



**Contribuir en la prevención y reducción de los altos índices de desnutrición crónica y prevalencia de ETS en 2 distritos de la provincia de Niassa, Mozambique.**

**Proyecto presentado al Grupo de Empleados KUTXA  
"Ayuda del Tercer Mundo".**

## DATOS DEL PROYECTO

**TÍTULO:** Contribuir en la prevención y reducción de los altos índices de desnutrición crónica y prevalencia de ETS en 3 distritos de la provincia de Niassa, Mozambique.

### ÁREA DE INTERVENCIÓN:

PAÍS : Mozambique  
DEPARTAMENTO : Niassa  
DISTRITOS : Muembe y Chimbunila  
ALDEAS : Nzizi y Chiuanjota (distrito de Muembe) y Mpombé/Machemba<sup>1</sup>,  
Chimbunila-Sede y Machomane (distrito de Chimbunila).

<sup>1</sup> Mpombé y Machemba son dos comunidades distintas pero muy cercanas una de la otra. Para las actividades de sensibilización y capacitación en el contexto del presente proyecto, serán consideradas como una única comunidad.

**PLAZO DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO:** 6 meses

**FECHA PREVISTA DE INICIO:** Noviembre 2013

### COSTE TOTAL DEL PROYECTO Y APORTACIONES:

COSTE TOTAL:	24.642,86 euros
APORTACIÓN LOCAL:	3.775,51 euros
APORTACIÓN PROSALUS:	1.084,18 euros
APORTACIÓN BICI PELO PAZ:	4.783,16 euros
<b>IMPORTE SOLICITADO KUTXA:</b>	<b>15.000,00 euros</b>

### OBJETIVO DEL MILENIO en el que incide el proyecto:

#### **Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre**

Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre

#### **Objetivo 6: combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades**

Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015

Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

## **BENEFICIARIOS:**

**Población beneficiaria Directa:** 60 activistas y 50 líderes comunitarios.

**Población beneficiaria Indirecta:** 14.000 personas de las 5 comunidades involucradas en 2 distritos de la provincia de Niassa.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA:**

El Programa de Desarrollo de la Asociación **PROGRESO** (plan estratégico) para el periodo 2012-2015 abarca como áreas de intervención para sus actividades comunitarias 4 distritos de la provincia de Niassa: Chimbunila, Muembe, Sanga y Lago (además de 4 distritos en la provincia de Cabo Delgado). La población beneficiaria viviendo en las localidades mencionadas se constituye de los miembros más vulnerables, siendo éstos mayoritariamente mujeres, niñas y niños, personas viviendo con HIV/SIDA y/o enfermedades crónicas y personas mayores. Para su identificación, involucramiento y seguimiento en el marco de la intervención, se trabajará en coordinación directa con las Organizaciones Comunitarias de Base, compuestas de líderes comunitarios, activistas y personas influyentes en la comunidad.

## **ANTECEDENTES, CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN:**

### **1.- Antecedentes**

Mozambique tiene actualmente una población estimada de unos 22 millones de habitantes (último censo - 2007), de los cuales cerca del 64 % viven en zonas rurales. Aunque el país ha experimentado después de que finalizara la guerra civil en 1992 un crecimiento socio-económico importante, su Índice de Desarrollo Humano (IDH) sigue siendo uno de los más bajo del mundo, con una baja expectativa de vida y altas tasas de mortalidad infantil, situándole en el lugar 184 entre los 187 países recogidos en la lista del último Informe de Desarrollo Humano 2012 del PNUD. El Gobierno de Mozambique se ha comprometido para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en la lucha de la reducción de la pobreza. En este contexto, las autoridades enfocan sus políticas y esfuerzos para erradicar el hambre y aumentar significativamente el acceso a los cuidados de salud y a la educación, mejorando no sólo la cobertura sino también la calidad de estos servicios básicos, especialmente en las zonas rurales.

Por otro lado, la Asociación mozambiqueña **PROGRESO**, impulsa desde su creación en 1991 programas de desarrollo comunitario en las provincias de Cabo Delgado y Niassa, al norte del país, en base a un trabajo de proyección plurianual. Su actividad se centra en los sectores de educación, salud y agricultura en complementariedad con las políticas estratégicas del país y en estrecha colaboración con las instituciones públicas de base. Su estrategia de intervención se basa en un trabajo implementado en un número reducido de aldeas para promover cambios individuales y comunitarios desde la base social.

Por su parte, **PROSALUS** lleva trabajando desde 1987 en Mozambique, fundamentalmente en las provincias de Niassa y Maputo. A lo largo de estos años se llevaron a cabo experiencias de desarrollo rural comunitario con atención básica en salud conforme con las estrategias gubernamentales y coordinadas junto con organizaciones locales de la sociedad civil y en coordinación con la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo AECID. De acuerdo con los últimos datos de incidencia de pobreza y desigualdad, publicados en el Plan Nacional de Acción para la Reducción de la Pobreza (PARP 2011-2014), las líneas de intervención se enmarcan dentro de un esquema de programas de desarrollo rural en los que el enfoque integral de Derecho Universal a la Salud actúa como eje fundamental. Asimismo todas sus acciones abarcan determinantes de salud tal como el fortalecimiento de la salud comunitaria, el apoyo a centros nutricionales infantiles, la prevención y el tratamiento de enfermedades epidémicas y endémicas, el soporte a la educación sanitaria, la formación profesional, la consolidación de la seguridad alimentaria, el mejoramiento en todos sus aspectos de las condiciones de agua y saneamiento y la preservación y protección del medio ambiente. En resumen, la institución trabaja concentrando todos sus esfuerzos para que el Derecho a la Salud se convierta definitivamente en un innegable derecho sin fronteras para todas las personas.

Una de las preocupaciones básicas y común entre todos estos actores es el impacto que tiene la desnutrición en la salud y en el desarrollo vital de las personas, por lo que la mayor parte de las intervenciones tienen un enfoque de seguridad alimentaria nutricional que conjugan diversas líneas de trabajo: la mejora y diversificación de la producción agropecuaria, el abastecimiento de agua y saneamiento, la promoción, prevención y educación en salud; sistemas de vigilancia nutricional, la capacitación nutricional, el fortalecimiento de las organizaciones campesinas y comunitarias así como la promoción de la participación y empoderamiento de las mujeres.

## **2.- Contexto**

### **Contexto general:**

Mozambique, con una extensión de 801.590 km<sup>2</sup> y más de 22 millones de habitantes, está dividida en 10 provincias: Cabo Delgado, Gaza, Inhambane, Manica, Maputo, Nampula, Niassa, Sofala, Tete y Zambezia. La pobreza envuelve a la sociedad mozambiqueña con tres de cada cuatro mozambiqueños viviendo en situación de pobreza. La mayoría de la población (75%) vive en zonas rurales y sobrevive practicando una agricultura de subsistencia, siendo muy vulnerable a ciclos de sequías e inundaciones que se abaten periódicamente sobre el país. Aunque el país ha experimentado después de que finalizara la guerra civil en 1992 un crecimiento socio-económico importante, su Índice de Desarrollo Humano (IDH) sigue siendo uno de los más bajo del mundo, con una baja expectativa de vida y altas tasas de mortalidad infantil, situándole en el lugar 184 entre los 187 países de la lista (según el último Informe de Desarrollo Humano 2012 del PNUD).

En cifras, encontramos los siguientes datos:

- Población total: 22.416.881 personas
- Índice de pobreza: 54,7%
- Esperanza de vida: 50 años (sanos); 35 (con VIH-SIDA)
- Población urbana: 36,8%
- Deuda externa total: 4.651 \$
- Índice de Desarrollo Humano: 0,379
- Analfabetismo hombres: 37,7%
- Analfabetismo mujeres: 68,6%
- Población sin acceso a agua potable: 57%
- Nº médicos: 0,03 por 1.000 hab.
- Población sin acceso a servicios de salud: 70%
- Mortalidad infantil: 100 por 1.000 nacidos vivos
- Casos de malnutrición aguda en menores de 5 años: 24%
- Prevalencia en adultos del VIH-SIDA: 16%

El Gobierno de Mozambique se ha comprometido para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en la lucha de la reducción de la pobreza. En este contexto, las autoridades enfocan sus políticas y esfuerzos para aumentar significativamente el acceso a los cuidados de salud de atención primaria, a la educación básica y profesional, mejorando no sólo la cobertura sino también la calidad de estos servicios básicos, especialmente en las zonas rurales. Así mismo prioriza el aumento de la producción agropecuaria y el acceso al abastecimiento de agua y saneamiento.

La atención sanitaria está reconocida en la Constitución de Mozambique en su artículo 94. Sin embargo, los indicadores de salud son muy bajos y la población pobre tiene muchas dificultades para el acceso a la salud, en una sociedad con grandes desigualdades. El Sistema Nacional de Salud no consigue desarrollar un servicio de Atención Primaria suficientemente fuerte para prevenir y atender las principales causas de morbilidad y mortalidad como el VIH/SIDA u otras enfermedades crónicas, así como dar respuesta a los altos índices de malnutrición, con una incidencia nacional en torno al 55%. Por ello, los grupos más vulnerables, específicamente las mujeres, las niñas/os y las personas viviendo con enfermedades infecciosas, no tienen un acceso adecuado a los servicios básicos sanitarios, lo que obstaculiza su ejercicio efectivo de su derecho a la salud. Por otro lado, la Constitución define en su artículo 88 la educación como un derecho para cada ciudadano. Por ello promueve la extensión de la red educativa así como la formación profesional de igual acceso para todas las personas para alcanzar la cohesión social y la erradicación del analfabetismo. Pero los impedimentos socioculturales para el acceso a la educación básica así como la falta de oportunidades para la educación técnica y a la formación profesional obstaculizan esta meta, dejando la implementación de las políticas estratégicas muy dependiente de la ayuda externa y del desempeño de las organizaciones de la sociedad civil. En cuanto a derecho a la alimentación, el GdM ha adoptado una estrategia nacional de desarrollo en alineación con la directriz de la FAO, para la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada. La falta de seguridad

alimentaria afecta gravemente a la sociedad en el ámbito familiar y comunitario, pues eleva desproporcionalmente los costos sanitarios, perjudica la productividad laboral, y compromete los niveles de desarrollo del capital humano, incidiendo de modo particular una vez más en los grupos más vulnerables, específicamente en los niño/as y las mujeres. De hecho, y a pesar de que a nivel formal las mujeres gozan de un amplio reconocimiento de derechos, la desigualdad de género continúa siendo alarmante, colocando al país en el puesto 184 de un total de 187 en la clasificación que mide el índice de desigualdad de género. Dicha desigualdad se hace patente en las mayores barreras de acceso a la salud y educación básica, en las dificultades para acceder a un empleo formal (menos remunerado con respecto al varón), en la prevalencia de los matrimonios forzosos y prematuros, o su involucración en relaciones de poligamia, en las dificultades para acceder al sistema de justicia y en las oportunidades socio-económicas y de participación política.

### **Contexto específico:**

Principales datos estadísticos demográficos, económicos y sociales de la provincia de Niassa.

Superficie	122.176 Km <sup>2</sup>
Populación total *	Total 1.213.398 (H 596.217 M 617.181)
Densidad Poblacional *	9.1 Habitantes por km <sup>2</sup>
Populación total en los distritos de Lago, Sanga, Lichinga y Muembe *	Total 262.881 (H 127.764; M 135.117)
Principal actividad económica	Agricultura familiar
Hogares encabezados por mujeres *	21.462 (35%)
Tasa de óbito por paludismo **	32,90%
Personas en TARV – Diciembre 2011**	5.392 adultos; 559 niño/as
Prevalencia de HIV (15-49 años) ***	H 4%, M 3%
Desnutrición crónica ***	45%
Tasa de mortalidad infantil *	89,4/1.000
Tasa de analfabetismo *	59.6% (M 75.1%)

\*Censo 2007, INE; \*\* Ministério de Saúde, Dezembro 2011, \*\*\* INSIDA 2009

## **1. Situación geográfica y social de la provincia de Niassa**

La provincia de Niassa se ubica en la región noroeste de Mozambique, hace frontera con Tanzania, Malawi y el lago Niassa. Bordea al sur con las provincias de Zambezia y de Nampula y al este con Cabo Delgado. Tiene una extensión de casi 129.000 km<sup>2</sup>, siendo la mayor del país. Su clima se caracteriza por dos estaciones bien definidas a lo largo del año: una lluviosa y otra seca. La temperatura media varía de 15 a 25°C en el periodo seco (invierno) y se eleva por encima de los 25°C en el período lluvioso (verano). Sus condiciones climáticas y geofísicas hacen que Niassa tenga una buena disponibilidad de agua en caso toda la provincia, dándose unas condiciones para que su agricultura pudiera estar por encima de las condiciones medias del país. Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística en 2007, la población de Niassa había superado

el millón de habitantes, siendo más del 75% la población rural y unas 85.000 personas residiendo en Lichinga, la capital de provincia. La densidad de población está cerca de 9 hab/km<sup>2</sup>, muy por debajo de la media nacional (24 hab/km<sup>2</sup>). Se trata de una provincia con gran riqueza y variedad cultural debido a que su población está constituida en gran parte por inmigrantes de las etnias Macuas, Ajaus y Nianjas. Se calcula que cerca del 47,5% de la población es de lengua Macua, 36,9% de lengua Yao y el restante 8,4% de lengua Nyanja. Gran parte de la población de Niassa practica la religión islámica (61,5%), existiendo también cristianos (23,5%) y otras religiones. Es una de las provincias más pobres y consecuentemente, una de las menos desarrolladas. Se divide en 15 distritos, gobernados por administradores de distrito. De la población activa, alrededor del 87,9% sobrevive gracias a la agricultura y pesca. A pesar de esto, Niassa tiene falta de mercados y de sistemas de distribución para los productos agrícolas, lo que limita los ingresos que las familias puedan generar con la agricultura. Entre noviembre y junio la mayoría de los habitantes de Niassa pasan gran parte de su tiempo en campos de cultivo distantes de sus hogares. En Niassa, un 70% de la población adulta es analfabeta. Los niños, y especialmente las niñas, no tienen acceso a la educación debido a la existencia de una red escolar escasa, mal distribuida e ineficiente. Del mismo modo, el acceso a servicios básicos de salud es muy limitado. El 40% de la población tiene acceso a agua potable y un 53,7% a letrinas. Según datos del Departamento de Salud Provincial, se estima que la prevalencia actual del VIH/SIDA alcanza el 13,6%. Esto supone que alrededor de 54.000 personas viven actualmente con VIH/SIDA y de ellas aproximadamente 8.600 precisan de tratamiento antirretroviral urgente (tratamiento TARP).

## **2. Agricultura y seguridad alimentaria**

La agricultura es una de las actividades básicas de la provincia de Niassa. Se estima que tiene casi 12,3 millones de hectáreas de tierra cultivable. La mayoría de las familias rurales practica una agricultura de subsistencia, caracterizada por pequeñas áreas de aproximadamente una hectárea y media de secano, donde se produce maíz, habichuelas, girasol, trigo, patata, soja, tabaco, algodón, sésamo, etc. La actividad agrícola registró un crecimiento medio del 2,1% anual entre 1997 y 2005, y sin embargo su peso relativo dentro del PIB de la provincia descendió de 2,8% en 2000 a 1,9% en 2004, debido al aumento de actividad en otros sectores. La escasa productividad agrícola conduce a niveles de riesgo en cuanto a la seguridad alimentaria, las reservas alimentarias de cereales y mandioca por cada familia estimada en 2,5 meses de media, lo que coloca a casi un 5% de la población en una situación de alta vulnerabilidad, los campesinos de menos posibilidades más específicamente. Teniendo en cuenta el uso de tecnologías primitivas en la agricultura y consecuentemente los bajos rendimientos de los cultivos, la cosecha principal no es suficiente para cubrir las necesidades de alimentos básicos y la población tiene que recurrir a otros mecanismos de supervivencia que incluyen la venta de leña, carbón, estacas, la recogida de frutos silvestres y también la caza. Además de la falta cíclica de alimentos de base para la población más pobre, existe en la provincia un déficit generalizado en la diversificación de los alimentos. La falta de consumo regular de proteínas y vitaminas hace que se registre altos niveles de desnutrición, especialmente entre las mujeres y los niños huérfanos y/o en situación vulnerable.

### 3. Sectores sociales: Educación y Salud

La educación debería constituir un área esencial para el desarrollo de la provincia. Y no lo es. El sector está caracterizado por una escasa cobertura de la red escolar: escasa oferta de servicios básicos de educación, limitada capacidad de formación técnico profesional, número reducido de profesores cualificados. La tasa de analfabetismo es bastante alta, afectando a cerca del 62% de la población, y siendo casi el 80% de los analfabetos mujeres. De acuerdo con el Plan Estratégico de la Provincia, la red escolar de Niassa registró un crecimiento de casi el 8%, habiendo atendido a unos 230.000 alumnos en 2006. El número de profesores creció un 52% entre 1998 y 2005, y el número de mujeres que ingresaron en la escuela aumentó también significativamente. Se destacan las facultades de agricultura en Cuamba y Sang así como la delegación provincial de la universidad pedagógica y el instituto de formación para administración pública y autárquica (IFAPA) basados en Lichinga.

En cuanto a los parámetros de salud, la situación en la provincia es muy preocupante, teniendo en cuenta el aumento de las enfermedades transmisibles, tales como el VIH/SIDA y la tuberculosis. El incremento del número de personas viviendo con VIH/SIDA y su impacto en la sociedad constituye una emergencia nacional afectando a todos los grupos poblacionales. Últimamente se estima a 1,4 millones de personas con VIH/SIDA en Mozambique, lo que supone el 16 % de la población. Niassa es la provincia de la región norte con la tasa de incidencia más alta, siendo las mujeres y la población infantil huérfana y/o en situación vulnerable los más afectados por la epidemia. Como consecuencia del aumento de la mortalidad, se registra un número creciente de huérfanos de padre y/o madre que son en su mayoría y según la tradición, acogidos en casa de familiares, pero debido a su número elevado suelen constituir un peso extra en los ya escasos recursos de las familias de acogida. Además, muchas veces el estado de salud de estos niños no se encuentra bajo control sanitario, pudiendo ser ellos también seropositivos no detectados. Asimismo la epidemia del VIH/SIDA viene empeorando la salud de la población, lo que a su vez debilita su seguridad alimentaria y retroalimenta los factores de pobreza. Cuando se combina pobreza con desigualdades y patrones de vulnerabilidad y comportamientos, la infección supone un verdadero freno para el desarrollo de la sociedad. El ciclo VIH/SIDA-pobreza se retroalimenta y las intervenciones que se hagan sobre esta enfermedad han de atacar ambas partes del círculo. La red sanitaria de la provincia de Niassa cuenta con 137 unidades de salud, entre hospitales, centros de salud y hospitales comunitarios (estos últimos, pertenecientes a la Iglesia Católica). En los tres distritos de la provincia en los que PROGRESSO tiene planes de trabajo (Lichinga, Sanga y Mueembe) se constata que al acceso al sistema de salud se está reduciendo según los índices de cobertura, confrontándose a una serie de limitaciones, tales como la disponibilidad de recursos humanos, el deficiente abastecimiento de equipamientos de las unidades sanitarias y la baja calidad de las infraestructuras. En estos distritos la media es de una unidad sanitaria por cada 7.600 personas, una cama por cada 4.300 y un técnico de salud por cada 2.900.

El índice de desarrollo humano de la provincia de Niassa ha mostrado mejorías considerables en los últimos diez años, aunque se sitúa todavía por debajo de la media nacional. De acuerdo con la



evaluación del PARP II (Plan nacional de Acción para la Reducción de la Pobreza), la incidencia de la pobreza en Niassa en 2003 era del 52%. Esos índices permanecen altos, teniendo en cuenta los resultados positivos de las iniciativas de combate de la pobreza ejecutadas en conjunto por los diversos niveles de gobierno, actores de la cooperación internacional y de la sociedad civil entre 1996 y 2003. La dispersión poblacional y la actividad itinerante de gran parte de la población son serios obstáculos para la mejoría del acceso y de la calidad de los servicios sociales, dificultando consecuentemente la mejoría de los índices de desarrollo humano.

### **3.- Justificación**

La formulación del presente proyecto tiene como base los graves problemas de salud comunitaria en la provincia de Niassa, siendo numerosos los factores socioeconómicos determinantes de la misma. Uno de los datos más preocupante se encuentra en la tasa de desnutrición crónica, elevada y creciente, que alcanza un 40%, principalmente en las mujeres y la población infantil. Si bien esta realidad choca con la información conocida de excedentes de cereales en la provincia, contribuyen ciertamente en gran medida los factores siguientes:

- Bajo nivel de escolaridad y alta tasa de analfabetismo.
- Falta de conocimientos propios en relación a la confección y conservación de alimentos.
- Alta dependencia de la época de lluvia y almacenamiento precario de las aguas para la agricultura.
- Existencia de varias enfermedades endémicas que debilitan el estado de salud de la población en general.
- Las relaciones tradicionales y culturales de poder entre los miembros de una misma familia y de la comunidad, perjudicando directamente el nivel alimentar de los más vulnerables, siendo las mujeres y los niño/as.

Para fortalecer estos aspectos, **PROGRESO** impulsa una estrategia de implementación de programas de desarrollo comunitario en la que la creación, formación y seguimiento de grupos de Activistas Comunitarios de Salud (ACS) y Comités de Salud es esencial para la difusión adecuada de la información así como el empoderamiento de las actividades por parte de los otros miembros de la comunidad. Estos grupos trabajan directamente en coordinación con el sistema nacional de salud y el personal sanitario correspondiente. También colaboran permanentemente con la administración pública, manteniendo un contacto periódico para informar de las actividades en la comunidad y la evaluación de las mismas. Simbolizan la consolidación de un mecanismo participativo y representativo comunitario, además de proporcionarles acompañamiento y asesoramiento continuo. Su trabajo en la comunidad se centra en torno a 2 componentes o ejes principales de intervención:

## **Capacitación, acompañamiento y asesoramiento de los ACS y CS**

La formación de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) se realiza en dos módulos de diferentes temáticas correlacionados (1) conocimiento en nutrición básica, alimentación para mujeres embarazadas y recién nacidos, y creación de huertos caseros (2) saneamiento del medio, sensibilización e información sobre el VIH-SIDA y otras ETS, estrategia de comunicación y apoyo psicosocial. Los ACS deben poder responder adecuadamente en la realización de las visitas domiciliarias a los enfermos, en las charlas comunitarias o en las demostraciones de preparación de alimentos y conservación de productos producidos localmente. Son también los encargados de identificar a los niños y niñas que padecen de desnutrición y proporcionarles asistencia en coordinación con el personal sanitario de la localidad. Para incentivar su trabajo, los ACS suelen recibir camisetas, gorras, carpetas, material didáctico y red mosquiteras.

Los Comités de Salud (CS) son compuestos por 8 o 10 miembros que asumen un papel de liderazgo y representación de los miembros de la comunidad. Su función principal reside en movilizar la sociedad, supervisar y coordinar las actividades de los ACS, movilizar y mantener un estrecho vínculo con las instituciones públicas de salud, principalmente. Para poder ejercer esa función, los miembros de los CS deben ser capacitados en leyes mozambiqueñas, salud preventiva, ETS, enfermedades crónicas, apoyo nutricional y asistencia técnica básica agropecuaria.

## **Campañas IEC (Información, Educación, Comunicación)**

Se realizan campañas educativas y de prevención en torno a charlas comunitarias, pequeñas obras de teatro y actividades musicales encaminadas a informar/educar a la población sobre prácticas de nutrición básica, saneamiento del medio, medidas de salud preventiva, prevención de riesgo de Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) y VIH/SIDA, así como la respuesta del sistema sanitario para estas enfermedades (Educación para la Salud). El material IEC producido, tal como folletos y libretitas con resumen de las leyes a ser divulgadas o dibujos ilustrativos, viene apoyando y reforzando este proceso. Dado las grandes dificultades para los medios de comunicación para llegar a las zonas rurales, asociada a la alta tasa de analfabetismo, la movilización social y la participación activa culturalmente adaptada debe ser el núcleo central de del enfoque, trabajando con los ACS y CS, capacitados para asimilar y difundir el mensaje a la población meta. También se suele repartir preservativos gratuitos durante las campañas de sensibilización, éstas alineadas con los factores de riesgo definidos en el plan Nacional de lucha contra el SIDA de Mozambique. Los ACS y CS darán asesoría inicial y continua a los beneficiarios y sus familias para dotarles de mayor conocimiento en torno a la nutrición básica y para poder afrontar y combatir las enfermedades, dirigiéndoles a las unidades de salud de la zona para disminuir el riesgo de enfermedades oportunistas y otras complicaciones del VIH, el objetivo principal siendo lograr eliminar las barreras socioculturales que impiden el acceso a la salud y mejorar su alimentación básica.

#### **4. DESARROLLO DEL PROYECTO.**

##### **Objetivo Global de Desarrollo:**

Mejorar la salud comunitaria en la provincia de Niassa, Mozambique.

##### **Objetivo Específico del proyecto:**

Contribuir en la prevención y reducción de los altos índices de desnutrición crónica y prevalencia de enfermedades sexualmente transmisibles en 3 distritos de la provincia de Niassa, Mozambique)

##### **Resultados esperados, Indicadores y Fuentes de verificación:**

###### **Resultados esperados:**

1. Creados y capacitados los grupos de ACS y CS en 5 comunidades de 2 distritos en la provincia de Niassa.
2. Los grupos de ACS y CS adoptan y divulgan prácticas de salud preventiva y nutrición básica.
3. Producido y distribuido el material IEC en lengua local (Yao) para uso en aulas de capacitación de los ACS y CS e y en aulas de alfabetización (2 títulos de materiales educativos – 2.000 ejemplares).

###### **Indicadores del grado de consecución de los resultados:**

1. Nº de grupos de ACS y CS creados y operativos.
2. Nº de actividades comunitarias realizadas sobre nutrición básica y salud preventiva; Nº de redes mosquiteras/familia; Nº de madres que declaran haber adoptado practicas de nutrición básica (papas enriquecidas para sus bebes.
3. Nº de folletos producidos y difundidos

###### **Fuentes de verificación de los indicadores:**

1.
  - a. Informes de trabajo comunitario en las 5 comunidades para la creación de los grupos de ACS y CS
  - b. Informes de las capacitaciones realizadas
  - c. Material fotográfico
2.
  - a. Informe de actividades de los ACS y CS
  - b. Informe de monitoria del personal técnico del proyecto.
  - c. Material fotográfico
3.
  - a. Material IEC
  - b. Material fotográfico

### **Actividades y cronograma:**

1. Identificar y seleccionar los miembros de los grupos ACS y CS en 4 comunidades del distrito de Sanga y reactivar los de Muembe y Chimbonila.

Este proyecto involucrará a un total de 14.000 personas de 5 aldeas en los distritos de Muembe y Chimbonila. Las comunidades de estas dos últimas localidades se encuentran involucradas en la actualidad en un proyecto de seguridad alimentaria por lo que para no duplicar actividades el apoyo se concentrará en cursos de reciclaje para los grupos de ACS y CS ya existentes (1 seminario de 3 días en cada comunidad), y en la provisión de algún material de estímulo y educativo.

2. Capacitar y reciclar los ACS e CS

La formación de los ACS y CS será basada en temáticas correlacionadas con la nutrición básica, la alimentación para mujeres embarazadas y recién nacidos, la creación y mantenimiento de huertos caseros, el saneamiento del medio, la sensibilización e información sobre el VIH-SIDA y otras ETS, principalmente.

3. Distribución del material IEC

**PROGRESO** trabaja en colaboración con una empresa editora, especializada en producción de materiales de estudio y educativos en lenguas locales para la población infantil y los adultos. Para tal efecto colabora con lingüistas e ilustradores para que los textos sean adaptados a la lengua local (en este caso el Yao) y culturalmente ajustados a la población rural involucrada en el proyecto.

4. Compra de bicicletas

El proyecto prevé la distribución de 80 bicicletas para los miembros de los distintos grupos de ACS y CS para facilitar su labor en las comunidades y optimizar su tiempo ya que se ven obligados para brindar su servicio en recorrer de forma permanente y a pie largas distancias. El proporcionarles las bicicletas facilitará sus desplazamientos para realizar las actividades planificadas. Además, apoyar con una movilidad liviana, que no utiliza combustible, como es la bicicleta, es un incentivo al esfuerzo desinteresado que tiene para su comunidad y al mismo tiempo es una forma de garantizar la sostenibilidad de todas las actividades del proyecto. Las bicicletas serán compradas en el mercado local de Lichinga mediante un pequeño concurso abierto proveedores potenciales. El coste de cada bicicleta se estima en 2.500,00 Mt. La subvención de esta actividad se realizará a través de **BICI PELO PAZ** que apoya los proyectos de **PROSALUS** desde el año 2001.

El enlace de BICI PELO PAZ (cuentos solidarios) [www.contosolidarios.org/contos.htm](http://www.contosolidarios.org/contos.htm)

El video de "las Casa das Arbores" [www.youtube.com/watch?v=qKKCBXCwLoI](http://www.youtube.com/watch?v=qKKCBXCwLoI)

## Cronograma

Actividades/Meses	1	2	3	4	5	6
1.1 Reactivar los grupos ACS y CS en Mueembe e Chimbonila		X	X			
2.1 Reciclar CS y ACS Mueembe (2 comunidades)			X			
2.2 Reciclar CS y ACS Chimbonila (3 comunidades)			X			
2.3 Monitorio y supervisión de los ACS y CS en los 2 distritos			X	X	X	X
3. 1 Producción de 3 panfletos	X	X				
3.2 Distribución de los panfletos y otros materiales en las comunidades			X			
4.1 Compra de bicicletas	X					
4.2 Identificación de los beneficiarios y distribución de las bicicletas		X	X			

### Descripción de recursos humanos y materiales:

**PROGRESO** cuenta con un equipo humano en terreno cualificado y encargado de dar seguimiento a la intervención, monitoreando y asesorando los activistas responsables de difundir los mensajes de sensibilización e información en las aldeas. A su vez las personas influyentes de éstas comunidades, los líderes comunitarios, profesores y asociaciones comunitarias se encargarán de reforzar la difusión de los mensajes al resto de su comunidad. De este modo se logra que los recursos humanos formen parte de la propia intervención siendo también los beneficiarios de la misma. Asimismo **PROGRESO** posee la infraestructura humana y física necesaria para el desarrollo de todos los componentes del proyecto, tanto en sus aspectos técnicos como en los de capacitación y movilización social, así como los de logística y administrativos para satisfacer las demandas del proyecto en los términos referidos en el presupuesto. El personal de programas y administración de las oficinas de **PROGRESO** en Lichinga y Maputo contribuirá con una parte de su tiempo para el desarrollo y administración del proyecto, incluyendo la gestión financiera. La supervisión será garantizada por la coordinación provincial en Lichinga, así como por los oficiales de programas de la oficina de Maputo. El proyecto plantea la utilización de tecnología que toma en cuenta la experiencia que se posee en la región y las posibilidades de replicabilidad para otras comunidades locales. La tecnología para la generación de cambios de conducta de riesgo se basa en material IEC y de divulgación sociocultural homologada por el Consejo Nacional de Combate Contra el Sida (CNCS), el Ministerio de Salud de Mozambique (MISAU) y leyes gubernamentales vigentes. Todos los recursos materiales serán adquiridos en el mercado local, lo cual supondrá un pequeño empuje a la economía del lugar.

## **VIABILIDAD SOCIAL Y POLÍTICA**

Los grupos de ACS y CS constituyen la instancia desde la que se debaten, articulan y coordinan todas las iniciativas que afectan al conjunto de la comunidad pero también son en gran medida beneficiarios directos de la misma. La implicación continua y activa de la población beneficiaria constituye un instrumento clave para asegurar la apropiación y el empoderamiento de la intervención así como para maximizar la eficacia de la misma garantizando la sustentabilidad de la iniciativa. Las autoridades locales también participan activamente junto a los grupos en la definición de actividades de información y sensibilización adaptándolas lógicamente a las creencias locales para enfrentar y superar las barreras socioculturales. En cuanto a la salud más específicamente, se trabaja desde la demanda de servicios sanitarios a través de la participación comunitaria y la adaptación de mensajes alineados con las políticas de salud del Plan Nacional de Combate contra el SIDA, pero también desde la oferta asegurando la mayor y mejor prestación de servicios a los más vulnerables por parte del sistema sanitario a través del desempeño de los activistas de salud como vínculo para cerrar la brecha entre ambas realidades. El grado de implicación de la población beneficiaria es por lo tanto continuo e integrado en todas las fases de la intervención y conlleva un alto nivel de estímulo y motivación por parte de los beneficiarios.

## **IMPACTO DE GÉNERO**

En el diseño del proyecto se ha tenido en cuenta la identificación de roles asignados a varones y mujeres. El proyecto garantiza el enfoque de género tanto sectorial como transversalmente ya que identifica como población beneficiaria en situación de vulnerabilidad tanto en los grupos de ACS Y CS con amplia representatividad de mujeres como a mujeres de forma individual en situación de pobreza extrema, cabezas de familias mono-parentales o afectadas de forma directa o indirectamente por el VIH/SIDA o otras enfermedades crónicas. Se contemplan una gran parte de acciones contribuyen al reconocimiento propio y por parte de la sociedad de la importancia de la mujer en la vida social y económica de las comunidades, así como el derecho a la salud de forma amplia por parte de este colectivo. El derecho a una vida saludable está directamente vinculado a una igual distribución del poder y a las relaciones simétricas que se deben establecer entre hombres y mujeres en cualquier sociedad. Cuando las mujeres no acceden de igual forma a la salud se crea el factor de riesgo o de vulnerabilidad por el sólo hecho de ser mujer, por lo que este proyecto intenta revertir dichos riesgos disminuyendo la vulnerabilidad desde los ámbitos de los derechos, el conocimiento, y la independencia económica.

## **SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL**

El proyecto se integra dentro de una estrategia de desarrollo nutricional con enfoque en soberanía alimentaria que además contempla la sostenibilidad medioambiental asegurando la no utilización de agroquímicos e insecticidas y el apoyo técnico especializado en todo momento de ingenieros agrarios locales y nutricionistas.