

**Título: “Programa de intervención en salud:  
prevención de la transmisión vertical del VIH en el  
Barrio Laulane, Maputo City, Mozambique”**

**Autor/a Marina Abril Berodas  
Universidad de Valladolid**

**Tutor/a María José Cao Torija  
María José Castro Alija  
Curso 2017-18**

**Máster en Cooperación Internacional para el Desarrollo**





## **Resumen**

Mozambique es el octavo país con la tasa de VIH/SIDA más alta del mundo. Con el establecimiento de las metas 90-90-90 en la cumbre de París de 2014, el país del sudeste africano se enfrenta a un desafío para su debida consecución. La prevención del VIH/SIDA debe ser multisectorial para garantizar, en general, la vida digna de la población más vulnerable y, en particular, el debido cumplimiento del derecho universal a la salud. Tras establecer el contexto, se elabora esta propuesta de programa de intervención en salud dirigida a la prevención de la transmisión vertical del VIH en el Barrio Laulane de Maputo City, cuyos resultados serán: la mejora de la accesibilidad a los servicios de atención primaria de las mujeres adolescentes, de entre 10 a 14 años, alumnas de la escuela secundaria de Laulane, la garantía de la calidad del servicio sanitario dirigido a mujeres adolescentes, de entre 10 a 14 años, residentes del barrio de Laulane y el aumento del conocimiento de la transmisión del VIH entre mujeres adolescentes, de entre 10 a 14 años. Finalmente, se ubicará este programa dentro de los proyectos propuestos en la zona para erradicar el VIH.

**Palabras clave:** Prevención, VIH, mujeres, adolescentes, transmisión vertical, Maputo City, Mozambique, atención sanitaria primaria.

## **Summary**

Mozambique has the eighth highest HIV/AIDS rate worldwide country. The full compliance of the 90-90-90 goals established in the 2014 Paris summit, the Southeast African country must face a challenge. The HIV prevention approach should be multi-sectorial to guarantee, in general, a dignified to all its citizens as it's expressed in the Human Right universal declaration and, particularly, the protection and upholding of the Universal right to health. After contextualizing, it'll be introduced three goals towards the improvement of the Vertical HIV prevention in Laulane's neighbourhood. These goals are: Improving the female teenager accessibility to the neighbourhood primary health services, guaranteed primary health services quality addressed to female teenagers and female teenager HIV transmission knowledge. Finally, this health intervention programme will be located with the rest of the proposed projects in the area to eradicate the disease.

**Keywords:** Prevention, HIV, women, teenagers, vertical transmission, Maputo City, Mozambique, medical primary attention.



## Abreviaturas / Siglas

ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual

MONASO: Red Mozambiqueña de Organizaciones contra el SIDA

ODM: Objetivos Del Milenio

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

ONU: Organización de las Naciones Unidas

ONUSIDA: Rama de la Organización de las Naciones Unidas dedicada a la erradicación del VIH/SIDA

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana



## AGRADECIMIENTOS

Tras mucho debate interno, no me gustaría volver a cometer el mismo error que con el Trabajo de Fin de Grado. Por ello, me gustaría incluir esta breve nota de agradecimiento para todos los que me han ayudado a dar durante este camino.

Quiero dar las gracias al apoyo incalculable de mi familia, en especial el de mis padres y tía. Gracias por haberme enseñado que los esfuerzos para conseguir un sueño nunca son en vano. También por haber luchado para que pudiera recibir una educación pública y de calidad.

También estoy agradecida por el cariño y los consejos del que se ha convertido este año en mi mentor, el Sr Coloma. También agradecer uno de los mejores consejos que he recibido: "A veces es mejor cortar con bisturí que con hacha". Me has hecho el camino menos complicado y, de abajo a arriba, iremos avanzando.

Por todo el cariño recibido desde distintas partes del mapa, gracias. Primero me gustaría darle las gracias a Borja, en sí, espero darte las gracias todo el tiempo que tú quieras. Empieza la aventura. Gracias a la resistencia española en Glasgow por sus ánimos, a Alicia García por sus correcciones y a Lucía por cada una de las veces que me he reído cuando tenía ganas de llorar. También agradecer al equipo de Cooperación Sanitaria (Crismo, Amor y Rodri) por haber contribuido a poner los primeros pasos de este trabajo, sin vosotros todavía estaría mirando tasas. Igualmente, cada gesto de cariño, Mabel, me ha animado a seguir escribiendo.

Finalmente, a mis tutoras me gustaría agradecerles su paciencia infinita y su rapidez a la hora de hacer las correcciones. También resaltar su figura femenina empoderada de ciencia. Abriesteis camino a las jóvenes, esperamos no defraudaros.



# INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	MARCO LEGAL.....	3
1.	La salud como Derecho Universal .....	3
2.	Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA (2001).....	5
3.	Protocolo Maputo .....	6
4.	Panorámica del Estado de Mozambique .....	8
III.	GRUPO DE INCIDENCIA CRÍTICA .....	11
IV.	JUSTIFICACIÓN .....	15
V.	MATRIZ DEL PROYECTO .....	18
VI.	EVALUACIÓN .....	25
VII.	CRONOGRAMA.....	28
VIII.	PRESUPUESTO.....	29
IX.	COMPLEMENTARIEDAD .....	31
X.	CONCLUSIONES.....	33
	ANEXO I.....	34
	BIBLIOGRAFÍA .....	36



## I. INTRODUCCIÓN

Tras haber ocupado un puesto dentro de las diez causas de mortalidad durante las últimas décadas, en 2016, el VIH ha salido del ranking (OMS, 2018b). No obstante, el VIH es una epidemia que alcanza, aproximadamente, a 36.7 millones de personas. Esta cifra es sólo una estimación, por lo tanto, variable. Esto se debe a que no todos los quienes padecen esta enfermedad están diagnosticados (UN AIDS, 2018).

Para combatir esta situación, el 1 de Diciembre, día mundial del VIH/SIDA, de 2014 se celebró en París la conferencia en la que se estableció el reto 90-90-90: Antes de 2020, el 90% de la población debe conocer su estado serológico, el 90% debe recibir tratamiento y el 90% de los que están en tratamiento deben tener una supresión de la carga viral (UNAIDS, 2018 b).

Estas metas deben ser acompañadas por campañas de prevención de la enfermedad. Una de las vías en las que se debe acentuar la prevención es la transmisión vertical o perinatal, es decir, la transmisión de madres a hijos. Las probabilidades de contagio con un solo contacto ya sea en el útero, durante el parto o la lactancia materna es del 30%. Para erradicar el VIH, hay que tener en consideración esta vía que es en la que se centra este programa de intervención en salud. (OMS, 2018a) (Gobierno Vasco, 2005). (Banco Mundial, 2018).

Las zonas este y sur del continente africano son las regiones donde, se estima, conviven 19.4 millones de afectados por VIH. De esta población, se estiman que el 59% son mujeres y que, a nivel mundial, el 43% de los nuevos contagios suceden en este ámbito geográfico (UN AIDS, 2018) (Banco Mundial, 2018). En el sudeste del continente africano se encuentra Mozambique. Sus fronteras limitan al norte con Tanzania, al oeste con Malawi, Zambia y Zimbawe, al sur con Suazilandia y Sudáfrica y al este con el Océano Índico. Con un clima tropical, el país es azotado por el Niño y la Niña, fenómenos climáticos entrelazados que producen inundaciones y sequías cíclicas. Estas circunstancias climáticas aumentan los movimientos migratorios de la población en búsqueda de sitios más seguros.

Se estiman unos 28.861.863 habitantes en el país, de los cuales el 32.5% se asienta en zonas urbanas. En Maputo City conviven 1.101.170 de ciudadanos, de los cuales 529.510 hombres y 571.660 mujeres (Banco Mundial, 2018) (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

Respecto a los indicadores de desarrollo, el índice de desarrollo humano sitúa a Mozambique en el país 181 de 188 con una puntuación de 0.418. Si se observa el índice desglosado por sexo, la puntuación para hombres es de 0.444 y de un alarmante 0.391 para mujeres. La puntuación de las mujeres es cinco milésimas inferior a la puntuación global de Chad, que ocupa la posición 186 de 188 (UNDP, 2018).

Dentro de los indicadores de salud, caben destacar tres: La esperanza de vida, la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad materna. La esperanza de vida total es de 55.5 años, con una variación de 1.5 años menor para hombres y 0.6 mayor para mujeres.

La tasa de mortalidad infantil es de 55.1 por cada 1000 niños, mientras que la mortalidad materna es de 4.89 por cada 1000 niños nacidos vivos (Banco Mundial, 2018).

Los indicadores específicos del VIH/SIDA señalan que la tasa de prevalencia del VIH en Mozambique es del 12.3. Teniendo así el triste honor de ser el octavo país con más infectados de VIH en el mundo. Refiriéndonos al grupo de jóvenes, entre 14 y 25 años, la tasa de prevalencia de la enfermedad entre mujeres es del 4.6, 1.64 veces mayor a la de hombres del mismo grupo de edad cuya tasa es del 2.8 (Banco Mundial, 2018) (UN AIDS, 2018).

Los datos ofrecidos como marco general para Mozambique en materia sanitaria y, específicamente, respecto al VIH/SIDA llevarían a situar la enfermedad en primera línea de la agenda pública. No obstante, la erradicación de la enfermedad, dada la mejora de los indicadores globales respecto al VIH/SIDA, ha sido desplazada a un segundo plano.

Concretamente, el VIH/SIDA ha quedado relegado de un problema principal dentro de los Objetivos del Milenio (ODM 6.a) a uno secundario o transversal en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, donde es expresado como resultado dentro del ODS 3, referente a salud y bienestar. Así, si bien tiene amparo en la mentada Conferencia de París, no tiene amparo como ODS central (Naciones Unidas, 2015) (Naciones Unidas, 2016).

Pero ¿Qué sucede a nivel legislativo? A continuación, para dar respuesta a esta pregunta, se trazará un marco legislativo a nivel internacional y nacional. Se utilizará este marco legislativo y la panorámica realizada del país para después establecer quiénes son los actores involucrados, realizar una justificación y concretar los aspectos técnicos del proyecto: la matriz del proyecto, el cronograma, presupuesto y conclusiones. Finalmente, se observará la complementariedad del proyecto para con otras propuestas para erradicar la enfermedad en la zona.

## II. MARCO LEGAL

### 1. La salud como Derecho Universal

La salud sexual y reproductiva es un aspecto fundamental del derecho de la mujer a la salud. Los estados deben permitir que la mujer ejerza control y decida libre y responsablemente en los asuntos relacionados con su sexualidad, en particular su salud sexual y reproductiva, libre de toda coacción, de falta de información, de discriminación y de violencia. En el programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ONU, 1994) y en la cuarta conferencia mundial sobre la mujer celebrada en Beijing (Naciones Unidas, 1995) se puso de relieve el derecho de los hombres y las mujeres a estar informados y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, y el derecho de acceso a servicios de atención sanitaria apropiados que permitan a la mujer tener un embarazo y un parto sin riesgo y ofrezca a las parejas mayores probabilidades posibles de tener hijos sanos.

La Carta de Derechos Humanos no recoge expresamente los derechos sexuales y reproductivos, por lo que no existe una garantía legislativa universal expresa que ampare lo concerniente al VIH/SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual (Naciones Unidas, 1948).

El derecho a la salud comprende algunos derechos como la protección, prevención, acceso a medicamentos esenciales, salud materna, infantil y reproductiva, acceso equitativo, acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional. Así pues, todos los servicios, bienes e instalaciones deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad. Las dificultades económicas de un país NO le eximen de la obligación de adoptar medidas que garanticen el disfrute del derecho a la salud.

El derecho humano concerniente a la salud se expresa en el artículo 12, tanto en su sección 1 como en la 2 dentro del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 1966).

En la sección 1 del artículo 12 se estipula que:

*“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*

En la sección 2 del artículo 12, se dan directrices para que se cumpla con la sección 1, éstas son las siguientes:

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.*
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.*
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.*
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.*

Este Derecho bebe de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud donde también se define la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”* (OMS, 1946)

Las dimensiones del Derecho a la Salud son tres: La no discriminación, la disponibilidad y la accesibilidad.

La no discriminación, es decir, que se pueda ejercer el derecho sin discriminación de ningún tipo. En relación directa con este programa de intervención en salud se puede resaltar la necesidad de que el Derecho a la salud se realice independientemente del sexo, edad, estado civil y familiar u orientación e identidad sexual.

El siguiente principio es el de disponibilidad, es decir, que se garantice el derecho con suficientes establecimientos, bienes, servicios y programas sanitarios.

Y, finalmente, la accesibilidad, es decir que los establecimientos, bienes, servicios y programas deben estar accesibles a todos. Este último principio se garantiza a través de la aceptabilidad, es decir, el respeto, la calidad, la rendición de cuentas y la universalidad (OMS, 2018a).

Con relación a esta tercera dimensión del Derecho a la salud cabe mentar que, el acceso universal a la atención y el tratamiento también son un componente importante del derecho a salud de las personas que viven con el VIH/SIDA.

También es importante garantizar los derechos de las mujeres y niñas en esta materia al encontrarse más desprotegidas debido a su posición inferior, tanto en la esfera privada como pública, respecto al hombre que las impide negociar prácticas sexuales sin riesgo.

Asimismo, también tienen menos acceso a los tratamientos disponibles y a una información adecuada. También recae desproporcionadamente sobre ellas la carga de la prestación de cuidados (Bagnol B., 2017).

En general se reconoce que el VIH plantea muchas cuestiones en relación con los Derechos Humanos. La protección y promoción de la normativa son acciones decisivas para prevenir la transmisión del virus y reducir el efecto de la enfermedad en la vida de las personas.

Las personas con VIH/SIDA, por ejemplo, tienen derecho a no ser objeto de discriminación, el derecho a la vida, a la igualdad ante la ley, el derecho a la intimidad y el derecho al más alto nivel posible de salud.

Los Estados deben prohibir toda discriminación por alteraciones de salud, en caso de infección real o presunta, y proteger a las personas que viven con el VIH/SIDA contra ella. En la legislación, las políticas y los programas nacionales deben preverse medidas positivas para afrontar los factores que obstaculizan la igualdad de acceso de esa población vulnerable a la prevención, el tratamiento y la atención, por ejemplo, de su situación económica. Debe garantizarse en todo momento el derecho a la privacidad. En lugares como Mozambique, al igual que sucede en otros países africanos, y más concretamente del sur, en lo relativo al traspaso del VIH/SIDA, aun siendo consciente de ser seropositivo, no se comunica, ya que pueden llegar a ser castigados por la ley. Esta decisión trata de acortar las posibilidades de contagio mediante sanciones.

No obstante, los casos en los que se traspasa conscientemente el VIH son raros, pero las sanciones son aplicadas de forma discrecional y en muchos casos penalizan a mujeres que no son capaces de utilizar métodos barrera con sus parejas o de, ni siquiera, confesar que son seropositivo. No se ha demostrado en ningún caso que la criminalización de los pacientes de VIH aporte algún resultado positivo, y desde el programa específico de Naciones Unidas se recomienda invertir en programas clave para la reducción de la infección, pero nunca criminalizando al portador (HIV Justice Network, 2018).

## **2. Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA (2001)**

Esta declaración se sitúa en el marco temporal entre los ODM y los ODS, es decir, cuando reducir la tasa de infectados era un objetivo primordial como se indicaba antes. No obstante, a principio del milenio, el número de infectados con VIH en la región donde se encuentra Mozambique ya era alarmante.

De esta declaración hay que recuperar tres cuestiones:

*“El estigma, el silencio, la discriminación y la negación de la realidad, así como la falta de confidencialidad, socavan los esfuerzos de prevención, atención y tratamiento e incrementan los efectos de la epidemia en las personas, las familias, las comunidades y las naciones, y son aspecto a los que también se debe hacer frente”.*

*“la igualdad de género y la potenciación de la mujer son elementos fundamentales para que las mujeres y las niñas sean menos vulnerables al VIH”.*

*“la atención, el apoyo y el tratamiento pueden contribuir a una prevención eficaz al aumentar la aceptación de la prueba de detección y del apoyo psicológico voluntarios y confidenciales, y al mantener a las personas que viven con VIH/SIDA y a los grupos vulnerables en estrecho contacto con los sistemas de atención de la salud y facilitarles el acceso a la información, al apoyo psicológico y los medios de prevención”.*

(Asamblea General de las Naciones Unidas, 2001)

Estos tres puntos de la declaración de compromiso de lucha contra el VIH/SIDA serán los hilos conductores de la matriz del proyecto.

### **3. Protocolo Maputo**

El protocolo de Maputo es un anexo a la Carta de Derechos Humanos Africana y ratificada desde entonces por los estados, incluyendo Mozambique en 2004. Este protocolo está destinado a complementar la Carta de Derechos Humanos Africana haciendo inciso en la protección de las mujeres. Por ello, se recuperarán resumidos los artículos 2, 4, 5, 12, 14, 18 y 19 del citado protocolo como marco de apoyo de este documento (African Charter, 2003).

El protocolo de Maputo hace alusión en su artículo 2 al principio de no discriminación por cuestión de raza, etnia, color, sexo, lenguaje, religión, ideología política, origen social, nacimiento, etc. Idea que reitera en el artículo 18 donde explícitamente indica que se debe eliminar cualquier tipo de discriminación hacia las mujeres.

En el artículo 4 indica que los estados acceden a que, por ley, las instituciones públicas tomen medidas efectivas y apropiadas para erradicar las distintas formas de violencia, identificar las causas y consecuencias, castigar a los perpetradores de violencia, establecer mecanismos accesibles y conocidos de indemnización a las víctimas, la aplicación de los derechos es ecuánime para ambos sexos.

En el artículo 5, los estados firman para la eliminación de prácticas nocivas. Para ejemplificar una de estas prácticas nocivas que perpetúa la vulnerabilidad de la mujer y sus probabilidades de infectarse con VIH, se hará un breve inciso a continuación para tratar de la práctica denominada Puxa Puxa.

El Puxa Puxa es una práctica donde las jóvenes proceden al alargamiento de los labios vaginales menores bajo las directrices de su *madrinha*. La figura de la *madrinha*, o madrina, está ligada habitualmente con las mujeres mayores de la comunidad.

Se encargan de tomar a las jóvenes, tan pronto como a éstas les comiencen a crecer los senos, se estima que entre los ocho y los doce años, y prepararlas para que sean deseables y contraigan nupcias. Estas *madrinhas* se encargan de transmitir el conocimiento sobre el Puxa Puxa, o alargamiento de los labios vaginales menores. Esta práctica, supuestamente, las convertirá en una mujer completa, capaz de dar placer a su marido, el cual les dará amor y se mantendrá fiel.

Esta práctica está asociada a la perpetuación del VIH y otras ETS ya que las *madrinhas* no sólo les enseñan a alargar sus labios vaginales menores sino a cómo mantener relaciones sexuales. Durante estas enseñanzas la mención de la utilización del preservativo es nula o mínima.

Así, el Puxa Puxa se convierte en un símbolo social en el que el círculo femenino cuida de sí mismo y perpetúa su cultura, por lo que no pasar por el rito, supone un estigma y una causa suficiente para que nadie se quiera casar con la joven e, incluso, para culpar a la familia ya que ha sido incapaz de criarla para que acepte la práctica del Puxa Puxa. La práctica en sí misma puede ser lo suficiente nociva ya que la inflamación y laceraciones puede ser suficiente como para que la mujer contraiga infecciones (Bagnol & Mariano, 2012). Hay que hacer una especial mención al contagio de VIH a través de contacto de heridas. No obstante, se cree que las jóvenes tienen una actitud negativa ante el Puxa Puxa ya que se ve como una práctica de otros tiempos, se necesitaría hacer un nuevo estudio de esta práctica ya que, como se indica en el documento de referencia, el más reciente fue en 2005 (Martínez, Mariano, & Bagnol, 2014).

Tras esta ejemplificación y recuperando el protocolo de Maputo, el artículo 12 del protocolo de Maputo invita a que las mujeres disfruten de otro servicio esencial: El de la educación.

El artículo 14 hace referencia a los Derechos a la salud y reproductivos de la mujer. En este artículo se garantiza que la mujer tiene derecho a controlar su fertilidad, utilizar métodos anticonceptivos, protegerse de ETS y VIH además de tener el derecho a conocer las infecciones de su pareja. Los Estados deben garantizar el acceso de las mujeres, en especial de las zonas rurales, a programas adecuados, asequibles y accesibles de salud que incluyan información, educación y comunicación. Asimismo, deben fortalecer los servicios de salud y alimentación destinados a mujeres embarazadas o con recién nacidos. En sí mismo, el artículo que se acaba de recuperar sería suficiente como para aplicar programas de prevención sanitaria en materia de salud sexual y reproductiva.

Finalmente, se traen a colación los artículos 18 y 19. El artículo 18, como se indicaba en el artículo 2, invita a la eliminación de todo tipo de discriminación hacia las mujeres mientras que en el artículo 19 se invita a que los países garanticen el derecho al desarrollo sostenible de las mujeres (African Charter, 2003).

Para concluir el Protocolo de Maputo, cabe decir que, si bien el seguimiento pulcro de este protocolo garantizaría un avance y un camino, en realidad, quince años más tarde, ha quedado como papel mojado.

#### **4. Panorámica del Estado de Mozambique**

A nivel nacional, cabe mentar que, a pesar del fuerte crecimiento económico y dos décadas de paz y estabilidad política, Mozambique no mejora en lo que respecta a un disfrute mínimo de los derechos humanos.

Según el Informe de la Relatora Especial sobre la Extrema Pobreza y los derechos humanos en Mozambique, Magdalena Sepúlveda Carmona, el estado se enfrenta a dos grandes retos: Levantar el sistema de salud pública y romper con la desigualdad estructural contra las mujeres (Sepúlveda Carmona, 2014).

En materia de salud pública, el conflicto armado civil acaecido entre 1976 y 1992, y el posterior conflicto civil latente entre los dos bandos principales, uno de tendencia neoliberal y otro de tendencia comunista, que perdura hasta la actualidad con picos de intensidad ha fracturado el sistema de salud (Cabral, 2009).

El Informe de la Relatora Especial (2014) prosigue desglosando la situación del país: Las infraestructuras están devastadas, con escasísimos recursos humanos y materiales y sin apenas estructuras de planificación y gestión. Así que, aunque el sistema se ha reconstruido y ha mejorado, todavía tiene una baja capacidad resolutive, debida a la gran escasez de recursos humanos y a la baja productividad de los mismos debido a sus condiciones laborales. Si se hace una radiografía al país cabe decir que sólo el 50% de la población tiene acceso a servicios de salud aceptables, 36% tiene acceso a una unidad sanitaria a 30 minutos de su casa a pie, y el 30% tiene totalmente inhabilitado el acceso a los servicios.

Sepúlveda indica que, respecto a la brecha de desigualdad, existe una necesidad de contemplar a la figura de la mujer como la de la mitad de la ciudadanía. La negación de sus derechos, en especial sus derechos relativos a la salud sexual y reproductiva perpetúan este problema estructural. Respecto a la exclusión estructural, las mujeres que viven en la pobreza tienen acceso limitado a la anticoncepción y planificación familiar. Sólo el 5% de las mujeres sin educación usan métodos anticonceptivos modernos y sólo el 7% de las mujeres de las zonas rurales usan la anticoncepción. Mozambique tiene una de las tasas más altas de matrimonio infantil en el mundo, con el 38% de las niñas de 15 a 19 años, madres o embarazadas en 2011. El matrimonio precoz y el embarazo adolescente también como resultado la baja de matriculación en la escuela secundaria y las tasas de finalización de los estudios de las niñas.

Asimismo, las niñas son más propensas a experimentar las carencias educativas que los varones, debido a diversas razones, entre ellas el matrimonio precoz, el embarazo adolescente y el abuso sexual en el entorno escolar. A pesar de los progresos realizados, el número de escuelas es todavía insuficiente, y en varias partes del país todavía se carece de infraestructura (Sepúlveda Carmona, 2014).

La falta de educación sobre el tema y la extensión del saber popular, ligan la contracción del VIH con los malos espíritus y muchas veces se acude antes a los curanderos que al hospital.

Estos curanderos prometen curar la enfermedad, y debido a la diferencia de efectos y consecuencias en los pacientes, esta promesa se convierte en una práctica peligrosa que dificulta la erradicación de la enfermedad. Los curanderos tradicionales sobreviven a los cambios sociopolíticos y se perpetúan generacionalmente, adquiriendo nuevos métodos, como dar consejo a través del teléfono móvil. Los clientes de los curanderos no suelen explicar sus dolencias, por lo que clientes con síntomas parecidos son diagnosticados con diferentes causas, como se indicaba previamente la falta de síntomas o la variedad de estos, dificultan el diagnóstico del SIDA que suele estar asociado a una maldición impuesta por un ancestro o a un hechizo de brujería (*minepa*) y rara vez a una ETS (*mula*).

La causa de adquirir SIDA suele estar asociada a la transgresión de tabús o a la falta de respeto de las normas sociales, especialmente aquellas asociadas a la muerte o al adulterio, específicamente el de las mujeres. Asimismo, si un individuo se rebela en contra de lo establecido, no sólo sufrirá como individuo, sino que su desgracia se extenderá por la familia y durante varias generaciones. También se apunta tanto a los colonizadores blancos como a la industria farmacéutica como perpetuadores de la enfermedad. Ambos operarían con el beneplácito de los gobiernos, ya que es el ejecutivo el que está anclado en la idea de que *“hay mucha población y poca comida”*. Así el VIH es visto como una herramienta para deshacerse de la población, tal y como apunta uno de los entrevistados de Bagnol.

Se cree, por un lado, que el uso de preservativo es una herramienta de las farmacéuticas y ayuda a extender el SIDA y, por otro, que el diagnóstico realizado en hospitales puede ser erróneo mientras que es el curandero quien es capaz de ver si un cliente está infectado por SIDA.

De esta forma, la perpetuación tanto del desconocimiento de la enfermedad, como de su contagio se transforma en un problema incontrolado que se instaura en la comunidad y continúa a lo largo de las generaciones.

Queda patente así que no hay una referencia explícita a los Derechos sexuales y reproductivos, por lo que las dimensiones del derecho no tienen la garantía de ser aplicadas y quienes no ven cumplidos sus derechos, carecen de las garantías de la institución internacional (Bagnol B., 2017) De manera nacional, las estructuras institucionales siguen siendo débiles lo cual se suma a la extensa tradición que liga la enfermedad con los espíritus.

No obstante, desde que apareciese el primer caso de infección por VIH en 1986, el Estado ha intentado establecer políticas para la erradicación de la enfermedad, aunque, como se indicaba antes muchas veces es contraproducente y, debido a la mentada huella del conflicto civil armado, la labor ha recaído en las instituciones internacionales y las ONGDs (Human Sciences Research Council, 2004).

### **III. GRUPO DE INCIDENCIA CRÍTICA**

A continuación, se analizarán los actores involucrados en el proyecto respecto a su titularidad para con lo establecido en la Carta de Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948) tal como se establece en el Enfoque de Derechos Humanos. Así pues, se establecerán los titulares de obligaciones, los titulares de responsabilidades y los titulares de derechos, teniendo en cuenta, el esfuerzo activo de los distintos actores lo que permite que se garantice que el total de la ciudadanía tenga una vida digna (ISI Argonauta, 2010).

#### **1. Titulares de obligaciones**

Los titulares de obligaciones son en este caso el Gobierno de Mozambique y, más específicamente, tanto el ministerio de salud como el ministerio de género, infancia y acción social (MECD, 2016). Como se ha indicado previamente en este documento en la sección 1 del apartado II referente a la salud como Derecho Universal, las dificultades que atraviesa un país no le eximen de la obligación de garantizar el pleno disfrute del derecho a la salud.

Así, la integración de un programa de prevención de la transmisión vertical del VIH en Maputo City debería ser percibido como una oportunidad más de fortalecer las capacidades del estado y sus instituciones de respetar, proteger y garantizar los Derechos Humanos de la ciudadanía mozambiqueña garantizando la plena inclusión de la misma sin discriminación ni exclusión alguna. No obstante, será una perpetuación de la ayuda exterior para combatir la enfermedad (Nakabonge, 2013).

Si bien el ministerio de género, infancia y acción social no posee ningún plan dirigido hacia las mujeres seropositivas, el ministerio de salud está en la recta final de su plan estratégico nacional de respuesta al VIH y SIDA, PEN IV (República de Moçambique, 2015). En este plan, se establecieron tres objetivos para 2019:

- a. Reducir la transmisión sexual del VIH al 30%.
- b. Reducir la tasa de transmisión vertical del VIH al 5%
- c. Reducir la tasa de mortalidad relacionada con el VIH/SIDA al 40%

Recuperando el segundo objetivo, éste se desglosa en tres pilares básicos: La prevención del contagio del VIH, en especial del grupo más vulnerable del que se tratará en el apartado de titulares de derechos, el seguimiento de las mujeres infectadas y su medicación con antirretrovirales.

A falta de una evaluación continua de los resultados establecidos y con los datos expuestos por organizaciones internacionales, los objetivos marcados para antes de que finalice 2019 parece que necesitarán una acción más contundente por parte del gobierno mozambiqueño.

## **2. Titulares de responsabilidades**

Los titulares de responsabilidades son todas aquellas instituciones públicas o privadas, nacionales e internacionales que pueden ejercer como mediadores entre los titulares de obligaciones y los titulares de derechos para que estos últimos vean cubiertas sus necesidades.

Particularmente, el gobierno de Mozambique en su plan estratégico (República de Moçambique, 2015), del que se ha tratado previamente, pide expresamente que haya colaboración y se llegue a compromisos específicos entre los distintos actores, incluyendo los distintos ministerios, para lograr la implementación nacional que haga frente al VIH/SIDA comprendiendo que todos tienen una responsabilidad compartida para erradicar la enfermedad.

Así, todos aquellos que tienen influencia en la toma de decisiones, puedan facilitar el buen desarrollo de la intervención o puedan ayudar al conocimiento de los Derechos Humanos, en este caso, al conocimiento del Derecho Universal de la Salud, adquiere la responsabilidad para con los titulares de derechos de obrar de la mejor forma posible para garantizar la protección y el cumplimiento de los derechos de la ciudadanía, en este caso, mozambiqueña.

Para ilustrar qué tipo de instituciones están llamadas a la participación, se ejemplificarán con una muestra local, MONASO y una muestra internacional, ONUSIDA con sede en Mozambique.

MONASO: Creada en 1993 es la red que reúne a todas las organizaciones que combaten el VIH/SIDA en el país. Sus máximas recogen no sólo mejorar los índices, pero también mejorar la calidad de vida de los enfermos, promover los derechos humanos y mitigar el estigma que rodea a los individuos, las familias y comunidades afectadas por la enfermedad. Para lograr esto, se dirigirían directamente a la Sociedad civil. En 2012, la mayor parte de sus fondos fueron retirados por apropiación ilícita.

Esta retirada de fondos supuso la clausura de mayor parte de sus oficinas. Aunque todavía abierta, su ineficacia ligada a la falta de sostenibilidad y planificación impide el alcance de sus objetivos (Nakabonge, 2013).

ONUSIDA Mozambique: La oficina dedicada al VIH/SIDA de las Naciones Unidas, con la oficina en la zona de UNICEF, dirige una misión de identificación de necesidades, coordinación de las actividades y atajamiento de la enfermedad de forma sistemática. También se encarga de que los fondos destinados a erradicar la enfermedad sean aplicados a la misma, aunque haya otras necesidades. Además, dirige evaluaciones sistemáticas de las acciones llevadas a cabo. No obstante, no hay que olvidar que es parte de la agencia internacional de las Naciones Unidas y que responde al bien internacional, ya sea mediante la firma de tratados o mediante la aplicación regia de políticas. Así pues, la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones queda de lado (UN AIDS, 2018).

Si bien estos dos ejemplos no son el único tipo de titulares de responsabilidad. Se podrían englobar los gobiernos de otros estados, ONGs locales e internacionales de mayor o menos envergadura, sí ejemplifican su rol dentro de la sociedad mozambiqueña y, específicamente, en Maputo City.

### **3. Titulares de derechos**

Los titulares de derechos son todos y cada uno de los individuos. Todos los seres humanos tienen derechos y deberes cuya máxima es el desarrollo de una vida digna.

El enfoque de derechos humanos se dirige a los grupos más vulnerables que además son sistemáticamente excluidos de la toma de decisiones. De esta forma, son las mujeres jóvenes hacia las que se dirige este programa de intervención en salud ya que como se ha visto hasta ahora y como se hacía hincapié en el plan nacional contra el VIH, las circunstancias que rodean al VIH/SIDA en Mozambique no sólo conlleva verse más afectadas por la enfermedad sino también a que su derecho a la salud no se vea garantizado al ser vulnerables biológicamente, socialmente, económicamente y culturalmente (República de Moçambique, 2015).

En esta ocasión, la propuesta de programa de prevención de la transmisión vertical del VIH estará localizado en el barrio de Laulane y más específicamente a las alumnas de entre 10 y 14 años de la escuela del barrio: La escuela secundaria de Laulane.

La acotación por edad está asociada, en su límite inferior, al inicio de la edad adulta y reproductiva y en su límite superior al final de la escolarización en mujeres. Como las señala el ministerio de salud son las más vulnerables ya que se cruzan tres variables a destacar que marcan su vulnerabilidad: Jóvenes, mujeres y habitantes de zonas urbanas (República de Moçambique, 2015).

#### IV. JUSTIFICACIÓN

El SIDA es el último estadio de la infección por VIH. El virus infecta los linfocitos T-CD4 y se integra dentro del ADN. La destrucción de estas células deja a los individuos inmunodeprimidos y, por lo tanto, a la merced de las enfermedades oportunistas, tales como la malaria o la neumonía. La enfermedad no es rápida, los seropositivos avanzan hacia el SIDA en un periodo de diez a doce años, no obstante, tan pronto como los linfocitos descienden por debajo de  $200 \text{ mm}^3$ , la esperanza de vida es de dos años.

La transmisión del VIH está ligada a tres vías principales: Sexual, parenteral y vertical.

-Sexual: Vía vaginal o anal.

-Parenteral: Transfusión de sangre o derivados, agujas compartidas en usuarios de drogas o inyecciones con agujas no estériles.

-Vertical (perinatal): En útero, durante el parto o a través de la lactancia materna.

Se calcula que la probabilidad de contagio ante una única exposición al VIH por vía sexual es del 1% mientras que por vía perinatal las probabilidades ascienden al 30% (OMS, 2018a) (Gobierno Vasco, 2005).

Como se indicaba previamente, el 12.3% de los ciudadanos mozambiqueños es seropositivo (Banco Mundial, 2018) (UN AIDS, 2018). Exactamente, el 16.8% de la ciudadanía de Maputo City está infectada. La prevalencia en Maputo City entre los ciudadanos de entre 15 a 49 años es del 12.3% mientras que el porcentaje de mujeres es del 20.5% (República de Moçambique, 2015).

Como sucediera con la criminalización y la estigmatización por tener esta enfermedad, las mujeres son un grupo más vulnerable ante el contagio como se muestra en las tablas I y II que, respectivamente, recogen el conocimiento de los jóvenes de entre 15 - 24 años, total y desagregado, por sexo sobre prevención del VIH y el uso de preservativo en edad sexual activa, estimada entre los 15 y los 49 años, total y desagregada por sexo.

Tabla I: Porcentaje del conocimiento de prevención del VIH

Porcentaje conocimiento prevención VIH total 15 – 24 años	Porcentaje conocimiento prevención VIH hombres 15 – 24 años	Porcentaje conocimiento prevención VIH mujeres 15 – 24 años
34.9%	51.8%	30.2%

Elaboración propia: (UN AIDS, 2018)

Tabla II: Porcentaje de uso del preservativo

Porcentaje uso preservativo total entre los 15 – 49 años	Porcentaje uso preservativo hombres entre los 15 – 49 años	Porcentaje uso preservativo mujeres entre los 15 – 49 años
37%	40.9%	34.2%

Elaboración propia: (UN AIDS, 2018)

Si se cruzan estos datos con la panorámica de Mozambique, en especial la opinión sobre los servicios médicos y las farmacéuticas se puede partir de las siguientes hipótesis:

H1. Si se quiere conseguir reducir la tasa de transmisión vertical del VIH al 5% a nivel nacional, las mujeres tienen que sentirse seguras al acceder al servicio sanitario local de cara a conocer su estado seropositivo.

H1.1. Si son seropositivas, tienen que acceder a tomar antirretrovirales y mantener un seguimiento a lo largo del tiempo.

H1.2. Si no son seropositivas, tienen que reconocer el sistema de prevención de la enfermedad, además de reconocer la necesidad de seguir testándose a lo largo del tiempo.

H2. Si se quiere conseguir reducir la tasa de transmisión vertical del VIH al 5% a nivel nacional, los servicios sanitarios deben seguir un protocolo de privacidad y garantizar la seguridad de sus pacientes.

Estas hipótesis responden tanto a la información plasmada a la hora de realizar a distintos estudios sanitarios sobre ambientes sanitarios propicios para adolescentes en los que se hace hincapié en la vulnerabilidad de los adolescentes al acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva (Denno, D. et al, 2014) (Svanemyr, J et al, 2015).

Respondiendo a estas dos hipótesis, que dibujan las dos vías complementarias sobre las que se va a trabajar, se ha formulado una matriz de proyecto completa que se presenta a continuación.

## V. MATRIZ DEL PROYECTO

**Objetivo general:** Reducir la tasa de transmisión vertical del VIH al 5% en Mozambique.

**Objetivo específico:** El 75% de las jóvenes de Laulane identifican cuáles son las pruebas de detección del VIH y dónde se realizan.

**Resultado 1:** Facilitado el acceso a los servicios de atención sanitaria primaria de las mujeres entre 10 y 14 años alumnas de la escuela secundaria de Laulane

**Resultado 1. Actividad 1:** Creación de un espacio seguro y accesible para recibir consejo y realizarse las pruebas sobre el VIH.

**Resultado 1. Actividad 2:** Establecimiento de un equipo de *madrinhas con bata*.

**Resultado 2:** Asegurada la calidad de la atención sanitaria primaria del barrio Laulane dirigida a las jóvenes de entre 10 y 14 años del barrio Laulane

**Resultado 2. Actividad 1:** Reciclaje de buena praxis y gestión de la confidencialidad del personal del servicio de atención sanitaria primaria desde el enfoque de Derechos Humanos y género.

**Resultado 2. Actividad 2:** Reciclaje de la atención sanitaria en materia de salud sexual y reproductiva dirigida a jóvenes desde el enfoque de Derechos Humanos y género.

**Resultado 3:** Aumentado el conocimiento de la transmisión del VIH entre el alumnado, de entre 10 y 14 años, del colegio secundario de Laulane.

**Resultado 3. Actividad 1:** Formación sobre educación sexual del alumnado de entre 10 y 14 años de la escuela secundaria de Laulane

**Resultado 3. Actividad 2:** Grabación de podcast mensuales sobre salud sexual y productiva

Se detallará a continuación el contenido de cada actividad.

Para el resultado 1, *facilitado el acceso a los servicios de atención sanitaria primaria de las mujeres entre 10 y 14 años alumnas de la escuela secundaria de Laulane*, se proponen dos actividades. En primer lugar, la creación de un espacio seguro y accesible para recibir consejo y realizarse las pruebas sobre el VIH y, en segundo lugar, el establecimiento de un equipo de *madrinhas con bata*.

La primera actividad propuesta para alcanzar el resultado 1 es la creación de un espacio seguro y accesible para recibir consejo y realizarse las pruebas del VIH.

La premisa es que el acceso a los servicios de atención sanitaria primaria puede ser complejo para las usuarias vulnerables ya sea por motivo de edad o por motivos ligados a la crianza.

Por ello, se dotará de una consulta móvil que se instalará el segundo mes en el patio del colegio para que las jóvenes que lo deseen puedan acceder a los servicios de forma segura, confidencial y gratuita. Se estima su funcionamiento entre el mes 3 y el mes 11. Este servicio será dirigido por personal sanitario cualificado, una ginecóloga y una enfermera especializada en salud sexual y reproductiva, y será dotado de material para realizar las pruebas. También se ofrecerá orientación en materia de salud sexual y reproductiva desde un enfoque afable para los adolescentes.

La segunda actividad propuesta es el establecimiento de un equipo de *madrinhas con bata*. Este equipo tendrá como uno de sus objetivos ofrecer apoyo y seguridad a las jóvenes que decidan utilizar los servicios de atención primaria de la consulta portátil, se formará a diez mujeres en calidad de chaperona o acompañante.

Durante el mes 3, se formarán dos chaperonas por cada grupo de edad del alumnado, en total, diez *madrinhas* con una sesión por bloque de conocimientos, detallados a continuación, a la semana. Se buscará que estas figuras tengan una edad comprendida entre los 15 y 19 años para que les sea sencillo conectar con las jóvenes de la escuela secundaria. Finalmente, el requisito indispensable será que hayan accedido recientemente a hacerse las pruebas en el sistema sanitario local, preferentemente en el sistema sanitario primario del barrio de Laulane.

Se escogerán a estas mujeres a través del personal médico que realiza las pruebas exponiéndoles la importancia de que una madrina, o *madrinha* como la figura de saber que se describió en la práctica del Puxa Puxa, proteja y provea un futuro mejor a las jóvenes escolarizadas en la escuela de secundaria de Laulane.

La formación de estas jóvenes seguirá dos líneas: La prevención de VIH y la mediación entre los pacientes de entre 10 y 14 años y los servicios sanitarios. Esta formación será impartida tanto por una ginecóloga en tándem con la enfermera especialista en salud sexual y reproductiva, como por el trabajador social y el módulo específico por un técnico en oratoria. Esta formación será impartida en la consulta móvil instalada en el patio del colegio secundario de Laulane para que las *madrinhas* se familiaricen con el lugar y no sean vistas como intrusas dos veces por semana durante una hora: Una sesión se dedicará el contenido a la prevención del VIH y la otra sesión a la mediación.

Para la línea de prevención del VIH, se ofrecerá una formación con contenido adaptado que tratará los siguientes temas:

- a. Qué es el VIH.
- b. Vías de transmisión del VIH. Las jóvenes frente al contagio del VIH. La transmisión vertical del VIH.
- c. Prevención del VIH: Utilización del preservativo.
- d. Pruebas de diagnóstico del VIH.

Para la línea de mediación, se ofrecerá una formación con contenido adaptado que tratará los siguientes temas de forma teórico-práctica:

- a. Oratoria y dialéctica. Trasmisión de experiencias propias y ajenas.
- b. Cómo tratar a las pacientes y ofrecer orientación.
- c. Cómo tratar con el personal sanitario local para obtener colaboración.
- d. Mediación comunitaria

Para esta formación no sólo se utilizará un método teórico clásico, impartir clases, sino que se combinará con dinámicas, tales como role plays en los que se trabajará la empatía con la paciente o un taller sobre prevención de VIH en el que se aprenderá a utilizar métodos anticonceptivos correctamente. Para que el grupo de *madrinhas* esté integrado y ejerza como grupo a la hora de tomar decisiones se les facilitará la utilización de la consulta móvil para reuniones, además, se realizará un sociograma el primer día, es decir, un mapa de relaciones para que vean que no son ajenas a sus compañeras.

Para el resultado 2, *asegurada la calidad de la atención sanitaria primaria del barrio Laulane dirigida a las jóvenes de entre 10 y 14 años del barrio Laulane*, se proponen dos actividades dirigidas al personal sanitario del servicio de salud local. Las actividades serán impartidas dentro del centro de salud primaria de Laulane en tanto en cuanto se tiene que garantizar que todo el personal atienda a las mismas durante el segundo mes.

El hecho de dirigir parte de las actividades al personal sanitario parte de que si la contraparte, en este caso el personal sanitario, no pone su energía en ser accesible para sus pacientes adolescentes, todo esfuerzo será nulo. El personal sanitario tiene que proveer un servicio de calidad que puede ser la diferencia en el futuro de los jóvenes del barrio Laulane.

Se reconoce que el sistema sanitario en sí está exhausto, como se expuso previamente, por ello estas dos actividades se dirigen al reciclaje y fortalecimiento del personal sanitario.

Por un lado, el reciclaje de buena praxis y gestión de la confidencialidad del personal del servicio de atención sanitaria primaria desde el enfoque de Derechos Humanos y género y, por otro, el reciclaje de la atención sanitaria en materia de salud sexual y reproductiva dirigida a jóvenes desde el enfoque de Derechos Humanos y género.

Para la actividad de buena praxis y gestión de la confidencialidad del personal del servicio de atención sanitaria primaria desde el enfoque de Derechos Humanos y género atacará un problema identificado a lo largo del segundo epígrafe de este documento: La mala praxis y la falta de confidencialidad todo bajo el enfoque de Derechos Humanos y Género.

Para impartir esta formación, distribuida una hora, una vez a la semana durante cuatro semanas, se contará con un formador en Derechos Humanos y un formador en código ético y buena praxis sanitaria. La formación se dará en grupos reducidos divididos “jerárquicamente”: Se reunirá a médicos, enfermeros, auxiliares y al resto de personal que componga el servicio sanitario de atención primaria. El número de asistentes será concretado tras la evaluación previa, pero se estiman unas 25 personas según los datos ofrecidos por el Banco Mundial (Banco Mundial, 2018).

Este reciclaje tendrá un carácter no formal: se buscará que se compartan las experiencias para poder abordarlas desde la perspectiva de Derechos Humanos y género. Si no hubiera experiencias sobre los bloques propuestos, se trabajaría sobre casos prácticos seleccionados específicamente para poner de relieve el contenido que se quiere abordar. Los bloques que tratar serán:

- a. La carta de Derechos Humanos como garante de los derechos de los individuos. El protocolo de Maputo como ejemplo de conciliación del derecho con la figura de la mujer.
- b. Buena praxis para con los pacientes. Aconsejar a los jóvenes de entre 10 y 15 años.
- c. Gestión de la confidencialidad del paciente.
- d. Imaginando un servicio sanitario de atención primaria de calidad. Revisando el pasado. Compartiendo frustraciones.

Para la actividad de reciclaje de la atención sanitaria en materia de salud sexual y reproductiva dirigida a jóvenes desde el enfoque de Derechos Humanos y género se utilizará el mismo formato que para la actividad anterior. Se realizarán sesiones basadas en el aprendizaje sobre casos previos expuestos por el personal o casos prácticos traído por los formadores. Esta actividad también se desarrollará durante las cuatro semanas del segundo mes durante una hora.

La formación será impartida por una ginecóloga junto con una enfermera especializada en salud sexual y reproductiva que pueda ser avalada por la comunidad internacional por su labor sanitaria y por una enfermera especializada en salud reproductiva y sexual. Ambas deberán ser capaces de no sólo integrar la cultura de Maputo City en el plan de formación sino también las necesidades específicas de las jóvenes residentes en la ciudad. Las sesiones tendrán como objetivo aumentar la empatía hacia las pacientes adolescentes desde una perspectiva de Derechos Humanos y género. Se tratarán los siguientes cuatro temas:

- a. Enfermedades de transmisión sexual: Orientar a la paciente.
- b. Orientar sobre planificación familiar.
- c. Conductas de riesgo frente a las ETS de la población. La disminución de la transmisión vertical del VIH como objetivo clave.
- d. La importancia de la confidencialidad y de la seguridad de la paciente.

Finalmente, para el resultado 3, *aumentado el conocimiento de la transmisión del VIH entre el alumnado, de entre 10 y 14 años*, del colegio secundario de Laulane. Se propone una primera actividad de formación del alumnado de la escuela secundaria de Laulane entre 10 y 14 años sobre VIH / SIDA y la grabación de podcast mensuales sobre salud sexual y reproductiva.

La primera actividad de formación del alumnado de la escuela secundaria de Laulane entre 10 y 14 años sobre VIH/ SIDA será dirigida por el equipo de *madrinhas con bata* con la ayuda de sus formadores y, si se integrasen, los sanitarios de atención primaria del centro de salud de Laulane. Entre el mes cuarto y quinto, se impartirían un total de cuatro sesiones de educación no formal, una hora por semana y cada sesión con su propio método, sobre el VIH/SIDA. Estas cuatro sesiones tratarían sobre:

- a. Qué es el VIH. Se impartirá esta charla a través de la utilización de un Trivial sobre el VIH, basado en la idea propuesta por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (MSSSI, 2016).

- b. Enfermedades de transmisión sexual: Bajo la dirección del personal, se expondrán conductas de riesgo sexual y se pediría a los alumnos cuál sería su forma de resolver el problema. Se indicaría cuál es la solución más plausible al final de cada escenario. Al final de la sesión, se introduciría tanto la consulta móvil y sus servicios como el servicio de ginecología local.
- c. Métodos anticonceptivos: Se continuaría con la formación iniciada en la sesión anterior. Para completar la formación iniciada en la sesión pasada, se haría un intercambio de roles entre los formadores y el alumnado siendo ellos quienes tendrían que dar la solución correcta. Si no se alcanzase la misma, se corregiría al final de cada intervención.
- d. Imaginando un futuro prometedor: El VIH en los jóvenes y la transmisión vertical del VIH. Se realizará un debate en el que se pedirá a los jóvenes cómo creen ellos que se alcanzaría la reducción al 5% de la transmisión vertical del VIH tal y como se expone en el Plan Estratégico Nacional (República de Moçambique, 2015).

## **Actividad 2: Grabación de podcast mensuales sobre salud sexual y reproductiva.**

Entre el mes seis y el mes once, se grabaría un podcast mensual sobre salud sexual y reproductiva. Para ello, a la finalización de las cuatro sesiones, se escogerán a dos jóvenes, un hombre y una mujer, por cada rango de edad, conformando así un equipo de diez jóvenes alumnos de la escuela secundaria de Laulane.

Tras una formación básica en oratoria, se nombrará a estos jóvenes como representantes de cada uno de sus cursos. Serán encargados con la ayuda del mediador y del equipo de *madrinhas con bata* de grabar entrevistas, de una hora aproximada de duración, a los miembros del equipo sanitario local, a las propias *madrinhas*, a los formadores del curso. Con un formato semi-dirigido, tanto las entrevistas como el consultorio darán respuesta a aquellas dudas que hayan sido expuestas a lo largo del proceso por cualquier participante y las nuevas dudas o consultas que recojan los encargados de cada clase. Estas entrevistas serán grabadas en la propia escuela y se ofrecerá la posibilidad de asistir como público a las mismas.

Las entrevistas serán editadas y publicadas mensualmente en forma de podcast en una plataforma de libre de libre acceso en la red. Se buscará una plataforma de acceso sencillo tanto a través de dispositivos móviles como de dispositivos informáticos.

También serán emitidas dentro de la consulta móvil semanalmente y estarán disponibles para su escucha dentro de la consulta móvil.

Mediante las entrevistas se pretende acercar a los jóvenes del colegio de secundaria y a otros posibles oyentes a las figuras participantes en este programa de prevención de la transmisión vertical del VIH.

## VI. EVALUACIÓN

A continuación, se propondrán las bases de valoración de los resultados. A esta evaluación habría que añadirle una primera valoración del terreno para adaptar el programa todo lo posible a las necesidades más recientes recogidas en el barrio Laulane en general y en la escuela de secundaria de Laulane en particular. Tras la finalización de este programa de prevención, se realizará una evaluación holística sobre los cambios de comportamiento del barrio de Laulane respecto al VIH en general y del alumnado del colegio de secundaria de Laulane en particular.

Estos son los indicadores y fuentes de verificación para el resultado 1, *facilitado el acceso a los servicios de atención sanitaria primaria de las mujeres entre 10 y 14 años alumnas de la escuela secundaria de Laulane*, por actividad.

*Resultado 1. Actividad 1: Creación de un espacio seguro y accesible para recibir consejo y realizarse las pruebas sobre el VIH.*

**Indicadores:** Grado satisfacción servicios recibidos, grado satisfacción servicios dados.

**Fuentes de verificación:** Encuesta rápida tras el servicio con una gradación visual, ver figura I sobre gradaciones con smiles, tanto para el paciente como para el personal. El smile verde estará asociado con un servicio recibido o dado satisfactorio, si se hace una transferencia a datos cuantitativos sería una calificación entre 7 a 10 sobre 10. El smile amarillo estará asociado con un servicio recibido o dado neutro, en la transferencia a datos cuantitativos equivaldría a una gradación entre 4 y 6 sobre 10. Y, finalmente, el smile rojo se correspondería cuando los servicios recibidos o dados han sido insatisfactorios. Su transferencia a datos cuantitativos sería entre 1 y 3 sobre 10.

**Figura I. Gradación visual con smiles**



Fuente: (Material Educativo, 2018)

*Resultado 1. Actividad 2: Establecimiento de un equipo de madrinhas con bata.*

**Indicadores:** Calificaciones de la prueba de conocimiento. Calificación prueba práctica de madrinha. Porcentaje de asistencia a la formación. Número de consultas realizadas durante la formación.

**Fuentes de verificación:** Prueba de conocimiento ex ante y post, incluido en el anexo I. Se considerará un éxito si el 80% de las asistentes consiguen una nota igual o superior al 80%. Prueba práctica a través de role play utilizando lo aprendido en mediación. Registro de asistencia, se considerará un éxito si el 80% de las asistentes asisten al 80% o más de la formación. Registro cualitativo semanal de la actividad.

Estos son los indicadores y fuentes de verificación para el resultado 2, *asegurada la calidad de la atención sanitaria primaria del barrio Laulane dirigida a las jóvenes de entre 10 y 14 años del barrio Laulane.*

*Resultado 2. Actividad 1: Reciclaje de buena praxis y gestión de la confidencialidad del personal del servicio de atención sanitaria primaria desde el enfoque de Derechos Humanos y género.*

**Indicador:** Calificaciones obtenidas en la prueba de conocimiento práctico. Porcentaje de asistencia a la formación. Número de consultas realizadas durante la formación.

**Fuentes de verificación:** Prueba de conocimiento práctico post-actividad a través de un role play. Se considerará un éxito si el 80% de los asistentes mejoran su nota consiguen una nota igual o superior al 80%. Registro de asistencia. Se considerará un éxito si hay un 80% de asistencia en todas las sesiones. Registro cualitativo semanal de la actividad.

*Resultado 2. Actividad 2: Reciclaje de la atención sanitaria en materia de salud sexual y reproductiva dirigida a jóvenes desde el enfoque de Derechos Humanos y género.*

**Indicador:** Calificaciones obtenidas en la prueba de conocimiento práctica. Porcentaje de asistencia a la formación. Número de consultas realizadas durante la formación.

**Fuentes de verificación:** Prueba de conocimiento práctico post-actividad a través de un role play. Registro cualitativo semanal de la actividad.

Finalmente, para el resultado 3, *aumentado el conocimiento de la trasmisión del VIH entre el alumnado, de entre 10 y 14 años, del colegio secundario de Laulane*, se observarán, los siguientes indicadores y fuentes de verificación.

*Resultado 3. Actividad 1: Formación sobre educación sexual del alumnado de entre 10 y 14 años de la escuela secundaria de Laulane*

**Indicadores:** Evaluación ex ante y post por escrito sobre conocimientos. Porcentaje de asistencia a la formación. Número de consultas realizadas durante la formación. Número de visitas a la consulta móvil.

**Fuentes de verificación:** Prueba de conocimientos por escrito ex ante y post, incluida en el anexo I. Se considerará un éxito si hay una mejora del 25% de las calificaciones respecto a la prueba ex ante. Registro de asistencia. Registro de actividades de la consulta móvil. Registro cualitativo semanal de la actividad.

*Resultado 3. Actividad 2: Grabación de podcast mensuales sobre salud sexual y productiva.*

**Indicadores:** Número de consultas realizadas. Porcentaje de asistencia a la grabación del podcast. Porcentaje de asistencia a las escuchas del podcast en público. Número de escuchas privadas en la consulta móvil. Número de escuchas del podcast online.

**Fuentes de verificación:** Registro semanal de la actividad. Registro de asistencia, se considerará un éxito si el 50% del alumnado asiste al total de las seis grabaciones. Registro de la actividad semanal, se considerará un éxito si se registran entre cinco y diez peticiones de escucha privada. Registro de escuchas online, se considerará un éxito si hay más de diez escuchas semanales.

## VII. CRONOGRAMA

Actividad / mes	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Evaluación ex ante: Línea base												
R1. A1. Instalación unidad móvil												
R2. A1. Formación personal sanitario - Reciclaje praxis												
R2. A2. Formación personal sanitario-reciclaje obstetricia												
R1. A2. Formación madrinhas												
R1. A1. Atención sanitaria en consulta móvil												
R3. A1. Formación escuela secundaria												
R3. A2. Grabación podcast												
Evaluación post												

## VIII. PRESUPUESTO

Actividades / Recursos	Recursos humanos	Recursos materiales
R1. A1. Creación de un espacio seguro y accesible para recibir consejo y realizarse las pruebas sobre el VIH.	-1 Equipo instalación consulta móvil -1 médico - Especialidad ginecología y obstetricia -1 enfermera - Especialidad ginecología y obstetricia	-Hospital de campaña preparado para el uso (acceso agua y saneamiento y generador electricidad). -Camilla, guantes, mascarillas, papeleras desechos sanitarios. -Pruebas desechables VIH -Portátil (x2) -Mesa plegable (x2) -Sillas plegables (x4)
R1. A2. Formación de un equipo de <i>madrinhas con bata</i> .	-1 médico - Especialidad ginecología y obstetricia -1 enfermera - Especialidad ginecología y obstetricia -1 trabajador social -1 técnico en oratoria	-Proyector -Portátil -Sillas plegables (x15) -Camisetas visibilización (x10) -Material educativo adaptado (x10) -Preservativos Refrigerios
R2. A1. Reciclaje de la formación en Derechos Humanos, buena praxis y gestión de la confidencialidad del personal médico, enfermero y auxiliar del servicio de atención primaria del barrio de Laulane.	-1 especialista en enfoque de Derechos Humanos y género aplicado a la sanidad.	- Proyector -Portátil -Material educativo adaptado (A convenir tras la línea base, al menos 50 carpetas) -Refrigerios

R2. A2. Reciclaje de la formación sobre adecuación de los servicios sanitarios de ginecología y obstetricia para jóvenes entre 12 y 19 años del personal médico, enfermero y auxiliar del servicio de ginecología y obstetricia.	-1 médico - Especialidad ginecología y obstetricia -1 enfermera - Especialidad ginecología y obstetricia	- Proyector -Portátil -Material educativo adaptado (A convenir tras la línea base, al menos 50 carpetas) -Refrigerios
R3. A1. Formación sobre VIH/SIDA dirigidas por el equipo de <i>madrinhas con bata</i> .	-1 médico - Especialidad ginecología y obstetricia -1 enfermera - Especialidad ginecología y obstetricia -1 trabajador social	- Proyector -Portátil -Material educativo adaptado (A convenir tras la línea base, al menos 50 carpetas) -Preservativos -Refrigerios
R3. A2. Grabación de podcast mensuales sobre salud sexual y reproductiva.	-1 técnico de sonido con nociones en plataformas de sonido de libre acceso en red. -1 técnico en oratoria -1 trabajador social	-Equipo de grabación digital semiprofesional -Portátil -Alltavoques (x2) -Conexión a internet

## **IX. COMPLEMENTARIEDAD**

Este programa de intervención en salud destinado a la prevención de la transmisión vertical del VIH no sería un programa aislado. El azote del VIH/SIDA a la población mozambiqueña ha atraído tanto a actores gubernamentales como no gubernamentales. A continuación, se pondrán dos ejemplos por cada tipo de actor.

Dentro de los actores gubernamentales, destaca la labor continuada del gobierno estadounidense a través de USAID y, debido a las circunstancias desde donde se ha gestado este programa, también se traerá a colación la labor del gobierno español.

El gobierno de Estados Unidos ha aparecido como una constante fuente de datos a lo largo de recopilar información para este programa de intervención en salud. Uno de sus objetivos es la erradicación de enfermedades prevenibles en mujeres, específicamente en madres, e hijos. Para ello trabajan multisectorialmente, específicamente en el sector salud, se centran en ofrecer servicios obstétricos, utilización de métodos anticonceptivos y fortalecimiento de los centros de salud (USAID, 2017).

El IV Plan Director de Cooperación al Desarrollo desarrollado por España apunta en dirección hacia el fomento de sistemas de cohesión social con énfasis en los servicios sociales básicos entre los que se encuentra el sistema sanitario. Así pues, las acciones directas en Mozambique dependen de las propuestas de las ONGDs. Destaca el proyecto finalizado el mes pasado, mayo de 2018, en el que se fomentó con FCSAI las capacidades del sistema mozambiqueño para la formación de médicos especialistas (AECID, 2018).

Dentro de los actores no gubernamentales se ejemplificará con un actor internacional de gran envergadura como es Médicos sin fronteras y otro actor no gubernamental gestado en España y cuyos objetivos en Mozambique son dignos de mención como es Centro de Investigación en Salud de Manhiça, una escisión adherida al Instituto de Salud Global de Barcelona.

Médicos sin fronteras es una organización con gran reconocimiento internacional. Con 411 trabajadores en Mozambique, tiene presencia tanto en las comunidades del norte como del sur. Su trabajo en Mozambique se centra en el fortalecimiento institucional, específicamente de las zonas rurales, además del apoyo en acceso a fármacos y la oferta de atención obstétrica (Médicos Sin Fronteras, 2018).

El Centro de Investigación en Salud de Manhica fue fundado en 1996 con el apoyo del Hospital Clínic de Barcelona. Con figura de organización sin ánimo de lucro cuyo objetivo es mejorar la salud de la población más vulnerable. Juntamente con los otros dos ejes de actuación, el fortalecimiento de las capacidades nacionales y el refuerzo de la calidad destaca la investigación multidisciplinar (ISGlobal, 2018). Dentro de este último eje de actuación, destaca el proyecto MAMAH, cofinanciado por la Unión Europea, iniciado este año y con una duración prevista de cinco años. En este proyecto se analiza la incidencia del VIH con una enfermedad oportunista, en este caso, la malaria y la utilización adecuada y segura de fármacos (ISGlobal, 2018b).

El trabajo de estos actores es intachable pero debido a la alta dependencia de Mozambique de la ayuda exterior por su debilidad política, tal y como expone Nakabonge (2013), los pasos a seguir pasan por fortalecer el tejido social y político. Para ello no sólo se necesita involucrar a los actores usuales sino también al resto de partes que componen la sociedad como las empresas. Para ilustrar el poder de la conexión entre todos los stakeholders en materia de VIH, la campaña realizada por Chevron en adición con la mentada UNAIDS en Angola y Nigeria acerca a ambos países a una generación libre de VIH (Chevron; UNAIDS, 2018). Una meta que, sin duda alguna, nos beneficia a todos.

## **X. CONCLUSIONES**

Este programa de intervención en salud está destinado a erradicar la transmisión vertical del VIH en Mozambique.

A nivel mundial la epidemia de VIH ha ido desapareciendo de la agenda pública al haber disminuido. La zona sudeste de África, donde se encuentra Mozambique, no ha corrido la misma suerte. Dentro del país no hay un único motivo al que apuntar, sino que es el conjunto de la debilidad de las instituciones, la desigualdad de género, la legislación punitiva y las creencias populares lo que perpetúan la enfermedad.

De cara a su erradicación, tal y como se expuso previamente, la prevención resulta vital. No obstante, la epidemia está tan extendida que se necesita la participación de todas las partes involucradas con la ciudadanía mozambiqueña tales como las instituciones públicas, no sólo el ministerio de salud, y las instituciones privadas además del tercer sector.

La decisión de dirigir este programa al alumnado femenino entre 10 y 14 años de Laulane está motivada por las circunstancias de vulnerabilidad en las que se ven envueltas: Mujeres, jóvenes y habitantes de zonas urbanas. En el barrio de Laulane, su vulnerabilidad se ve acrecentada por motivos sociales y económicos.

Se propone una matriz de proyecto en base a dos hipótesis: Las jóvenes entre 10 y 14 años del barrio de Laulane conocen su estado serológico y la institución sanitaria local garantiza la calidad de sus servicios para las adolescentes. Las actividades formuladas se han dirigido a preservar la dimensión de accesibilidad del derecho universal a la salud. Para ello, las actividades se dirigen tanto a las propias beneficiarias como al personal sanitario local. Además, se propone crear una figura de chaperona para acercar a los ciudadanos adolescentes a la institución.

Este programa al ser una propuesta está sujeto a modificaciones dependiendo de los resultados obtenidos.

## ANEXO I

Prueba de conocimiento ex ante y post para *Resultado 1. Actividad 2: Establecimiento de un equipo de madrinhas con bata.*

- a. ¿Qué es el VIH?
  - Un virus.
  - Un castigo de los colonizadores.
  - Una maldición.
  - Una herramienta de castigo del gobierno.
  
- b. ¿Cómo se contagia?
  - Por vía sexual
  - Por vía perinatal
  - Por vía parenteral
  - Todas las opciones anteriores son correctas.
  
- c. ¿Se puede prevenir?
  - Sí, se puede prevenir con el uso del preservativo.
  - Sí, se puede prevenir con ayuda del curandero.
  - No, es una maldición.
  - No, es una herramienta de castigo.
  
- d. ¿Es grave el VIH?
  - Sí, hoy en día no hay cura.
  - Sí pero sólo afecta a algunas personas.
  - No, tiene cura.
  - No, es algo pasajero.
  
- e. Si sospecho que estoy infectado/infectada, ¿qué puedo hacer?
  - No puedes hacer nada.
  - No hay pruebas para detectar el VIH.
  - Ir al médico y solicitar las pruebas.
  - Ir al curandero.

Fuente: Elaboración propia.

Esta prueba será completada con un role play sobre un caso práctico.

Prueba de conocimiento ex ante y post para el resultado 3. Actividad 1: Formación sobre educación sexual del alumnado de entre 10 y 14 años de la escuela secundaria de Laulane

a. ¿Qué es el VIH?

El VIH es un virus. Las ETS son enfermedades de transmisión sexual.

Una maldición.

Un castigo de los colonizadores.

Una herramienta del gobierno de controlar la población.

b. ¿Cómo se contrae?

Por vía sexual

Por vía perinatal

Por vía parenteral

Todas las opciones anteriores son correctas.

c. ¿Cómo se previene?

Con el uso del preservativo durante las relaciones sexuales.

Con la utilización de material sanitario esterilizado y nuevo.

Utilizando leche de fórmula en el periodo de lactancia.

Todas las opciones anteriores son correctas.

d. Debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades sobre la situación de Mozambique frente al VIH / SIDA.

Fuente: Elaboración propia

## BIBLIOGRAFÍA

- AECID. (1 de Junio de 2018). *AECID. Sectores de cooperación: Sector salud*. Obtenido de <http://www.aecid.org.mz/sector-salud/>: <http://www.aecid.org.mz/sector-salud/>
- African Charter. (2003). *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' rights on the rights of women in Africa*. Maputo: Naciones Unidas.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2001). *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*. Naciones Unidas.
- Bagnol, B. (2017). The aetiology of diseases in central Mozambique: With a special focus on HIV/AIDS. *African Studies Vol. 76*, 205-220.
- Bagnol, B., & Mariano, E. (2012). *Gender, Sexuality and Vaginal practices*. DAA, FLCS, UEM.
- Banco Mundial. (23 de Marzo de 2018). *Banco Mundial Data*. Obtenido de <https://data.worldbank.org>: <https://data.worldbank.org/country/mozambique?view=chart>
- Cabral, I. (2009). Procesos de reconciliación posbélica en África Subsahariana: Rito y reconciliación en Mozambique. La cultura como mediadora de la experiencia bélica. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, núm. 87, 123-145.
- Chevron; UNAIDS. (1 de Junio de 2018). *Chevron Corporate Responsibility: Creating prosperity, health*. Obtenido de <https://www.chevron.com/corporate-responsibility>: <https://www.chevron.com/corporate-responsibility/creating-prosperity/health>
- Denno, D. et al. (2014). Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support. *Journal of Adolescent Health vol. 56*, 22-41.
- Gobierno Vasco. (2005). Salud y Cooperación para el Desarrollo. En I. Diez del Val, & J. L. Uria Serrano, *Los problemas de Salud* (págs. 87-133). Bilbao: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales.
- HIV Justice Network. (24 de Marzo de 2018). *HIV Justice Network*. Obtenido de <http://www.hivjustice.net/news/africa-plusnews-publishes-in-depth-analysis-of-criminalisation-throughout-the-continent/>
- Human Sciences Research Council. (2004). *An audit of HIV/AIDS policies in Botswana, Lesotho, Mozambique, South Africa, Swaziland and Zimbabwe*. Pretoria: HSRC Publishers.
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Censo 2017: IV Recenseamento Geral da População e Habitação*. Instituto Nacional de Estatística. Gabinete do Presidente.
- ISGlobal. (1 de Junio de 2018). *Instituto de Salud Global de Barcelona*. Obtenido de <https://www.isglobal.org>: <https://www.isglobal.org/es/mozambique>
- ISGlobal. (1 de Junio de 2018b). *Instituto de Salud Global de Barcelona: Nuestros programas*. Obtenido de <https://www.isglobal.org/es/project>: [https://www.isglobal.org/es/project/-/asset\\_publisher/qf6QOKuKkIC3/content/mamah](https://www.isglobal.org/es/project/-/asset_publisher/qf6QOKuKkIC3/content/mamah)

- ISI Argonauta. (2010). *Guía para la incorporación del enfoque basado en derechos humanos en las intervenciones de cooperación para el desarrollo*. Madrid: Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación de la Universidad Complutense de Madrid.
- Martínez, G., Mariano, E., & Bagnol, B. (2014). Perceptions of men on Puxa Puxa, or Labia Minora elongation, in Tete, Mozambique. *The Journal of Sex Research*, 1-10.
- Material Educativo. (7 de Junio de 2018). *Material Educativo*. Obtenido de <https://materialeducativo.org/>: <https://materialeducativo.org/wp-content/uploads/2014/09/conducta.jpg>
- MECD. (2016). *Ficha país: Mozambique*. Madrid: Oficina de información diplomática.
- Médicos Sin Fronteras. (1 de Junio de 2018). *Médicos Sin Fronteras*. Obtenido de <https://www.msf.org.uy/conocenos/proyectos>: <https://www.msf.org.uy/conocenos/proyectos/mozambique>
- MSSSI. (2016). *Diviertete aprendiendo con TRIVIHAL positivo. Material educativo para la prevención del VIH*. Madrid: FUNDADEPS.
- Naciones Unidas. (1948). *Carta Internacional de Derechos Humanos*.
- Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas: Derechos Humanos.
- Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Cap I. Resolución 1*. Beijing: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (2015). *Informe Objetivos de Desarrollo del Milenio*.
- Naciones Unidas. (2016). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2016*. Departamento Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas.
- Nakabonge, B. M. (2013). *Aid and HIV/AIDS Policies in Mozambique: Successes and Obstacles towards Country Ownership*. The Hague: Institute of Social Sciences.
- OMS. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York.
- OMS. (15 de Mayo de 2018a). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de OMS: Notas descriptivas. Salud y Derechos Humanos: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- OMS. (7 de Junio de 2018b). *Organización Mundial de la Salud: 10 principales causas de defunción*. Obtenido de <http://www.who.int/es>: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- ONU. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo: ONU.
- República de Moçambique. (2015). *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2015 - 2019. PEN IV*. Maputo.
- Sepúlveda Carmona, M. (2014). *Report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights. Mission to Mozambique*. Human Rights Council.

- Svanemyr, J et al. (2015). Creating an Enabling Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health: A framework and promising approaches. *Journal of Adolescent Health*, 7-14.
- UN AIDS. (24 de Marzo de 2018). *UN AIDS*. Obtenido de [http://unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_en.pdf](http://unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf)
- UNAIDS. (2018 b). Cities unite to fast-track to end the AIDS Epidemic. *Event summary: Taking action World Aids Day 2014*, 1-15.
- UNDP. (24 de Marzo de 2018). *United Nations Development Programme: Human Development Index*. Obtenido de <http://hdr.undp.org/en/>: <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/MOZ>
- USAID. (2017). *Acting on the call: Ending preventable child and maternal deaths. A focus on Health Systems*. Washington DC: US Government.