

ANALISIS DE LOS PROGRAMAS DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE
COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO DIRIGIDOS A LAS
MUJERES EN LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA EN MOZAMBIQUE
(2005-2010)

JOHANIA ALVAREZ QUIÑONES

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE RELACIONES INTERNACIONALES
BOGOTÁ D.C, 2012

"Análisis de los programas de la agencia española de cooperación internacional para el desarrollo dirigidos a las mujeres en la lucha contra el VIH/SIDA en Mozambique "
(2005-2010)

Estudio de Caso
Presentado como requisito para aspirar al título de
Internacionalista
Facultad de Relaciones Internacionales
Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Presentado por:
Johania Alvarez Quiñones

Dirigida por:
Olga Arcila Villa

Semestre II, 2012

A Dios

A mis padres, por su amor y apoyo incondicional.

A mi esposo he hijos, por ser la roca en la

que se fundamenta mi mundo.

A mis hermanas que siempre están conmigo

en cada etapa de mi vida.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. DISEÑO DEL ESTUDIO	9
1.1 PREGUNTAS DEL ESTUDIO DE CASO	10
1.2. PROPOSICIONES DEL ESTUDIO DE CASO	11
1.3. UNIDAD DE ANÁLISIS	12
1.4. LÓGICA QUE VINCULA LOS DATOS CON LAS PROPOSICIONES	13
1.5. CRITERIO PARA INTERPRETAR LOS HALLAZGOS	13
2. SITUACIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA DE MOZAMBIQUE	14
2.1. DESCRIPCIÓN GENRAL DE MOZAMBIQUE	14
2.2. POBLACIÓN	15
2.3. SITUACIÓN POLÍTICA	16
2.4. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO DE MOZAMBIQUE	16
2.4.1. Situación sanitaria en Mozambique	18
2.4.2. Índice de pobreza multidimensional	19

2.4.3. La educación en Mozambique	20
2.4.4. Panorama de VIH en Mozambique	26
2.4.5. Índice de inequidad de género	29
3. AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROOLLO	31
3.1. DESCRIPCIÓN DE LA AECID	33
3.1.1. Objetivos generales de la AECID	34
3.1.2. Funciones de la AECID	36
3.2. LUGARES DONDE SE EJECUTAN LOS PROGRAMAS	37
3.3. ORGANIGRAMA ESTRUCTURA AECID	39
4. PROGRAMA VITA	40
4.1. GUÍA PARA PROGRAMAS Y PROYECTOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ÁFRICA.	42
4.1.1. La salud sexual y reproductiva en los enfoques de desarrollo.	43
4.1.2. La situación de la salud sexual y reproductiva.	44
4.1.3. Estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva.	44

4.1.4. Líneas de actuación. Cuatro casos prácticos. 44

5. CONCLUSIONES 45

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Mapa. Conocimiento del VIH en países en vía de desarrollo (2003-2008)

Anexo 2. Grafico. Índice de Desarrollo Humano Mozambique (desde 1985 – 2010)

Anexo 3. Gráfico. Índice de desarrollo humano Mozambique: Salud, Educación e Ingresos

Anexo 4. Correspondencia con la AECID

LISTA DE GRÁFICOS Y TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita (Constant 2005 international \$)	6
Gráfico 1. Gráfico. Relación género e ingreso en el uso del condón	24
Gráfico 2. Gráfico. Educación África Sub Sahariana	25
Gráfico 3. Porcentaje de adultos (15 – 43) con VIH - positivos que son mujeres, 1990 - 2005	26
Gráfica 4. La epidemia en África sub Sahariana	27
Tabla 2. Tasa de mortalidad de grupos etéreos	29
Tabla 3. Cuadro comparativo de los paradigmas teóricos en las relaciones internacionales.	46

INTRODUCCIÓN

Muchas de las visiones internacionales en la década de los 90's apuntaban a que África no sería una de las prioridades a nivel de cooperación internacional; se presentó el fenómeno generalizado de "extenuación de la ayuda" y el continente subsahariano dejó de ser un enclave geopolítico importante después de la culminación de la guerra fría. Todo esto cambió con el impulso que se le dio a la región con los *Objetivos del Milenio* (ODM), que hacían que la región de África subsahariana recobrara nuevamente su importancia, y que las necesidades de su población tuvieran resonancia para los países que hacían parte del G8 y para organizaciones internacionales sin ánimo de lucro, ya que se evidenciaron que muchas de las dificultades que se presentaban en esta zona no podrían ser superadas sin ayuda externa.

La situación de África Subsahariana viene marcada por las condiciones de pobreza extrema, conflictos armados, debilidad estructural e institucional, economías en subdesarrollo, profundas desigualdades sociales y la crisis global originada por la epidemia del VIH/SIDA:

África subsahariana es la región más pobre del planeta. 33 países de los 44 que la integran forman parte del grupo de países menos adelantados que establece el ECOSOC cada tres años. En el continente el índice de desarrollo humano (IDH) es de 0,465, la esperanza de vida al nacer es de 46,3 años y esta cifra está en un escalofriante y rápido descenso a causa del VIH/SIDA, el índice de alfabetización de adultos es del 63,2% el índice bruto de escolaridad es del 44% y el PIB promedio por habitante es de 1.790.¹

El continente africano constituye en estos momentos una de las regiones con mayores oportunidades y al mismo tiempo, una de las regiones que agrupan los problemas más graves de la humanidad.

En los últimos años la región de África subsahariana ha venido generando mayor interés a nivel de cooperación internacional, eso se puede observar en la nueva declaratoria de los *Objetivos De l Milenio*, en los cuales especifican metas claras para esta región. "Los *objetivos del milenio* se predicán para todos los países en vía de

¹Ver Alchalde, Ana Rosa. *Democracia y un buen gobierno en África Subsahariana*, 2005. p. 290.

desarrollo. Estos expresan una agenda puntual sobre las prioridades que deben ser atendidas en África Subsahariana; entre las que encontramos la lucha contra la pobreza, la importancia de la educación primaria, la lucha contra el VIH/Sida y otras enfermedades, al igual que la importancia del mantenimiento ambiental y la igualdad de género.”²

Cuando se realizó la evaluación “de los ODM en el 2005 en esta región africana, encontraron que son muchos los déficit que presentan, al igual que pronostican que esta región será la menos avanzada si se siguen presentando los mismos parámetros de poco desarrollo, cuando se realicen los nuevos sondeos en el 2015.”³

Hay una conexión directa entre vulnerabilidad de la mujer, discriminación de género y la enfermedad VIH/Sida. Estos son factores que la cooperación internacional española ha empezado a evaluar en la ejecución de los programas dirigidos en la lucha contra esta enfermedad.⁴

Muchas de las creencias culturales hacen que la enfermedad sea un agravante. En la discriminación social de la mujer sus oportunidades de desarrollo son escasas y mínimas, porque hay violación de los derechos humanos, falta de servicios sociales y sanitarios, fundamentalmente pobreza y exclusión. El programa de Naciones Unidas para el Desarrollo expone que el porcentaje de mujeres infectadas es tres veces mayor al de hombres, lo más nefasto de esta situación, como lo demuestran los porcentajes⁵, es el hecho de que en gran parte de los casos las mujeres suelen ser contagiadas por medio de violaciones, lo cual provoca una mayor marginación social.

² Ver Alchalde. *Democracia y un buen gobierno en África Subsahariana*. p. 290.

³ Ver Alchalde. *Democracia y un buen gobierno en África Subsahariana*. p. 290.

⁴ El programa VITA es uno de esos programas financiado por la Cooperación Española que ha introducido dentro de sus líneas de prevención del VIH el enfoque de género. Bien se puede observar en el libro: *Medicus Mundi Catalunya. "Vita. Mujer, sida y acceso a la salud en Africa Subsahariana: Enfoque desde las ciencias sociales"*, 2007. Documento electrónico.

⁵ la incidencia en las mujeres aumenta más rápidamente que en los hombres, los datos de 2006 indican que el 59% de las personas que viven con VIH son mujeres. Ver *Plataforma Sida y desarrollo. "VIH/SIDA y desarrollo. Claves para el trabajo desde la cooperación española"*, 2007. p. 11. Documento electrónico.

Lo que hace que esta epidemia sea una de las grandes preocupaciones internacionales es que:

El VIH / SIDA es un fenómeno catastrófico uno de los más devastadores de los últimos tiempos, continuara afectando las vidas de la población de África subsahariana. En 2005, aproximadamente 29 millones de personas viven con la enfermedad en la región. En 2002, 3.5 millones de personas contrajeron VIH/SIDA. La epidemia, generalizada en gran parte en África oriental y meridional, influye en todos los aspectos de la sociedad. A este problema se le ha dado mayor importancia internacional y se ha ampliado la ayuda respecto a este tema en los últimos diez años. Aunque los organismos internacionales creen que los mecanismos de intervención están proporcionando canales adecuados para las intervenciones políticas, estos han reconocido la falta de financiación como uno de los retos más importantes que enfrenta la ampliación de los mecanismos existentes, para hacer frente a la más generalizada enfermedad.⁶

Estas realidades sugieren que los enfoques existentes de desarrollo, posiblemente tengan que volver a examinarse a la luz de la epidemia teniendo en cuenta factores culturales propios de cada región. Por ejemplo en África subsaharian existe la siguiente situación:

“Las mujeres, Las viudas y abuelas de edad avanzada, son altamente vulnerables, este grupo a menudo lleva la peor parte en atención a personas que viven con el VIH/SIDA, En la región de África subsahariana, su estado de atención y nivel de cuidado es tan precario, que hace que la supervivencia para estas mujeres responsables de asegurar la alimentación del hogar sea más difícil.”⁷

Es diciente el siguiente informe del Banco Mundial, para mostrarnos lo relacionado a la discriminación, legislada por el propio gobierno, de la mujer en esta región africana:

[..] la mujer en el África Sub-Sahariana produce un 80% de los alimentos principales de consumo, recibe sólo un 10% de los ingresos producidos y controla un 1% de los factores de producción, esto nos da una idea del papel en la estratificación económica[..]. La discriminación generalizada de propiedad hace referencia a la discriminación que enfrentan las mujeres con respecto a heredar, poseer o controlar la propiedad, tierra y la riqueza. En la mayoría de casos esta discriminación es con el apoyo de las leyes civiles, y consuetudinarias o leyes religiosas. Las mujeres en general, poseen menos tierra y las tierras que poseen a menudo son de menor calidad que las tierras que son propiedad de los hombres⁸

⁶ Ver Seckinelgin, Hakan. *A Global Disease and Its Governance: HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa and the Agency of NGO*, 2005. pp. 351–368.

⁷ Ver White y Morton. *Mitigating impacts of HIV/AIDS on rural livelihoods: NGO experiences in sub-Saharan Africa*. p. 188.

⁸ Ver Africa Progress Panel. “Agenda to ActionTurning Resources into Results for People”, 2010. p. 55. Documento electrónico.

Con respecto a los derechos de la mujer en la región de África Subsahariana encontramos que: “en el 2004 se realizó uno de los mayores avances y progresos en favor a los derechos de la mujer en África, en este año se firmó la declaración solemne de igualdad de género firmada por la Unión Africana, lo cual se manifestó por medio de la creación de leyes nacionales, que van desde la lucha contra la violencia a la mujer y la igualdad en la remuneración de los salarios.”⁹

Después de la firma de esta declaración en última década ocurrieron muchos cambios fundamentales que ratifican el avance en el tema de la igualdad de género en África, como fue “la elección de Ellen Johnson Sirleaf como presidenta de Liberia, un año después se convertiría en un símbolo de cambio en África y de progreso para las mujeres de todo el continente. El parlamento de Ruanda fue el primero en el mundo en el que la mujer se hizo cargo de la mitad de los escaños.”¹⁰

Lo más curioso después de analizar estos logros, es que mientras los gobiernos africanos tienen una de las puntuaciones más destacables en términos de la ratificación y la elaboración de políticas sensibles para potenciar a las mujeres, es muy precaria su ejecución, lo que hace que la aplicación de todas estas grandes ideas suelen quedarse en papel y no generen el impacto social que muchos esperan.

A pesar de “la Plataforma de Acción de Beijing y los siguientes compromisos intergubernamentales hechos en las conferencias internacionales, o ratificaciones de las Naciones Unidas y la Unión Africana convenciones y declaraciones por los Estados miembros”¹¹, el progreso se ha visto minado y poco eficiente a la hora de luchar contra las grandes brechas de género.

En el caso de Mozambique, respecto a la relación género y VIH/SIDA la agencia de Cooperación Española ha generado diferentes proyectos que han incrementado en forma permanente la inversión, lo que a su vez ha alimentado la capacidad de análisis, planificación y elaboración de estrategias del mismo país. Hay

⁹ Ver Africa Progress Panel. “Agenda to Action Turning Resources into Results for People”, p. 25. Documento electrónico.

¹⁰ Ver Africa Progress Panel. “Agenda to Action Turning Resources into Results for People”. p. 25. Documento electrónico.

¹¹ Ver Alchalde. *Democracia y un buen gobierno en África Subsahariana*. p. 290.

que decir, para efectos de fijación del límite y alcance de las conclusiones del presente trabajo, que según la información que se obtuvo directamente de la oficina de la AECID, como bien se señala en la carta anexa, España no realiza un proyecto de cooperación bilateral directa en materia de mujeres y lucha contra el SIDA en Mozambique durante el periodo 2005 – 2008. Por tanto, no es posible establecer una relación directa entre la aportación española y los proyectos financiados por el Organismo, Fondo o Programa, ya que esas aportaciones pueden ir asociados a contribuciones de otros donantes y resulta imposible desagregar la contribución Española. Lo que hemos detectado en la investigación del tipo de cooperación que España realiza en esta materia, es que se trata de una financiación general a Organismos Internacionales y/o Fondos y Programas asociados para la lucha contra el SIDA (Fondo Global, UNITAID, ONUSIDA, IPM, OMS y IAVI), lo que hace figurar a este país como un cooperante no directo en la lucha contra el VIH en mujeres, ya que, como en el caso del Programa VITA, aparece con otros donantes que definen las líneas de acción, estrategias y criterios de intervención. Desde este hecho, veremos que llegar a demostrar de forma concreta el modelo de cooperación de España dirigida a las mujeres en la lucha contra el VIH, no va a ser posible en este trabajo, por tanto decidimos continuar con los análisis de una cooperación como se presenta en el Programa VITA, a saber, de financiación con otros donantes. Las experiencias adquiridas mediante dichos proyectos han generado una capacidad de retroalimentación, dejando claro que la única forma de que se genere un desarrollo en temas de género y salud, es por medio de una aplicación adecuada de los proyectos donde los afectados sean los principales garantes de su progreso.

Mozambique se ha caracterizado por ser un país en el que se puede tomar como ejemplo la forma en que se aplica y se desarrolla la cooperación internacional, en este caso la que ofrece la Agencia Española; que ha marcado un hito de éxito muy importante en esta región de África subsahariana. Con la ayuda de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), podemos ver el incremento del índice per cápita anual en el país de Mozambique (ver tabla 1).

Tabla 1. Ingreso nacional bruto (INB) per cápita (Constant 2005 international \$)

Año	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Mozambique	...	308	375	363	482	630	647	694	727	812	852	898

Fuente: Indicadores Internacionales de Desarrollo Humano (PNUD) ¹²

Teniendo claro el paralelo de la situación entre la región de África subsahariana y Mozambique, se podría dar a conocer el marco en el cual trabajan las organizaciones y la Agencia Española De Cooperación, al igual que se puede dar una noción de las funciones que estas organizaciones entrarían a realizar y los efectos que tales acciones generarían en la población para dar respuesta a la tesis final de esta investigación, a saber, si esta organización (AECID) ha logrado su cometido en la lucha contra el SIDA y si ha desarrollado el fortalecimiento de la mujer en diferentes campos de acción: social, cultural y político, en Mozambique.

Es por medio del estudio de caso del programa VITA, que se pretende realizar el análisis DEL MODELO DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO DIRIGIDO A LAS MUJERES EN LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA EN MOZAMBIQUE (2005 - 2010). Se ha escogido esta herramienta de investigación social, el estudio de caso, para abordar la forma en que funciona y opera la AECID en Mozambique a través de los programas con enfoque de género encaminados al problema del VIH. Se pretende dar a conocer el desarrollo en materia de la cooperación internacional de una organización tan importante como la Agencia Española de Cooperación Internacional, la cual ha generado diferentes proyectos en la región de África subsahariana.

Antes de continuar, nos parece necesario aclarar lo que significa un estudio de caso en la investigación social, describir la forma en la que procede y qué se espera lograr con este método. Un estudio de caso es una herramienta de

¹² Comparar Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. UNDP - Informes sobre desarrollo humano. Indicadores internacionales sobre desarrollo humano. Ingreso nacional bruto (INB) per cápita (Constant 2005 international \$) Documento electrónico.

investigación que explica resultados empíricos a través del examen de mecanismos causales, definidos como aquellos factores estables e independientes que bajo ciertas condiciones vinculan causas con efectos.¹³ En nuestra investigación esto hace referencia a los factores que viabilizan la Cooperación Española en Mozambique a través del programa VITA, estos son: discurso de desarrollo que fundamenta las políticas internacionales de cooperación, la existencia de una enfermedad como el VIH que ha puesto de manifiesto la interacción entre la esfera biológica y la social, social e individual, entre el fenómeno existencial y cultural. La validación del estudio de caso se centra en dar respuestas a preguntas del tipo cómo o por qué, ya que la generalidad no provienen del lado estadístico si no del lado lógico: las características del estudio de caso se proyectan a otros casos por la fuerza del razonamiento explicativo. En nuestro trabajo, la explicación del modelo del caso contribuye, a modo de generalización, al análisis de los modelos de desarrollo que la AECID dirige a las mujeres en la lucha contra el VIH. Los pasos de un estudio de caso y que aquí vamos a seguir son los siguientes:

- Diseño del estudio: en este paso se establece que el objetivo primordial de este estudio es el análisis del programa de cooperación a investigar (VITA) para interpretar, a partir de la evaluación de datos obtenidos, cómo funciona el modelo de cooperación española para el desarrollo. La interpretación es uno de los objetivos dentro de otros que persigue un estudio de caso, como es la predicción, la generación de teorías o una guía para la acción. Esta primera etapa tiene cinco componentes: I) las preguntas del estudio. II) las proposiciones. III) la unidad de análisis. IV) la lógica que vincula los datos con las proposiciones y V) los criterios para interpretar los hallazgos. Estos diseños se presentan en una matriz de dos dimensiones, la dimensión vertical de tipo holístico, ya que

¹³ Comparar George, Alexander L. "Case studies and theory development in the social sciences". En Yacuzzi, Enrique. "El estudio de caso como metodología de investigación", 2005. p. 4. Documento Electrónico.

manejamos una sola unidad de análisis, que en nuestro caso, son dos, el programa VITA, su acción, composición y resultados y la situación socio-económica de Mozambique. Nuestra dimensión horizontal es de tipo de diseño simple porque trabajamos con un caso crítico que presenta un fenómeno antes no estudiado, como es el estudio del problema del SIDA desde el enfoque de género, a través de esto vamos a poder concluir si los modelos de cooperación española para el desarrollo están encaminados en la solución del problema.

- Realización del estudio: en este paso se prepara la actividad de recolección de datos y se recoge evidencia en todas las fuentes del caso. Para cumplir con estos objetivos nos basamos en la información sobre el programa VITA que ha publicado la agencia de cooperación española, como se pretende contextualizar el país de estudio, Mozambique, tomamos datos través del Indicador de Desarrollo Humano (IDH). Este indicador por medio de un análisis desde diferentes sectores sociales, analiza y mide el desarrollo del país y lo pone en contraste con el desarrollo de otros. De esta forma, podremos observar los indicadores de salud y educación y de qué forma juegan un papel dentro del problema del VIH en relación con la mujer. Otra fuente de información que vamos a utilizar es la situación de la mujer en la sociedad mozambiqueña; aspectos culturales de la concepción de la mujer y la enfermedad, pueden dar luces del problema del VIH y la forma en la que se aborda en el programa. La situación sanitaria y de salud pública de Mozambique hace parte de otros datos para el estudio de caso.

Análisis y conclusiones: como primera medida, a través de un estudio de caso de un programa de la AECID, el programa VITA en Mozambique, se va a analizar el modelo de la Agencia Española De Cooperación Internacional para el desarrollo dirigido a las mujeres en la lucha contra el VIH/SIDA en Mozambique (2005 - 2010). Se van a realizar las siguientes conclusiones:

- La repercusión del programa VITA en la sociedad Mozambiqueña.
- El impacto que tiene en la lucha contra el VIH en Mozambique la cooperación que realiza la Agencia Española.
- Reflexionar sobre el discurso que fundamenta los modelos de cooperación internacional. Para esto hablamos de teorías de desarrollo, políticas internacionales y globalización.

Para la disciplina de las Relaciones Internacionales, este fenómeno se torna interesante porque como su eje principal gira en torno al concepto de cooperación, a partir de este estudio de caso, puede colegirse a modo de teoría, de qué manera los diferentes países entablan relaciones internacionales, bajo qué leyes se abren los espacios de ayuda internacional, qué está en juego en los países donadores y qué en los países receptores, a parte de los programas que benefician y los beneficiados con la ayuda internacional se puede evidenciar relaciones poder de norte-sur, dando claridad sobre esa relación entre países desarrollados y aquellos llamados “tercer mundistas”.

Nuestros objetivos quedan así marcados, pero identificamos que uno de los obstáculos para el desarrollo de esta investigación fue la consecución de información acerca del programa VITA y su incidencia en Mozambique. El estudio de caso se realiza con información tomada de fuente electrónica, sin un trabajo de campo, sin información elaborada académicamente; ésta se basa principalmente en noticias, informes, guías que elabora la oficina de la AECID u organizaciones no gubernamentales, que, aunque no por eso es deficiente, no contamos con documentos que a través de una teoría puedan poner críticamente los aspectos de una cooperación internacional. Pero se realiza el intento de análisis y conclusión crítica.

1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El objetivo de este estudio de caso es el análisis del programa VITA que financia la Agencia de Cooperación Española para el Desarrollo. Se pretende con este método de investigación, interpretar, a partir de la evaluación de datos obtenidos y de una

construcción teórica a partir de otras teorías, cómo funciona el modelo de Cooperación Española para el desarrollo dirigido a las mujeres en la lucha contra el VIH/SIDA en Mozambique (2005 - 2010), etapa de generalización. Son dos las unidades de análisis de las que podemos obtener los datos y las evidencias a estudiar; la que nos hablan de la situación social y económica de Mozambique y aquella en la que destacamos el programa VITA, su diseño, su modo de operar y la contribución que ha brindado al país receptor. También en esta última unidad debemos introducir el análisis del programa VITA, qué es, cómo se financia, cómo actúa la AECID dentro de su estructura de cooperación, los planes de acción con enfoque de género y mecanismo de intervención en la sociedad mozambiqueña.

1.1 PREGUNTAS DEL ESTUDIO DE CASO.

Para poder entender el modelo del programa y luego realizar la proyección, partimos de las siguientes preguntas:

Estas primeras preguntas están focalizadas para conocer el programa VITA desde afuera, es decir, desde las relaciones que entabla con la agencia Española y África Subsahariana, específicamente, el país de Mozambique.

Como el programa VITA se centra en cuatro ámbitos; la lucha contra las enfermedades tropicales y trasmisibles (principalmente VIH/SIDA, malaria y tuberculosis), los servicios de salud básica, la salud materna e infantil y el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, nuestro análisis se dirige al VIH/SIDA solamente; a la manera en que el programa VITA conceptualiza este problema, sus estrategias para plantar soluciones y de qué manera dirige sus acciones a una población en especial, la mujer; debemos observar, primero, si esta población es incluida dentro de sus mecanismo de acción, por qué piensan que es necesario incluir esta población y de qué forma pueden crear estrategias para evitar el contagio y cómo construyen mecanismos de que apunten a controlar y ayudar a la población que ha contraído esta enfermedad.

1. ¿Por qué tomamos el programa VITA para el análisis del modelo de la cooperación española para el desarrollo? Este es el preámbulo de la investigación y funciona como justificación de la selección de este programa para realizar la generalización que se espera realizar con este estudio de caso.
2. Determinar el campo de acción del programa VITA. Con esto hacemos referencia al sector social al que pertenece y la forma de vinculación que entabla con el gobierno Mozambiqueño.
3. Cuáles son los agentes de cooperación del programa VITA
4. Cuál es la estructura de cooperación del programa VITA y cuál es el papel que juega la AECID dentro de ésta?

Las siguientes preguntas están dirigidas para dilucidar el mecanismo interno del programa VITA, para conocer cómo funciona y qué pretende lograr en la comunidad mozambiqueña.

5. Objetivos del programa VITA
6. Porqué la necesidad de crear este programa desde la Agencia de Cooperación española. Justificación de su existencia.
7. Líneas de trabajo para cumplir con sus objetivos.
8. Cómo funciona.
9. A qué tipo de comunidad se dirige.
10. ¿Hay enfoque de género? Y ¿por qué?
11. Tipo de inversión que realiza en el país de Mozambique.
12. Beneficiarios colaterales en la aplicación del programa. A esto hacemos referencia a los otros beneficiarios que son distintos a los que reciben la ayuda, es decir, a todas las entidades e individuos que llevan a cabo la aplicación de este programa dentro de la sociedad.

1.2. PROPOSICIONES DEL ESTUDIO DE CASO.

Con esto hacemos referencia a aquellas proposiciones que van a ser claves para la evaluación del programa VITA y el análisis del modelo de desarrollo de la cooperación dirigido a las mujeres en la lucha contra el VIH/SIDA en Mozambique (2005 - 2010), proceso definido como generalización. Son los enunciados de los que vamos a partir para luego corroborarlos con los datos suministrados, sacar conclusiones e interpretar. Este estudio de caso cuenta con las siguientes proposiciones:

- El programa contribuye, a través de la inclusión del enfoque de género, a la solución del problema del VIH en Mozambique.
- El VIH es un problema que no es exclusivo del sector de la salud y, por tanto para su solución, requiere el estudio de otros factores como los sociales, culturales y económicos.
- La ejecución del programa VITA en Mozambique tiene incidencia en el desarrollo de este país.
- El programa VITA y el modelo de Desarrollo de la Agencia Española de Cooperación se soportan en un discurso hegemónico; el de la modernización global que pretende la transformación de las estructuras económicas, políticas y culturales.

1.3. UNIDAD DE ANÁLISIS.

Para nuestro estudio de caso tomamos dos unidades para analizar: **a.** El programa VITA: su accionar, su estructura y los resultados que se adquieren con su aplicación. **b.** la situación socio-económica de Mozambique. Estas dos unidades nos van a delinear el camino para establecer si la ayuda que brinda la cooperación

española es efectiva y apunta a incrementar el desarrollo de este país, y para interpretar cómo funciona el modelo general de esta Agencia para el desarrollo.

1.4. LÓGICA QUE VINCULA LOS DATOS CON LAS PROPOSICIONES.

La lógica que proponemos en este estudio de caso con el fin de realizar un método científico de estudio social, se compone de dos lógicas: la inferencia estadística y la inferencia lógica.

- A través de la inferencia estadística podemos evaluar los resultados del programa VITA según los objetivos que se propone. Los datos estadísticos que vamos a tomar en cuenta son aquellos que nos hablan del contexto socio-económico de Mozambique y la variabilidad que se forma a partir de la aplicación del programa VITA.
- Con la inferencia lógica se pretende realizar la generalización desde el análisis de un caso hacia el modelo de cooperación española para el desarrollo. Esta última inferencia toma en cuenta datos estadísticos pero puede apartarse de ellos a la hora de la construcción teórica que se realiza a modo de conclusión, y que, en este trabajo, se basa en la propuesta del discurso que fundamenta estos modelos de desarrollo.

1.5. CRITERIOS PARA INTERPRETAR LOS HALLAZGOS

Como trabajamos con la lógica de la inferencia estadística, estamos manejando una explicación causal, es decir que vinculamos los datos y las evidencias con alguna teoría y/o con las proposiciones que partimos para este estudio de caso (ver 2.2) y a si poder plantear las conclusiones. A partir de los datos que encontremos respecto al contexto socio-económico de Mozambique y aquellos que el programa VITA arroja como resultados de su aplicación, se puede concluir sobre la incidencia de este programa en el país de Mozambique. Pero se cuenta con otro criterio, el

lógico, que implica el análisis que se realiza del programa para observar cómo desde el enfoque de género y desde la participación de las ciencias sociales se hace frente al problema del VIH.

2. SITUACIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA DE MOZAMBIQUE

Antes de hablar de los programas de cooperación internacional que brinda España a África en el marco de la salud, dando relevancia a la atención y prevención del VIH, es importante contextualizar la situación de Mozambique dentro de un análisis social y económico, para observar de qué manera condicionan los problemas de salud reproductiva y sexual, la enfermedad del VIH precisamente. A modo de presentación de Mozambique, iniciamos con una descripción general de la ubicación dentro del territorio africano, su clima, su territorio, y otras características que nos permitirán otear un horizonte general de este país. La fuente que nos informa de la situación geográfica, política y de la población, es el informe que realiza AFI fichas país Mozambique en el año 2010¹⁴.

2.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE MOZAMBIQUE

- **Situación geográfica:** en el sureste de África; limita con Tanzania y Zambia al norte, Malawi y Zimbabue al oeste y con Sudáfrica y Swazilandia al sur. El Canal de Mozambique separa al país de la isla de Madagascar.
- **División administrativa:** 10 provincias (Cabo Delgado, Gaza, Inhambane, Manica, Maputo, Nampula, Niassa, Sofala, Tete, Zambezia).
- **Capital:** Maputo.
- **Superficie:** 801,590 km². (784,090 Km² tierra y 17,500 Km² agua).
- **Clima:** Entre tropical y subtropical.
- **Red fluvial:** 17.500 km²

¹⁴ Comparar Analistas Financieros Internacionales. Afi Fichas País 12. Mozambique, 2010. pp. 4-7. Fundación AFI. Madrid, 2012. Documento electrónico.

- Uso de la tierra: Tierra de cultivo 5,43%, cultivos permanentes 0,29%, pastos permanentes 56%, bosques 18% y otros 22%.

2.2. POBLACIÓN

La sociedad mozambiqueña actual, oriunda de un mestizaje africano, árabe, asiática y europeo desde hace más de cinco siglos, está enriquecida por una historia multicultural. Hoy Mozambique cuenta con cerca de veinte millones de habitantes y una densidad que no alcanza las 24 personas por km².

Población: 21.669.278 (est. 2009)

- Distribución por sexos: 49,24% hombres

50,76 % mujeres

- Distribución por edad: 0 - 14 años: 44,3 %

15 - 64 años: 52,8%

>65 años: 2,9%

- Capital: Maputo 1.099.102

- Principales ciudades: Mantola 675.422

Nampula 477.900

Beira 436.240

Chimoio 237.976

Nacala 207.894

Quelimane 192.876

- Religión: Católicos 23,8%, musulmanes 17,8%, sionistas cristianos 17,5%, otros 17,8%, ninguna 23,1% (censo 1997).

Idiomas: Emakhuwa 26,1%, Xichangana 11,3%, Portugués 8,8% (oficial), Elomwe 7,6%, Cisena 6,8%, Echuwabo 5,8%, otras lenguas mozambiqueñas 32%, otras lenguas extranjeras 0,3%, no especificado 1,3% (censo 1997).

2.3. SITUACIÓN POLÍTICA

- Forma de Estado: República independiente desde el 25 de junio de 1975 (antigua colonia portuguesa).
- Su Constitución fue adoptada el 30 de noviembre de 1990.
- Jefe del Estado: El Presidente es Armando Guebuza (desde el 2 de febrero de 2005 y reelegido el 28 de octubre de 2009). Es elegido mediante sufragio universal por un período de 5 años.
- Jefe de Gobierno: La Primera Ministra es Luisa Diogo (desde el 17 de febrero de 2004).
- Las últimas elecciones legislativas se celebraron en octubre de 2009 con una participación del 43% (frente al 36% de 2004). El partido FRELIMO (Frente de Liberación de Mozambique) ganó con el 74,7% de los votos y el principal partido de la oposición, el RENAMO (Resistencia Nacional Mozambiqueña) obtuvo el 17,7% de los votos.
- La Asamblea unicameral de la República o “Assembleia da Republica”, consta de 250 escaños y sus miembros son elegidos por sufragio universal por un período de cinco años. El reparto actual es el siguiente: FRELIMO 191 escaños y RENAMO 51.
 - Partido Gobernante: Frente de Liberación de Mozambique o FRELIMO.
 - Principal partido de la oposición: Resistencia Nacional Mozambiqueña o RENAMO, liderada por su presidente, Alfonso Dhlakama. En 2003 se creó una nueva fuerza política, el Partido de la Paz, Democracia y Desarrollo (PDD) liderado por Raúl Domingos que fue expulsado de RENAMO.
 - Niveles de gobierno: federal, estatal y local.
 - Próximas elecciones presidenciales y legislativas: diciembre de 2014

2.4. EL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO DE MOZAMBIQUE.

La estructura social del país está directamente condicionada por la pobreza extrema y por la ancestral exclusión de la mayoría de la población de las prácticas de la sociedad civil, que habita en zonas rurales y practica la agricultura de subsistencia.¹⁵

Para obtener datos que nos hablen de la situación social y económica de Mozambique, hemos decidido tomar como fuente el Índice de Desarrollo Humano (IDH)¹⁶, que es una medida promedio de los logros de desarrollo humano básico en un país y que con la combinación de los tres indicadores: esperanza de vida y vida saludable; acceso al conocimiento y una vida digna, puede darnos información sobre el desarrollo de un país a través de un periodo de tiempo y en comparación con otros países (ver anexo 3); “El IDH define un valor mínimo y uno máximo para cada dimensión (denominados objetivos) y luego muestra la posición de cada país con relación a estos valores objetivos, expresados mediante un valor entre 0 y 1”¹⁷.

El IDH de Mozambique para el 2011 es de 0.322, el que se ubica en una categoría baja de desarrollo humano. Este valor posiciona a Mozambique en el lugar 184 de 187 países medidos¹⁸.

Los reportes del IDH intentan poner a la luz pública la situación social de un país, y, como lo definieron en el primer Reporte de Desarrollo Humano en 1990, se trata de mostrar un proceso de ampliación de oportunidades de las personas¹⁹.

En lo que respecta a Mozambique, los reportes nos muestran una situación social precaria. Respecto a otros países de África del sur la valoración de esta situación no es diferente; por ejemplo:

Ha tenido el más bajo PIB per cápita, la tasa de matriculación en la escuela más precaria, y uno de los índices más bajos de esperanza de vida. El bajo nivel y la fragilidad de los índices de desarrollo humano en Mozambique resumen los enormes desafíos que el país

¹⁵ Comparar Martínez Alfaro, Rosa. “El español en Mozambique”. En *Enciclopedia del español en el mundo*, 2005. p. 84. Documento electrónico.

¹⁶ Comparar United Nations Development Program - UNDP. “Sustainability and Equity: A Better Future for All”, 2011. p. 1. Documento electrónico. Traducción libre.

¹⁷ Ver United Nations Development Program - UNDP. “Índice de Desarrollo Humano”, 2011. p. 1. Documento electrónico.

¹⁸ Comparar UNDP. “Sustainability and Equity: A Better Future for All”, p. 1. Documento electrónico. Traducción libre.

¹⁹ Comparar UNDP. “Sustainability and Equity: A Better Future for All”, preface. Documento electrónico. Traducción libre.

tendrá que cumplir con el fin de garantizar la consolidación de la paz, la democracia y la reconciliación nacional. El crecimiento económico no puede ser algo que es meramente cuantitativa. Mejorar la condición humana de la población, y un verdadero enriquecimiento de la vida de los mozambiqueños son indispensables y urgentes²⁰.

2.4.1. Situación sanitaria en Mozambique

Además de la difícil situación de acceso a la salud y educación, se suma la complicada condición sanitaria del país. Uno de los aspectos más preocupantes es la falta de agua potable y saneamiento de la mayor parte de la población, principal problema que aqueja a los que habitan las zonas rurales.

Mozambique posee el clásico perfil epidemiológico de “enfermedades de la pobreza”. Con un 41% de niños menores de 5 años que padecen de malnutrición y con un gran predominio de enfermedades transmisibles. Cabe destacar que la malaria, endémica en todo el país, es responsable del 40% de las consultas externas en las áreas rurales y es la primera causa de mortalidad en niños menores de 5 años. A esta enfermedad se le añaden otras de gran relevancia como las enfermedades respiratorias, diarreicas, tuberculosis y – especialmente- el VIH/SIDA, que ha ido en aumento en los últimos años hasta alcanzar una tasa relevante en la actualidad del 15%²¹.

Estas condiciones sanitarias son la causa de la esperanza promedio de vida; que no supera los 42 años de edad, y del tipo de población característico de este país, a saber, la juvenil; la edad media es de 19 años. Todo esto repercute directamente en el desarrollo de Mozambique.

La situación sanitaria es preocupante; hay solo un médico por cada 25.000 habitantes, la red sanitaria consta de 1.130 unidades sanitarias, de las que 43 son hospitales, 435 centros de salud y 652 puestos de salud con una capacidad limitada²².

²⁰ Ver UNDP. “Sustainability and Equity: A Better Future for All”, preface. Documento electrónico. Traducción libre.

²¹ Comparar Agencia Española de Cooperación Internacional – AEI. “Documento de estrategia país 2005-2008 Cooperación Española Mozambique”, p. 7. Documento electrónico.

²² Comparar Prosalus, Salud y Desarrollo. “Análisis de la realidad de Mozambique”. p. 23. Documento electrónico.

2.4.2. Índice de pobreza multidimensional

Los anteriores datos estadísticos nos ubican en un tema importante para analizar como condicionante del desarrollo de un país; la pobreza. Los informes sobre Desarrollo Humano en el 2010 presentaron el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), que identifica las múltiples privaciones en los mismos hogares respecto a educación, salud y calidad de vida. “La definición que se presenta de este índice se hace de la siguiente manera: Medida compuesta del porcentaje de privaciones que una persona promedio experimentaría si las carencias de los hogares pobres se distribuyeran en forma equitativa entre toda la población”²³.

Dentro de la clasificación que realiza el IPM en muy alto, alto, medio y bajo, Mozambique se encuentra en el bajo. Los datos que presentamos aquí pueden dar luces sobre la situación de pobreza en este país y tratar de entender lo difícil que es la implementación de programas para su desarrollo:

En Mozambique el 79,3 por ciento de la población sufre privaciones múltiples, mientras que un adicional de 9,5 por ciento es vulnerable a múltiples privaciones. La amplitud de la privación (intensidad) en Mozambique, que es el porcentaje promedio de privaciones que experimentan las personas en situación de pobreza multidimensional, es 64,6 por ciento.²⁴

Lo que podemos colegir desde las estadísticas y datos que nos ofrece el IDH, es que Mozambique es un país pobre, en donde el acceso a la educación y la salud se ven afectadas por las condiciones económicas. Un informe de la ONU indica que la mitad de los niños y niñas de Mozambique vive en estado de extrema pobreza. Y se entiende por “pobreza extrema a la condición de quien sufre dos o más carencias en materia de salud, educación, nutrición, vivienda u otro aspecto de importancia vital para su supervivencia y el desarrollo”²⁵.

²³ Ver United Nations Development Program - UNDP. “Índice de Desarrollo Humano”, 2011. p. 1. Documento electrónico.

²⁴Ver UNDP. “Sustainability and Equity: A Better Future for All”, p. 5. Documento electrónico. Traducción libre.

²⁵ Comparar Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. “Mozambique”, 2006. Documento electrónico.

Si tenemos presente la condición sanitaria y las condiciones de pobreza que se presentan en un país, podemos observar la relación directa que existe entre los altos índices de contagio de una enfermedad y el medio social y económico en el que se presenta. No es complicado entender que la pobreza afecta las posibilidades de desarrollo de un país; impide el acceso a la educación, la salud y por ende, acorta la vida.

2.4.3. La educación en Mozambique

En Mozambique el índice de educación (años esperados y promedio de instrucción) es solo del 0.222²⁶. Este es un índice muy bajo, y, si se piensa la educación como uno de los instrumentos más poderosos para reducir la pobreza, la desigualdad y es la base para un crecimiento y desarrollo económico, Mozambique se ve impedida, desde muchos sectores sociales, a presentar un desarrollo humano alto (ver anexo 4). Las oportunidades para los mozambiqueños son reducidas si las condiciones sociales persisten, su vulnerabilidad aumenta frente a las enfermedades, la agresión externa e interna del país. La situación de los países pobres es la misma: sociedades en riesgo, es decir, países en los que sus habitantes están limitados en el acceso a la educación, aumenta su grado de exposición frente a problemas de salud.

Veamos las cifras que se presentan al respecto:

En el año 2005, la tasa de analfabetismo alcanzaba el 53,5% de la población. El índice de analfabetismo femenino es mayor que el masculino: 71,3% frente a 43% y más alto en las zonas rurales. Los altos índices son una constante en todo el país, con una media de 58%, a lo que hay que añadir la ineficiencia del sistema.²⁷

²⁶ Comparar United Nations Development Program – UNDP. “Indicadores Internacionales sobre Desarrollo Humano”, 2011. Documento electrónico.

²⁷ Ver Prosalus, Salud y Desarrollo. “Análisis de la realidad de Mozambique”. p. 18. Documento electrónico.

Según esta información existe una gran disparidad en la formación de niños y niñas, la concepción cultural aunada a una situación económica, ahonda las diferencias entre hombres y mujeres y pone en situación vulnerable a las mujeres.

Es conocido que la formación que se adquiere tanto en la familia como en las instituciones educativas, fomenta en los individuos un conocimiento certero de esta enfermedad de contagio, contrariamente en Mozambique, en donde fallan estas dos instituciones para construir en los individuos una información clara del problema. Muchos estudios señalan cómo la falta de educación aumenta las probabilidades de riesgo. La realidad de Mozambique, desde su ámbito cultural, muestra cómo la mujer, por su misma condición, no participa de los espacios educativos, ella es relegada a unas funciones específicas y no se le involucra en estos aspectos de formación. A partir de este hecho, la mujer se pone en situación de riesgo frente a esta enfermedad de transmisión sexual. Su poco conocimiento del VIH y el alto grado de analfabetismo, la predispone al contagio sin tener herramientas de defensa.

Las cifras de analfabetismo femenino muestran la inequidad en el acceso a la educación entre niños y niñas. Toda sociedad divide funciones y establece una dinámica propia entre el papel de la mujer y el hombre. Es natural que cada sociedad divida la naturaleza femenina y masculina y a cada uno les asigne su valor y función dentro de la misma. Se puede ver claramente con el cuerpo. En países de África subsahariana, como el que nos ocupa, Mozambique, el cuerpo de la mujer debe cumplir con unos requerimientos para el mismo desarrollo de esa sociedad y dentro de ella recibe una connotación como la que menciona Madraa E:

Por su poder para engendrar vida, el cuerpo de la mujer recibe una valoración especial en las sociedades agrícolas, donde la mano de obra es fundamental, de modo que una prole numerosa garantiza la reproducción de las unidades de producción a lo largo de los diferentes ciclos agrícolas...que pone énfasis en la capacidad reproductiva de la mujer, y ve en la maternidad la principal meta vital, define como detentora de un comportamiento desviado a la que no tiene hijos o es estéril. De este modo, la decisión de la mujer de limitar su fecundidad se ve contrariada por el protagonismo de la maternidad y por el deseo de perpetuar la familia dando a luz un niño, al margen del riesgo que pueda correr su vida²⁸.

²⁸ Ver Loforte. “Desigualdades y valores en salud reproductiva. La vulnerabilidad de las mujeres en un contexto de feminización del sida”. En: *Mujer, Sida y acceso a la salud en África Subsahariana: Enfoque desde las ciencias sociales*, p. 30.

Esto es muy importante para examinar cómo la sociedad de Mozambique mira a la mujer dentro del espacio de la sexualidad. En algunos países hay una autonomía para decidir si se quiere ser madre, si se quiere compartir la vida en un matrimonio o si simplemente se quiere permanecer sola y ocupada en los oficios que le preocupan y son de su interés. Sabemos que el sexo no es visto de igual manera en diferentes culturas; en algunas se ha desplegado un discurso que permite que se hable abiertamente de él y se le explique a los jóvenes cómo protegerse y evitar enfermedades y tener hijos; de eso se trata el acceso a programas de salud y reproducción sexual: divulgación de la información que permite que las personas adopten una posición frente a algo que existe.

La posición que tiene la mujer dentro de la relación de pareja, condicionada por los preceptos y hábitos culturales determina de igual manera, la atención y prevención en salud sexual. “Por ejemplo la resistencia a usar anticonceptivos, ¿estará ligada a una voluntad de tener hijos inducida por imperativos, culturales, económicos o emocionales previamente asumidos? ¿Qué empuja a una madre seropositiva a llevar a término un embarazo, aunque sepa que su hijo pueda llegar a ser seropositivo?”²⁹. Estas preguntas son las que inducen nuestra investigación para abordar este problema de salud sexual desde las mujeres, no como un discurso feminista que victimiza a este género, sino como el análisis de una situación fáctica que persiste en la sociedad de África Subsahariana. La sociedad determina las funciones sociales y esto debe ser visto por los programas de salud sexual.

El sistema de educación sobre la sexualidad, se construye de manera conjunta entre la familia y la institución escolar, pero en Mozambique los jóvenes no se sienten a gusto hablando con los padres acerca del sexo, porque se piensa que es una falta de respeto. Se sienten más tranquilos hablando con personas ajenas a su núcleo familiar. El riesgo del comportamiento sexual entre las mujeres jóvenes y sus

²⁹ Ver Loforte. “Desigualdades y valores en salud reproductiva. La vulnerabilidad de las mujeres en un contexto de feminización del sida”. En: *Mujer, Sida y acceso a la salud en África Subsahariana: Enfoque desde las ciencias sociales*, p. 30.

parejas, radica en la falta de conocimiento de la forma en la que se trasmite el VIH³⁰. A pesar de los esfuerzos por parte de los líderes para una educación sexual, todavía no se ha podido lograr, que se creen diálogos entre la familia, ni tampoco romper con la idea de la mujer joven como objeto de deseo únicamente.

Si, por un lado, la mujer dentro del núcleo familiar está hecha para el matrimonio y la reproducción, por el otro, en lo que respecta a la salud es vista como “un “depósito” de infecciones y enfermedades, responsables de llevar enfermedades a casa; de ahí que oculten los síntomas y refuercen la cultura del silencio”³¹.

Hasta el momento tenemos un pequeño panorama de la mujer en la sociedad de Mozambique: ellas no pueden optar por una camino distinto al que les traza la naturaleza y la cultura: el matrimonio y los hijos; son una comunidad receptora y pasiva a la que no se involucra en el desarrollo de la sociedad; no pueden ser vistas como sujetos autónomos, sino como objetos de deseo que dependen enteramente del hombre; son pensadas como poseedoras y transmisoras de enfermedades y, por tanto, conminadas al silencio. Esto hace muy complicado un sistema de salud que intenta proponer alternativas para evitar enfermedades de transmisión sexual como el sida. Hay que romper con varios prejuicios culturales que pertenecen a toda una tradición. De igual manera se necesita un buen funcionamiento de la institución educativa para que adelante y jalone procesos de cambio cultural. Pero en lo que a educación respecta, tenemos el siguiente diagnóstico:

[...] más del 70 % de las niñas abandonan la escuela a partir de los trece años, por razones ligadas a bodas prematuras, a la pobreza y al poco valor atribuido a la escuela por padres y educadores. La escolarización confiere aún una cierta capacidad para explicar las desigualdades de morbilidad y mortalidad, pues a medida que sube, menor es la incidencia de enfermedades crónicas y la salud es auto-evaluada (Cf. Cabral, 2002). Por otro lado, la escolarización de las mujeres es crucial en un país donde las condiciones materiales de vida no son las mejores, debido a su papel reproductivo a escala doméstica. Cuanto más elevada

³⁰ Comparar Machel, Josina. “Unsafe Sexual Behaviour among Schoolgirls in Mozambique: A Matter of Gender”. En *Reproductive Health Matters*. Vol. 9, 2001. p. 82. Traducción libre.

³¹ Comparar Loforte. “Desigualdades y valores en salud reproductiva. La vulnerabilidad de las mujeres en un contexto de feminización del sida”. En: *Mujer, Sida y acceso a la salud en África Subsahariana: Enfoque desde las ciencias sociales*, p. 30.

es la formación, mayor es el conocimiento sobre protección de la propia salud y la del niño, reduciendo el riesgo de contraer ciertas enfermedades³².

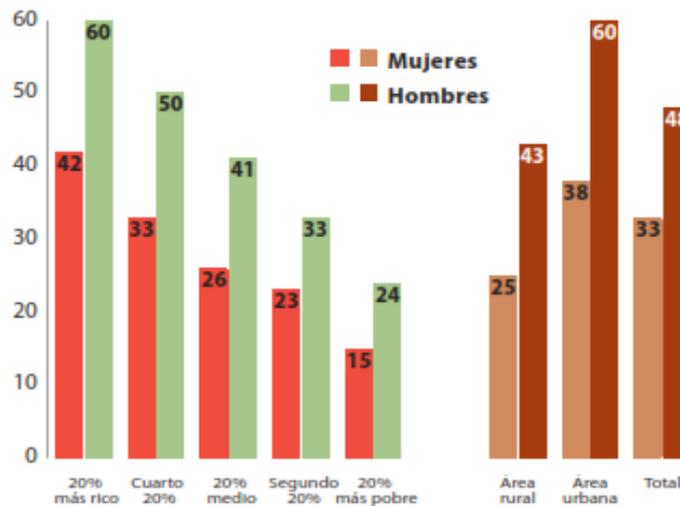
Aunque el gobierno de este país pone en marcha muchos planes que se encaminan a borrar la brecha de inequidad, todavía, por la forma tribal que permea la cultura y la tradición de esta sociedad, mantiene inserta una mentalidad de desigualdad de género. Podemos ver las consecuencias de ese analfabetismo, en la relación existente entre género y situación económica en el uso del preservativo, como lo muestra la siguiente gráfica:

Gráfico 1. Relación género e ingreso en el uso del condón

Disparidades en el uso de preservativo por género y por ingreso del núcleo familiar

Jóvenes de entre 15 y 24 años de edad de países seleccionados de África Subsahariana que usaron preservativo con la última pareja sexual de alto riesgo, expresado en función de género, residencia e ingresos económicos, 2003-2008 (porcentaje).

³² Comparar Loforte. “Desigualdades y valores en salud reproductiva. La vulnerabilidad de las mujeres en un contexto de feminización del sida”. En: *Mujer, Sida y acceso a la salud en África Subsahariana: Enfoque desde las ciencias sociales*, p. 31



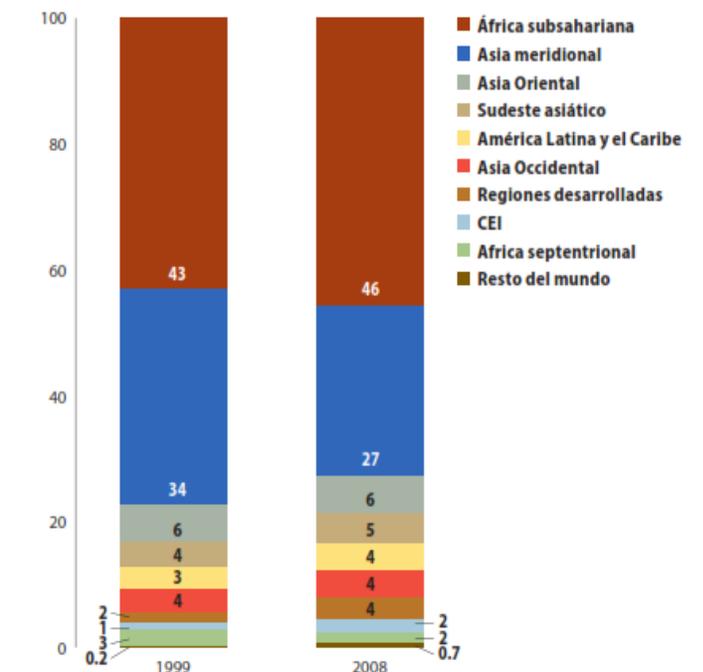
Fuente: Naciones Unidas – Objetivo de Desarrollo de Milenio, informe 2010. Consulta electrónica.

Según el Diagnóstico Documento de Estrategia País (DEP) de Mozambique 2005-2008, los problemas educativos del país se centran en la dispersión e insuficiencia de la red escolar, especialmente en la educación secundaria, la falta de profesores formados adecuadamente y falta de condiciones materiales. La siguiente gráfica detalla esta información:

Gráfico 2. Educación África Sub Sahariana.

La gran mayoría de los niños que no finalizan la escuela están en África Sub sahariana y el sur de Asia

Distribución de niños que no finalizaron la escuela por región 1999 y 2008

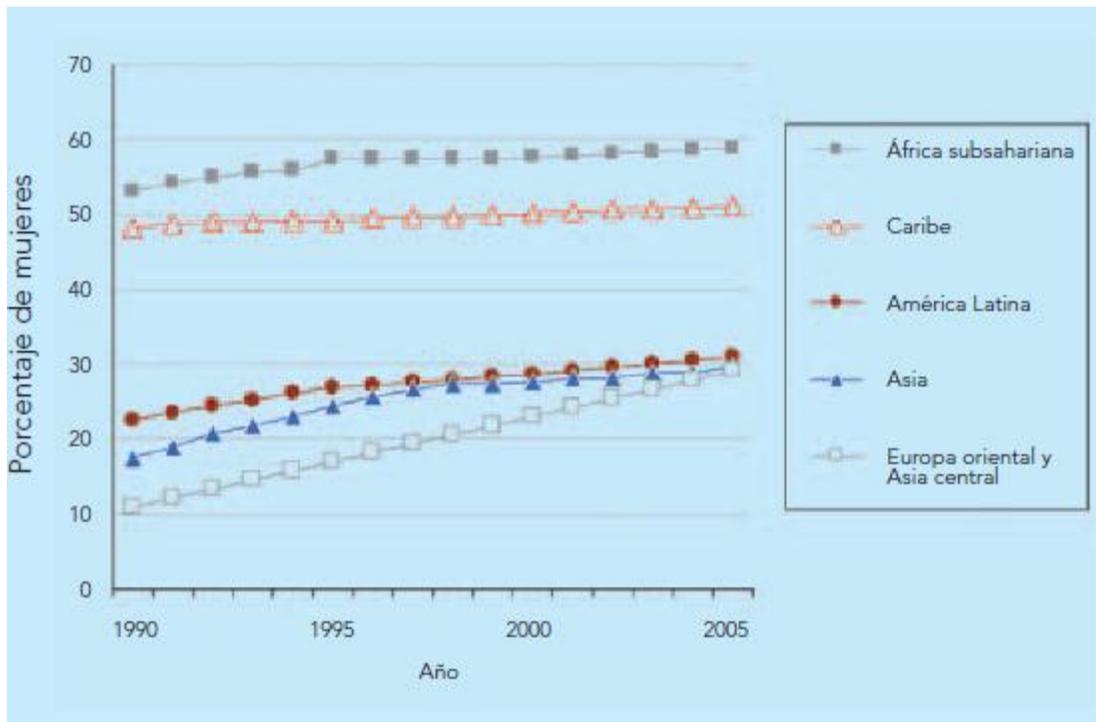


Fuente: Naciones Unidas – Objetivo de Desarrollo de Milenio, informe 2010. Consulta electrónica

2.4.4. Panorama del VIH en Mozambique

Mozambique pertenece a la región llamada África Subsahariana y si tomamos datos de esta región, indirectamente nos proporcionan información sobre este país, y poder analizar su situación del VIH con otros países de África y/o otros continentes. La siguiente gráfica nos muestra los diferentes porcentajes de incidencia de esta enfermedad transmisible entre hombres y mujeres, viendo su prevalencia en un periodo de tiempo en diferentes continentes.

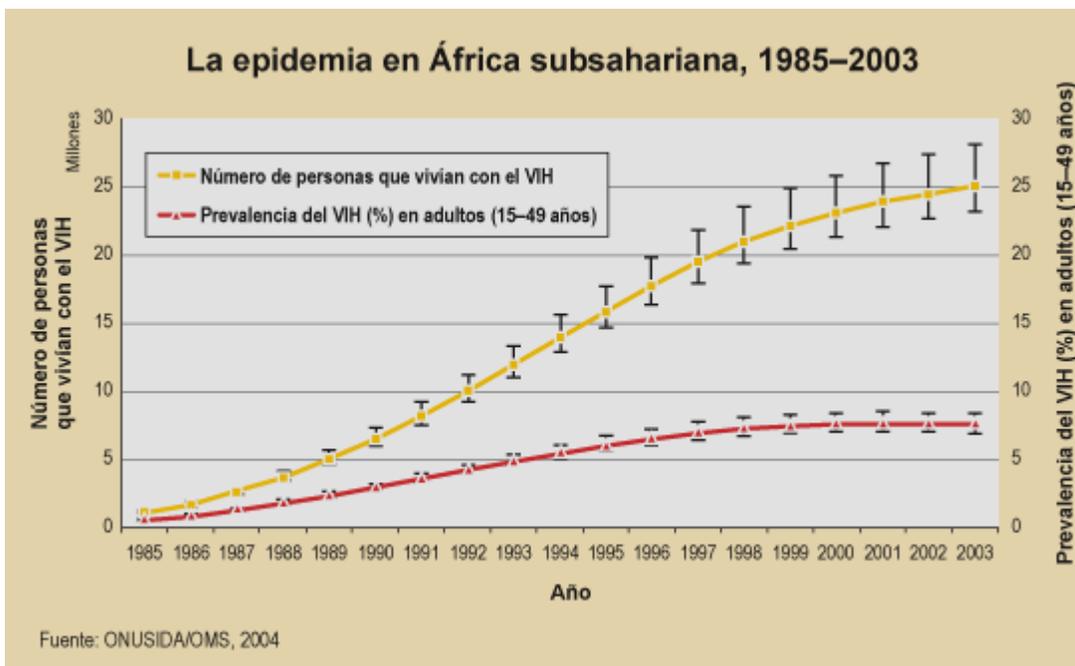
Gráfica 3. Porcentaje de adultos (15 - 49 años) con VIH - positivos que son mujeres, 1990-2005



Fuente: ONUSIDA, 2006, Tomada de “Mantener la promesa: Un programa para la acción sobre la mujer y el SIDA”. La coalición mundial sobre la Mujer y el SIDA. p.8.

La siguiente gráfica nos muestra información sobre la prevalencia del VIH en la región Subsahariana en un periodo de 19 años; en la que podemos observar el crecimiento permanente que ha presentado esta enfermedad en adultos (19-45). Es importante esta información pues traza un marco en el que ubicamos a Mozambique dentro de la dinámica que ha presentado esta zona. Podemos realizar esta proyección por la relación que existe entre la región y el país de Mozambique; sus características sociales, económicas, de salubridad son compartidas. Si Mozambique fuera una excepción dentro del marco general de la región no podríamos relacionarlos en la presentación de esta enfermedad.

Gráfica 4. La epidemia en África Subsahariana



Fuente: ONUSIDA/OMS, 2004. Tomado de valoración del comportamiento sexual y de la autoeficacia para la protección de la infección por el VIH/SIDA en jóvenes / adultos, estudiante de Maputo, Mozambique.

Dentro de los análisis que corresponden a la unidad de Mozambique, se debe incluir información que nos permita conocer la situación del VIH en este país; conocer las tasas de prevalencia de esta enfermedad, el porcentaje que representa en la tasa de mortalidad, porcentajes de contagio en mujeres y hombres, incidencia del VIH en las zonas rurales y urbanas, todo esto con el fin de poder evaluar la incidencia de la Cooperación Española y el programa VITA en este problema de salud reproductiva y sexual.

Según datos de la Ronda Epidemiológica 2007 tomados del informe *Estrategia de salud de Cooperación Española en Mozambique, 2010-2013*, la epidemia de VIH sigue su aumento, existe una prevalencia nacional en mujeres embarazadas (se mantiene en 16% del 2004 al 2007). Respecto a las regiones, “la región sur sigue aumentando su prevalencia, la región centro se reduce ligeramente (sugiriendo que la epidemia es más antigua comparada con otras regiones del país) y

la región norte se mantiene.”³³ Si se analiza la prevalencia de VIH en la población adulta (15-49 años), tenemos que la tasa es del 13.7% (15.6 en mujeres y 11.6 en hombres). En relación a la incidencia de VIH, se presenta una tendencia decreciente; en el 2002 era del 2.2% y en el 2008 del 1.6%. Esta tendencia decreciente se observa en el sur y centro, mientras que en el norte se observa un cierto incremento en los últimos tres años.

Vimos en el anterior apartado (3.4.1.) que el perfil epidemiológico característico de Mozambique es el de las enfermedades transmisibles, observemos ahora la incidencia del VIH dentro de los porcentajes de las otras enfermedades de este tipo que conforman la tasa de mortalidad de este país. “En todos los grupos etáreos datos de la OMS 2006 nos dicen que la primera causa de muertes es de lejos el HIV/SIDA, seguida por malaria, diarreas, neumonías (incluida TBC) y enfermedades perinatales”³⁴. La siguiente tabla nos muestra esta relación.

Tabla 2. Tasa de mortalidad grupos etáreos

En menores de 5 años (UNICEF, 2009)	En todas las edades (OMS 2006)
Malaria (33%)	HIV/SIDA (28%),
Muertes neonatales (16%)	Malaria (9%),
HIV (10%)	Diarreas (8%),
Neumonías (9.8%)	Neumonías (7%)
Diarreas (7%)	Enfermedades perinatales (5%).

Fuente: *Estrategia de salud de Cooperación Española en Mozambique, 2010-2013*

2.4.5. Índice de inequidad de género (IIG).

Como nuestro trabajo está encaminado a analizar de qué forma y qué incidencia tiene el programa de Cooperación VITA en la lucha contra el VIH, específicamente en la población de mujeres, queremos analizar la situación de inequidad de género que se

³³ Comparar Agencia Española de Cooperación Internacional – AECI. Documento “*Estrategia de salud de Cooperación Española en Mozambique, 2010-2013*” Documento electrónico.

³⁴ Comparar Agencia Española de Cooperación Internacional – AECI. Documento “*Estrategia de salud de Cooperación Española en Mozambique, 2010-2013*”, p. 23. Documento electrónico.

presenta en este país para estructurar nuestro panorama a la hora contrastar datos con los que proporciona el mismo programa de cooperación. Para eso tomamos uno de los rangos que estudia el IDH para determinar el desarrollo de un país: la desigualdad de género. Saber cómo se presenta la situación de género en Mozambique fundamenta nuestros análisis sobre la inequidad de género como condicionante de la enfermedad del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Nuestra posición pretende enriquecer las propuestas de ayuda que se brindan en estos países en la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), desde estudios objetivos que atraviesan la realidad de los habitantes de Mozambique. Esto nos va a ser útil para analizar los programas de cooperación que España presta a África subsahariana y observar si tienen en cuenta esas condiciones reales que determinan la existencia de esta enfermedad.

Dentro de las evaluaciones que realiza el IDH para determinar el desarrollo Humano de un país, se encuentra el Índice de Inequidad de Género (IIG). Este índice que refleja las desigualdades de género en tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento y la actividad económica (mercado laboral), puede brindarnos una visión objetiva de la diferencia socialmente existente en este país entre hombres y mujeres; punto de partida para el análisis de la enfermedad del VIH y los programas de cooperación frente a este problema. Anclamos nuestro estudio a partir de índices objetivos, con el fin de no caer en la victimización de género. No deja de ser paradójica la gran participación de las mujeres en la vida pública, “ya sea en el ejecutivo, en la Asamblea de la República o en los municipios, y la dramática desigualdad de género”³⁵ en salud y la educación.

La salud reproductiva es medida por la mortalidad materna y tasa de fecundidad adolescente, el empoderamiento se mide por la proporción de escaños parlamentarios ocupados por cada género y el logro en la educación secundaria y superior por cada género, la actividad económica es medida por la tasa de

³⁵Ver AECL. “Documento de estrategia país 2005-2008 Cooperación Española Mozambique”, p. 7. Documento electrónico.

participación laboral por género³⁶. Este índice pretende mostrar la pérdida de desarrollo humano debido a la desigualdad en los logros entre los hombres y las mujeres. Podemos ver en el caso del SIDA, cómo la persistencia de la diferencia en cuanto a lo que el hombre y la mujer pueden alcanzar en lo que a su salud sexual se refiere, incide en la subsistencia de este problema de salud reproductiva y, por lo tanto, en el camino hacia el desarrollo y el bienestar de los habitantes de Mozambique. Según el informe del 2011 de United Nations Development Program UNDP, en el que venimos apoyándonos:

Mozambique tiene un valor de 0.602 IIG, ocupando el lugar 125 de los 146 países en el índice de 2011. En Mozambique, el 39,2 por ciento de los escaños parlamentarios están ocupados por mujeres, y el 1,5 por ciento de las mujeres adultas han alcanzado un nivel secundario o superior de educación en comparación con el 6,0 por ciento de los hombres. Por cada 100.000 nacidos vivos, 550 mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo y la tasa de fecundidad adolescente es 149,2 nacimientos por cada 1000 nacidos vivos.³⁷

Como vemos, la situación que afronta la mujer en el ámbito social de Mozambique, la ubica en un entorno desfavorable. En términos de acceso a salud y educación su posibilidad es mínima, lo que la pone inevitablemente en subordinación al hombre y en riesgo de contraer fácilmente una enfermedad de transmisión sexual.

3. AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO. (AECID)

Inmediatamente después de la contextualización de la realidad socio-económica de Mozambique, es pertinente continuar con una descripción a detalle de la institución objeto de estudio Agencia Española de Cooperación Internacional Para el Desarrollo (AECID). A través de las lecciones de la AECID en la experiencia mozambiqueña, se producen nuevas estrategias de cooperación hacia África subsahariana y hacia el resto del continente. En el tema del VIH/Sida Mozambique está en torno a la 15ª posición

³⁶ Comparar UNDP. “Sustainability and Equity: A Better Future for All”, p. 4. Documento electrónico. Traducción libre.

³⁷ Comparar UNDP. “Sustainability and Equity: A Better Future for All”, p. 4. Documento electrónico. Traducción libre.

de ayuda internacional. Pensar si existe, si pueden y si deben ejecutar una política bilateral española hacia países en vías de desarrollo,³⁸ con el logan de la “participación equitativa e igualitaria en los procesos de desarrollo”³⁹ es el dispositivo discursivo para su intervención.

En este aparte se presentará; la constitución orgánica de la agencia nombrando a cada uno de los elementos que la estructuran internamente, lo que nos permitirá saber, a partir de su propia administración, cómo sus dependencias tienen relación con los campos de acciones y cómo su agencia se inscribe a programas como el “VITA”⁴⁰.

Este capítulo pretende analizar cómo ésta institución hegemónica de cooperación, teje sus relaciones internacionales e inter-institucionales entre localidades o poblaciones de naturaleza rural y el gobierno; qué sucede entre estos Estados/nacionales emergentes de un Colonialismo, y multinacionales y ONG’S bajo un contexto de relaciones verticales de Norte a Sur, bajo la perspectiva de un país donador a país beneficiado. Al tratar de resolver y dar pistas de este entramado, nos acercamos al conocimiento de las plataformas políticas en donde se gestionan grandes recursos de capitales mundiales. Finalmente, este es un capítulo donde no llegamos a conclusiones, sino a preguntas sobre el lugar en donde suceden estas relaciones, en dónde se cruzan estos intereses económicos, cómo son las dinámicas de las relaciones geopolíticas y cuáles son los propósitos de ayuda de cooperación o financiación de programas y proyectos en países africanos. Entender los contextos no es una tarea fácil, el interpretar la realidad de Mozambique bajo los mismos términos en que se vive, sin llegar a intervenir eficientemente, es continuar con los problemas de pobreza y desigualdad social.

³⁸ Comparar PITA, Juan Ignacio (coord.). *La aplicación de los nuevos instrumentos en la cooperación española en África. Lecciones de la experiencia mozambiqueña*, 2006.

³⁹ Ver PITA. *La aplicación de los nuevos instrumentos en la cooperación española en África. Lecciones de la experiencia mozambiqueña*. p. 2.

⁴⁰ Programa como objeto de estudio de caso para esta investigación.

Ahora, para hablar de los campos de intervención de la Agencia, no será necesario ir directamente a los objetivos generales, será más bien, tratar exclusivamente con los que se dirigen al tema de la salud, esto es sólo y únicamente para responder el propósito de cómo estos programas están dirigidos a la esfera de la salud desde un discurso del desarrollo dirigido a las mujeres en la lucha contra el VIH/SIDA en Mozambique (2005 - 2010).

Programas “sin ánimo de lucro” es la estampa que representan los discursos de los organismos de cooperación, ahí en donde se recrean ideales y retóricas humanistas están involucradas este tipo de instituciones que mueven capitales transnacionales o inversiones de bancas mundiales, que no sólo garantizan una estabilidad salarial y económica para los países donantes, sino legitiman relaciones de poder a través de prácticas de intervención institucional.

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA AECID

La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo se creó en noviembre de 1988. La AECID es un órgano de gestión de la política española para el desarrollo internacional de cooperativas vinculada al Ministerio de Asuntos Externos y de Cooperación (MAEC), a través de la Oficina de la Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica (SECIPI). Su objetivo general es realizar el *diseño, la ejecución y la gestión de los proyectos y programas de desarrollo de las cooperativas, ya sea directamente con sus propios recursos o mediante la colaboración con otras entidades nacionales e internacionales y organizaciones no gubernamentales para el desarrollo.*⁴¹

⁴¹ Ver Agencia Española de Cooperación Internacional – AECI. Documento "Qué hacemos", 2012. Documento Electrónico.

Según Leire Pajín Iraola⁴², la necesidad de crear este tipo de instituciones está en consonancia al compromiso de sociedades y Gobiernos con un imperativo ético de carácter universal: la erradicación de la pobreza.⁴³ Partiendo desde el centro del debate actual en la comunidad internacional, sobre la erradicación de la pobreza. La Aecid actúa en pro de mecanismos de financiación más adecuados para alcanzar un desarrollo humano sostenible, de tal manera, se establece una plataforma llamada la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) que se despliega bajo dos marco, *“Por un lado, una política bilateral consecuente, que incorpora coherencia instrumental e integra los valores agregados de la rica pluralidad de la Cooperación española. Por otro, un multilateralismo activo, selectivo y estratégico que, en el marco de la UE y de los organismos internacionales financieros y no financieros, busca lograr una integración más favorable de los países en desarrollo en la economía mundial.”*⁴⁴

Para realizar el trabajo técnico, la AECID tiene una estructura exterior muy amplia, compuesta por treinta y siete oficinas técnicas de cooperación, doce centros culturales y tres centros de formación ubicados en los países donde la agencia lleva a cabo sus principales proyectos de cooperación.⁴⁵ Metodológicamente este órgano se presenta desde una perspectiva de una mayor concentración sectorial y geográfica. Pero para precisar sus objetivos y sus funciones, nos remitimos a su propio Estatuto (Art. 4), donde le corresponde la consecución de los siguientes puntos:

3.1.1. Objetivos Generales:

1. *Contribuir a la reducción de la pobreza en los países en desarrollo.*
2. *Impulsar el desarrollo humano sostenible en los países en desarrollo, potenciando las propias capacidades de los países socios.*

⁴² Secretaria de Estado de Cooperación Internacional del Gobierno Español.

⁴³ Comparar Ministerio de asuntos exteriores y de cooperación. *“Plan Director de la Cooperación Española. 2005-2008”*, 2008. p. 3. Documento electrónico.

⁴⁴ Ver Ministerio de asuntos exteriores y de cooperación. *“Plan Director de la Cooperación Española. 2005-2008”*, 2008. p. 5. Documento electrónico.

⁴⁵ Comparar Ministerio de asuntos del exterior y de cooperación de España. 2012. Documento electrónico.

3. *Contribuir a la paz, la libertad y la seguridad humana, promoviendo el respeto a los derechos humanos y el desarrollo de los sistemas democráticos.*
4. *Promover la cohesión social a través del fomento y el impulso de las políticas públicas relacionadas con el buen gobierno en los países en desarrollo.*
5. *Contribuir al logro de los propósitos de la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio aprobados en la Cumbre del Milenio de Naciones Unidas en 2000 y de igual modo, contribuir al logro de objetivos que se acuerden en futuras Cumbres de Desarrollo de Naciones Unidas asumidos por el Gobierno Español.*
6. *Potenciar la igualdad de género en los países en desarrollo, a través de actuaciones sectoriales y transversales en los programas y proyectos de cooperación y la promoción de políticas de igualdad.*
7. *Contribuir a la mejora de la calidad medioambiental en los países en desarrollo a través de actuaciones sectoriales y transversales en los programas y proyectos de cooperación y la promoción de políticas medioambientales.*
8. *Potenciar la acción humanitaria, abarcando tanto la prevención como la atención en situaciones de emergencia y reconstrucción. Sensibilizar y educar para el desarrollo, tanto en España como en los países socios.*
9. *Impulsar el papel de la cultura y el conocimiento en el desarrollo, prestando especial atención al fomento del respeto a la diversidad cultural.*

De estas nueve acepciones objetables desde un marco político, promotor de la inclusión al progreso, inmersión al sistema occidental desde los términos de la economía capitalista se propone una retribución monetaria, inyecciones financieras al sistema estatal de Mozambique, que se representan en planes y estrategias institucionales que son dirigidas por españoles radicados en zona, como lo son las ONG's españolas; desde el marco constitucional de la cooperación como una ayuda programática, empiezan a intervenir en *flujo de créditos, ayuda alimentaria, ayuda presupuestaria, programa ajuste estructural, apoyo macrofinanciero, etc.*⁴⁶ Sí la realidad de la salud de la población está en función de la institucionalización de la política española, cuál es la cobertura para el total de la población. El alcance de tensión entre los objetos de estudio presentes en la investigación pondrá en juicio su efectividad y funcionalidad tanto social como cultural, es necesario cambiar su estilo

⁴⁶ Comparar PITA. *La aplicación de los nuevos instrumentos en la cooperación española en África. Lecciones de la experiencia mozambiqueña* En cuadro 2. Esquema comparativo de historia y ayuda en Mozambique. 2006, p. 10.

tradicionalmente propio de su pueblo a una posición más en los flujos económicos de las dinámicas mundiales del capital.

3.1.2. Funciones de la AECID

1. *Dirigir, diseñar, coordinar y ejecutar programas y proyectos y otras actuaciones de cooperación para el desarrollo orientadas a la lucha contra la pobreza y la promoción del desarrollo humano sostenible en el ámbito social, institucional, medioambiental, de equidad de género, cultural, universitario, científico, económico y productivo, todo ello en el marco del Contrato de Gestión que se apruebe de acuerdo a los contenidos que establezca el Plan Director de la cooperación española que esté en vigor y bajo los principios de coherencia de políticas y complementariedad de actores que recoja el Plan Director.*
2. *Contribuir a asegurar la concertación de las políticas de desarrollo con otras agencias de cooperación y desarrollo **bilaterales y multilaterales**, especialmente en el ámbito de la Unión Europea y del sistema de Naciones Unidas, en coordinación estrecha con los órganos competentes del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.*
3. *Ejecutar y financiar conjuntamente programas y proyectos de desarrollo con otras agencias de cooperación y desarrollo bilaterales y multilaterales en el marco de la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda y otros acuerdos y declaraciones internacionales suscritos por el gobierno español.*
4. *Coordinar las intervenciones de cooperación al desarrollo con los diversos agentes de la cooperación española reconocidos en el Plan Director con el objeto de garantizar la coherencia, la eficacia y la calidad de las actuaciones del conjunto de la cooperación española. Dicha coordinación se realizará de acuerdo con los órganos competentes del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.*
5. *Representar, por sí misma o en coordinación con otros órganos u organismos de la Administración, a la Administración Española en reuniones, foros e instituciones nacionales e internacionales relacionadas con las materias y funciones de su competencia. En cuanto a las de carácter internacional, coordinará las actividades que correspondan con el Ministerio de adscripción.*
6. *Coordinar y ejecutar la acción humanitaria en el exterior.*
7. *Impulsar y ejecutar actuaciones dirigidas a la sensibilización y educación para el desarrollo en coordinación estrecha con los órganos competentes del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación y con otros agentes de la cooperación española.*

8. *Apoyar e incentivar iniciativas públicas o privadas que contribuyan a la consecución de los objetivos de la Agencia.*
9. *Realizar o encargar y difundir estudios relevantes para el desarrollo, en particular aquellos relacionados con el papel de las agencias de cooperación y su impacto en el desarrollo.*
10. *Prestar apoyo y colaboración a otros departamentos ministeriales y otras administraciones públicas en el desarrollo de programas y proyectos de cooperación internacional.*
11. *Prestar asistencia técnica en el ámbito de la cooperación para el desarrollo a otras agencias y actores nacionales e internacionales.*
12. *Fomentar, apoyar y financiar instituciones, e iniciativas destinadas a crear instituciones internacionales, regionales y subregionales con participación española que promuevan el objetivo de la cooperación al desarrollo, entre asociaciones, fundaciones, organizaciones no gubernamentales de desarrollo y empresas.*
13. *Ejecutar las funciones y competencias atribuidas al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación para la promoción y desarrollo de las relaciones culturales y científicas con otros países.*
14. *Apoyar a la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica en su función de asistencia al titular del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación en la definición y ejecución de la política de cooperación para el desarrollo.*
15. *Desarrollar en el marco de la legislación vigente, cuantas otras actividades puedan contribuir al cumplimiento de sus fines.*

3.2. LUGARES DONDE SE EJECUTAN LOS PROGRAMAS.

La AECID ejerce cada día la solidaridad en más de 50 países del mundo y se suma a su esfuerzo la lucha contra la pobreza y la exclusión, defiende la paz, el medio ambiente y el desarrollo sostenible, actúa en conflictos y desastres naturales y promueve derechos como la educación, la salud, la cultura y la alimentación.

Un trabajo comprometido con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la meta más ambiciosa que nos hemos marcado los seres humanos.

Dentro de diversos campos de acción está el tema de la salud, el que nos interesa. La salud es fundamental para reducir la pobreza y asegurar un desarrollo

sostenible de la humanidad. En las partes más pobres del mundo el número de seres humanos que sufren de mala salud sigue siendo aun intolerablemente alto y constituye una clara barrera para el progreso social y económico de la humanidad. El desarrollo de una sociedad, rica o pobre, puede juzgarse por la calidad de la salud de su población y por como de justa es la distribución de la salud en todo su espectro social.

Por esto el III Plan Director de la Cooperación Española, establece que la salud es un derecho humano fundamental, así como un elemento clave para el desarrollo equitativo y sostenible, incluida la reducción de la pobreza cuya responsabilidad es pública tanto a nivel local como internacional.

Las conclusiones del Consejo Europeo sobre “el papel de la UE en la Salud Global” suponen el nuevo marco de cooperación en salud de la Unión Europea y el enfoque de salud de la AECID pretende guiar el importante papel que ha de jugar España como actor privilegiado, que ya es, en la Salud Mundial.

Teniendo en cuenta el importante y creciente volumen y esfuerzo de recursos que España aporta a la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) de salud mundial, España, y la AECID en particular, tiene una responsabilidad en la escena internacional de la Cooperación para el Desarrollo en Salud. Por ello la AECID tiene vocación también de asegurar un natural liderazgo como donante de calidad en salud para lo cual se pone el énfasis en la necesidad de asegurar un importante peso relativo de la AECID en la AOD de salud total española así como una mejora sustancial en la calidad de la ayuda que presta la Agencia en salud: “más AECID en salud y mejor salud en la AECID”.

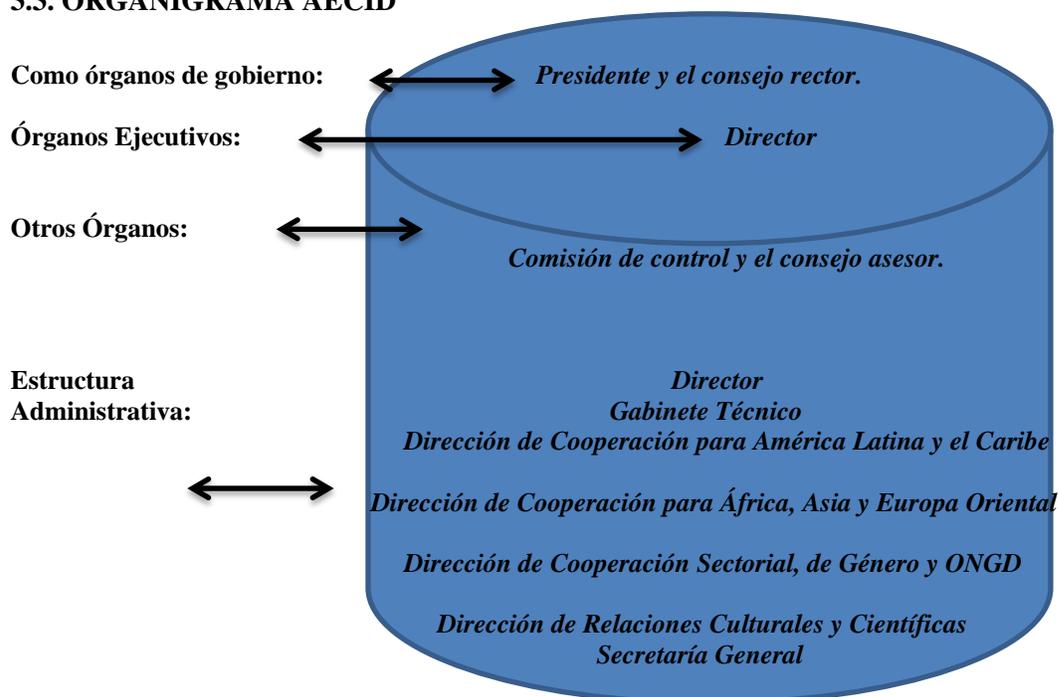
Con un claro objetivo de coherencia interna de nuestra cooperación, el enfoque de salud de la AECID procura también sumar el valor añadido en salud de nuestro país para nuestra cooperación. De esta forma, se basa en valores de solidaridad, equidad y justicia social propios de nuestro sistema de salud y que coherentemente deben plasmar también nuestras intervenciones de cooperación

internacional de salud. Estos valores se traducen en una cooperación en salud enfocada hacia:

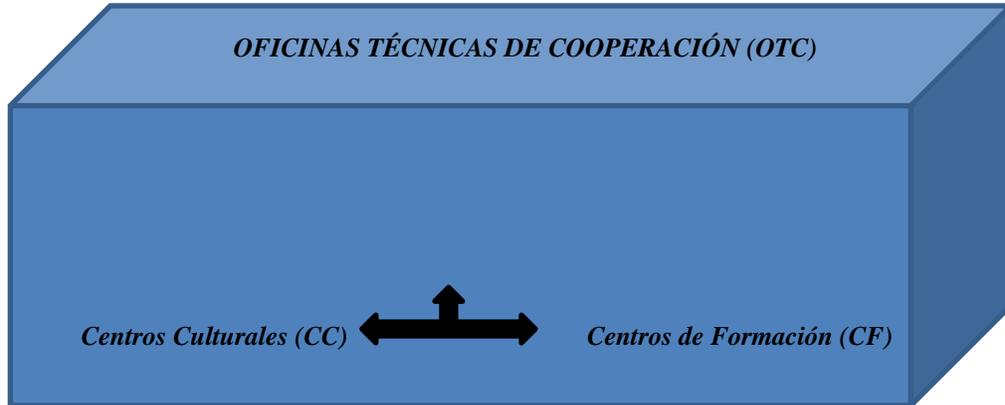
- (1) la cobertura universal y equitativa de servicios y de protección social.
- (2) la apropiación democrática de la salud.
- (3) la coherencia de políticas para el desarrollo, en particular, el enfoque de Salud en Todas las Políticas.
- (4) el acceso universal al conocimiento e innovación en salud como un bien global.

Estratégicamente la AECID apuesta por un enfoque integrado e integrador. Un enfoque que permita el fortalecimiento institucional de los sistemas nacionales de salud como eje fundamental para garantizar que las instituciones públicas sanitarias, con una participación activa de la población, tengan la capacidad de ejercer su rectoría y control para asegurar la cobertura, la equidad, la sostenibilidad y el impacto positivo de las acciones en salud.

3.3. ORGANIGRAMA AECID



La Oficina de Acción Humanitaria esta compuesta por una estructura exterior:



4. EL PROGRAMA VITA

El programa de Cooperación al Desarrollo en Salud para África, Programa VITA, nace en enero de 2004, impulsado por la Agencia Española de Cooperación Internacional, del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Este programa “cuenta con la participación de los Ministerios de Sanidad y Consumo, de Economía y Hacienda, de Educación y Ciencia y de Industria, Comercio y Turismo; y de las siguientes Comunidades Autónomas: Generalitat de Catalunya, Xunta de Galicia, Junta de Andalucía, Gobierno de Cantabria, Región de Murcia, Gobierno de La Rioja, Generalitat Valenciana, Gobierno de Aragón, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Gobierno de Canarias, Junta de Extremadura, Gobierno de Navarra, Gobierno de Illes Balears, Comunidad de Madrid y Junta de Castilla-León”⁴⁷, y constituye un esfuerzo para obtener la máxima coordinación y complementariedad Española para el desarrollo en el sector de la salud en África.

⁴⁷ Ver. Programa VITA, Programa de Cooperación al Desarrollo en Salud para África y Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) (ed). *VITA, Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África*. p. 14. Documento electrónico.

La Cooperación Española enmarca su actuación en salud en los compromisos internacionalmente adquiridos, orientando la consecución de los mismos en los Objetivos del Milenio. Centra su actividad en cuatro ámbitos fundamentales:

- Salud materno-infantil, con especial atención a la Salud sexual y Reproductiva.
- Lucha contra enfermedades transmisibles y tropicales. (VIH, malaria, otras.)
- Servicios de Salud Básica.
- Fortalecimiento de Sistemas Nacionales de Salud.

El programa VITA se encuentra dentro del marco de funciones en el área de salud, que la Agencia de Cooperación Española desarrolla como eje fundamental para reducir la **pobreza** y asegurar un **desarrollo sostenible** de la humanidad. Tiene presencia en las partes más pobres del mundo, en donde el número de seres humanos que sufren de mala salud sigue siendo aun intolerablemente alto y conforman una clara barrera para el progreso social y económico de la humanidad. El desarrollo de una sociedad, rica o pobre, puede juzgarse por la calidad de la salud, la educación de su población y la equidad en la repartición de sus riquezas y oportunidades entre sus habitantes. Por esto, el programa no solo se centra en la atención en salud sino en la lucha contra la inequidad de género, que desde el 2005 la cooperación española ha llevado a cabo de forma decidida por la **igualdad de género**. La inclusión del enfoque de género como prioridad horizontal y sectorial en el II Plan Director y la aprobación de la Estrategia de Género en Desarrollo y el Plan de acción Mujeres y construcción de paz, son claras muestras de este compromiso⁴⁸.

Con la aprobación del **III Plan Director 2009-2012** se renueva y refuerza el carácter de doble prioridad para la integración del enfoque de Género en Desarrollo, con el objeto de superar la persistente desigualdad y la discriminación contra las mujeres y contribuir al empoderamiento y su participación efectiva. En este sentido, el objetivo general del Plan plantea “contribuir a alcanzar el pleno ejercicio de los derechos humanos y la ciudadanía de las mujeres mediante el empoderamiento, entendido como mecanismo para superar la

⁴⁸ Comparar. Gobierno De España. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. “Género en desarrollo.”, 2011. p. 1. Documento electrónico.

pobreza, la discriminación y la brecha de desigualdad e injusticia que padecen las mujeres en sus relaciones de género⁴⁹.

Hay que decir que la inclusión del concepto de género es transversal a todos los programas o proyectos de cooperación que inicia España en otros países que lo necesiten. Se ha venido estudiando la inequidad de género como determinante de los muchos atrasos sociales de una comunidad. La exclusión de una parte de la sociedad: las mujeres, no solo vulnera a los directamente implicados, sino a todos sus miembros. El caso de las enfermedades de contagio, es un buen ejemplo de esta situación. Por esto mismo es que la Agencia Española de cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), fomenta la promoción de un **nuevo paradigma de desarrollo, caracterizado por la promoción de igualdad efectiva entre hombres y mujeres** a través de actuaciones basadas en el empoderamiento y la construcción de la autonomía real de las mujeres.

4.1. GUÍA PARA PROGRAMAS Y PROYECTOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ÁFRICA.

A través de esta guía podemos ver el modelo que la AECID diseña para los proyectos y programas que se van a implementar en el área de salud en los países de África Subsahariana, y, precisamente, en lo que concierne a la salud sexual y reproductiva en la lucha contra el VIH.

Esta guía que presenta el programa VITA, con el título “Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África”, nace en el marco de la celebración del Día Mundial de la Salud en el 2005, que la Organización Mundial de la Salud lo dedica a la salud de la Mujer y el Niño. Por esto el Programa VITA, en colaboración con la Fundación para la Salud y Cooperación Internacional Carlos III y el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, organizó unas Jornadas Técnicas de Cooperación haciendo énfasis en esta temática. Participaron expertos sanitarios de

⁴⁹ Ver. Gobierno De España. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. “Género en desarrollo.”, p. 1. Documento electrónico.

más de 20 países africanos y unos 120 profesionales del mundo sanitario. El objetivo de estas jornadas fue alcanzar un consenso sobre la situación actual de mortalidad materna e infantil; las nuevas perspectivas de la cooperación internacional en salud sexual y reproductiva; la implicación de la mujer en las políticas públicas sanitarias, y la atención primaria de salud. Esta Guía práctica es el resultado de las aportaciones de los participantes en las cuatro mesas de trabajo desarrolladas en estas jornadas. El mejoramiento de la salud sexual y reproductiva es una de las líneas específicas y prioritarias del nuevo Plan director de la Cooperación Española 2005-2008 y del programa VITA para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Una de las Prioridades Horizontales de la Cooperación Española, consolidada en el Plan Director, es la Equidad de Género. Ésta implica la integración transversal de la perspectiva de género, con un enfoque de Género en el Desarrollo (GED), en todas las acciones de cooperación e instrumentos de planificación. Sólo así se podrán superar los problemas derivados de las relaciones desiguales de poder entre las personas, que impiden aumentar la autonomía de las mujeres y perpetúan la pobreza.

En esta guía se ordena el conocimiento sobre la materia y se recogen los últimos avances relativos a programas y proyectos de salud sexual y reproductiva para orientar y capacitar a todos aquellos que deben tomar decisiones y formular intervenciones sobre salud sexual y reproductiva en África. El estudio de esta guía se desarrolla en cuatro mesas de trabajo, cada una con un tema específico, que a continuación se mencionan:

4.1.1. La salud sexual y reproductiva en los enfoques de desarrollo.

Del enfoque del bienestar al enfoque género en desarrollo Dentro de los programas y proyectos direccionados a la promoción de la salud, España ha hecho énfasis en tres enfoques: el enfoque del bienestar, el enfoque Mujeres en el Desarrollo (MED) y el enfoque Género en el Desarrollo (GED). Par tal caso emprende la ejecución de Tres estrategias diferentes: la estrategia de la equidad, la estrategia anti-pobreza y la estrategia de la eficacia.

- (GED) supone un giro radical y la asunción del concepto de "salud sexual y reproductiva". Concepto de género que "hace referencia a los roles, responsabilidades y oportunidades asignados al hecho de ser hombre y ser mujer y a las relaciones socioculturales entre mujeres y hombres y niñas y niños. Estos atributos, oportunidades y relaciones están socialmente construidos y se aprenden a través del proceso de socialización. Son aspectos específicos de cada cultura y cambian a lo largo del tiempo, entre otras razones, como resultado de la acción política" (AECI, 2004:15).

4.1.2. La situación de la salud sexual y reproductiva.

El caso de África. La salud sexual y reproductiva sigue constituyendo un eje fundamental en la lucha contra la pobreza. Entre los principales problemas en materia de salud sexual y reproductiva se encuentra: 1) La mortalidad y morbilidad materna. 2) La violencia de género: "Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada." 3) Las infecciones de transmisión sexual. El VIH/Sida: Entre las ITS destaca la pandemia del sida. Si bien puede transmitirse por otras vías, de los cinco millones de casos nuevos de infectados de VIH al año en torno al 75% de los casos se producen por relaciones sexuales de riesgo. Se trata por tanto de una enfermedad en clara relación con la salud sexual y reproductiva."⁵⁰

4.1.3. Estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva.

Entre las principales limitaciones destacan la invisibilidad de los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres y sus causas; la escasez de recursos; la poca cobertura sanitaria; la dificultad de acceso a los servicios

⁵⁰ Comparar. FUNUAP. 2004. En Programa VITA, Programa de Cooperación al Desarrollo en Salud para África y Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) (ed). *VITA, Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África*. P. 30. Documento electrónico.

por parte de las mujeres; la limitada información y participación de la población; y el escaso poder de las mujeres en la toma de decisiones en los diferentes ámbitos de participación social, política y económica y en el ejercicio de los derechos sobre su salud. Son cuatro las estrategias de acción, complementarias entre sí: 1) Transversalidad del enfoque de género (“gender mainstreaming”): busca la incorporación de la perspectiva de igualdad de género a las políticas de salud en todos los niveles. 2) Atención primaria de salud (APS): la salud entendida desde un enfoque multidisciplinar, equitativo y participativo. La cobertura y acceso a servicios sanitarios de primer nivel y la educación para la salud. 3) Educación para la salud: mejorar la información y participación de la población para desarrollar su capacidad de controlar y tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. 4) Empoderamiento de las mujeres (“empowerment”): incrementar el poder de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud y sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

4.1.4. Líneas de actuación. Cuatro casos prácticos.

1) Complicaciones en el embarazo, el parto y el post-parto. 2) Violencia de género. 3) Prácticas anticonceptivas. 4) ITS. El caso del sida. Estos casos prácticos pretenden servir de guía para el desarrollo de programas y proyectos en esta área así como consolidar las nociones de transversalidad del enfoque de género, atención primaria de salud, educación para la salud y empoderamiento de las mujeres como un conjunto de estrategias complementarias de promoción de la salud sexual y reproductiva.

5. CONCLUSIONES

Dentro de los lineamientos a seguir para realizar las conclusiones tenemos lo planteado en el capítulo 2 intitulado Diseño del estudio y el objetivo propuesto en la introducción. En el capítulo 2 elaboramos las preguntas que en el transcurso del trabajo intentamos dar solución. Recordemos que las dos unidades de análisis para dar con el objetivo del trabajo son dos: en la primera hemos presentado la situación social y económica de Mozambique, en la segunda unidad, que se encuentra en el capítulo 4, abordamos todo lo referente al programa VITA: su diseño, su modo de operar y la contribución que ha brindado al país receptor: Mozambique. En este capítulo hemos dado respuesta a las preguntas que en el diseño de estudio planteamos y que contribuyen a desarrollar lo que nos propusimos como objetivo general.

Como bien lo señala la carta de respuesta por parte de la AECID (anexo***), España no realiza un *proyecto de cooperación bilateral directa en materia de mujeres y lucha contra el SIDA en Mozambique durante el periodo 2005 – 2008*. A partir de esto, nuestro propósito se centra en discernir el tipo de cooperación que entabla España con Mozambique en la lucha contra el VIH/SIDA en la población de las mujeres. Por tanto, en nuestra conclusión vamos a plantear un análisis interpretativo acerca de la cooperación que se realiza entre el país de España y Mozambique. El primer paso es examinar de forma general los paradigmas explicativos de las teorías de cooperación y segundo, indicar qué teoría nos señala el tipo de cooperación que se presenta entre estos dos países. Como lo mencionamos en el capítulo anterior, el programa VITA es un programa impulsado por parte de la AECID, como una función dentro de la cooperación para el desarrollo de la salud para África, especialmente África Subsahariana.

Las relaciones diplomáticas entre España y Mozambique tienen sus inicios en mayo 27 de 1997. En el comienzo de dichas relaciones bilaterales, los principales puntos de trabajo se concentraron en un “Convenio Básico de Cooperación Científica y Técnica entre España y Mozambique y el Protocolo anejo sobre el estatuto de

expertos. Este convenio vino a completar el conjunto de las relaciones bilaterales ya existentes en los campos político y comercial.”⁵¹

A manera de esbozo podemos realizar el siguiente esquema para presentar las diferencias conceptuales entre los grandes paradigmas que explican la cooperación entre los estados en el ámbito de las relaciones internacionales.

Tabla 3. Cuadro comparativo de los paradigmas teóricos en las relaciones internacionales.

Conceptos	Realismo	Liberalismo	Marxismo
Estado	Unitario y racional cuyo objetivo es la persecución del poder.	Fragmentado y descentralizado; los actores no estatales tienen igual o más peso en las decisiones.	Estado de clase que representa los intereses de la clases dominante.
Naturaleza del sistema	Sistema anárquico donde prevalece el conflicto y la confrontación.	Sistema armónico que tiende al equilibrio y al orden; la sociedad es la suma de los individuos.	Sistema donde prevalece el conflicto por la lucha de clases y tiende hacia el cambio, incluso por medios revolucionarios.
Cooperación internacional	La noción del <i>helpself</i> o <i>autoayuda</i> hace difícil la cooperación entre estados, pues la falta de un poder centralizado impulsa una permanente competencia.	Reconoce que existe un proceso de interdependencia política y económica en el escenario internacional.	La división del sistema mundial entre un <i>centro</i> y una <i>periferia</i> cuestiona el alcance de los procesos cooperativo, ya que afirma la existencia de un sistema mundial desigual en el que la cooperación

⁵¹ Ver. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación de España. “Mozambique”, 2011. pp. 26-27. Documento electrónico.

			otorga mayores ventajas a los países hegemónicos o del centro.
Teorías que nacen de estos paradigmas.	Neorrealismo Realismo estructural Estatocentrismo.	Teoría de la modernización. Pluralismo Institucionalismo Neoinstitucionalismo o institucionalismo neoliberal.	Teoría de la dependencia Teóricos de la CEPAL Sistema mundial moderno.

Fuente: Jiménez González, Claudia G. “las teorías de la cooperación internacional dentro de las relaciones internacionales”. En *Polis: Investigación y análisis sociopolítico y psicosocial*.

A partir de las explicaciones del realismo y la propuesta de Wallerstein que plantea el sistema mundo como anárquico y dividido entre centro y periferia, se hace muy difícil pensar la cooperación entre estados, ya que los estados hegemónicos, los de centro, obtendrían mayor beneficio en cuanto a las políticas económicas y comerciales, por la relación que se genera con los de periferia, los que carecen de capital y solo disponen de materia prima para los otros. En un principio, más allá de las críticas que ha recibido esta teoría, pensamos en la relación vertical, norte-sur, que se entabla entre España y Mozambique (proposición cuarta del estudio de caso).

La idea que nos surgió en un comienzo, fue que el programa VITA simplemente hace parte de un sistema de división desigual entre dos países, y que la ayuda no fomenta el fortalecimiento del estado de Mozambique para que se piense en un proceso de interdependencia política y económica. Lo anterior se fundamenta en los datos que obtuvimos de la presentación de la unidad en que se analiza la situación de Mozambique, observamos que desde el año en que se pone en marcha el programa VITA en Mozambique (2006), este país sigue manteniendo el mismo nivel de pobreza (datos observados en el IDH. Posición de Mozambique) durante el periodo 2005-2008, es decir, que este programa y la cooperación de España no está vinculada

a desarrollo y disminución de la pobreza de forma directa. Pero aunque esto sea una manera de encontrar un flanco débil de la cooperación, no se puede negar el proceso que ha generado en cuestiones de cambios estructurales en la sociedad, como bien puede observarse en la inclusión de las ciencias sociales que desde el programa VITA se agencia para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva (en donde se encuentra ubicado el caso del VIH/SIDA); conformando así apoyos fundamentales en la construcción de políticas públicas en el sector de la salud. Lo que observamos es que la cooperación española dirige sus esfuerzos para el desarrollo incluyendo análisis de las condiciones sociales y culturales, que pueden promover un cambio sustancial en el estado. Es en este punto en donde nos asalta la pregunta por saber si existe o no una política bilateral española de cooperación al desarrollo en la que los recursos específicos estén destinados a superar la trágica situación de atraso y subdesarrollo en la que se encuentra sumida Mozambique, la pregunta se genera cuando vemos que *“está claro que España opta decididamente por la cooperación al desarrollo como línea de acción exterior útil para la reducción de la pobreza, como consta en la Ley de Cooperación para el Desarrollo y en los instrumentos de planificación, como el Plan Director cuya última versión se ha aprobado recientemente.”*⁵²

La forma de ayuda que entabla España con Mozambique, según el informe de la Fundación Carolina *“[...] ofrece y ejecuta de manera extraordinariamente dispersa y eso es uno de los principales factores de su debilidad. La inmensa mayoría de la inversión se realiza a través de programas bilaterales, mucho más fuertes en su conjunto que las inversiones de organismos multilaterales, incluyendo al Banco Mundial. Esta ayuda se ofrece frecuentemente con múltiples fines no concordantes con los objetivos de desarrollo del país receptor.”*⁵³ Lo que pudimos observar a través del análisis del programa VITA, es que la cooperación por parte de España puede catalogarse, dentro de los paradigmas expuestos de las relaciones

⁵² Ver. Pita, Juan Ignacio (coord.). “La aplicación de los nuevos instrumentos en la cooperación española en África”, 2006. p 2. Documento electrónico.

⁵³ Ver. Pita, Juan Ignacio (coord.). la aplicación de los nuevos instrumentos en la cooperación española en África”, p 3. Documento electrónico.

internacionales, como una cooperación dentro del marco neoinstitucionalista. El nuevo institucionalismo o neoinstitucionalismo, es una corriente teórica que surge para rebasar la rigidez analítica de la economía neoclásica.

En primer lugar, trata de explicar el comportamiento del Estado dentro de la comprensión de la naturaleza del sistema internacional; en segundo lugar, reafirma la idea de que las instituciones y las estructuras pueden cambiar como consecuencias de la acción humana y, por lo tanto, los procesos generados ejercerían profundo efectos en el comportamiento del Estado; y en tercer lugar, introduce el papel de la cultura... como elemento importante en la formación de identidades individuales y sociales [...].⁵⁴

Esto último podemos observarlo a través del enfoque de género que implementa el programa VITA como eje transversal en sus líneas de acción. El interés por involucrar a las ciencias sociales en el estudio y lucha contra el VIH/SIDA, dispone de una plataforma en la que inserta el análisis cultural para los cambios que quiere provocar en el Estado. Además de esto, reconoce la existencia de agentes estatales, es decir, organizaciones intergubernamentales e internacionales con el fin de superar el presupuesto de la anarquía en el sistema mundo, al permitir que estas instituciones coordinen y organicen las interacciones sociales, políticas y económicas. Supera así la idea de hegemonía permitiendo que por medio de las instituciones se origine una retroalimentación. En el programa VITA dentro de su funcionamiento toma en cuenta la participación de las instituciones gubernamentales de Mozambique, para que desde su conocimiento pueda aportar la manera de abordar y organizar el trabajo que se puede llevar a cabo dentro de la sociedad mozambiqueña. Lo importante que queremos resaltar es que dentro de este marco neoinstitucional es que identificamos la cooperación que brinda España a Mozambique. De esta forma visualizamos, desde la perspectiva de la política internacional, la cooperación entre estos dos estados como la manera en que Mozambique obtiene recursos que desde el estudio de la cultura propician cambios políticos que repercuten directamente en el desarrollo de este país. Creemos que este tipo de cooperación “[...] se funda en la

⁵⁴ Jiménez González, Claudia G. “las teorías de la cooperación internacional dentro de las relaciones internacionales”. En *Polis: Investigación y análisis sociopolítico y psicosocial*. Vol. 2, 2003 p. 134.

*complementariedad de intereses entre los agentes internos y externos que intervienen en ésta. La condición para lograr esta base es que las partes cooperantes manifiesten sus intereses, pues nada conspira más en contra de este requisito que la falta de “sinceridad” o de transparencia en la mutua información de las partes.”*⁵⁵ Esto nos hace pensar en el dilema del prisionero, superando la desconfianza generalizada con el realismo, para constatar que la cooperación es posible en un mundo de enemigos.

⁵⁵ Jiménez González, Claudia G. “las teorías de la cooperación internacional dentro de las relaciones internacionales”. p.136

BIBLIOGRAFÍA

Alchalde, Ana Rosa. *Democracia y un buen gobierno en África Subsahariana*. Madrid: Editores Fundación Carolina, 2007.

Maguemati Wabgou. *Migraciones subsaharianas África entre el orden mundial y las redes sociales*. Medellín: Editorial Universidad pontificia Bolivariana, 2006.

Pearson, Frederic S. y Rochester, J. Martin. *Relaciones internacionales: situación global en el siglo XXI*. Bogotá: McGraw-Hill, 2000.

Ulloa Rivera, Luis. *La cooperación internacional en la era de la globalización*. México: Instituto Politécnico Nacional de México, 2010.

Vanna Ianni. *La sociedad civil y cooperación internacional al desarrollo: enfoques teóricos y modalidades de acción*. Traducido del italiano por Pietro Polanti y Sonia Castañeda. Madrid: IEPALA, 2005.

White, Joanna y Morton, John. *Mitigating Impacts of HIV/AIDS on Rural Livelihoods: NGO Experiences in Sub-Saharan Africa*. London: Editorial Roudledge, 2005.

Capítulos o artículos de libros

Iraola, Leire. "Prólogo". En: Medicus Mundi Catalunya (Ed). *Mujer, Sida y acceso a la salud en África Subsahariana: Enfoque desde las ciencias sociales*. Traducido por Santi Madero; Oknos Biomedical PM services; Enrique Góngora; lydia brugué botia. *Barcelona*: Medicus Mundi Catalunya, 2007. Prólogo.

Jiménez González, Claudia G. “Las teorías de la cooperación internacional dentro de las relaciones internacionales”. Polis: Investigación y análisis sociopolítico y psicosocial, año/vol. 2, número 003. Universidad Autónoma Metropolitana - Iztapalapa. 2003 pp. 115-147. Disponible en la página web: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72620305>

Kalipeni, Ezekiel; Ghosh, Jayati y Aiware-Valhmu, Lucy. “Las múltiples dimensiones de la vulnerabilidad frente a la epidemia de VIH/SIDA en África: una perspectiva sociológica”. Medicus Mundi Catalunya (Ed). *Mujer, Sida y acceso a la salud en África Subsahariana: Enfoque desde las ciencias sociales*. Traducido por Santi Madero, Oknos Biomedical, PM Services, Enrique Góngora Padilla, Lydia Brugué Botia. Barcelona: Medicus Mundi Catalunya, 2007. 44-57.

George, Alexander L. “Case studies and theory development in the social sciences”. En Yacuzzi, Enrique. “El estudio de caso como metodología de investigación”, 2005. Consulta realizada en octubre de 2011. Disponible en la página web: www.automark.com.mx/MYRNA_estudiosdecaso.pdf

Loforte, Ana María. «Desigualdades y valores en salud reproductiva. La vulnerabilidad de las mujeres en un contexto de feminización del sida”. En: Medicus Mundi Catalunya (Ed). *Mujer, Sida y acceso a la salud en África Subsahariana: Enfoque desde las ciencias sociales*. Traducido por Santi Madero, Oknos Biomedical, PM Services, Enrique Góngora Padilla, Lydia Brugué Botia. Barcelona: Medicus Mundi Catalunya, 2007. 28-35.

Madraa, Elizabeth. “EL Eslabón perdido en la lucha contra la epidemia de VIH/SIDA en Los Países de África subsahariana”. En: Medicus Mundi Catalunya (Ed). *Mujer, Sida y acceso a la salud en África Subsahariana: Enfoque desde las ciencias sociales*. Traducido por Santi Madero, Oknos Biomedical, PM Services, Enrique

Góngora Padilla, Lydia Brugué Botia. *Barcelona: Medicus Mundi Catalunya*, 2007. 18-19.

Martínez Alfaro, Rosa. “El español en Mozambique”. En: Enciclopedia del español en el mundo. Anuario del Instituto Cervantes 2006-2007. Disponible en la página web: http://cvc.cervantes.es/lengua/anuario/anuario_06-07/pdf/paises_11.pdf

Matsinhe, Cristiano. “Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en Mozambique: un análisis de la cultura organizacional y los obstáculos institucionales”. En: Medicus Mundi Catalunya (Ed). *Mujer, Sida y acceso a la salud en África Subsahariana: Enfoque desde las ciencias sociales*. Traducido por Santi Madero; Oknos Biomedical PM services; Enrique Góngora; lydia brugué botia. *Barcelona: Medicus Mundi Catalunya*, 2007. 20-27

Pita, Juan Ignacio (coord.); Botella, Carlos; de la Corte, Pilar; Ferreira, Sandra. La aplicación de los nuevos instrumentos en la cooperación española en África. Lecciones de la experiencia mozambiqueña. Fundación Carolina. CeALCI. Madrid, 2006. Disponible en la página web: <http://www.uam.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=pragma&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DNuevos+Instrumentos+Coop.pdf&blobheadervalue2=public&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1242679249160&ssbinary=true>

Artículos en publicaciones periódicas académicas

Burgoyne, Amy y Drummond, Peter. “Knowledge of HIV and AIDS in women in Sub-Saharan Africa”. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé*. No. 2, Vol. 12 (Aug., 2008): 14-31

Desgrées, Annabel du Loû y Coleman, Harriet. "The Couple and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: Telling the Partner, Sexual Activity and Childbearing". En Source: *Population*. No. 3, Vol. 60 (May - Jun., 2005): 179-198

McGillivray, Fiona y Smith, Alastair. "The Impact of Leadership Turnover and Domestic Institutions". *International Cooperation, The Journal of Conflict Resolution*. Vol. 49 (Oct., 2005): 639-660

Machel, Josina. "Unsafe Sexual Behaviour among Schoolgirls in Mozambique: A Matter of Gender". En *Reproductive Health Matters*. No. 17, Vol. 9 By and for Young Women and Men (May, 2001): 82-90

Outwater, Anne; Naema Abrahams y Campbell Jacquelyn. "Women in South Africa: Intentional Violence and HIV/AIDS: Intersections and Prevention". En *Journal of Black Studies*. No. 4, Vol. 35 (Mar., 2005): 135-154

Seckinelgin, Hakan. "Who Can Help People With HIV/AIDS in Africa? Governance of HIV/AIDS and Civil Societ". *International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*. No. 3, Vol. 15 September 2004 (C 2004): 351-368

Seckinelgin, Hakan. *A Global Disease and Its Governance: HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa and the Agency of NGO*. Consulta realizada en octubre de 2011. Disponible en la página Web: https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:IX_rIY84HMsJ:journals.rienner.com/doi/abs/10.5555/ggov.2005.11.3.351+&hl=es&pid=bl&srcid=ADGEESjG7pYWajxMPWI31w9N2CyIke5EnEVzHkI_qNCuDXIIX5ma8MBK8oIaLQVUI4-26plFSRDZy5GdmTKIDM0HskkU0R5S-Wv6pUSpPF8hoOg_tCxJpBcLACtcEui_Z9szWsezHEVJ&sig=AHIEtbThb2dxBLJkdSadh_a8Jpr2gwPBdA&pli=1

Shannonn, Gary W y Pyle, Gerald. "The Origin and Diffusion of AIDS: A View from Medical Geography". *Annals of the Association of American Geographers*. No. 1, Vol. 79 (Mar., 1989): 1-24

Otros documentos

AECID videos. Mozambique. *Malaria*, video. Disponible en la página web: www.firstpost.com.

Africa Progress Panel. *From Agenda to Action Turning Resources into Results for people*. Consulta realizada en enero de 2012. Disponible en la página web: <http://www.africaprogresspanel.org/en/our-work/publications/annual-report-2010/>

Agencia de Cooperación Española. "LA AECID – Introducción". Consulta realizada en noviembre de 2011. Disponible en la página web: <http://www.aecid.es/es/aecid/>

Agencia Española de Cooperación Internacional – AEI. "Documento de estrategia País 2005-2008 Cooperación Española Mozambique"

Agencia Española de Cooperación Internacional – AEI. "Documento de estrategia país 2005-2008 Cooperación Española Mozambique".

Agencia Española de Cooperación Internacional – AEI. Documento "Qué hacemos", 2012. Disponible en la página web: <http://www.aecid.es/es/que-hacemos/accion/que-hacemos/>

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo – AECID. “Documento de estrategia de salud de Cooperación Española en Mozambique, 2010-2013”.

Analistas Financieros Internacionales. Afi Fichas País 12. Mozambique, 2010. pp. 4-7. Fundación AFI. Madrid, 2012. Disponible en la página web: http://azure.afi.es/ContentWeb/EmpresasUnicaja/mozambique/contenido_sidN_1052233_sid2N_1052384_cidLL_753406_ctylL_139_scidN_753406_utN_3.aspx?axisU=informe.pdf

Fondo de las naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. “Mozambique”, 2006. Disponible en la página web: <http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/mozambique.html>

Gobierno de España. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. “Género en desarrollo.” 2011. Disponible en la página web: <http://www.aecid.es/es/que-hacemos/genero/>

Gupta, Geeta. “Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how”. Durban, South Africa. 2000. Ensayo. Disponible en la página web: http://siteresources.worldbank.org/EXTAFRREGTOPGENDER/Resources/durban_speech.pdf

Medicus Mundi Catalunya. "Vita. Mujer, sida y acceso a la salud en Africa Subsahariana: Enfoque desde las ciencias sociales", 2007. Disponible en la página web: www.aeci.es/vita www.medicusmundi.es/catalunya

Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación de España. “Mozambique”. Consulta realizada noviembre de 2011. Disponible en la página web:

<http://www.maec.es/es/menuppal/paises/arbolpaises/mozambique/recomendaciones%20viaje/Paginas/recoMozambique.aspx>

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. “*Plan Director de la Cooperación Española. 2005-2008*”. Consulta realizada noviembre de 2011. Disponible en la página web: http://www.aecid.es/galerias/publicaciones/descargas/Plan_Director0508_Esp.pdf

ONUSIDA. *Avanza la respuesta al VIH de Mozambique, pero se debe prestar más atención a la prevención del VIH*. Consulta realizada en enero de 2012. Disponible en la página web: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2011/september/20110905mozambique/>

Organización de las Naciones Unidas – ONU. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Consulta realizada en noviembre 2011. Disponible en la página web: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf#page=42

Plataforma Sida y desarrollo. "VIH/SIDA y desarrollo. Claves para el trabajo desde la cooperación española", 2007. Disponible en la página web: http://www.portalsida.org/repos/VIH_SIDA%20Y%20DESARROLLO.pdf

Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo-PNUD. *Equidad de género, 2012*. Disponible en la página web: http://www.undp.org.mx/spip.php?page=area&id_rubrique=35

Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo-PNUD. Informes sobre desarrollo humano. Indicadores internacionales sobre desarrollo humano. Ingreso nacional

bruto (INB) per cápita (Constant 2005 international \$) Disponible en la página web:
<http://hdrstats.undp.org/es/indicadores/100106.html>

Programa VITA, Programa de Cooperación al Desarrollo en Salud para África y Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) (ed). *VITA, Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África*. Madrid: 2005

PROSALUS, Salud y Desarrollo. “Análisis de la realidad de Mozambique”. Disponible en la [página web:](http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/An%C3%A1lisis%20realidad%20Mozambique.pdf)
<http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/An%C3%A1lisis%20realidad%20Mozambique.pdf>

Spicker, Paul. *Doce definiciones de pobreza: Doce grupos de significados*. Consulta realizada en diciembre de 2011. Disponible en la página web:
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/06spicker.pdf>

United Nations Development Program - UNDP. “Sustainability and Equity: A Better Future for All”, 2011. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo-PNUD. *Informes sobre Desarrollo Humano*, 2011. Disponible en la página web:
<http://hdr.undp.org/es/estadisticas/idh/>.

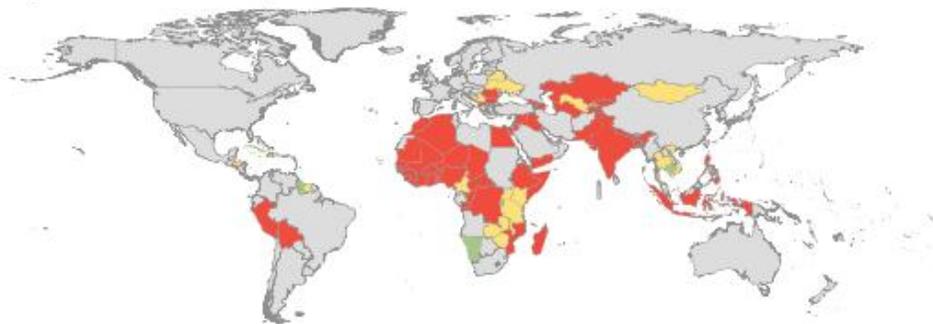
United Nations Development Programme – UNDP. *Gender, women and HD: An agenda for the future, 2011*. Disponible en la página web:
<http://hdr.undp.org/es/informes/nacional/afrika/mozambique/name,3177.es.html>

Anexo 1. Mapa conocimiento del VIH en países en vía de desarrollo

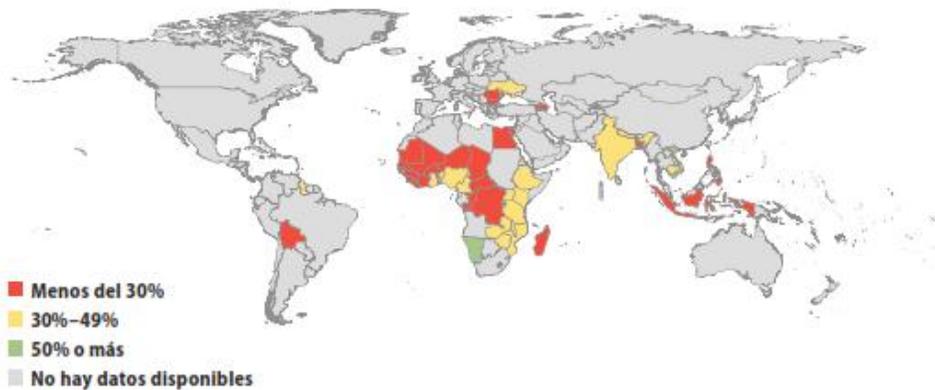
MUCHA GENTE JOVEN SIGUE SIN SABER CÓMO PROTEGERSE CONTRA EL VIH

Mujeres y hombres de 15 a 24 años de edad de países en vías de desarrollo, que poseen un conocimiento correcto e integral acerca del VIH, 2003/2008 (Porcentaje)

Mujeres de 15 a 24 años de edad (87 países)



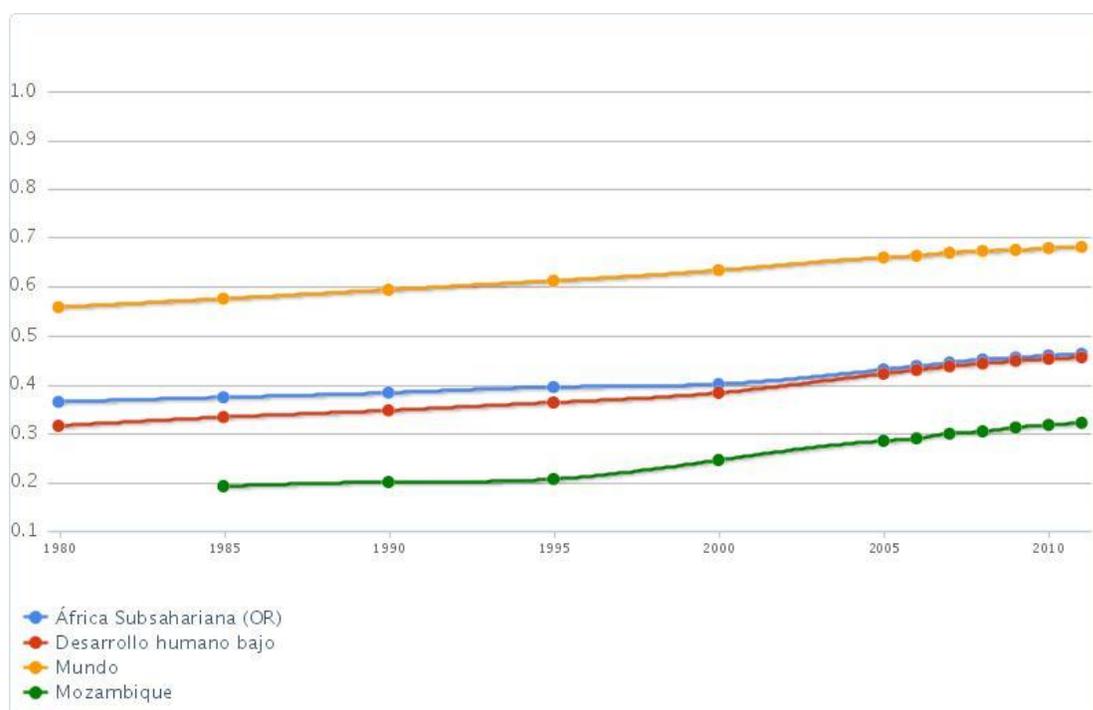
Hombres de 15 a 24 años de edad (51 países)



Fuente: Naciones Unidas – Objetivo de Desarrollo de Milenio, informe 2010. Consulta electrónica.

Anexo 2. Índice de Desarrollo Humano Mozambique

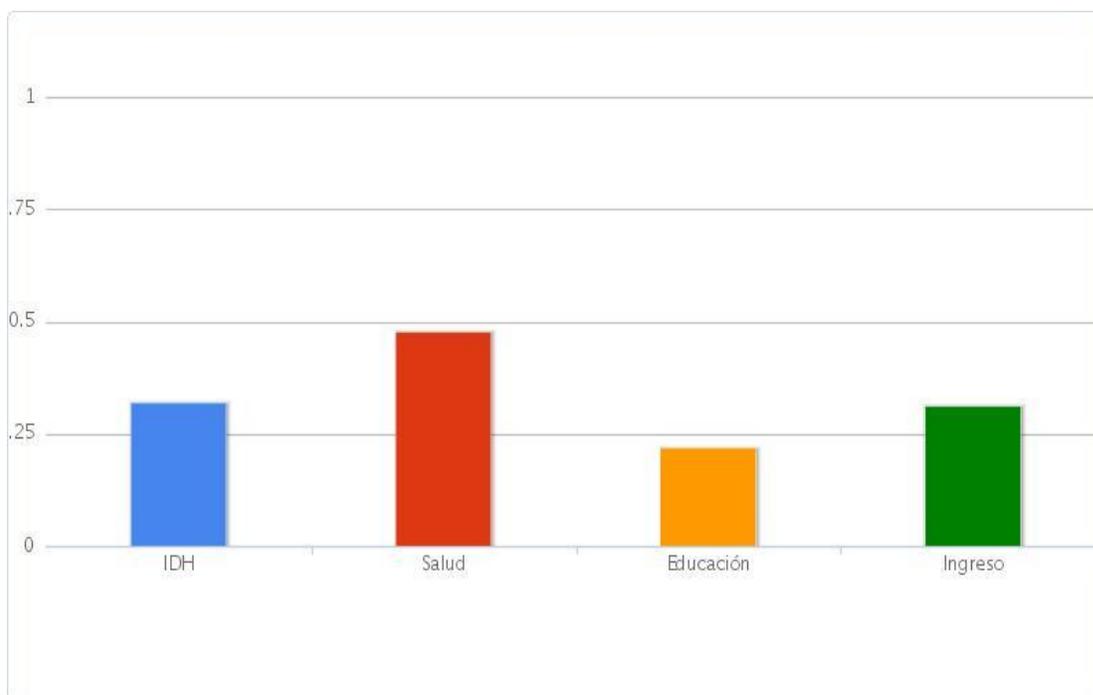
Índice de Desarrollo Humano: Tendencias desde 1985 hasta la actualidad



Fuente: Página web Indicadores Internacionales sobre Desarrollo Humano
<http://hdrstats.undp.org/es/paises/perfiles/MOZ.html>

Anexo 3. Índice de desarrollo humano: Salud, Educación e Ingresos

Índice de desarrollo humano: Salud, Educación e Ingresos



Fuente: Página web Indicadores Internacionales sobre Desarrollo Humano
<http://hdrstats.undp.org/es/paises/perfiles/MOZ.html>

Anexo 4. Correspondencia con la AECID¹

Estimada Sra. Alvarez,

Desde el Área de Salud de la AECID, nos ponemos en contacto con usted para tratar de resolver algunas de sus peticiones relacionadas con los programas de la Cooperación Española dirigidos a las mujeres en la lucha contra el VIH/SIDA en Mozambique para el periodo 2005-2010 demanda de información tramitada a través del centro de información de la AECID.

A este respecto le informamos que la AECID no ha realizado ningún proyecto de cooperación bilateral directa en materia de mujeres y lucha contra el SIDA en Mozambique durante el periodo señalado. Sin embargo, la AECID y otros donantes descentralizados han financiado intervenciones de ONGD españolas en distintos aspectos de lucha contra el sida que podrían ser de interés. En la base de datos en Excel que nuestra Oficina Técnica de Cooperación en Mozambique (OTC) ha elaborado para esta consulta, con las intervenciones de toda la cooperación española desde 2008 (en documento adjunto), se ha realizado una selección de todas aquellas intervenciones que tienen que ver con la lucha contra el SIDA, por si pudieran encajar en el campo de su investigación. Si tuviera interés en alguno de estos proyectos en particular, nuestra OTC podría buscar documentación sobre ellos (En caso de tenerlos en sus archivos). Para ello, le solicitamos se ponga en contacto con nuestra Oficina Técnica de Cooperación en Mozambique, quien gustosos, trataran de apoyarla en lo necesario. La persona de contacto sería, Don. Ignacio Cabria, Adjunto al Coordinador General de la Cooperación Española en Mozambique (Tel.: (258) 21-3097777. Fax: (258) 21-3097779; E-mail: ignacio.cabria@aecid.org.mz)

¹ En busca de información nos dirigimos a la oficina de la Agencia Española mediante correo, y esta fue la respuesta que obtuvimos. Lo que da cuenta del tipo de cooperación que tiene la AECID con Mozambique.

En relación a la Cooperación Multilateral, es importante tener en cuenta que la financiación que España aporta a los Organismos Internacionales y/o Fondos y Programas asociados para la lucha contra el SIDA (Fondo Global, UNITAID, ONUSIDA, IPM, OMS y IAVI) enumerados en la tabla adjunta, no son marcados, es decir, se realiza una contribución general al Organismo, y ellos reparten según sus propias estrategias y criterios internos. Por tal motivo, no es posible establecer una relación directa entre la aportación española y los proyectos financiados por el Organismo, Fondo o Programa, ya que esas aportaciones pueden ir asociados a contribuciones de otros donantes y resulta imposible desagregar la contribución Española . Aún así, le adjuntamos una tabla con las principales contribuciones a estos Organismos, y su respectivo enlace a su página web en Mozambique, donde podrá encontrar información sobre el trabajo que realiza dichas instituciones en ese País. Al igual que en el caso anterior, si tuviera interés en alguno de los Organismos, Fondos o Programas en particular, le solicitamos se ponga en contacto con la persona responsable de su seguimiento, la Dra. Estíbaliz Gracia Rodríguez (estibaliz.saludglobal@gmail.com), quien seguro tratará igualmente de resolver cualquier duda.

Esperando que con esto se pueda dar alguna respuesta a tu petición.

Un saludo.

Área de Salud AECID

Área de Salud /Health Division

Departamento de Cooperación Sectorial y de Género

AECID. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación

Spanish Agency for International Development Cooperation

Dr. Estíbaliz García Rodríguez

Asesora técnica-Salud Global / Technical Advisor for Global Health

Área de Salud (AECID) / Health Division (AECID)

FCSAI- Avda. Monforte de Lemos,3

28029- Madrid, Spain²

² Carta de respuesta a un mail sobre una solicitud de información pertinente para el estudio.