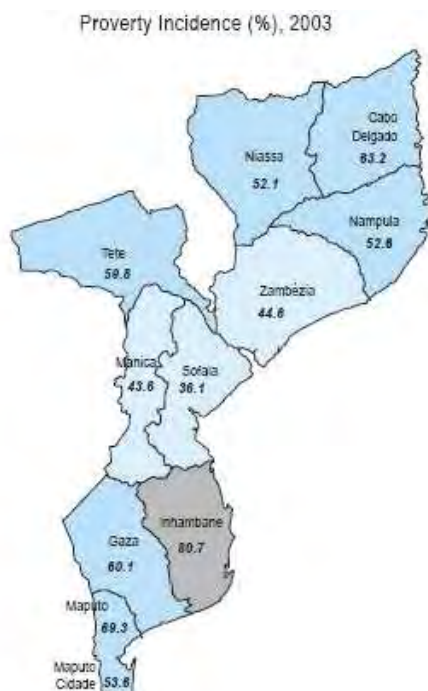
En los años 2002 y 2003, el Instituto Nacional de Estadística de Mozambique llevó a cabo una encuesta relativa a la situación de la población. Los resultados permiten afirmar que la pobreza ha descendido de forma significativa del 69.4 por ciento en 1997 a 54.1 por ciento en 2003, es decir, casi 3 millones de personas salieron de la pobreza absoluta en 6 años. Esta disminución no se ha producido, sin embargo, de forma regular en todas las regiones del país y presenta variedades importantes. En las zonas rurales descendió del 71 por ciento al 55 por ciento, 16 puntos más que en las zonas urbanas: del 62 por ciento al 52 por ciento. Destaca el peso de Nampula y Zambezia tanto en el número de habitantes como en la cantidad de personas pobres.

En las provincias de Zambezia y Tete la pobreza se redujo en un 22%; en Sofala en un 50%, pasando de ser la provincia más pobre a la menos pobre. En las provincias del centro y norte del país se produjo una reducción de la pobreza, excepto en Cabo Delgado, donde aumentó. En el sur, en la provincia de Maputo y la ciudad de Maputo, así como en Inhambane se produjo una leve reducción de la pobreza. Esta última provincia es, en la actualidad, la más pobre de Mozambique con el 80,7% de población pobre.

Población y pobreza por provincias, 2002-2003

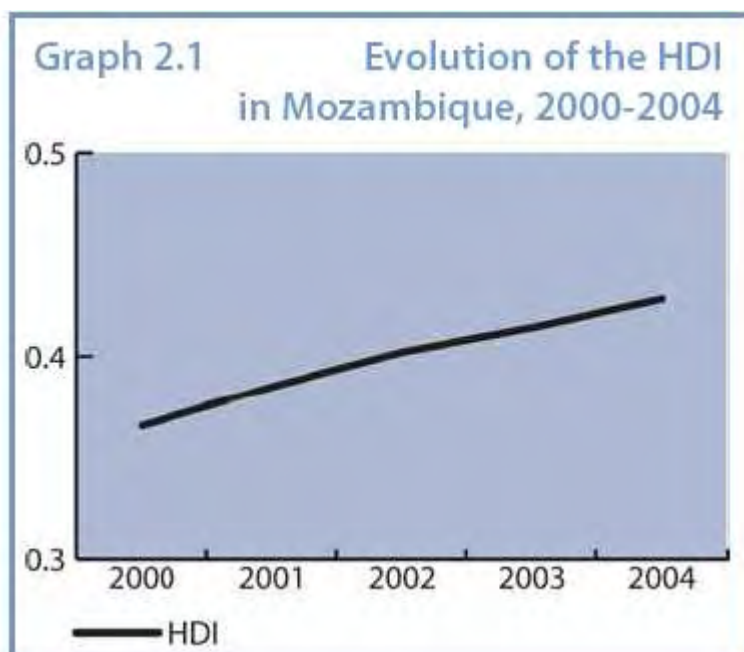


Fuente: Encuesta unidades familiares (IAF 2002-2003) e Instituto Nacional de Estadística (INE 2003)

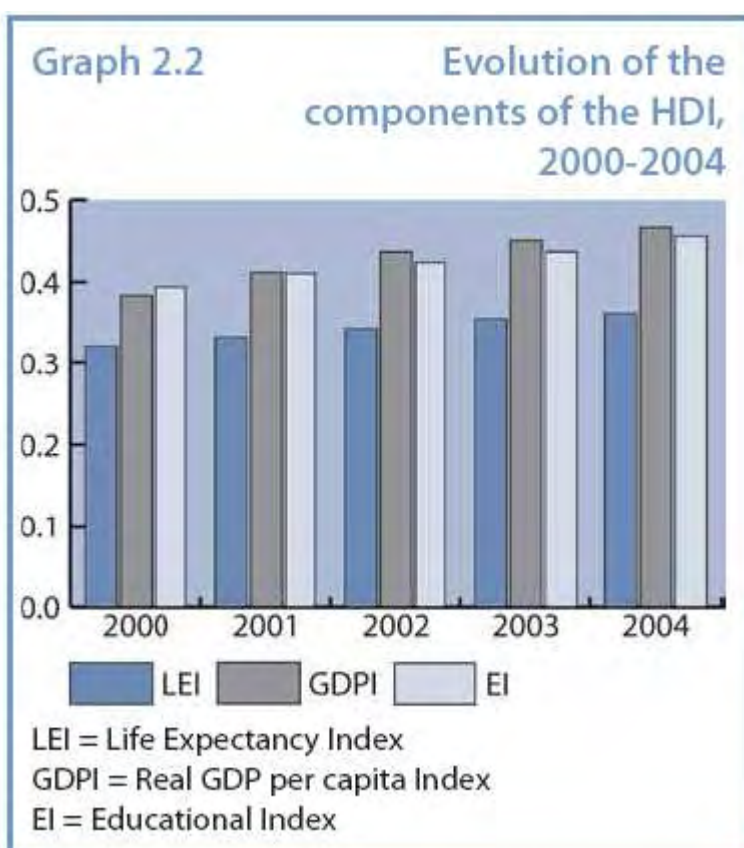


Fuente: Informe ODM 2005

Evolución del Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2000-2004
 Fuente: Mozambique National Human Development Report 2005



Evolución de los componentes del IDH 2000-2004
 Fuente: Mozambique National Human Development Report 2005



El crecimiento del PIB en las provincias de Mozambique no ha sido uniforme. Las tasas medias anuales van del 5,4% en Gaza a 18,9% en la provincia de Maputo. Aunque se observan avances en todas ellas, sólo Niassa, Inhambane y la provincia de Maputo registran tasas superiores a la media nacional (9,2):

Evolución del PIB por regiones, provincias y nacional

| Regions/Provinces | Rate of Growth by Volume (%) | | | | Average |
|-------------------|------------------------------|------|------|------|---------|
| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | |
| North | 7.3 | 8.3 | 11.5 | 3.4 | 7.6 |
| Niassa | 10.7 | 11.1 | 9.9 | 7.2 | 9.7 |
| Cabo Delgado | 9.4 | 8.2 | 12.0 | 3.9 | 8.4 |
| Nampula | 5.9 | 7.8 | 11.6 | 2.4 | 6.9 |
| Centre | 10.1 | 6.5 | 9.1 | 5.3 | 7.8 |
| Zambézia | 10.8 | 7.3 | 8.8 | 4.7 | 7.9 |
| Tete | 10.3 | 8.6 | 5.3 | 8.6 | 8.2 |
| Manica | 6.6 | 4.4 | 10.8 | 2.4 | 6.0 |
| Sofala | 11.0 | 5.8 | 10.4 | 5.8 | 8.2 |
| South | 18.0 | 9.2 | 5.6 | 10.9 | 10.9 |
| Inhambane | 4.4 | 11.6 | 8.1 | 22.0 | 11.5 |
| Gaza | 5.0 | 4.9 | 8.2 | 3.4 | 5.4 |
| Maputo province | 43.0 | 14.4 | 1.2 | 16.8 | 18.9 |
| Maputo city | 8.6 | 5.1 | 8.5 | 4.2 | 6.6 |
| Mozambique | 13.1 | 8.2 | 7.9 | 7.5 | 9.2 |

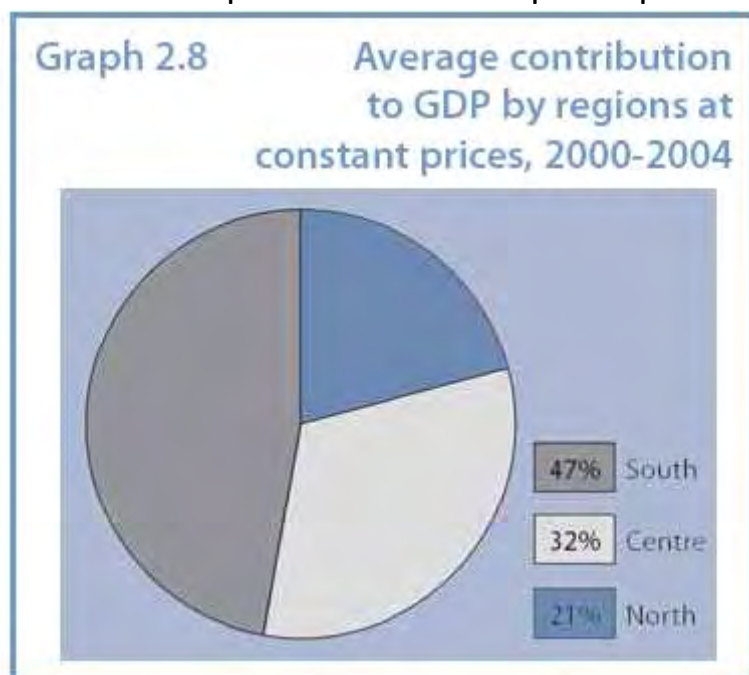
El fuerte crecimiento registrado en las provincias de Maputo e Inhambane en el período reseñado se debe al progreso del sector de la construcción: la planta de aluminio Mozal y el oleoducto que conecta Inhambane y Sudáfrica.

La agricultura sigue siendo el sector con mayor peso en la economía provincial y nacional. Emplea al 70% de la población activa y sus efectos en la reducción de la pobreza, especialmente en zonas rurales, es fundamental. En los últimos años se aprecia un incremento de las zonas cultivadas, no así de la productividad.

Por lo que respecta a la contribución al PIB por regiones, la región sur presenta la media más alta, a pesar de las graves inundaciones que sufrió en el año 2000, como se puede ver en el siguiente gráfico:

Promedio contribución al PIB por regiones, 2000-2004

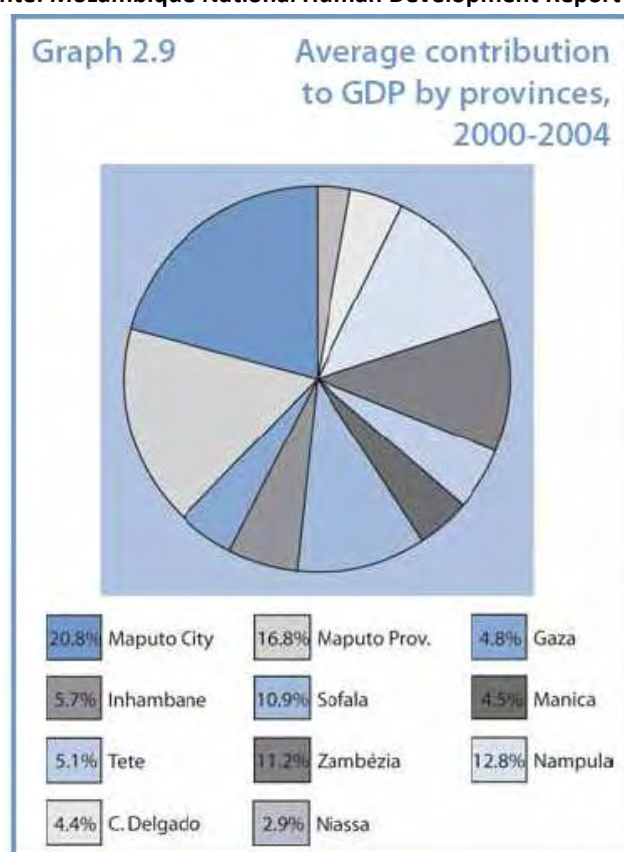
Fuente: Mozambique National Human Development Report 2005



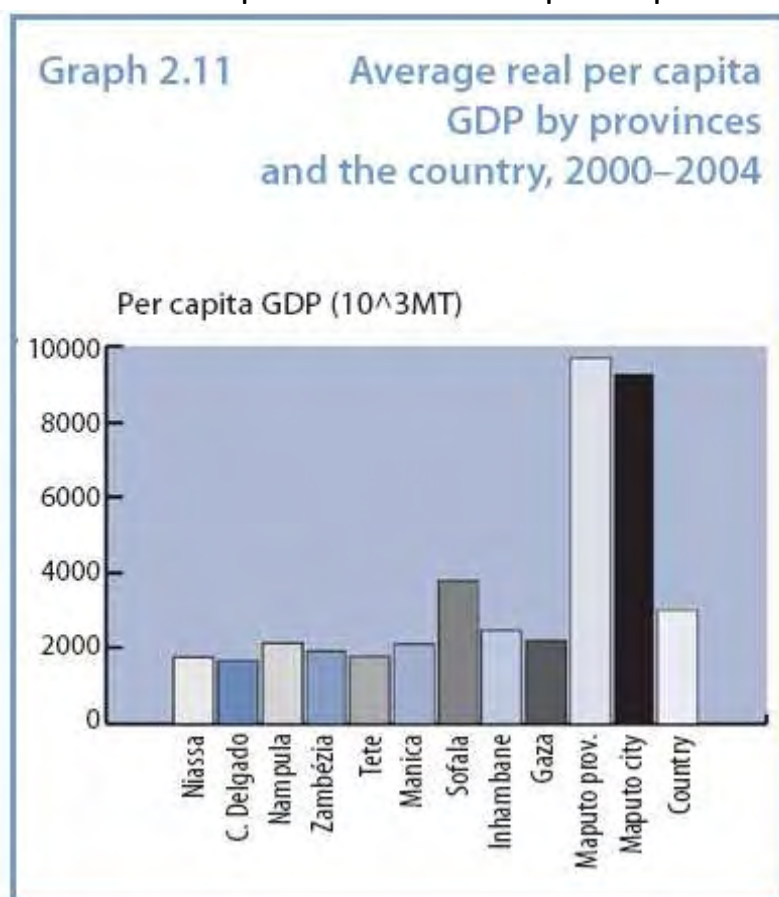
Sofala y Zambezia, en el centro, y Nampula en el norte lideran sus regiones respectivas, con una media de 10,9%, 11,2% y 12,8%, respectivamente, según se ve en el siguiente gráfico:

Promedio contribución al PIB por regiones, 2000-2004

Fuente: Mozambique National Human Development Report 2005



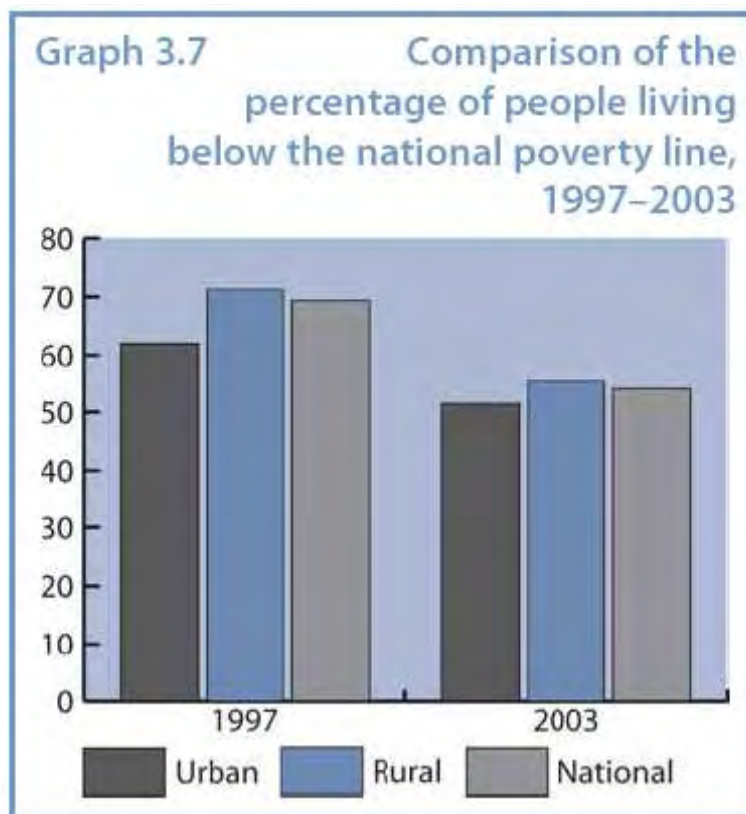
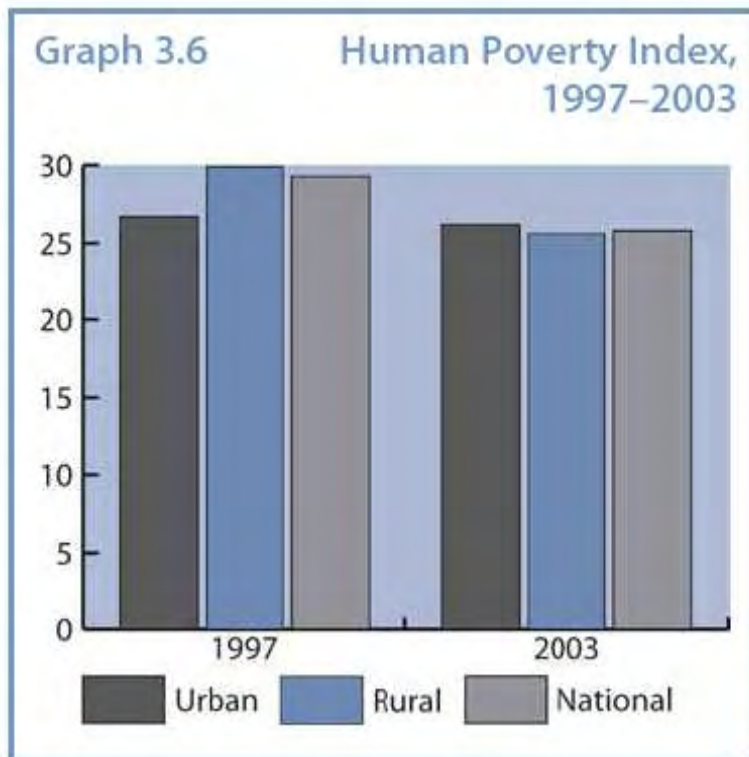
Promedio real del PIB per cápita por provincias y del país
Fuente: Mozambique National Human Development Report 2005



Reducción del índice de pobreza por provincias
Fuente: Mozambique National Development Report 2005

| | 1997 | 2000 | 2003 |
|-------------------|------|------|------|
| North | 63.8 | 58.8 | 56.3 |
| Niassa | 61.2 | 53.2 | 55.9 |
| Cabo Delgado | 67.1 | 62.8 | 57.6 |
| Nampula | 63.0 | 60.5 | 55.5 |
| Centre | 59.0 | 52.9 | 50.1 |
| Zambézia | 64.8 | 65.8 | 59.1 |
| Tete | 61.0 | 51.3 | 50.2 |
| Manica | 56.5 | 46.9 | 45.0 |
| Sofala | 54.0 | 47.9 | 46.7 |
| South | 37.7 | 33.7 | 31.7 |
| Inhambane | 51.2 | 46.2 | 46.1 |
| Gaza | 47.7 | 38.8 | 36.7 |
| Maputo prov. | 36.0 | 31.8 | 28.2 |
| Maputo city | 17.1 | 19.8 | 18.4 |
| Mozambique | 55.9 | 50.9 | 48.9 |

Índice de pobreza en las zonas urbanas y rurales
Fuente: Mozambique National Development Report 2005



Entre 1997 y 2003 se observa una reducción de la brecha entre pobreza urbana y rural. En 1997, el porcentaje de población urbana por debajo del umbral de la pobreza nacional era del 62%; en las zonas rurales era del 71,3%. En 2003, esos porcentajes eran del 51,5% y 55,3%, respectivamente. En las zonas rurales se ha producido una disminución más acusada de la pobreza que en las zonas urbanas.

2. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

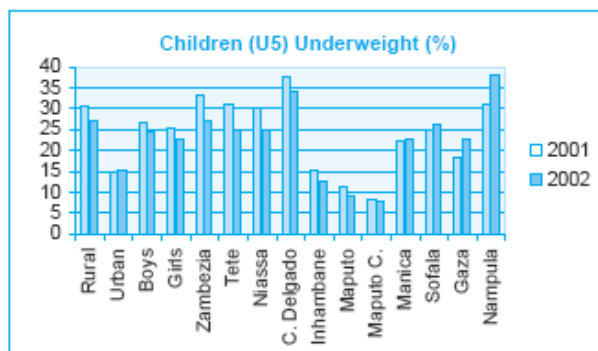
El acceso a la alimentación se considera como un derecho humano fundamental y premisa básica para el bienestar de las personas. La seguridad alimentaria tiene cuatro componentes: disponibilidad, estabilidad de abastecimiento, acceso y utilización de alimentos. La seguridad alimentaria y nutricional se encuentra estrechamente relacionada con otras áreas del desarrollo y, en consecuencia, la necesidad de un tratamiento holístico. Con este objetivo, el gobierno mozambiqueño ha diseñado la Estrategia de seguridad alimentaria y nutricional 2007-2015 (ESAN) que, básicamente, tiene cuatro dimensiones:

1. Disponibilidad de alimentos suficiente en una determinada región para satisfacer las necesidades alimentarias de su población.
2. Poder de compra o producción propia suficiente para las familias con el fin de que tengan acceso físico y/o económico a alimentos de calidad y en cantidad para satisfacer los requerimientos nutricionales en todo momento.
3. Buen estado de salud para asimilar los alimentos.
4. Buenos hábitos alimentarios.

Así como los porcentajes de pobreza extrema han disminuido en el periodo 1997-2003, según datos del Informe ODM 2008, los niveles de malnutrición, en términos de porcentaje de niños menores de 5 años con bajo peso, continúan altos (23,7%), siendo el porcentaje de las áreas rurales (27,1%) casi el doble que en las urbanas (15,2%). Las diferencias en los porcentajes entre niños y niñas apenas son apreciables.

En cuanto a los porcentajes por provincias, Zambezia y Tete registraron las mayores disminuciones, mientras Manica, Sofala, Gaza y Nampula empeoraron su situación. Nampula y Cabo Delgado tuvieron porcentajes muy altos en 2003 (38,2 y 34,2 por ciento respectivamente). Maputo ciudad y Maputo provincia tuvieron las tasas más bajas (7,9 y 9,2 % respectivamente).

Porcentaje de niños de bajo peso menores de 5 años



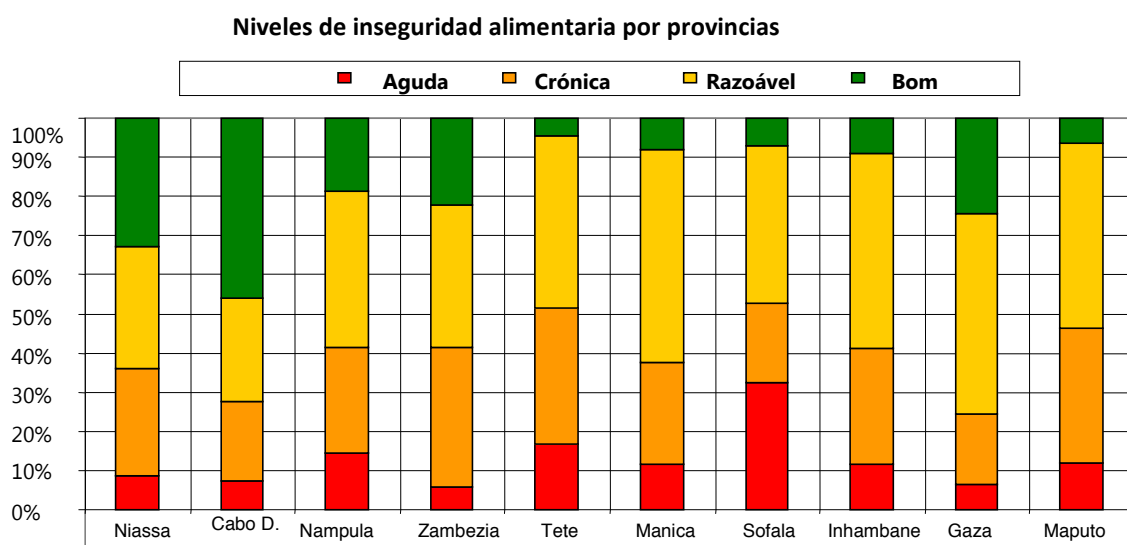
Fuente: Informe ODM 2005

Por lo que respecta al nivel de malnutrición extrema en niños menores de 5 años disminuyó de 5,5% en 2001 a 4% en 2003. Sin embargo, hay provincias que presentan altos índices: Sofala 7,6%, Gaza 6,7% y Nampula 6%.

De entre las principales causas de inseguridad alimentaria en Mozambique, según el PARPA II, cabe destacar:

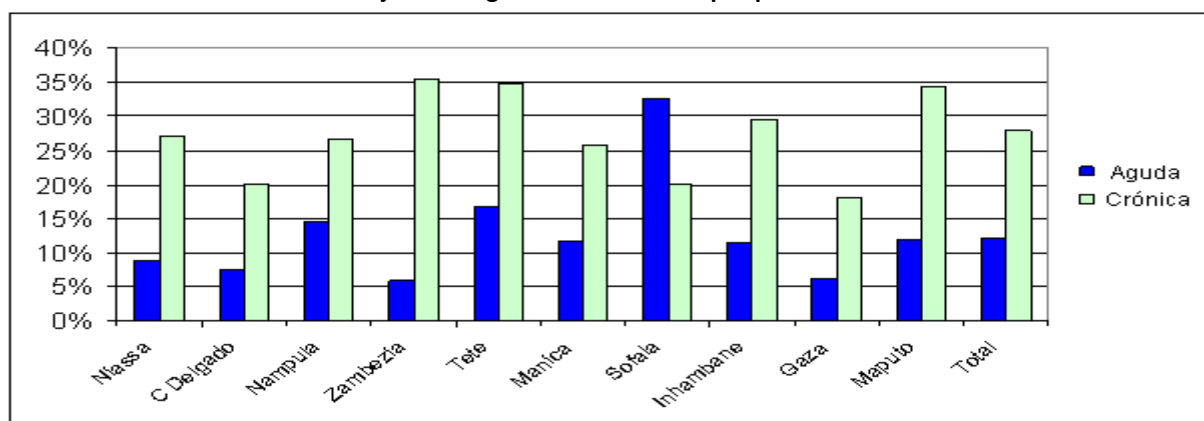
- Escasa disponibilidad de alimentos en las familias (falta de reservas, desastres naturales, limitado poder de compra).
- Altos niveles de pobreza absoluta.
- Bajo acceso a agua potable y saneamiento.
- Alta tasa de analfabetismo.

Según consta en el informe Seguridad alimentaria y nutricional en Mozambique (mayo 2008), realizado por el Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional, las provincias de Sofala, Tete y Nampula registran los niveles más altos de inseguridad alimentaria aguda, como consecuencia de desastres naturales y la limitada capacidad de respuesta a los mismos. Zambezia, Tete, Maputo e Inhambane tienen los índices más altos de inseguridad alimentaria crónica que indican problemas estructurales para acceder a alimentos. En cuanto a las provincias de Gaza, Cabo Delgado y Niassa presentan buenos niveles de seguridad alimentaria.



Fuente: Seguridad alimentaria nutricional –SETSAN- mayo 2008

Porcentaje de inseguridad alimentaria por provincias

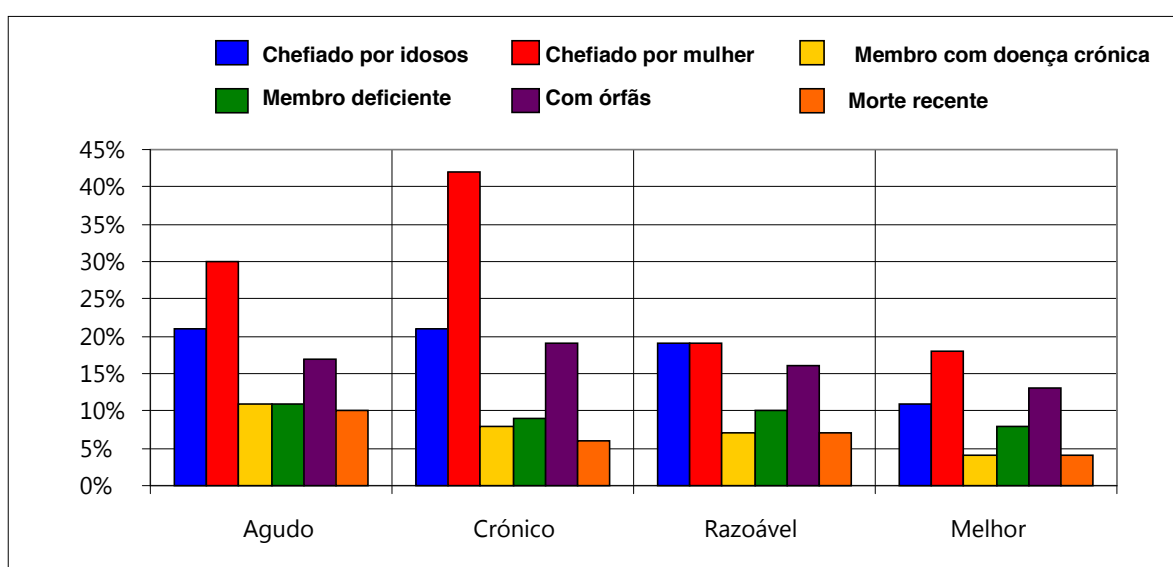


Fuente: Seguridad alimentaria nutricional –SETSAN- mayo 2008

Por lo que se refiere al análisis de la inseguridad alimentaria aguda de las familias, se ha realizado teniendo en cuenta los siguientes tipos:

- hogares con enfermos y mujeres con hijos
- hogares con enfermos crónicos
- hogares con una persona fallecida en los últimos 3 meses

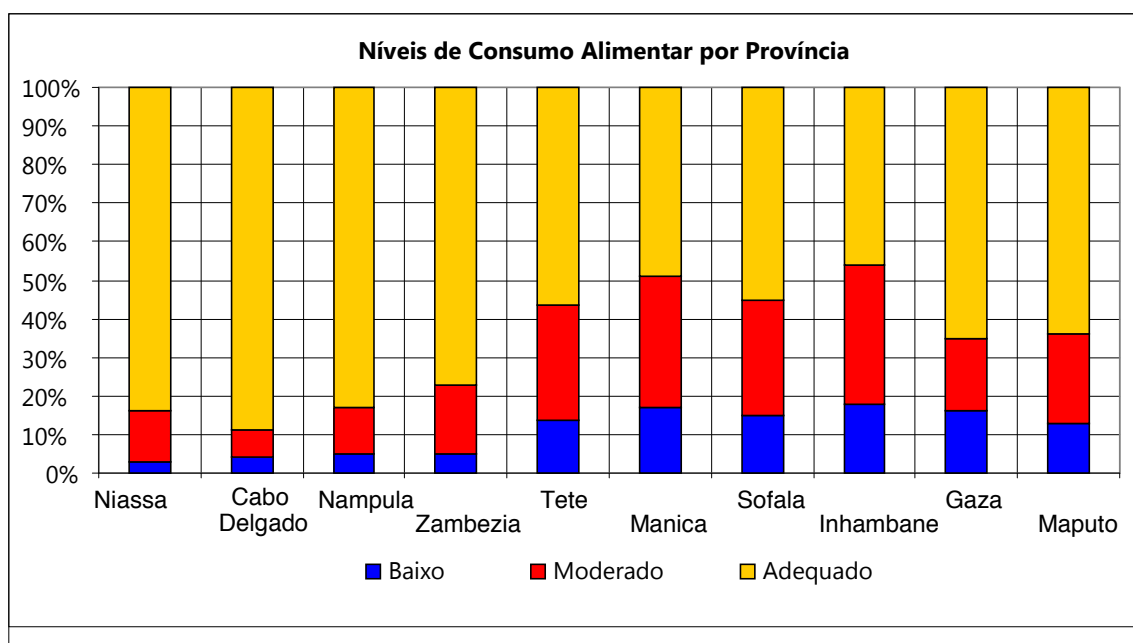
Inseguridad alimentaria por tipos de familia



Fuente: Seguridad alimentaria nutricional –SETSAN- mayo 2008-

En cuanto al indicador de consumo alimentario, las provincias de Tete, Manica, Sofala e Inhambane presentan el consumo familiar más bajo

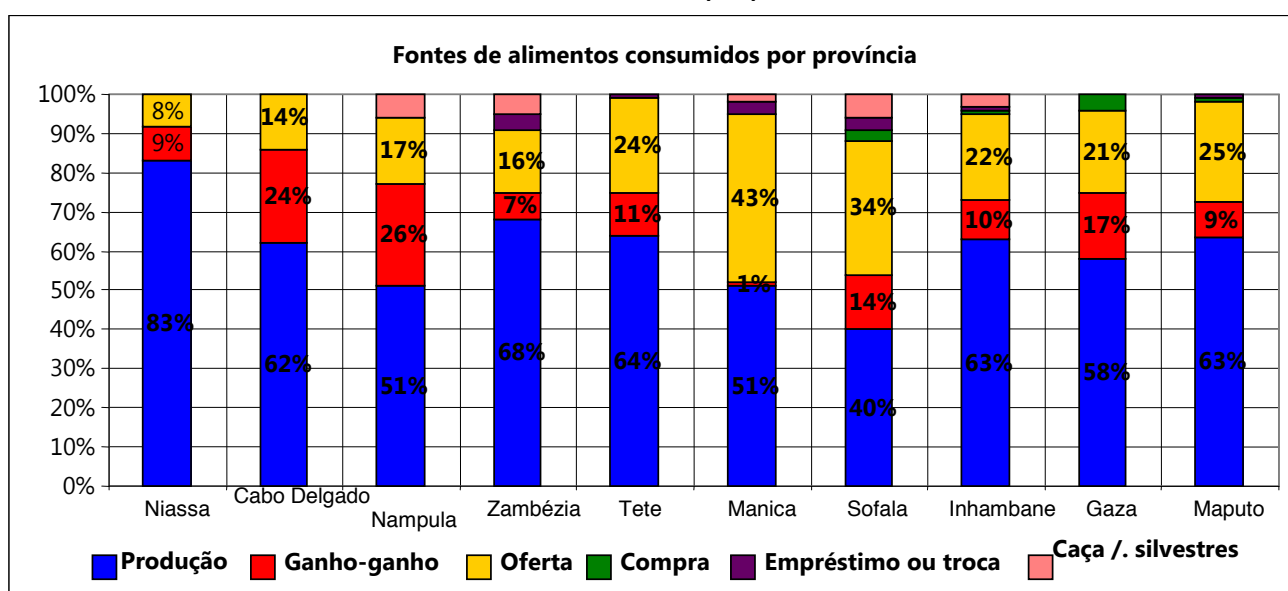
Niveles de consumo alimentario familiar por provincia



Fuente: Seguridad alimentaria nutricional –SETSAN- mayo 2008

Por lo que respecta a las fuentes de alimentos, la adquisición de los mismos es el principal gasto de las familias urbanas, no así de las que viven en zonas rurales. En todas las provincias, con excepción de Sofala, la principal fuente de alimentos es la propia producción y la compra en el mercado se reduce, prácticamente, a la compra de aceite, azúcar, pescado y carne.

Fuentes de alimentos de las familias por provincia



Fuente: Seguridad alimentaria nutricional –SETSAN- mayo 2008

En las provincias de Nampula, Zambezia, Sofala e Inhanbane el consumo de frutas silvestres y la caza representan una fuente importante de alimentación.

El aumento de los precios de los alimentos y del combustible repercute en las poblaciones rurales y urbanas. El Banco Mundial realizó un estudio al respecto y las conclusiones fueron las siguientes:

- Los alimentos ocupan un lugar importante dentro de la economía familiar.
- La producción propia de alimentos es particularmente importante en las zonas rurales.
- Las zonas rurales pobres del norte y del centro de Mozambique son mucho más dependientes de la producción propia y no se encuentran tan influenciadas por el aumento de los precios.
- A corto plazo, el aumento de los precios tiene un impacto más negativo en las zonas urbanas y rurales del sur.
- En general, las zonas rurales se benefician del aumento de los precios de los alimentos.
- La ciudad de Maputo y las zonas urbanas del sur son las más afectadas por la subida del precio de los alimentos.

Número de personas con inseguridad alimentaria por distritos

| DISTRITOS | Aguda | Crónica | En riesgo |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Moamba | 6,704 | 11,628 | 2,926 |
| Namaacha | 4,988 | 8,651 | 1,620 |
| Magude | 6,345 | 11,005 | 2,621 |
| Matutuine | 4,423 | 7,671 | 1,273 |
| MAPUTO | 22,460 | 38,955 | 8,440 |
| Chibuto | 12,424 | 21,417 | 18,696 |
| Guijá | 4,744 | 8,178 | 2,726 |
| Mabalane | | 2,320 | 445 |
| Massingir | | 2,061 | 351 |
| Mandlakazi | | 12,054 | 12,020 |
| Chicualacuala | | 2,808 | 652 |
| Chigubo | | 1,498 | 186 |
| Massangena | | 1,132 | 106 |
| GAZA | 17,168 | 51,468 | 35,182 |
| Govuro | 4,038 | 6,161 | 1,865 |
| Mabote | 5,232 | 7,983 | 3,131 |

| | | | |
|------------------|---------------|----------------|---------------|
| Funhalouro | | 4,475 | 364 |
| Massinga | | 21,775 | 8,618 |
| Panda | | 5,658 | 582 |
| Inhassoro | | 5,727 | 764 |
| INHAMBANE | 9,270 | 51,779 | 15,324 |
| Caia | 34,637 | 13,924 | 9,753 |
| Machanga | 15,557 | 6,254 | 1,967 |
| Marromeu | 35,915 | 14,438 | 10,486 |
| Buzi | | 12,833 | 16,392 |
| Chibabava | | 8,174 | 6,650 |
| Chemba | | 5,235 | 2,727 |
| SOFALA | 86,109 | 60,858 | 47,975 |
| Macossa | 3,188 | 4,218 | 343 |
| Machaze | 12,239 | 16,193 | 5,055 |
| Tambara | 4,837 | 6,399 | 789 |
| MANICA | 20,264 | 26,810 | 6,187 |
| Zumbo | 9,169 | 11,965 | 1,655 |
| Mágoé | 11,298 | 14,744 | 2,513 |
| Mutarara | 33,498 | 43,714 | 22,093 |
| Changara | | 21,818 | 12,383 |
| Cahora Bassa | | 12,522 | 3,719 |
| TETE | 53,965 | 104,763 | 42,363 |
| Chinde | 17,255 | 25,883 | 1,217 |
| Mopeia | 16,463 | 24,695 | 1,108 |
| ZAMBEZIA | 33,718 | 50,578 | 2,325 |
| Mogincual | 19,208 | 21,155 | 10,580 |
| Angoche | 40,502 | 44,608 | 47,043 |
| Memba | | 25,192 | 11,169 |
| Mossuril | | 12,551 | 2,772 |

| | | | |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|
| Nacala-A-Velha | | 9,577 | 1,614 |
| Nacarôa | | 11,614 | 2,374 |
| NAMPULA | 59,710 | 124,697 | 75,552 |
| Macomia | | 6,529 | 1,450 |
| Mecufi | | 3,503 | 417 |
| Mocimb. P. | | 7,573 | 1,951 |
| C. DELGADO | 0 | 17605 | 3818 |
| Lago | | 8,215 | 4,539 |
| Mecula | | 1,580 | 168 |
| Nipepe | | 3,322 | 742 |
| NIASSA | 0 | 13117 | 5449 |
| TOTAL NACIONAL | 302,664 | 540,630 | 242,615 |

Fuente: SETSAN 2008

2.1. Priorizar la agricultura en la asignación presupuestaria

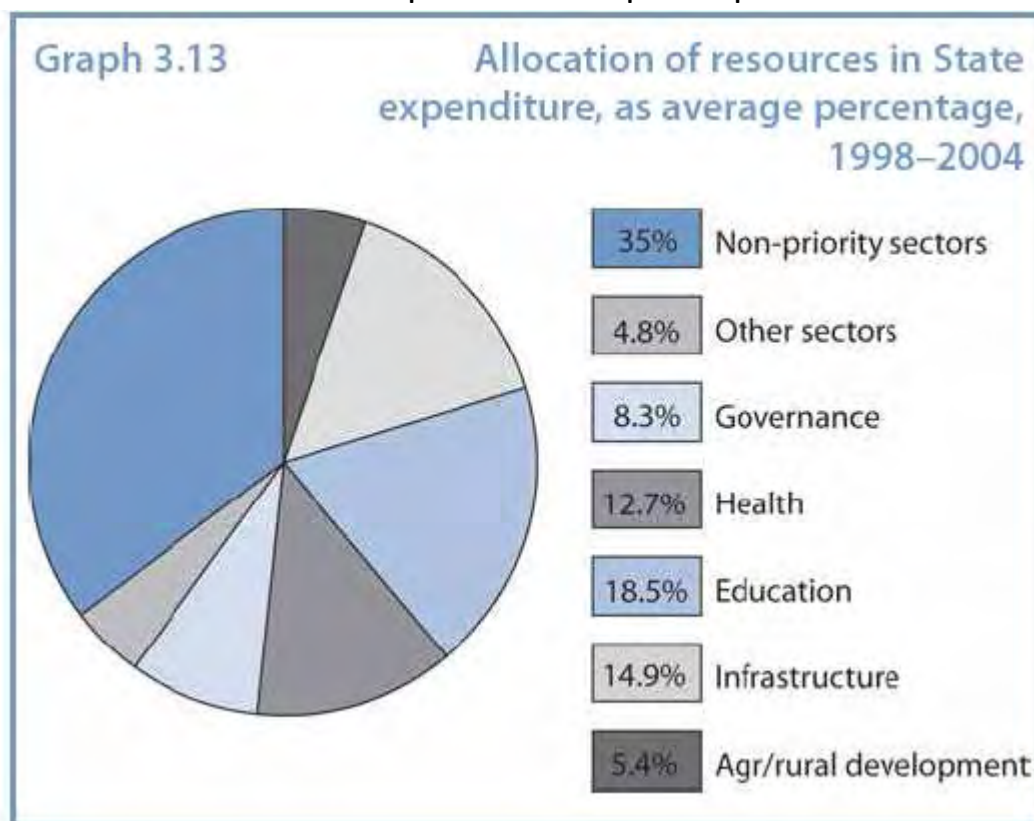
(Fuente: Mozambique National Development Report 2005)

Mozambique es un país esencialmente agrícola. Cerca del 70% de su población vive en el campo. Sin embargo, la agricultura supone solo el 20% del PIB. A pesar de la baja productividad agrícola, es un sector fundamental para el desarrollo nacional por los siguientes motivos:

- La agricultura beneficia directamente a buena parte de la población.
- Más del 80% del gasto realizado por la población pobre se destina a alimentación. El aumento de la productividad agrícola reduce el coste real de los alimentos y aumenta los ingresos de la población en general.
- El sector agrícola es más eficiente que cualquier otro sector a la hora de generar valor añadido en condiciones de escasez de capital.

Porcentajes de la asignación presupuestaria estatal, 1998-2004

Fuente: Mozambique National Development Report 2005



Teniendo en cuenta las características climáticas de Mozambique (semiárido-tropical) el país sufre prolongadas sequías por lo que resulta importante realizar infraestructuras relacionadas con la gestión del agua, tales como sistemas de irrigación. Asimismo, hay que tener en cuenta las frecuentes inundaciones que asolan periódicamente muchas regiones de Mozambique. Se estima que unas 120.000 hectáreas de tierra (el 3,3% de las potenciales zonas) pueden ser irrigadas con los correspondientes equipos, pero solo 35.000 hectáreas se encuentran operativas.

La falta de infraestructuras hídricas se ve agravada por el hecho de que el 60% de las aguas superficiales proviene de ríos internacionales.

3. EDUCACIÓN

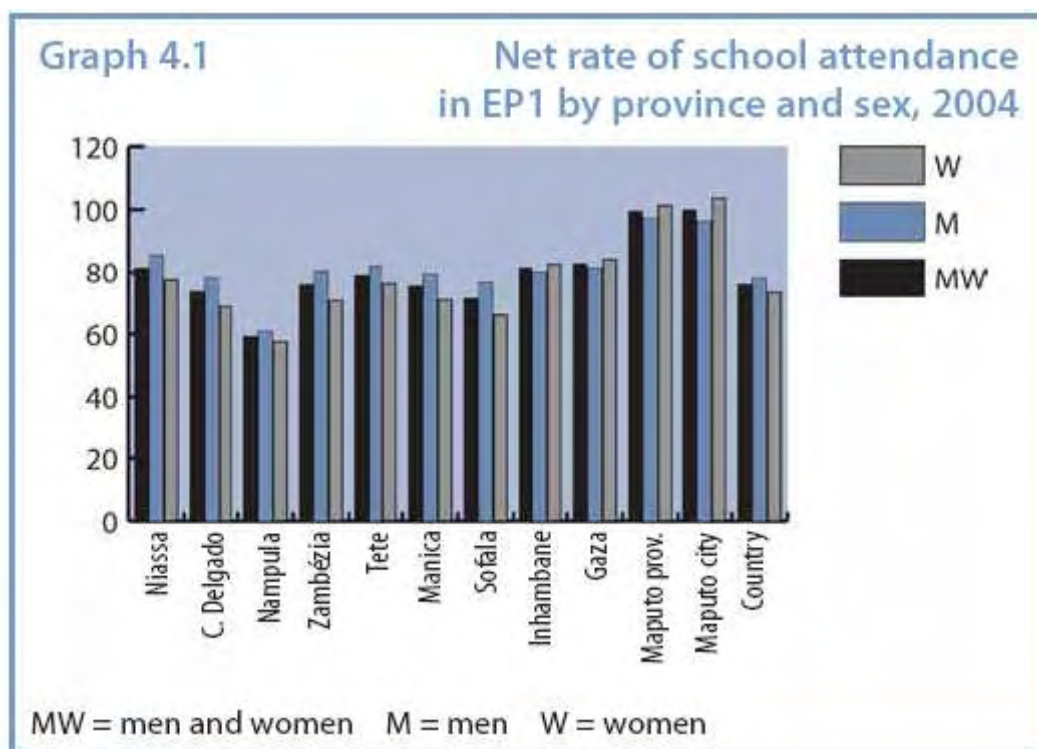
En el año 2005, la tasa de analfabetismo alcanzaba el 53,5% de la población. El índice de analfabetismo femenino es mayor que el masculino: 71,3% frente a 43% y más alto en las zonas rurales. Los altos índices son una constante en todo el país, con una media de 58%, a lo que hay que añadir la ineficiencia del sistema.

Según el Diagnóstico DEP de Mozambique 2005-2008, los problemas educativos del país se basan en la dispersión e insuficiencia de la red escolar, especialmente en la educación secundaria, la falta de profesores formados adecuadamente, falta de condiciones materiales,

falta de interés en las comunidades por los contenidos formativos, los condicionantes socioculturales y económicos que privilegian la formación de los niños en perjuicio de las niñas y la utilización del portugués como lengua del sistema educativo cuando solo el 6,5% de los mozambiqueños lo utiliza como lengua materna.

La población de Mozambique es joven: el 44,8% tiene menos de 15 años y el 32,2% se halla comprendida entre 15 y 24 años. Un aspecto importante de la educación en los jóvenes es lo relativo a la prevención del sida por lo que se ha introducido la formación sexual y reproductiva.

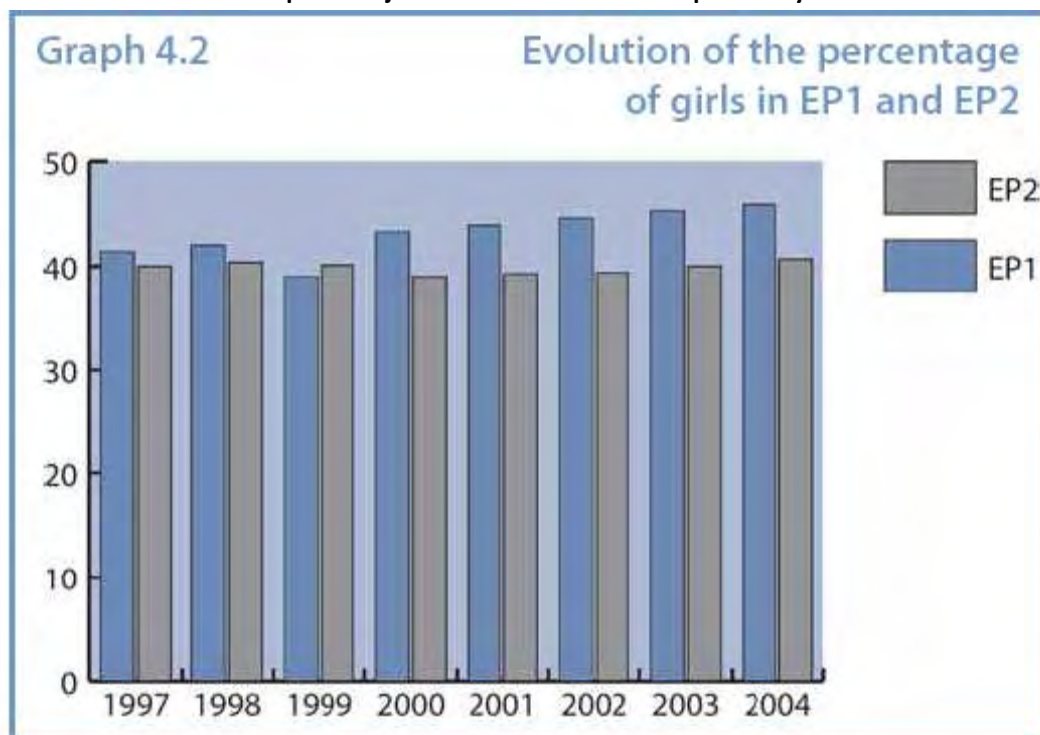
Tasa neta de escolarización en primaria por provincias y sexo -2004-



Fuente: Mozambique National Human Development Report 2005

En cuanto a la educación de niñas y jóvenes, a pesar de los esfuerzos llevados a cabo por el gobierno para disminuir las desigualdades existentes, no se ha logrado una paridad ni en educación básica ni en secundaria. Las diferencias se incrementan en las provincias del norte y del centro de Mozambique.

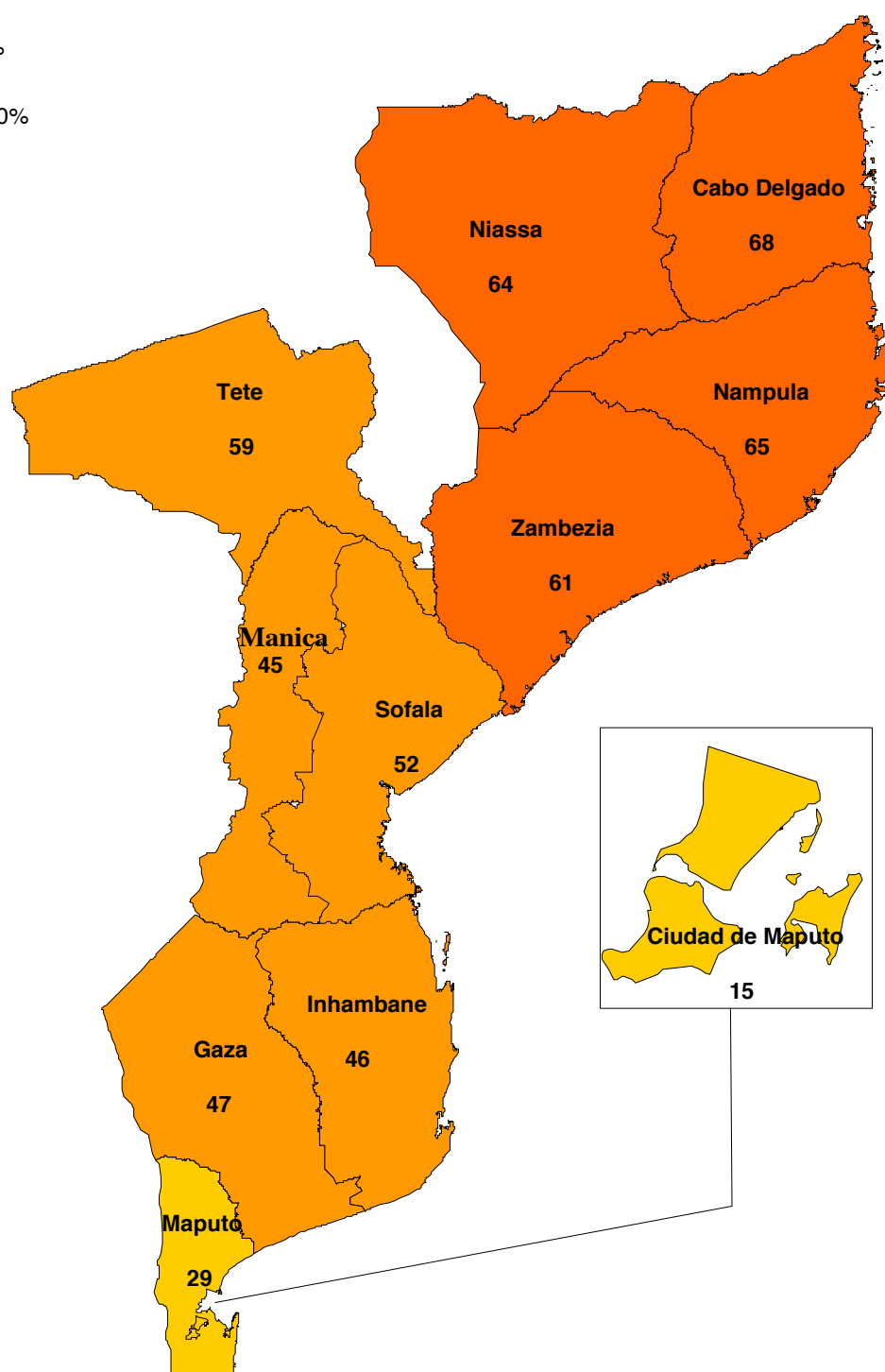
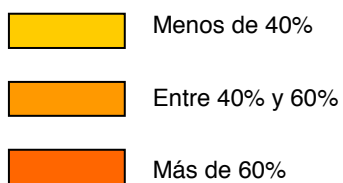
Evolución del porcentaje de asistencia de niñas en primaria y secundaria



Fuente: Mozambique National Human Development Report 2005

Tasas analfabetismo

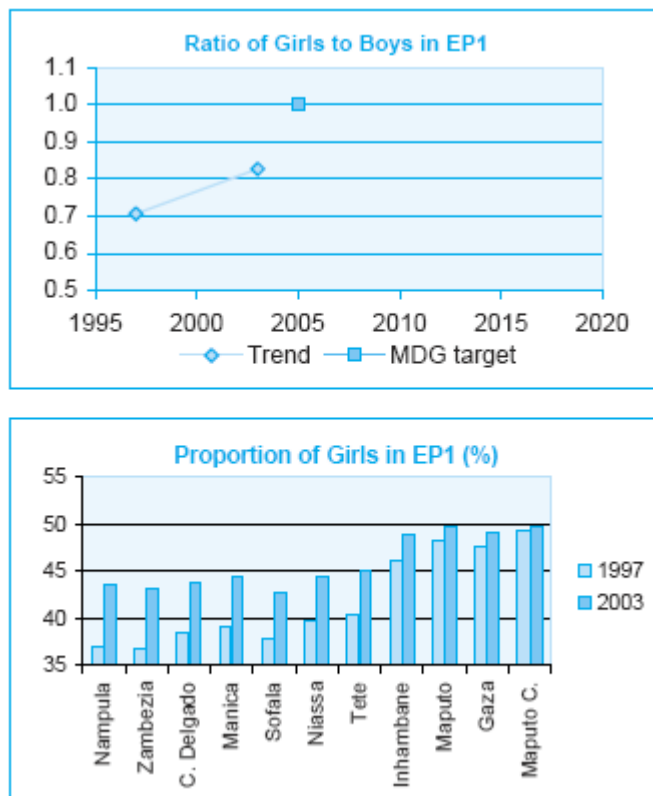
Porcentaje



Fuente: IDS (Demographic and Health Service) 2003, INE / MPF

4. GÉNERO

Según los datos del PARPA II, casi el 52% de la población mozambiqueña está constituida por mujeres, de las cuales, el 72,2% vive en zonas rurales y el 23,2% son cabezas de familia. La situación de la mujer en educación, salud, acceso y control de los recursos está en desventaja con respecto al hombre, cuando no subordinada a él.



Fuente: Informe ODM 2005

Según se señala en el Informe ODM 2005, a pesar de los avances en la alfabetización de las mujeres, la diferencia con respecto a los hombres sigue siendo grande: 68,8% de analfabetismo femenino frente a 36,7 % masculino. La disparidad es mayor en el área rural que en la urbana: 80,8% frente a 41,3%.

En 2003, las tasas más altas de analfabetismo se encontraban en Cabo Delgado, Nampula y Zambezia (más del 80%); las más bajas se encontraban en Maputo ciudad (22%) y Maputo provincia (38%).

Cabe destacar el contraste entre la relativa alta participación de la mujer en la vida pública, en el Ejecutivo, en la Asamblea de la República o en los municipios y la desigualdad en educación y, especialmente, en salud, en la que, además de la elevada tasa de mortalidad materna, el sida afecta mucho más a las mujeres que a los hombres. El fortalecimiento del papel de la mujer es decisivo para erradicar la pobreza y luchar contra la propagación del VIH/sida.

Los desafíos que se plantean para mejorar la situación de la mujer, según Naciones Unidas, son:

- La baja consideración otorgada a la educación de las mujeres. Los datos confirman que la desigualdad de género en cuanto al acceso a educación tiene una gran influencia en la mortalidad infantil, concretamente en niños y niñas de 0 a 11 meses.
- La carga que supone para las niñas y las mujeres las tareas domésticas y agrícolas, incrementada por el impacto del sida.
- Tensiones entre la educación formal y la tradicional en la que se acepta los matrimonios muy jóvenes, así como la carga de la dote.
- Los gastos de escolarización, a pesar de la gratuidad en determinados ciclos.
- Lo relativo a la seguridad de las niñas que deben recorrer largas distancias entre sus casas y la escuela.
- Escaso soporte institucional para llevar adelante programas de promoción del equilibrio de género.

Distribución por provincias del índice de pobreza, analfabetismo y mortalidad infantil

| Province | % illiterate women and men > 15 years | % illiterate women > 15 years | Incidence of poverty (%) | Infant mortality per 1,000 LB |
|-------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Rural Zones | 72.2 | 85.1 | 71.2 | 160.2 |
| Urban Zones | 33.3 | 46.2 | 62.0 | 101.2 |
| Niassa | 69.0 | 84.2 | 70.6 | 150.7 |
| Cabo Delgado | 75.0 | 88.5 | 57.4 | 174.4 |
| Nampula | 71.7 | 85.9 | 68.9 | 172.8 |
| Zambézia | 70.3 | 85.2 | 68.1 | 183.2 |
| Tete | 66.8 | 81.0 | 82.2 | 127.4 |
| Manica | 57.7 | 74.8 | 87.9 | 143.8 |
| Sofala | 56.2 | 73.9 | 62.6 | 134.0 |
| Inhambane | 54.2 | 66.4 | 82.6 | 114.1 |
| Gaza | 52.7 | 63.0 | 64.7 | 117.7 |
| Maputo Província | 34.3 | 45.9 | 65.6 | 85.4 |
| Cidade de Maputo | 15.0 | 22.6 | 47.8 | 60.5 |
| National average | 60.5 | 74.1 | 69.4 | 145.7 |

Source: PARPA, 2nd draft, version B, 2001

5. SALUD

La atención en salud y el derecho a cuidados médicos está reconocido en la Constitución de Mozambique (artículo 94), sin embargo, los indicadores de salud son muy bajos y muchas las dificultades que tiene la población pobre para acceder a la salud. En Mozambique, las principales causas de morbilidad y mortalidad, según el relator especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, son: sida, malaria, diarrea y tuberculosis.

El Sistema Nacional de Salud de Mozambique está gestionado en tres niveles: Ministerio de Salud, Direcciones Provinciales de Salud y Direcciones Distritales de Salud. Está organizado en cuatro niveles de prestación de servicios: Nivel I, puestos de salud y centros de salud; nivel II, hospitales rurales y generales; nivel III, hospitales provinciales y nivel IV, hospitales centrales y especializados.

A pesar de las mejoras registradas en salud en los últimos años, la situación sanitaria en Mozambique sigue siendo muy preocupante. Hay una gran escasez de recursos humanos y la

gestión es muy deficiente. Es necesario reforzar la formación del personal sanitario y promover la equidad de género. En Mozambique hay un médico por cada 25.000 habitantes.

La red sanitaria de Mozambique, según datos del Diagnóstico DEP Mozambique 2005-2008 de la cooperación española, consta de 1.130 unidades sanitarias, de las que 43 son hospitales, 435 centros de salud y 652 puestos de salud, con una capacidad muy limitada. Hay unas 400 maternidades, de las que apenas 140 tienen más de 10 camas y menos del 10% ofrecen cuidados obstétricos de urgencia.

Según el Diagnóstico DEP Mozambique 2005-2008 de la cooperación española, tiene un perfil epidemiológico propio de un país pobre: 41% de niños menores de 5 años que padecen malnutrición y predominio de enfermedades infecciosas, destacando la malaria, endémica en todo el país, que es la primera causa de mortalidad en niños menores de 5 años. A ella se suman las enfermedades respiratorias, diarreicas, tuberculosis y el sida que ha aumentado en los últimos años hasta alcanzar la tasa de prevalencia actual, el 15%, llegando al 35% en algunas regiones del país, lo que sitúa a Mozambique entre los 10 países del mundo más afectados por dicha enfermedad. Esta situación se ve agravada por la reducida capacidad de respuesta del sistema de salud, cuya cobertura de servicios, según PARPA II, es menor al 40%.

El objetivo principal del componente de salud en el PARPA II es mejorar el estado de salud de la población, apostando por la atención primaria de salud (APS), en particular de la población pobre, en especial los grupos más desfavorecidos y vulnerables. La estrategia del sector salud debe abordarse desde la perspectiva de reducción de la pobreza para responder directamente a las necesidades de la población. Por su parte, el Ministerio de Salud pretende expandir la red sanitaria, reduciendo el número de personas atendidas en las unidades sanitarias, las cuales deben estar dotadas de infraestructuras básicas, en primer lugar, abastecimiento de agua y energía. En cuanto a la prestación de servicios, es prioritaria la salud primaria.

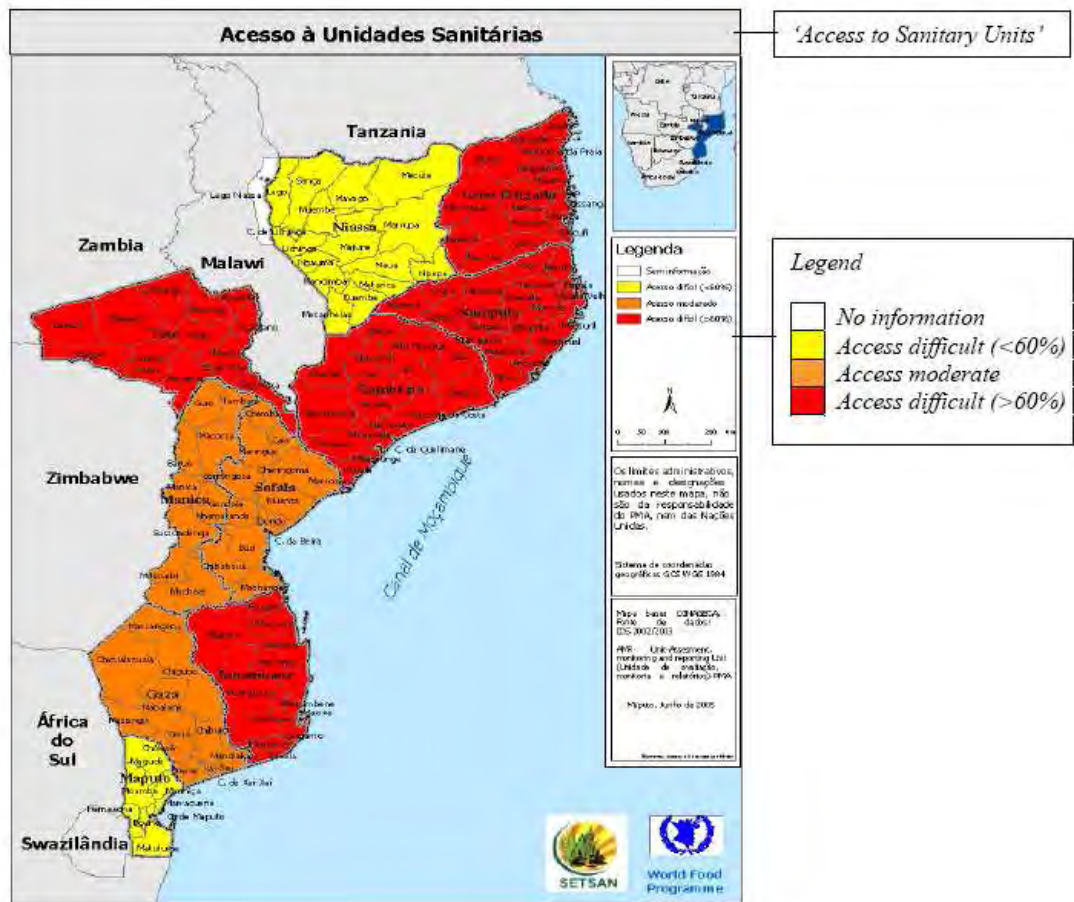
El PARPA II establece cuatro objetivos prioritarios:

1. Mejora del acceso a los servicios de salud.
2. Establecer programas prioritarios.
3. Mejorar la calidad de los servicios prestados.
4. Mejorar la eficiencia de los recursos.

1) Se pretende aumentar el número de personas pobres que tengan acceso a servicios de salud, para ello es necesario ampliar la red sanitaria en las zonas más desfavorecidas, aumentar progresivamente el número de unidades sanitarias con capacidad para ofrecer cuidados básicos especializados. Es necesario fortalecer el sistema de salud distrital, la participación comunitaria en la promoción y defensa de la salud, así como promover la colaboración con la medicina tradicional

Asimismo, se pretende facilitar a las mujeres el acceso a los servicios de salud.

Acceso a unidades sanitarias



Source: SETSAN and WFP 2007. "Report on Chronic Vulnerability in Mozambique."

2) Programas prioritarios del sector

- Salud reproductiva. El objetivo principal es la reducción de la tasa de mortalidad materna mediante al aumento de unidades sanitarias que puedan ofrecer cuidados obstétricos de emergencia, especialmente en las áreas rurales, y formación de profesionales para que puedan atender las nuevas unidades sanitarias.
- Reducción de la tasa de mortalidad materna. Para ello es necesario aumentar la cobertura de las consultas de seguimiento de los casos de alto riesgo obstétrico; reforzar las actividades de formación dirigidas a las parteras tradicionales y a los promotores de salud; sensibilizar a las familias, tanto a las madres como a los padres de familia.
- Programa de prevención de transmisión vertical en salud sexual que incluye servicios de consulta sobre sida y pruebas voluntarias para su detección.
- Programa de salud infantil para reducir la tasa de mortalidad infantil.
- Programa de salud escolar, empezando por enseñanza primaria.
- Programa de salud para jóvenes para que en las escuelas se incluyan programas de educación en salud.
- Programa de nutrición dirigido a reducir la tasa de prevalencia de la malnutrición.

- Programa para combatir enfermedades graves, especialmente la malaria.

3) Mejora de la calidad de los servicios prestados por parte del Servicio Nacional de Salud que incluye la mejora de las infraestructuras básicas, de los servicios de urgencia, vigilancia de la calidad del agua suministrada a la población, así como la mejora en la formación de los equipos de salud.

4) Mejora de la eficiencia de los recursos. El objetivo principal es mejorar la utilización de los fondos destinados al sector salud.

El Ministerio de Salud de Mozambique elaboró el Plan Estratégico para el Sector Salud 2001-2010 (PESS) cuyas principales áreas de actuación son las siguientes:

- Necesidad de priorizar los grupos de población más vulnerables y centrar las actividades en el alivio de la pobreza.
- Priorizar e incrementar el acceso a la salud siguiendo criterios de equidad.
- Corregir las desigualdades en la distribución geográfica de los centros de salud y otros recursos esenciales para la provisión de servicios.
- Mejorar la calidad de los cuidados hospitalarios.

El Ministerio de Salud favorece la gestión de proyectos sectoriales (SWAP: Sector Wide Approach to Policymaking) teniendo en cuenta la gran variedad de intervenciones a lo largo de años, realizada por múltiples actores que no han estado coordinadas, lo que se ha traducido en ineficacia por lo que a ayuda externa se refiere.

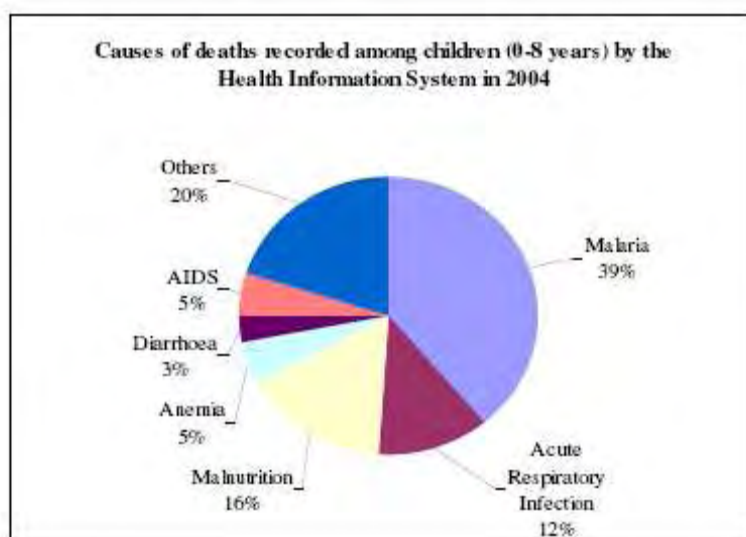
Siguiendo el apoyo por parte del Ministerio de Salud de Mozambique a la gestión de proyectos sectoriales (SWAP), varias agencias de cooperación del sector salud, entre ellas la AECID, firmaron un acuerdo de intenciones con el gobierno de Mozambique (año 2000), llamado Compromiso de Kaya Kwanga, modificado en julio de 2003. Se trata de un código de conducta que orienta la ayuda al desarrollo en el ámbito de la salud en el que los financiadores se comprometen a ayudar al Ministerio de Salud a cumplir su función a través de un SWAP. “El SAWP establece una visión común del desarrollo del sistema sanitario y de sus reformas. Determina las prioridades para la atribución de recursos, procurando racionalizar y mejorar la coordinación de las acciones entre el gobierno y los financiadores externos”, según la AECID.

En 2004 el Gobierno de Mozambique firmó con la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional el Memorando de Entendimiento respecto al Fondo Común de Apoyo al Sector Salud que engloba tres fondos: uno de carácter general (PROSAUDE) y otros dos específicos: el Fondo Común Provincial, en el que participa directamente la AECID y el Fondo Común de Medicamentos y Suministros Médicos.

“El Fondo Común Provincial –según la AECID- consiste en un mecanismo de canalización directa de los recursos financieros de los donantes que apoyan el sector salud, especialmente las provincias. El Ministerio de Salud se compromete a planificar y a asignar los fondos establecidos para las provincias usando los criterios definidos en la metodología de planificación financiera integrada, aprobada por el Ministerio de Salud en el Plan Estratégico del Sector Salud y los donantes, creando de esta forma un único plan de asignación de fondos para todas las provincias”.

5.1. La salud infantil

La primera causa de mortalidad infantil es la malaria, seguida de la malnutrición y la neumonía. El sida es la tercera causa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años y ese porcentaje va en aumento.



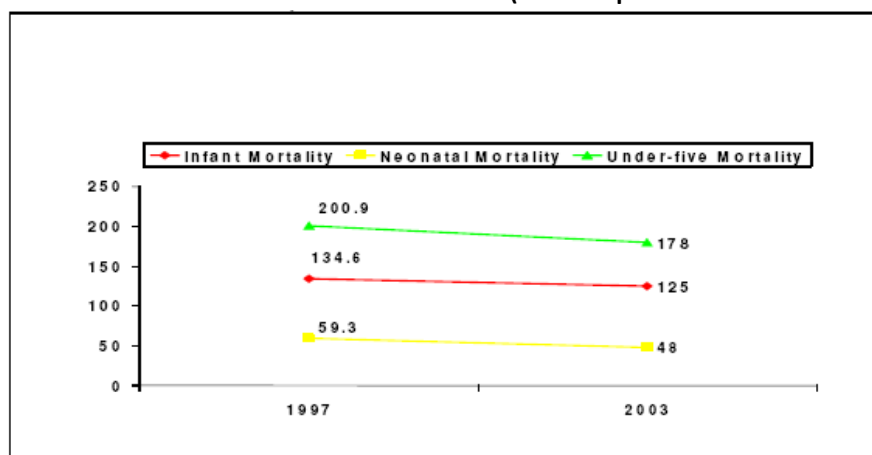
Fuente: PESS 2005 - 2010

Según el Informe ODM 2005, las tasas de mortalidad infantil en Mozambique van disminuyendo. Entre 1997 y 2003, la tasa de mortalidad infantil de los menores de 5 años ha disminuido del 219 al 178 por 1.000 nacidos vivos; la mortalidad infantil ha disminuido del 147 al 124 por 1.000 nacidos vivos. Sin embargo, las tasas de mortalidad continúan siendo elevadas porque uno de cada cinco niños muere antes de cumplir los 5 años. En Mozambique mueren cada año unos 120.000 niños y niñas, menores de 5 años.

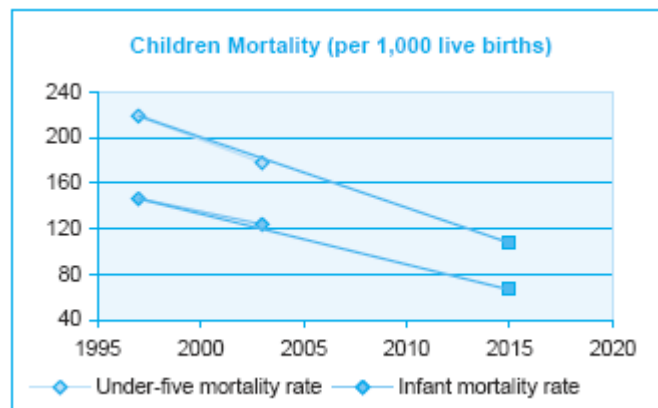
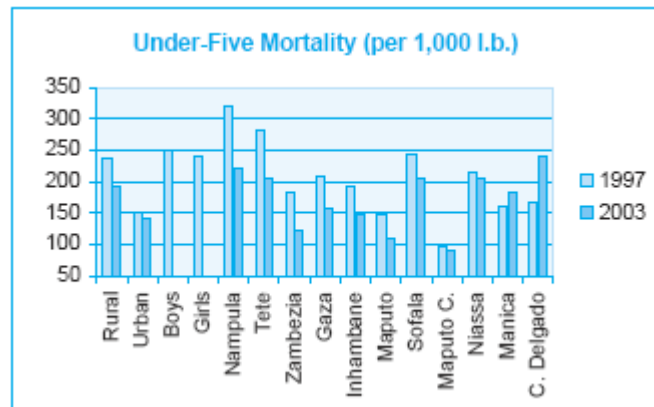
Las tasas de mortalidad infantil han disminuido más rápidamente en las zonas rurales que en las urbanas. Entre 1997 y 2003, las tasas descendieron un 19% en las zonas rurales (de 237 a 192), mientras que en las zonas urbanas solo descendió un 5% (de 150 a 143).

Los niveles de mortalidad infantil están estrechamente asociados a las características económicas de los hogares y la educación de las madres.

Evolución de la mortalidad infantil 1997-2003 (muertes por 1.000 nacidos vivos)



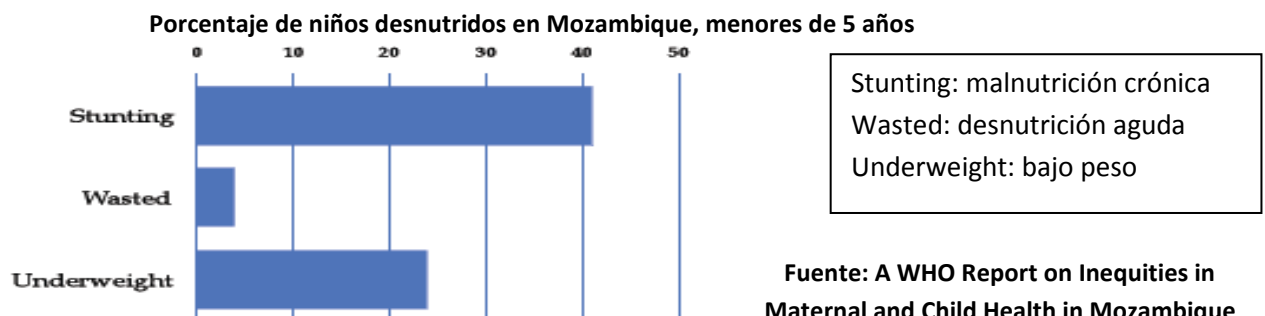
Fuente: PESS 2005 - 2010



Fuente: Informe ODM 2005

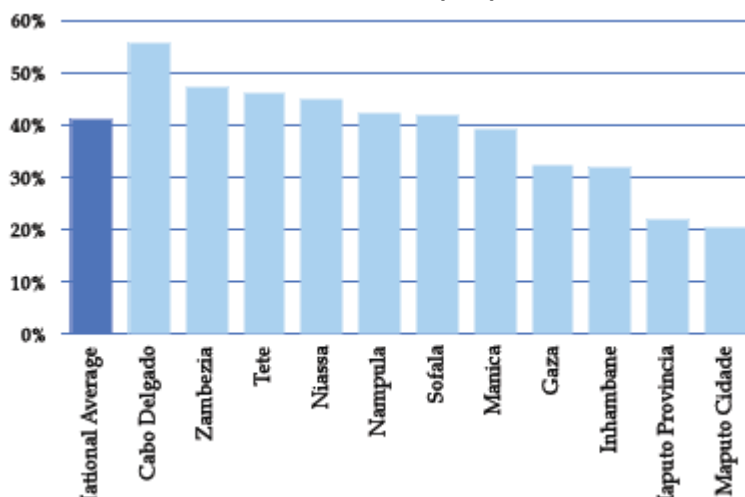
Los principales retos relativos a la mortalidad infantil, según el Informe ODM 2005, son:

- Sida. Se estima que cada día unos 90 niños y niñas se infectan de VIH por la transmisión madre-hijo. Muchos de los niños y niñas infectados mueren antes de cumplir los 8 años. Aunque está aumentando la prevención de contagio madre-hijo, la cobertura todavía es muy baja.
- Malaria. Aunque la incidencia de la malaria se puede reducir con medidas preventivas tales como el uso de mosquiteras tratadas con insecticida, la mayoría de los niños y niñas mozambiqueños no tienen acceso a ello.
- Malnutrición. Poco se ha avanzado en ese ámbito, una de las principales causas de muerte infantil.
- La tasa de mortalidad neonatal es muy alta. Una de las causas es la falta de atención sanitaria en el momento del parto.



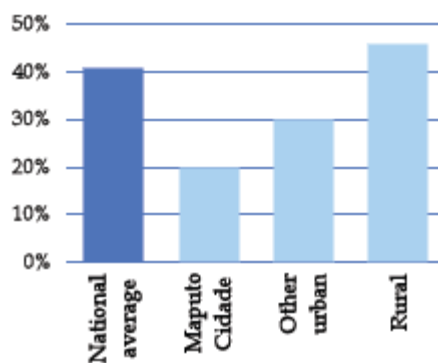
Fuente: A WHO Report on Inequities in Maternal and Child Health in Mozambique (Enero 2007)

Porcentaje de niños con malnutrición crónica por provincias, Mozambique 1999-2003



Fuente: A WHO Report on Inequities in Maternal and Child Health in Mozambique (Enero 2007)

Porcentaje de niños con malnutrición crónica según áreas rural/urbana, Mozambique 1999-2003

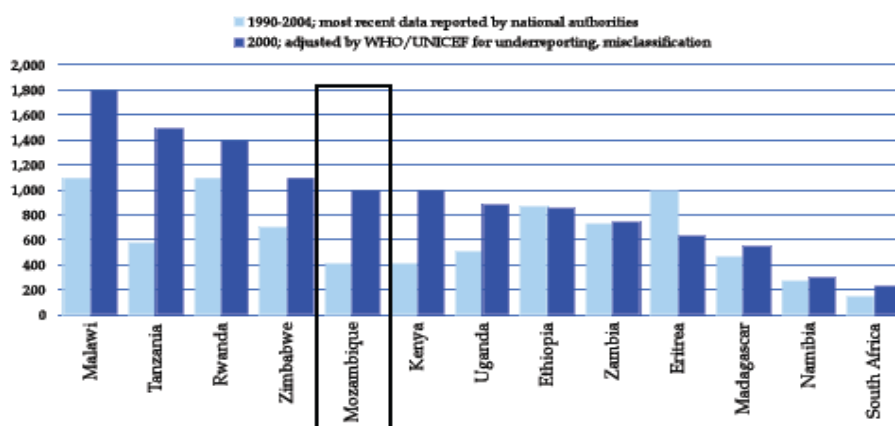


Fuente: A WHO Report on Inequities in Maternal and Child Health in Mozambique (Enero 2007)

5.2. La salud materna

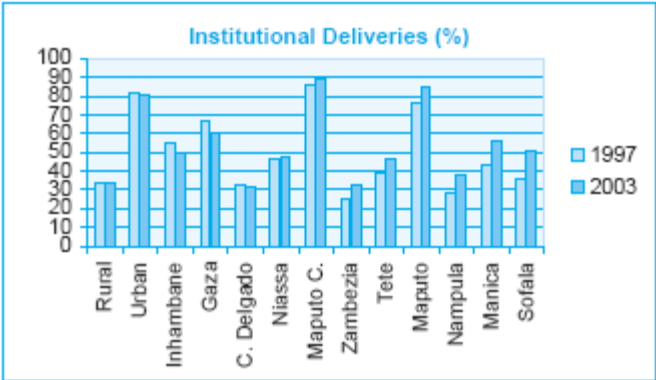
A pesar de los avances, la tasa de mortalidad materna en Mozambique sigue siendo elevada, cercana a 1.000 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Una tercera parte de las muertes y enfermedades de las mujeres se producen en edad reproductiva.

Tasas de mortalidad materna en diversos países africanos (2006)



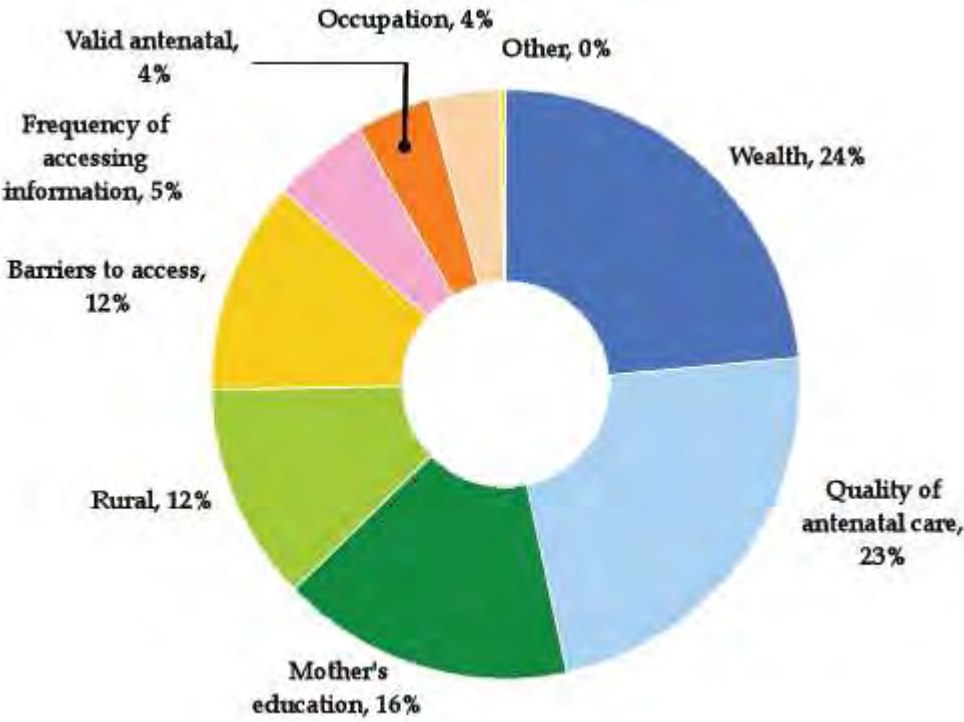
Fuente: A WHO Report on Inequities in Maternal and Child Health in Mozambique (Enero 2007)

En cuanto a la atención de los partos en centros especializados, Ciudad de Maputo tiene las tasas más altas de atención y Cabo Delgado las más bajas. Asimismo, se aprecia una gran diferencia entre zonas urbanas y rurales, como se ve en el siguiente gráfico:



Fuente: Informe ODM 2005

En cuanto a la atención de los partos por personal especializado, muchos son los factores que contribuyen a la desigualdad, como se ve en el siguiente gráfico:



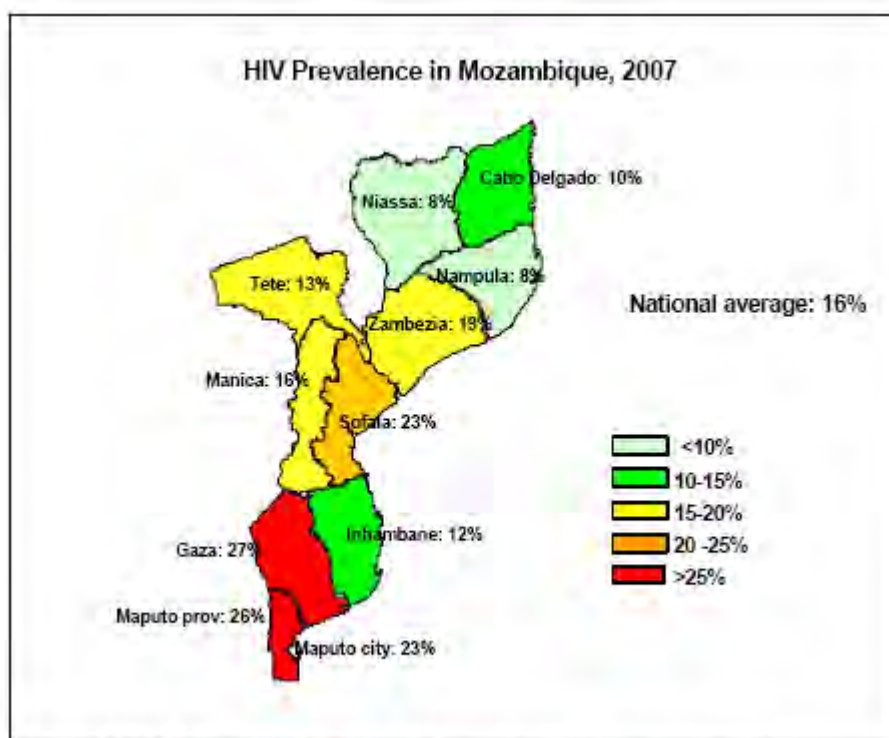
Fuente: Informe OMS sobre desigualdades en la salud materno-infantil en Mozambique (2007)

La salud materna es una prioridad para el gobierno de Mozambique. No existe, sin embargo, una política concreta relativa a salud sexual y reproductiva, lo que reduce el impacto en la salud de la mujer y de los recién nacidos.

5.3.VIH/sida

Según el Informe ODM 2005, el sida es una de las mayores amenazas para el desarrollo de Mozambique. La prevalencia entre las personas adultas (15 a 49 años) ha aumentado del 8,2 % en 1998 a 16,2 % en 2004, variando según las regiones. Las provincias con tasas más elevadas, según datos del Ministerio de Salud (2007) son: Gaza (27 %), Maputo Provincia (26%), Maputo Ciudad (23%) y Sofala (23%). Las tasas más bajas las registran Nampula y Niasa (8%) y Cabo Delgado (10%).

Prevalencia VIH en Mozambique 2007



Source: MISAU 2007. "Epidemiological surveillance in pregnant women."

Datos de prevalencia VIH nacional, provincial y regional (2001-2007)

| Province | 2001 | 2002 | 2004 | 2007 | Region | 2001 | 2002 | 2004 | 2007 |
|-----------------|-------|-------|-------|------|--------|--------|-------|-------|------|
| Maputo City | 15.5% | 17.3% | 20.7% | 23% | South | 14.4% | 14.8% | 18.1% | 21% |
| Maputo Province | 14.9% | 17.4% | 20.7% | 26% | | | | | |
| Gaza | 19.4% | 16.4% | 19.9% | 27% | | | | | |
| Inhambane | 7.9% | 8.6% | 11.7% | 12% | | | | | |
| Zambezia | 15.4% | 12.5% | 18.4% | 19% | | | | | |
| Sofala | 18.7% | 26.5% | 26.5% | 23% | Center | 16.8% | 16.7% | 20.4% | 18% |
| Manica | 18.8% | 19.0% | 19.7% | 16% | | | | | |
| Tete | 16.7% | 14.2% | 16.6% | 13% | | | | | |
| Niassa | 5.9% | 11.1% | 11.1% | 8% | North | 6.8% | 8.4% | 9.3% | 9% |
| Nampula | 7.9% | 8.1% | 9.2% | 8% | | | | | |
| C.Delgado | 5.0% | 7.5% | 8.6% | 10% | | | | | |
| National | 13 % | 13.6% | 16.2% | 16% | | 13.0 % | 13.6% | 16.2% | 16% |

Source: Ministry of Health. "Epidemiological Surveillance 2001-2007."

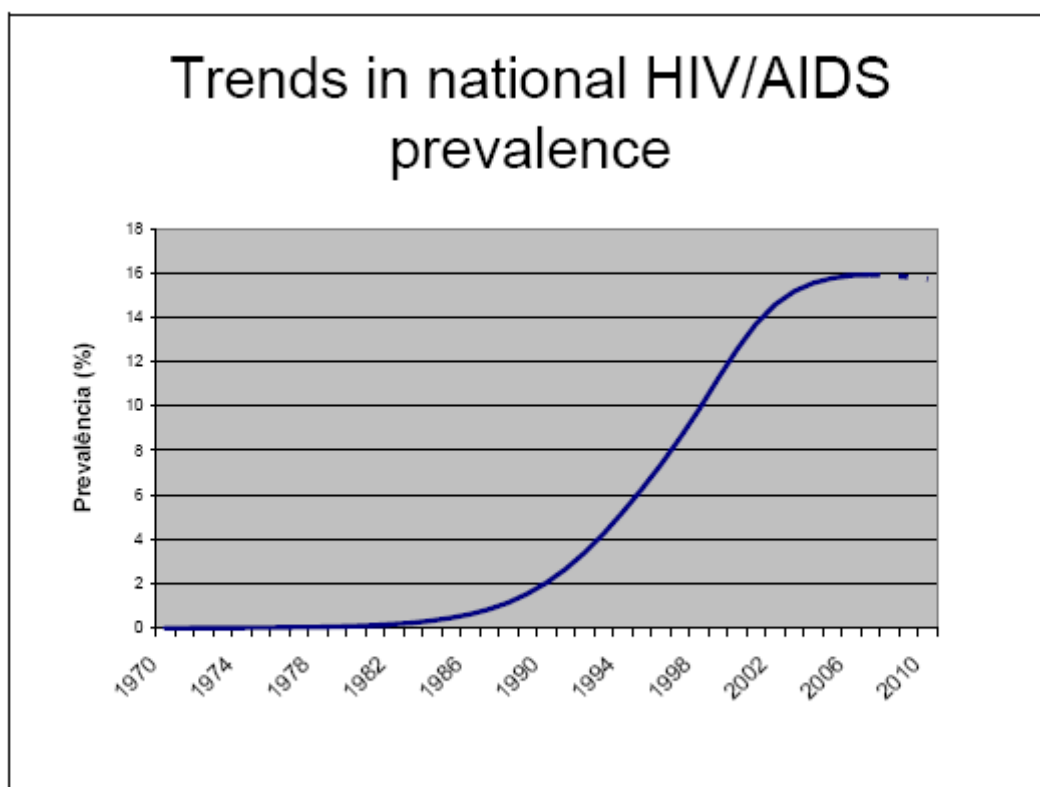
Estimated number of adults and children living with HIV/AIDS, end of 2003 and 2005

These estimates include all people with HIV infection, whether or not they have developed symptoms of AIDS.

| | 2003 | 2005 |
|---------------------------|-----------|-----------|
| Adults (15+) and children | 1 700 000 | 1 800 000 |
| Low estimate | 1 300 000 | 1 400 000 |
| High estimate | 2 000 000 | 2 200 000 |
| Adults (15+) | 1 600 000 | 1 600 000 |
| Low estimate | 1 200 000 | 1 300 000 |
| High estimate | 1 900 000 | 2 000 000 |
| Children (0-14) | 120 000 | 140 000 |
| Low estimate | 45 000 | 57 000 |
| High estimate | 270 000 | 310 000 |
| Adult rate (15-49) (%) | 16.0 | 16.1 |
| Low estimate | 12.5 | 12.5 |
| High estimate | 19.7 | 20.0 |
| Women (15+) | 920 000 | 950 000 |
| Low estimate | 560 000 | 590 000 |
| High estimate | 1 300 000 | 1 300 000 |

Source: 2006 Report on the global AIDS epidemic

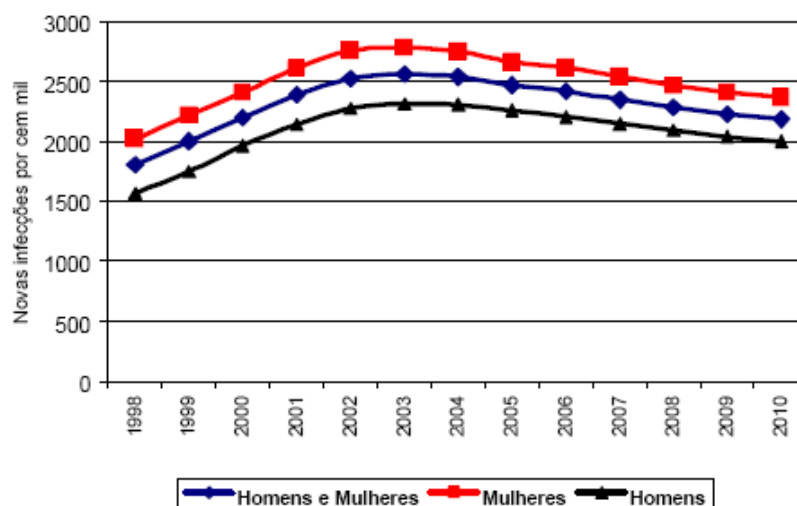
Tendencias prevalencia nacional VIH/sida 1970-2010



Source: UNAIDS, 2007.

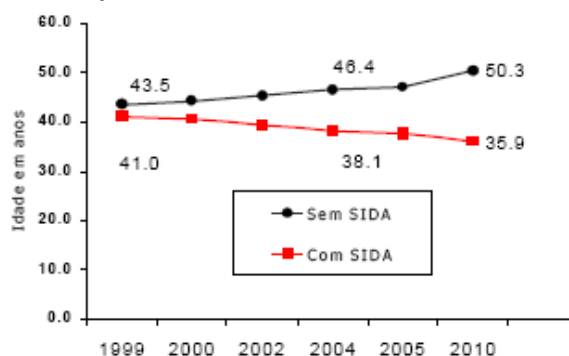
En el PARPA II se afirma que es necesario considerar el VIH/ sida como una urgencia nacional, a través de una respuesta multisectorial efectiva y sostenida que contribuya no solo a detener el avance de las infecciones sino también a prolongar la esperanza de vida de las personas con VIH/sida, mediante tratamientos adecuados y la mejora de sus condiciones de vida. Asimismo, se considera a los huérfanos del sida como grupo de población vulnerable. Las estimaciones prevén, en 2010, más de 600.000 huérfanos debido al sida.

Incidencia VIH en adultos (15-49 años) por sexo, por cada 100.000 habitantes



Fuente: Plan Estratégico nacional para combatir el VIH/sida (2004)

Esperanza de vida al nacer 1999-2010



Fuente: Plan Estratégico Nacional para combatir VIH/sida 2005-2009

El Informe ODM 2005 señala como desafíos importantes para detener el avance del sida, la discriminación de género, la falta de formación e información a las chicas, la falta de acción multisectorial, falta de apoyo de la sociedad civil, especialmente en las áreas rurales, falta de prevención para evitar la transmisión madre-hijo y escaso tratamiento para los niños y niñas infectados.

En Mozambique existe el Plan Estratégico Nacional para combatir el VIH/sida 2005-2009 que prioriza las siguientes áreas:

- prevención
- cabildeo

- estigma y discriminación
- tratamiento
- mitigación
- investigación y coordinación de la respuesta nacional

Además del mencionado Plan Estratégico, algunos ministerios, como el de Salud, Agricultura, Educación y Mujer y Acción Social han establecido políticas específicas y planes de acción para combatir el VIH/sida.

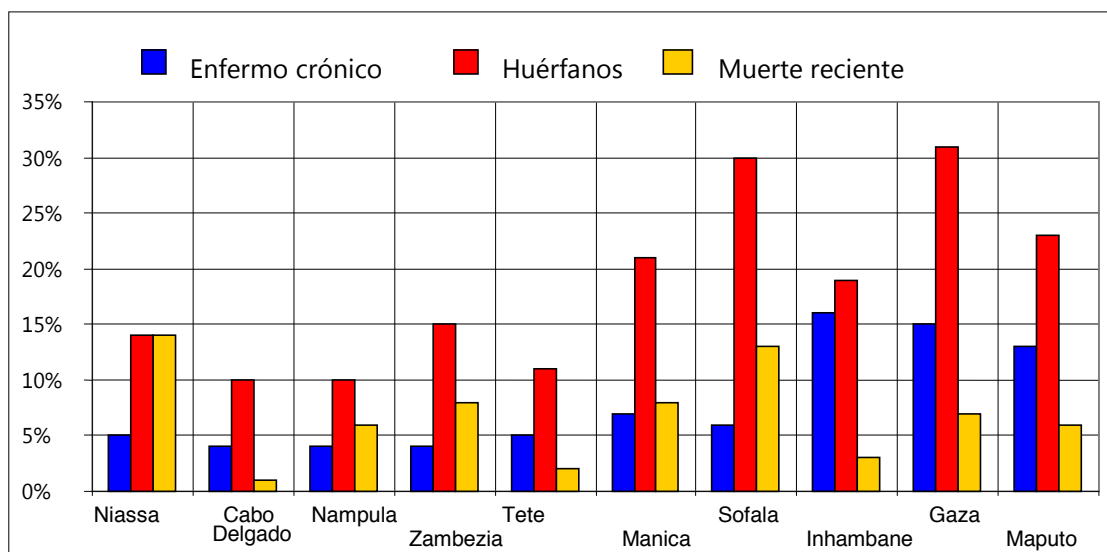
Una de las recomendaciones que aparecen en el Informe de evaluación de la cooperación española en salud en Mozambique es que “deberían fortalecerse las actuaciones sobre VIH/sida. Considerando la magnitud de este problema, los proyectos orientados a mejorar esta situación deben tener líneas claras de acción articulando una serie de actividades sostenibles y bien definidas que permitan hacer frente a la situación en coordinación con las autoridades sanitarias”.

Según el citado informe, las enfermedades transmisibles han contribuido considerablemente a empeorar la salud de la población, principalmente el VIH/sida. Mozambique es uno de los países más afectados del mundo, con una tasa de prevalencia estimada para 2010 de 16,8%, entre la población adulta (15 a 49 años). El número de muertes por sida se puede triplicar en los próximos años, a pesar de la expansión de la terapia antirretroviral.

En diciembre de 2008, el parlamento de Mozambique aprobó una ley que defiende los derechos de las personas que viven con el VIH y el sida. En la ley se afirma explícitamente que el servicio de salud de Mozambique debe brindar tratamiento antirretroviral gratuito a pacientes portadores del VIH. Asimismo se afirma que los niños infectados con el VIH tienen el mismo derecho a la educación que los niños sanos.

Las consecuencias de la epidemia supondrán un aumento del número de huérfanos (actualmente, medio millón) y la reducción de la esperanza de vida. Todo ello tendrá graves consecuencias socio-económicas debido a la reducción del capital humano.

Categorías demográficas ligadas al HIV/sida

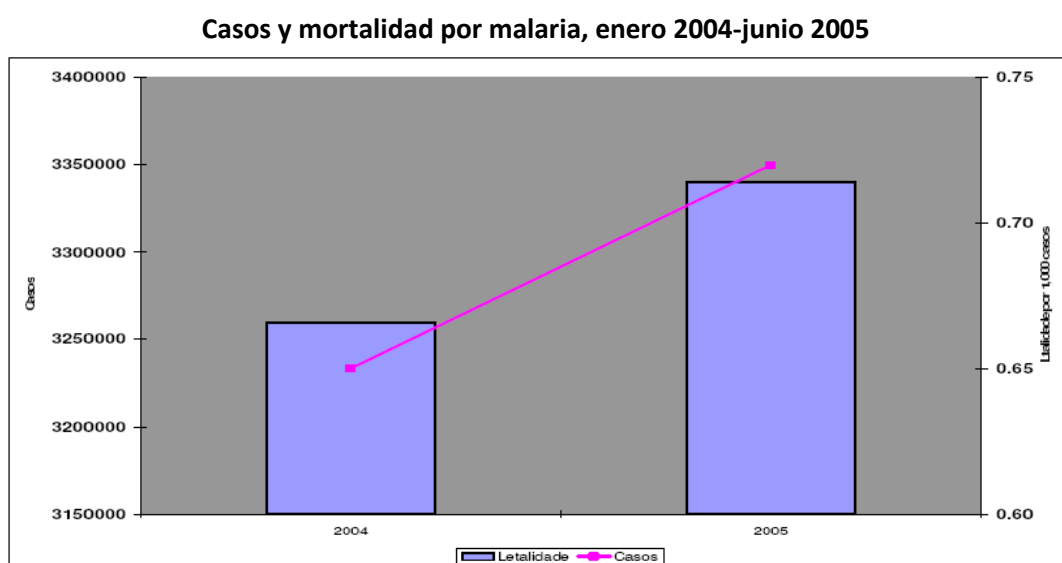


Fuente: Seguridad alimentaria nutricional –SETSAN- mayo 2008

5.4. La malaria

La malaria es una enfermedad endémica en todo Mozambique, favorecida por el clima y con una incidencia mayor en los meses lluviosos, de diciembre a abril. Es la primera causa de muerte. La intensidad de la transmisión varía de año en año, de región a región y depende de la lluvia, la altitud y la temperatura. La malaria es uno de los principales problemas de salud pública en Mozambique, especialmente en las zonas rurales, y las enfermedades relacionadas con la enfermedad, como por ejemplo la anemia. Es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños y niñas con edades inferiores a cinco años, junto con la diarrea y las enfermedades respiratorias agudas.

Esta situación es atribuible a diversas causas, entre ellas, el limitado acceso a los servicios de salud, así como la escasa utilización de mosquiteras impregnadas con insecticida.



Fuente OMS, 2005

5.5. La tuberculosis

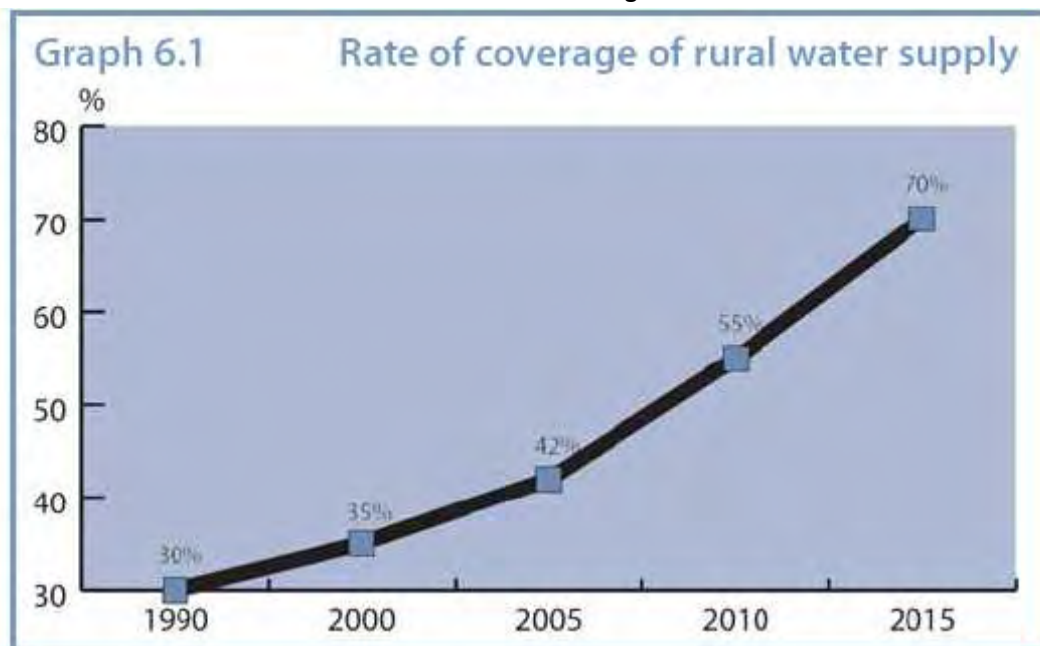
La lucha contra esta enfermedad es una de las prioridades del Ministerio de Salud. El número de casos va en aumento y guarda relación con la incidencia del VIH/sida. El programa nacional para el control de la tuberculosis choca con la escasez de personal especializado y el bajo desembolso de fondos.

6. ACCESO A AGUA Y SANEAMIENTO

En el conjunto del país, se ha producido una reducción del porcentaje de personas sin acceso agua segura: de 37,1% en 2001 a 35,7 en 2003, según el Informe ODM 2005. La reducción se ha producido en las áreas urbanas porque en las rurales no se han producido avances destacables: solo una de cada cuatro personas (26,4%) tiene acceso a agua potable.

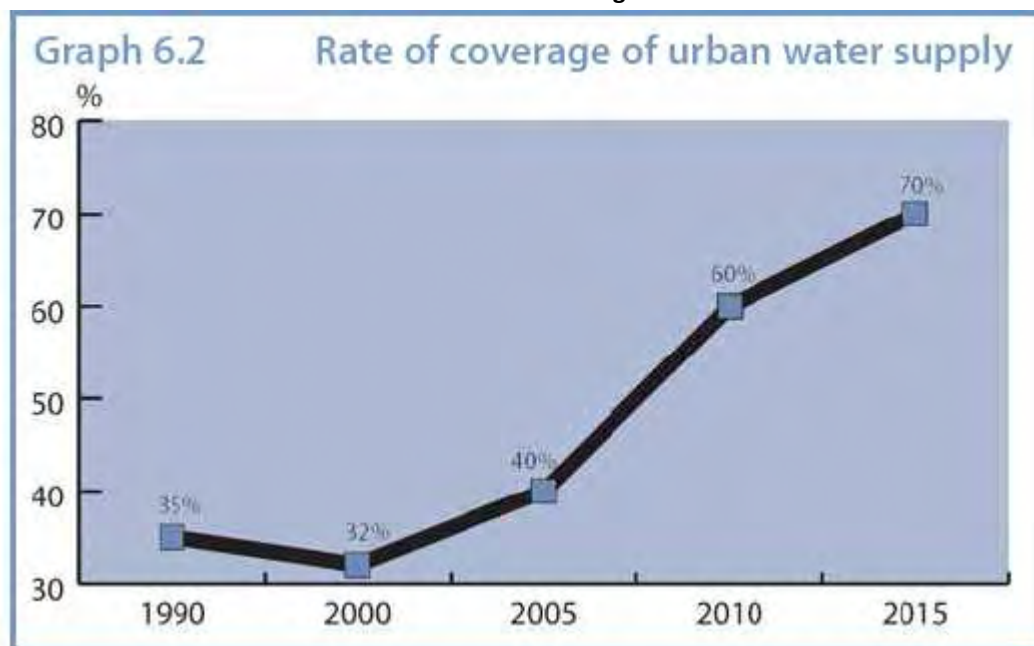
Según el citado informe, la provincia de Zambezia tiene la tasa más baja de acceso a agua (13,7%). Le sigue Niassa, Nampula e Inhambane, donde una de cada tres personas tiene acceso a agua segura. La ciudad de Maputo tiene la tasa más alta de acceso (66,2%).

Tasa de cobertura del suministro de agua en zonas rurales



Fuente: Mozambique National Human Development Report 2005

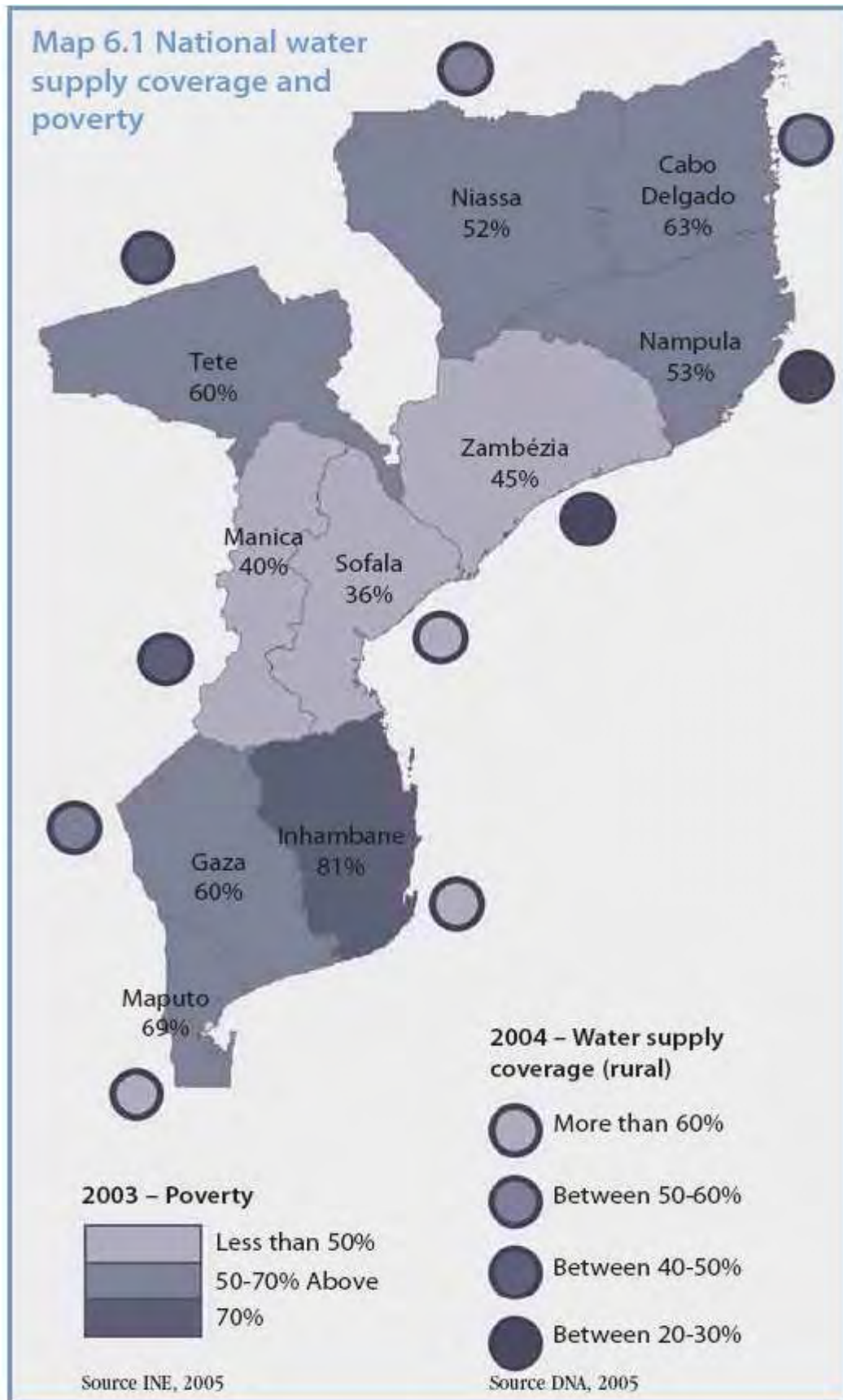
Tasa de cobertura del suministro de agua en zonas urbanas



Fuente: Mozambique National Human Development Report 2005

La cobertura media de acceso a agua potable es del 42%. Las provincias de Nampula y Zambezia no llegan a la media. La provincia de Inhambane, a pesar de ser muy pobre, el 63% de la población tiene suministro de agua segura.

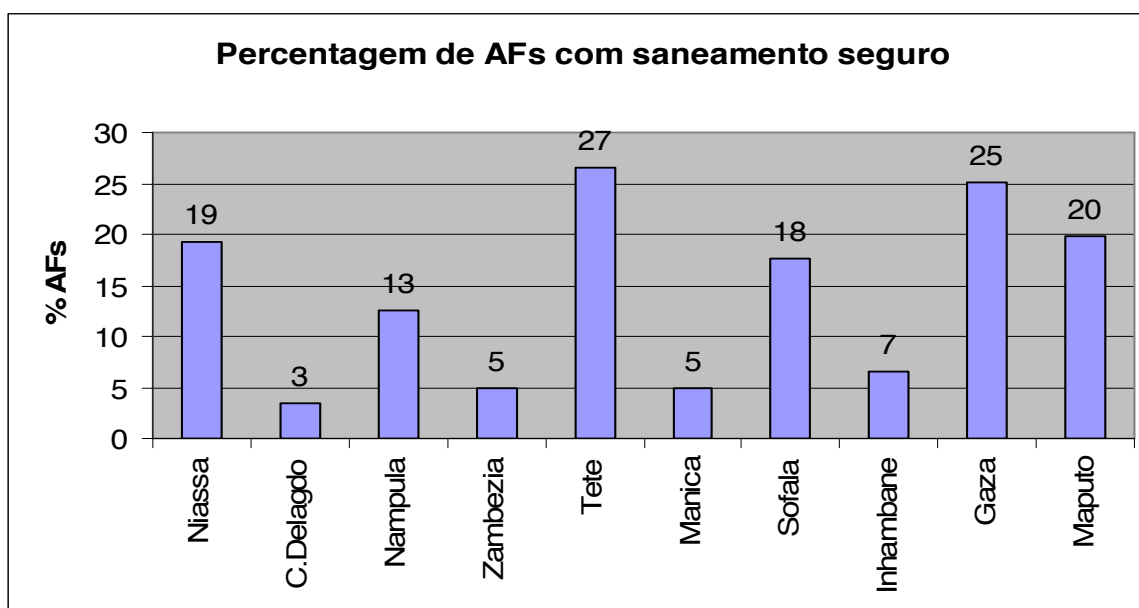
Cobertura del suministro nacional de agua y pobreza



Fuente: Mozambique National Human Development Report 2005

El acceso a saneamiento continúa siendo crítico. Unos dos millones de personas viven en zonas peri-urbanas altamente degradadas, sin acceso ni a agua ni a saneamiento.

Cobertura provincial de saneamiento. Porcentaje de familias con acceso a saneamiento



Fuente: SETSAN 2008

Según afirma el PARPA II, el acceso a agua potable tiene un efecto multiplicador en la salud. La falta de agua y saneamiento en los hogares y en las escuelas es una de las principales causas de las enfermedades de origen hídrico. Estrechamente unido a esas carencias es la falta de higiene.

Los desafíos de este sector los recoge el citado plan y son los siguientes:

- Reforzar la actual oferta de servicios adecuados.
- Capacitar a los principales actores del sector.
- Asegurar la sostenibilidad de las infraestructuras de abastecimiento de agua y saneamiento.
- Promover proyectos integrados de abastecimiento de agua y saneamiento.
- Potenciar la educación para el agua, la salud y la higiene en las comunidades y asegurar la disponibilidad de agua para la producción agrícola y el desarrollo rural.
- Reducir las consecuencias de los ciclones y sequías.
- Poner en marcha una política tarifaria que implique recuperación de costos.

7. AOD

Mozambique es uno de los países africanos que ha recibido un fluido regular de AOD en los últimos años lo que ha supuesto, y supone, un importante apoyo a las prioridades de desarrollo del gobierno de Mozambique. Sin embargo, la ayuda sigue siendo a corto plazo y sin una visión a medio y largo plazo. Según la cooperación española, el desarrollo es muy desequilibrado desde la perspectiva territorial y demasiado dependiente de los grandes proyectos.

El volumen total de AOD se sitúa en torno al 22% del PIB y más del 50% del presupuesto general del Estado depende de la ayuda internacional (fuente: El papel de la sociedad civil ante la nueva arquitectura de la ayuda). El modelo de cooperación en Mozambique se basa en el apoyo presupuestario, general o sectorial (SWAP, Sector Wide Approach), acompañado de una importante asistencia técnica.

Las prioridades sectoriales de la cooperación española en Mozambique son: salud, descentralización, legalidad y justicia, educación, desarrollo rural y microfinanzas. Las prioridades transversales son: género, medio ambiente, derechos humanos, diversidad cultural y lucha contra el sida. Geográficamente se concentra en las provincias de Cabo Delgado, Maputo y Gaza.

La cooperación descentralizada ha crecido de forma importante a partir de las inundaciones ocurridas en el año 2000, la mayor parte canalizada a través de ONGD.

INFORMACIÓN DE LAS PROVINCIAS EN QUE TRABAJA PROSALUS

Fuente: Informe Ministério da Administração Estatal (2005)

1. Provincia de Maputo

1.1. Distrito de Boane

El distrito se encuentra en el sudeste de la provincia de Maputo. Tiene una población de casi 82.000 habitantes y una densidad de población de 101 habitantes por km. cuadrado. Se trata de una población joven: el 42% tiene menos de 15 años. El índice de incidencia de pobreza se acerca al 65%.

La actividad agrícola es la base de la economía, si bien a finales de los 90 se realizaron grandes proyectos industriales, destacando la industria de fundición de aluminio Mozal. La importancia de esta industria queda clara si nos atenemos al PIB:

- PIB per cápita sin Mozal: 163 dólares (año 2003)
- PIB per cápita con Mozal: 1.354 dólares (año 2003)

La agricultura familiar ocupa cerca del 67% de la población activa. La producción agrícola se ve afectada por la baja calidad de las semillas, las plagas y la falta de sistemas de riego. Otra amenaza son las frecuentes sequías que asolan el distrito. Su proximidad a la capital, Maputo, favorece la comercialización de excedentes.

La seguridad alimentaria varía según las zonas del distrito. En el sur, es más estable; los ríos favorecen la producción hortofrutícola.

La red de salud del distrito ha evolucionado, pero sigue siendo insuficiente:

- Hay una unidad sanitaria por cada 4.780 personas.
- Hay un 'profesional técnico' por cada 1.110 residentes en el distrito.

El cuadro epidemiológico está dominado por la malaria. Según estadísticas de 2005:

- Incidencia de malaria 92%
- Incidencia VIH/sida 7%
- Incidencia cólera 1%

El 53% de la población está alfabetizada. El 62% de la población con más de 5 años reciben o recibieron el nivel primario de educación. La tasa de analfabetismo entre los hombre es del 35% y en el caso de las mujeres del 57%.

El abastecimiento de agua en el distrito es insuficiente y desigual, con un estado de mantenimiento y conservación bajo. El acceso al agua es costoso porque se encuentra a grandes profundidades.

1.2.Distrito de Namaacha

Situado en el sudoeste de la provincia de Maputo. Tiene una población de 45.000 habitantes, con una densidad de población de 21 habitantes por km. cuadrado. El 40% de la población es menor de 15 años. El índice de incidencia de la pobreza es del 50%.

El acceso a la tierra en el distrito presenta problemas debido a la proximidad con la capital, Maputo. Se practica en explotaciones familiares (1 ha.) y los cultivos son variedades locales. Algunas zonas, debido a los incendios provocados por la población local, sufren una gran aridez y se impulsa acciones para el correcto manejo comunitario de los recursos naturales.

La seguridad alimentaria está asegurada para la mayoría de la población, en condiciones normales, es decir, sin persistentes sequías. Sólo el 5% de la población sufre inseguridad alimentaria.

En cuanto a la ganadería, destaca la cría de aves no solo para el autoconsumo, sino también para su comercialización.

El gobierno distrital ha emprendido diversas acciones para luchar contra la pobreza, destacando:

- Sensibilización a la población para que manden a sus hijos a la escuela.
- Fomento de los cultivos resistentes a las sequías y de los árboles frutales.
- Construcción de diques para la retención de agua y riego de tierras.

El distrito tiene una actividad comercial destacable, por un lado ligada al turismo y por otro al enclave geográfico: proximidad con Swazilandia y Sudáfrica.

En cuanto a la educación, el 56% de la población está alfabetizada. El analfabetismo es mayor en la población femenina (52,5%) que en la masculina (36%). En el distrito hay una red escolar insuficiente y escasos profesores. Por otra parte, la tasa de matrimonios prematuros y la importante emigración de jóvenes a Swazilandia y Sudáfrica son factores importantes a la hora de contabilizar el abandono escolar.

Por lo que respecta a la red de salud, a pesar de las mejoras producidas, es insuficiente, si tenemos en cuenta los siguientes indicadores:

- Una unidad sanitaria por 3.460 personas.
- Una cama por 590 habitantes.
- Un 'profesional técnico' por cada 610 residentes.

En cuanto al cuadro epidemiológico, destaca la malaria, la diarrea, el sida y el cólera.

El abastecimiento de agua se realiza de la siguiente manera:

- 43% de la población recurre a ríos o lagos para acceder al agua.
- 35% tiene acceso a pozos.
- 12% accede mediante pequeños sistemas de abastecimiento localizados en la ciudad de Namaacha, don la mayoría de los hogares tiene agua canalizada.

2. Provincia de Niassa

2.1. Distrito de Lichinga

Situado al oeste de la provincia de Niassa, tiene una población de 87.000 habitantes, con una densidad de población de 16 habitantes por km. cuadrado. El 48% de la población es menor de 15 años. El índice de incidencia de la pobreza es el 57%.

La agricultura es la actividad principal y se desarrolla en pequeñas explotaciones familiares. Por lo general, se trata de una agricultura de subsistencia y cuando hay excedentes, los productos alimenticios se comercian, especialmente en la frontera con Malawi.

La seguridad alimentaria está garantizada para la mayor parte de la población, excepto para un 5% que es potencialmente vulnerable.

Hay pequeñas industrias locales, basadas en la pesca, carpintería y artesanía.

Las tasas de analfabetismo son muy altas: el 87,1% de la población es analfabeta. El 79% es la tasa de analfabetismo masculino y el 95,1% corresponde al femenino.

El acceso a agua y saneamiento es muy precario. El 72% de la población la obtiene de los pozos, el 25% de ríos o lagos y el 3% a través de agua canalizada. El 70% de las viviendas tienen letrinas.

La situación sanitaria presenta las siguientes características:

- Hay una unidad sanitaria por cada 8.500 personas.
- Hay 1 cama por cada 7.200 habitantes.
- Hay 1 'profesional técnico' por cada 4.200 residentes

El cuadro epidemiológico lo conforman la malaria, la diarrea y el sida.