



**Mejora de la calidad de vida
de personas con VIH y de su
entorno los distritos de
Lichinga y Chimbonila,
Niassa, Mozambique.**

**Proyecto presentado al Grupo de Empleados KUTXA
"Ayuda del Tercer Mundo". Julio 2010**

DATOS DE LA ONG SOLICITANTE:



PROSALUS

Dirección: ARRASATE, 12. 6º, Donostia

Teléfono: 943 42 30 35

Fax: 943 42 30 35

E-mail: guipuzcoa@prosalus.es

<http://www.prosalus.es>

Naturaleza Jurídica: Organización sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública

CIF: G78223872

Fecha registro AECID: 21/10/1999

Persona responsable del proyecto: Josean Etxebarría

Cargo: Vicepresidente de Prosalus. Delegado en Donostia.

Se adjunta Memoria 2009 y Estrategia para trabajar en la lucha contra el Sida

DATOS DEL SOCIO LOCAL:



ESTAMOS ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

Dirección: Av. Samora Machel, Lichinga, Niassa, Mozambique

Teléfono: (258) 271 20318

Fax: (258) 271 20318

E-mail: feliciano@teledata.mz

<http://www.estamos.org.mz>

Naturaleza Jurídica: Asociación sin fines de lucro

Fecha de Constitución: 1996

Responsable proyecto: Feliciano dos Santos

Cargo: Director

Se adjuntan Estatutos y Planificación estratégica 2006-2011

DATOS DEL PROYECTO

TÍTULO: Mejora de la calidad de vida de personas con VIH y de su entorno los distritos de Lichinga y Chimbonila, Niassa, Mozambique.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:

Dentro del Plan estratégico de Prosalus se establece como una de las áreas de acción en Mozambique el apoyo a iniciativas de respuesta a la grave situación que el VIH está causando en ese país. El trabajo en VIH/Sida que desarrolla Prosalus debe enmarcarse en su Misión de contribuir a hacer real y efectivo del derecho a la salud, y como tal debe trabajarse con una visión de integralidad y de desarrollo a largo plazo, ya que cualquier intervención en Sida requiere de un trabajo de larga duración.

Dentro de esta línea, desde el año 2006 y con apoyo de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha se ha estado acompañando todo un proceso que busca mejorar las condiciones de vida de las personas afectadas e infectadas por el Sida y de su entorno.

La experiencia adquirida a lo largo de estos años nos indica que es importante que los trabajos en cuidados domiciliarios tengan una visión de largo plazo para permitir que haya un acompañamiento completo en las diversas fases de la enfermedad, teniendo en cuenta que, antes de recibir este apoyo, el enfermo generalmente se encuentra en una fase muy avanzada de la dolencia (están en cama sin posibilidad de hacer absolutamente nada) siendo el proceso de recuperación largo e imprevisible.

Por este motivo, se ha considerado oportuno presentar un Programa a la Junta de Castilla La Mancha para garantizar la continuidad de este trabajo por lo menos durante otros 3 años, ya que, según establece el Ministerio de Salud de Mozambique un programa de respuesta al sida debe tener una continuidad de al menos 5 años para que su incidencia e impacto sean verdaderamente positivos, duraderos y apropiados para la población.

Sin embargo, entre el último proyecto en ejecución y el comienzo del programa de 3 años habrá un intervalo de al menos 6 meses en los que, de no obtener apoyo externo, el trabajo debería quedar prácticamente parado, con las graves consecuencias que ello puede suponer fundamentalmente para los enfermos. Siendo así, presentamos este proyecto de 6 meses de duración que pretende dar continuidad y mejorar el programa de asistencia, formación y prevención del VIH iniciado, y cuyo objetivo específico es reducir el impacto del VIH en Lichinga y Chimbonilla (ampliando el número de barrios atendidos), Provincia de Niassa, a través de acciones que permitan a las personas infectadas y afectadas por el VIH y ya con sida, mantener una calidad de vida digna. Se trata de mejorar y prolongar la vida de esas personas infectadas o en situación de especial vulnerabilidad a través del apoyo mediante cuidados domiciliarios que incluyen asistencia a domicilio y cuidados básicos en salud (a domicilio y en centros especializados), mejora de las condiciones de saneamiento y habitabilidad, apoyo nutricional, asistencia a huérfanos, y acciones de prevención.

Se pretende de este modo continuar complementando la red integral de combate al sida de la ciudad de Lichinga y Distrito de Chimbonila, a través del trabajo de cuidados domiciliarios en conjunción con un programa de prevención. Para este trabajo, se está contando en todo momento con el apoyo y la colaboración del Ministerio de Salud (MISAU, que a través de la ANEMO – Asociación Nacional de Enfermeros de Mozambique- capacita al personal de Estamos en

cuidados domiciliarios), el Núcleo Provincial de Combate al Sida, la Dirección Provincial de Salud, la ONG Médicos Sin Fronteras y las comunidades beneficiarias de la acción (cargos políticos electos, autoridades tradicionales –régulos-, autoridades religiosas y población en general)

Durante estos 6 meses se seguirá contando con un grupo de voluntarios que actúan como agentes de prevención (activistas) y trabajan en estrecha relación con, entre otros, los líderes tradicionales y los centros de salud y hospitales para la identificación de los beneficiarios. A partir de ese momento se desarrollarán diferentes acciones:

- Cuidados domiciliarios. En un primer momento los voluntarios darán una asesoría inicial para animar a los enfermos y sus familias a afrontar y combatir la enfermedad y les dirigirán a las unidades de salud de la zona. Posteriormente, a través de los cuidados domiciliarios, se realizará un seguimiento de aquellas personas afectadas por la enfermedad, incluidas sus familias, y se les prestará apoyo y asesoría tanto psicológica como de salud. En aquellos casos en que sea necesario, se dará además un apoyo alimentario mediante la distribución de una canasta básica de alimentos y productos de higiene, con el fin de mejorar el estado nutricional de los enfermos y lograr que su adherencia a los tratamientos sea mayor y las posibilidades de contraer enfermedades oportunistas disminuya. Se dará una atención aún más sistemática y directa a las mujeres embarazadas como grupo especialmente vulnerable.
- Reducción del estigma y la discriminación y prevención. Se realizarán campañas, teatros y actividades en la comunidad encaminadas a informar, formar y eliminar barreras entorno a la enfermedad. Según recomienda el MISAU, todo proyecto en Sida debe contemplar actividades de educación y prevención ya que la persona enferma debe conocer las maneras de evitar contraer enfermedades oportunistas así como evitar contagiar a otras personas y estas deben saber cómo protegerse. Además, es fundamental tratar con toda la comunidad sobre la problemática del estigma y la discriminación, males peores que la propia enfermedad.

ÁREA DE INTERVENCIÓN:

DEPARTAMENTO : Niassa
DISTRITO : Lichinga y Chimbonilla

A lo largo de estos dos años de trabajo, hemos sentido las dificultades de poner límites a los barrios de intervención. Aunque en un primer momento se trató de focalizar el trabajo únicamente en 6 barrios del municipio, el alto índice de prevalencia del VIH-SIDA hace prácticamente imposible delimitar de forma tan severa la zona de intervención.

En el municipio de Lichinga, al igual que ocurre en casi todo el país (especialmente en las afueras de las ciudades y en zona rural) es complicado establecer donde empieza un determinado barrio y donde acaba otro. Siendo así, en el desarrollo de las fases anteriores a esta propuesta, los activistas vieron como en muchas ocasiones estaban prestando apoyo a personas que, sin saberlo y sólo tras consultar algunos registros de propiedad, pertenecían a un barrio distinto al inicialmente atribuido. Además, debe tenerse en cuenta que todo el trabajo de cuidados domiciliarios se desarrolla en estrecha coordinación y colaboración con los centros de salud y

hospitales, en los que no hacen distinción entre los pacientes en función de su barrio de origen, por lo que los activistas voluntarios en muchas ocasiones reciben una solicitud de apoyo desde el centro de salud para alguna persona del mismo municipio pero de distinto barrio al inicialmente seleccionado por el proyecto.

Con todo esto, a lo largo de estos años hemos sentido que no es factible delimitar tanto la zona de intervención. Por tanto, consideramos conveniente continuar concentrando el trabajo en el Municipio de Lichinga pero sin establecer límites en cuanto a los barrios, por lo que tendríamos que hablar de que el proyecto se va a desarrollar en todos los barrios de la ciudad de Lichinga (especialmente en los alrededores de la ciudad) así como en la sede del distrito de Lichinga (zona de Chimbonila)

Se adjunta mapa de situación del proyecto.

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO: 6 meses

FECHA PREVISTA DE INICIO: Enero 2011

COSTE TOTAL DEL PROYECTO Y APORTACIONES:

COSTE TOTAL: 28.194,98 euros
APORTACIÓN LOCAL: 8.034,53 euros
APORTACIÓN PROSALUS: 777,57 euros
OTRAS APORTACIONES: 0,00
IMPORTE SOLICITADO: 19.382,88 euros

SUBSECTORES CAD: 12250 Control de enfermedades infecciosas
13040 SIDA
12281 Educación sanitaria

OBJETIVO DEL MILENIO en el que incide el proyecto:

Objetivo 6: combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
Meta 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015
Indicadores: 6.2 Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo; 6.3 Proporción de la población de entre 15 y 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA

BENEFICIARIOS:

Población beneficiaria Directa:

Se beneficiará de forma directa a personas enfermas de SIDA, enfermos crónicos por causa de otras infecciones, sus familias, niños y niñas huérfanos a causa de la enfermedad y a la comunidad en general.

Se dará apoyo a enfermos y a sus familias a través de los cuidados domiciliarios, y la distribución de una cesta básica de alimentos y de materiales de higiene.

Además, se continuará trabajando con el total de la población del Distrito de Lichinga (incluyendo la ciudad de Lichinga y Chimbola, sede del distrito), llegando al menos a 18 barrios de la zona, en acciones encaminadas a la eliminación de barreras, reducción del estigma y la discriminación y prevención.

Se prestará una atención específica a las mujeres en general y a aquellas que estén embarazadas en particular, como grupo especialmente vulnerable.

Población beneficiaria Indirecta:

Estimamos que el total de la población de las zonas de intervención se está beneficiando y se beneficiará con todo este proceso iniciado en el año 2006, fundamentalmente a través de las actividades de prevención. Los barrios en los que se está y se va a trabajar, dentro del Distrito de Lichinga, tienen una población total de alrededor de 53240 personas, de las cuales se calcula que un 55% son mujeres y un 45% hombres (29282 mujeres y 23958 hombres)

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA:

Se trabajará en coordinación directa con el Hospital Provincial de Niassa y los centros de salud para la identificación y encaminamiento de los enfermos al proyecto.

Además, los activistas voluntarios, junto con los líderes locales, trabajarán en sus comunidades para la identificación de enfermos por causa del VIH quienes, precisamente por el avance de la enfermedad, no tienen posibilidad de acudir por sí solos a una unidad de salud. En estos casos, los voluntarios mantendrán conversaciones con el enfermo y sus familiares para saber si este ya recibió algún tratamiento, el lugar donde se lo prestaron, el tipo de tratamiento seguido y la situación actual del enfermo para, a partir de recibir esa información, poder asesorar adecuadamente a la persona con VIH y a sus familiares sobre la forma de proceder y sobre la importancia de seguir un tratamiento adecuado. Únicamente podrán remitir al enfermo a la unidad de salud si él y su familia dan el consentimiento expreso.

Una vez los enfermos acuden a la Unidad de salud, estos servicios elaboran unas guías de referencia en las que se indica el tipo de infección que tiene el enfermo así como el tratamiento que está recibiendo y los cuidados y apoyos que debe tener. Esta guía por paciente sirve de base a los voluntarios-activistas de Estamos para ofrecer un apoyo adecuado al enfermo y a sus familias.

Una vez los pacientes son identificados, estos son visitados una vez por semana por los técnicos en salud quienes, de ser necesario, pueden ofrecer tratamiento para algunas enfermedades en los propios domicilios de los enfermos. Por otra parte, los voluntarios dan un apoyo moral a los enfermos y a sus familias.

En algunas ocasiones, y únicamente tras una valoración por parte de una unidad sanitaria u hospital de día, los enfermos y sus familias pueden recibir apoyo alimentario a través de la distribución de una canasta básica de alimentos, así como materiales de higiene.

ANTECEDENTES, CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN:

1.- Antecedentes

El sida es una de las mayores amenazas para el desarrollo de Mozambique, es uno de los países más afectados del mundo por esta enfermedad. Se estima que la prevalencia entre las personas adultas (15 a 49 años) en el año 2010 alcance el 16,8%. El número de muertes por sida se puede triplicar en los próximos años, a pesar de la expansión de la terapia antirretroviral, lo que lleva a que se considere a los huérfanos del sida como grupo de población vulnerable, se prevé que en 2010 haya más de 600.000 huérfanos debido al sida. Asimismo, según UNICEF, la gran mayoría de los bebés que nacen con VIH no sobreviven, la mitad de los bebés fallecen antes de llegar a un año de vida y la otra mitad, antes de llegar a los 2 años de vida.

En el PARPA II (Plan nacional acción para la reducción de la pobreza absoluta 2006-2009) se afirma que es necesario considerar el VIH/ sida como una urgencia nacional, a través de una respuesta multisectorial efectiva y sostenida que contribuya no solo a detener el avance de las infecciones sino también a prolongar la esperanza de vida de las personas con VIH/sida, mediante tratamientos adecuados y la mejora de sus condiciones de vida.

El acceso a un tratamiento antirretroviral, aunque gratuito y universal, aún no llega a todos los lugares además, aquellas personas que pueden acceder a ese tratamiento, tienen una serie de dificultades añadidas, como son el transporte para realizar el seguimiento, la falta de una alimentación adecuada que haga que el tratamiento sea efectivo al 100% y no aparezcan resistencias, falta de acceso a agua segura, las condiciones de vivienda e higiene, acompañamiento de las enfermedades oportunistas, etc.

La situación social de la mayoría de las familias que tienen uno o más casos de enfermos/as o infectados/as, es un problema que agrava la situación. En muchos casos son las cabezas de familia, madre y/o padre que están infectados, que no pueden mantener una actividad profesional para cubrir el mantenimiento de la familia.

En esta línea, Prosalus viene trabajando con Estamos desde agosto del año 2006 en diversos proyectos orientados a la mejora de la calidad de vida de personas infectadas y afectadas por el VIH/sida en Mozambique, concretamente en la Provincia de Niassa. Para el desarrollo de estos proyectos se ha contado con el apoyo continuo de la Junta de Castilla La Mancha, en proyectos más enfocados a los cuidados domiciliarios a enfermos, refuerzo a niños y niñas huérfanos y a la prevención de la enfermedad. Paralelamente, también se han ido apoyando otras iniciativas de menor envergadura pero que han servido de complemento a ese trabajo: proyectos de agua y saneamiento (construcción de pozos y letrinas) dirigidos fundamentalmente a este grupo de población y proyectos de mejora de las condiciones nutricionales de los enfermos y su entorno (mejora de una machamba comunitaria)

Por este motivo, se ha considerado oportuno presentar un Programa a la Junta de Castilla La Mancha para garantizar la continuidad de este trabajo por lo menos durante otros 3 años, ya que, según establece el Ministerio de Salud de Mozambique un programa de respuesta al sida debe tener una continuidad de al menos 5 años para que su incidencia e impacto sean verdaderamente positivos, duraderos y apropiados para la población.

Sin embargo, tal y como se recoge en el apartado de “Resumen del proyecto”, entre el último proyecto en ejecución y el comienzo del programa de 3 años habrá un intervalo de al menos 6 meses en los que, de no obtener apoyo externo, el trabajo debería quedar prácticamente parado, con las graves consecuencias que ello puede suponer fundamentalmente para los enfermos. Siendo así, presentamos este proyecto de 6 meses de duración que pretende dar continuidad y mejorar el programa de asistencia, formación y prevención del VIH iniciado, y cuyo objetivo específico es reducir el impacto del VIH en Lichinga y Chimbonilla (ampliando el número de barrios atendidos), Provincia de Niassa, a través de acciones que permitan a las personas infectadas y afectadas por el VIH y ya con sida, mantener una calidad de vida digna. Se trata de mejorar y prolongar la vida de esas personas infectadas o en situación de espacial vulnerabilidad a través del apoyo mediante cuidados domiciliarios que incluyen asistencia a domicilio y cuidados básicos en salud (a domicilio y en centros especializados), mejora de las condiciones de saneamiento y habitabilidad, apoyo nutricional, asistencia a huérfanos, y acciones de prevención.

2.- Contexto

Contexto general:

Mozambique

Mozambique, con una extensión de 799.380 km² y más de 19 millones de habitantes, está dividida en 11 provincias: Cabo Delgado, Gaza, Inhambane, Manica, Maputo (ciudad), Maputo (provincia), Nampula, Niassa, Sofala, Tete y Zambezia.

La pobreza envuelve a la sociedad mozambiqueña: tres de cada cuatro mozambiqueños es pobre. La mayoría de la población (75%) vive en zonas rurales, practica una agricultura de subsistencia y es muy vulnerable a ciclos de sequías e inundaciones que se abaten periódicamente sobre Mozambique. Mozambique ocupa el puesto 172 –de 177 países- según el Índice de Desarrollo Humano. Se trata, por tanto, de uno de los países más pobres del mundo con una economía pequeña, baja expectativa de vida y altas tasas de mortalidad infantil.

La situación sanitaria en Mozambique es igualmente muy preocupante. Hay una gran escasez de recursos humanos y la gestión es muy deficiente

Tal y como hemos recogido en el apartado anterior, el sida es una de las mayores amenazas para el desarrollo de Mozambique, es uno de los países más afectados del mundo por esta enfermedad. Se estima que la prevalencia entre las personas adultas (15 a 49 años) en el año 2010 alcance el 16,8% y que haya más de 600.000 huérfanos debido a esta enfermedad. Hay, aproximadamente, 500 nuevas infecciones cada día y la mayoría de ellas se dan en la población menor de 30 años, sector de población más productiva con el retraso económico que eso supone para el país.

En cifras, encontramos los siguientes datos:

- Población total: 19.792.000 personas
- Índice de pobreza: 50,7%
- Esperanza de vida: 41,9 años
- Población urbana: 36,8%
- Deuda externa total: 4.651 \$
- Índice de Desarrollo Humano: 0,379
- Analfabetismo hombres: 37,7%
- Analfabetismo mujeres: 68,6%

- Población sin acceso a agua potable: 57%
 - Nº médicos: 0,03 por 1.000 hab.
 - Población sin acceso a servicios de salud: 70%
 - Mortalidad infantil: 100,9 por 1.000 nacidos vivos
 - Casos de malnutrición aguda en menores de 5 años: 24%
 - Prevalencia en adultos del VIH/SIDA: 16,1%
 - Prevalencia tuberculosis (1997): 635 por 100.000 hab.
- Datos procedentes de "El Estado del Mundo 2007", Ediciones Akal.

Contexto específico:

Niassa

Niassa es la provincia más grande de Mozambique y la menos poblada, con una extensión de 129.362 km.2 y cerca de 800.000 habitantes, de los cuales cerca de 85.000 viven en Lichinga, la capital de provincia.

Situada al norte del país, hace frontera con Tanzania, Malawi y el lago Niassa. Bordea al sur con las provincias de Zambezia y de Nampula y al este con Cabo Delgado.

Se trata de una provincia con gran riqueza y variedad cultural debido a que su población está constituida en gran parte por inmigrantes de las etnias macuas, ajaus y nianjas.

Es una de las provincias más pobres y, consecuentemente, una de las menos desarrolladas. Está dividida en 15 distritos, gobernados por administradores de distrito. De la población activa, alrededor del 87,9% sobrevive gracias a la agricultura y pesca. A pesar de esto, Niassa tiene falta de mercados y de sistemas de distribución para los productos agrícolas, lo que limita los ingresos que las familias puedan generar con la agricultura. Entre noviembre y junio la mayoría de los habitantes de Niassa pasan gran parte de su tiempo en campos de cultivo distantes de sus hogares.

En Niassa, un 70% de la población adulta es analfabeta. Los niños, y especialmente las niñas, no tienen acceso a la educación debido a la existencia de una red escolar escasa, mal distribuida e ineficiente.

Del mismo modo, el acceso a servicios básicos de salud es muy limitado.

El 40% de la población tiene acceso a agua potable y un 53,7% a letrinas.

En la provincia de Niassa, la prevalencia aumentó de 5,9% en el 2000 a 11,1 en 2002. Actualmente, según establece el Departamento de Salud Provincial, se estima que la prevalencia del VIH alcanza el 13,6%. Estos datos suponen que alrededor de 54.000 personas viven actualmente con el VIH/SIDA y de ellas aproximadamente 8.600 precisan de tratamiento antiretroviral urgente.

El distrito de Lichinga tiene una extensión de 5.352 km2 y una población estimada de 86.500 habitantes, de los cuales el 48% son menores de 15 años, el índice de incidencia de la pobreza se sitúa en un 57%. Lichinga, capital de la provincia de Niassa, es una ciudad en constante evolución y movimiento continuo de personas por su situación geográfica, lo que lleva a un aumento en la búsqueda espacios habitables, servicios sociales, saneamiento, etc. La capital tiene una extensión de 280 km2 y está formada por 12barrios subdivididos en 4 distritos urbanos. El acceso a agua y saneamiento. La mayoría de la población realiza una agricultura de subsistencia. Este distrito tiene en la actualidad una tasa de seroprevalencia muy elevada si se compara con la situación de años anteriores. A esto debemos añadir que la situación sanitaria presenta unas características muy

deficientes. A modo de ejemplo comentar que en Lichinga hay 1 unidad sanitaria por cada 8.500 personas, 1 cama por cada 7.200 habitantes y un profesional técnico por cada 4.200 residentes.

Se adjunta Información detallada del Distrito de Lichinga, Niassa

3.- Justificación

La cooperación española parte del reconocimiento de la salud como un bien público global y derecho fundamental y establece que la mejora de la situación de la salud en África constituye un reto para los países más avanzados y una apuesta para la cooperación española. Entre otros, establece como ámbito de actuación preferente la lucha contra las enfermedades transmisibles, tal es el caso del sida, enfermedad sobre la que incide directamente el programa propuesto. Los componentes básicos de cualquier actuación para la lucha contra esta y otras enfermedades son: el diagnóstico, la prevención, el control, el tratamiento y la investigación.

Por otra parte, tal y como hemos comentado, en el PARPA II (Plan nacional acción para la reducción de la pobreza absoluta 2006-2009) se afirma que es necesario considerar el VIH/ sida como una urgencia nacional, a través de una respuesta multisectorial efectiva y sostenida que contribuya no solo a detener el avance de las infecciones sino también a prolongar la esperanza de vida de las personas con VIH/sida, mediante tratamientos adecuados y la mejora de sus condiciones de vida.

El elevado índice de pobreza contribuye sobremanera en la rápida expansión del sida. Los pobres son más vulnerables a la enfermedad por diversos factores que vienen además determinados por la resistencia de la población a cambiar de comportamiento con respecto a esta enfermedad. La falta de acceso a una información adecuada, la falta de acceso a servicios de salud, la búsqueda de medios para sobrevivir que lleva a migraciones constantes y, consecuentemente, al cambio frecuente de pareja, unido a la falta de conocimiento sobre una vida sexual saludable, y la falta de prácticas sexuales sin riesgo, sitúan a la población más pobre en una posición de alto riesgo frente a la pandemia de sida. Además, la experiencia da evidencias de que la combinación de pobreza y el aumento de casos de sida en las comunidades está llevando a la ruptura de las prácticas culturales de solidaridad, dejando cada vez más a las personas afectadas e infectadas en una situación de vulnerabilidad extrema. La pandemia de VIH en Mozambique y, concretamente, en la zona de intervención, incide no sólo en la salud de la población, sino también en otros sectores de desarrollo de la comunidad.

El sistema mozambiqueño de salud no tiene capacidad ni está preparado para dar asistencia a todas las personas que viven con esta enfermedad, siendo necesaria la combinación del trabajo de varios organismos, incluidas las ONG.

Existe por tanto la necesidad de elaborar un programa que de una respuesta multisectorial y contribuya de forma efectiva a la mejora de la calidad de vida y salud de las personas con VIH/sida y su entorno. El crecimiento de las unidades y puestos de salud que pasarán a diagnosticar y tratar el sida con antirretrovirales (según la política nacional) necesitarán apoyo a través de los cuidados domiciliarios y acciones de prevención. Por otra parte, las personas viviendo con sida sufren de enfermedades oportunistas, muchas de ellas aparecen por el consumo de agua insegura y por un

inadecuado acceso a saneamiento, especialmente en las épocas de lluvias, en las que parecen casos de cólera que se ceban muy especialmente con este grupo de población tan vulnerable. Las necesidades de incluir en el programa el componente de agua y saneamiento son tan importantes como el acceso al tratamiento, al igual que el acceso a una alimentación adecuada, que en el caso de estas personas es además esencial para que el tratamiento adhiera y sea eficaz. Es necesario igualmente que este programa considere la creación de una base sostenible para mantener los lazos solidarios entre las comunidades y potenciar las organizaciones comunitarias de base.

Por último, comentar que no existe hasta el momento en la zona ninguna organización ni institución que esté prestando este tipo de servicio o similares en la zona.

Como hemos comentado, este programa de 3 años de duración ya ha sido presentado y se espera obtener apoyo a partir de abril de 2011. Por tanto, entre el último proyecto en ejecución, que finalizará en octubre de 2010 y el comienzo del programa de 3 años habrá un intervalo de al menos 6 meses en los que, de no obtener apoyo externo, el trabajo debería quedar prácticamente parado, con las graves consecuencias que ello puede suponer fundamentalmente para los enfermos; por este motivo presentamos este proyecto de 6 meses de duración que pretende dar continuidad y mejorar el programa de asistencia, formación y prevención del VIH iniciado, y cuyo objetivo específico es reducir el impacto del VIH en Lichinga y Chimbonilla (ampliando el número de barrios atendidos), Provincia de Niassa.

Se adjunta estadística sobre número de personas viviendo con vih/sida (PVHS) atendidos en los centros de salud del distrito de Lichinga en los años 2007, 2008 y 2009

4. DESARROLLO DEL PROYECTO.

<p>Objetivo Global de desarrollo: Reducir el impacto del VIH-SIDA en el Municipio de Lichinga, ciudad de Lichinga y distrito de Chimbonilla, Departamento de Niassa.</p>
<p>Objetivo(s) Específico(s) del proyecto: Mejorar y prolongar la vida de personas afectadas por el SIDA y de su entorno a través del apoyo con cuidados domiciliarios en combinación con cuidados sanitarios en centros de salud, y con apoyo nutricional en la ciudad de Lichinga y distrito de Chimbonilla, Municipio de Lichinga.</p>
<p>Resultados esperados, Indicadores y Fuentes de verificación:</p>
<p>Resultados esperados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar los servicios de salud básica de atención a las personas infectadas y afectadas por la pandemia del VIH-SIDA, (grupo vulnerable de la población) a través de los cuidados domiciliarios 2. Reducir el estigma y la discriminación en torno a la enfermedad del SIDA y contribuir a la prevención mediante la información, comunicación, formación y las campañas de prevención. 3. Mejorar el estado nutricional y de salud de las personas infectadas y afectadas por la enfermedad mediante el abastecimiento de una canasta básica de alimentos e higiene.

Indicadores del grado de consecución de los resultados:

1. Cuidados domiciliarios.
 - Enfermos de sida ya atendidos por el programa de cuidados domiciliarios en ejecución siguen contando con servicios de acompañamiento, asesoría y asistencia.
 - Enfermos de sida ya atendidos por el programa de cuidados domiciliarios en ejecución y sus familiares cuentan con apoyo psicosocial, adquiriendo conocimiento sobre su estado de salud y emocionalmente más motivados para llevar una vida positiva.
 - Enfermos de sida ya atendidos por el programa de cuidados domiciliarios en ejecución tienen acceso a servicios básicos de salud en centros de salud de la zona de intervención.
 - Al menos el 60% de los enfermos atendidos son mujeres.
2. Información, formación y eliminación de barreras entorno a la enfermedad y mejora de los conocimientos sobre prevención de la enfermedad
 - Al menos 24 activistas y familias beneficiadas por la formación en nutrición y vida saludable.
 - Participación en la vida familiar sin estigma ni discriminación, con cambios de comportamiento y aumentando la armonía entre los enfermos y sus familiares.
 - Mayor conocimiento sobre las vías de transmisión del HIV/SIDA y reducción de los comportamientos de riesgo.
3. Canasta básica.
 - Enfermos de sida ya atendidos por el programa de cuidados domiciliarios en ejecución y sus familias mejoran su dieta alimentaria y nutricional y sus hábitos de higiene.
 - Reducción de la aparición de enfermedades oportunistas en al menos un 20%.
 - Al menos un 60% de las personas beneficiadas con la cesta básica son mujeres.

Fuentes de verificación de los indicadores:

1. Cuidados domiciliarios.
 - a. Informes de actuación de Estamos y el equipo de sida.
 - b. Estadísticas de las consultas y actividades de apoyo psicosocial.
2. Información, formación y eliminación de barreras entorno a la enfermedad y mejora de los conocimientos sobre prevención.
 - a. Informes de actividades de prevención.
3. Canasta básica.
 - a. Listado de alimentos dispensados.
 - b. Listado de productos de higiene distribuidos.

Descripción de actividades y cronograma:

- 1) Cuidados domiciliarios.
 - a) Identificación de los enfermos de sida en coordinación con los hospitales y centros de salud.
 - b) Facilitar el transporte de los enfermos de casa al hospital y/o centro de salud y viceversa.
 - c) Apoyo en cuidados básicos a los enfermos en sus residencias (acompañamiento, asesoría y apoyo emocional)
- 2) Información, formación y eliminación de barreras entorno a la enfermedad y mejora de los conocimientos sobre prevención.
 - a) Capacitación de activistas y familias en cuidados domiciliarios, nutrición y vidas saludables.

- b) Formación básica en prevención de las ETS-HIV y en cuidados básicos a los líderes comunitarios.
 - c) Campañas de prevención.
- 3) Canasta básica.
- a) Identificación de los enfermos y familias en peores condiciones económicas.
 - b) Distribución de la canasta básica de alimentos.
 - c) Distribución de productos de higiene.

Cronograma

Actividades/Meses	1	2	3	4	5	6
1.1. Identificación de los enfermos de SIDA en coordinación con los hospitales y centros de salud de la zona.	X	X	X	X	X	X
1.2. Facilitar el transporte de los enfermos de casa al hospital y/o centros de salud de la zona y viceversa.		X	X	X	X	X
1.3. Apoyo en cuidados básicos a los enfermos en sus residencias (acompañamiento, asesoría y apoyo emocional)		X	X	X	X	X
2.1. Capacitación y reciclaje de los activistas en cuidados domiciliarios, nutrición y vidas saludables en coordinación con los líderes comunitarios, tradicionales e iglesias.		X	X			
2.2. Formación básica de los líderes comunitarios en cuidados domiciliarios y prevención de las ITS-VIH/SIDA		X	X			
2.3. Campañas de prevención			X	X	X	X
3.1. Identificación de los enfermos y familias en peores condiciones económicas.	X	X	X	X	X	X
3.2. Distribución de la canasta básica de alimentos.		X	X	X	X	X
3.3. Distribución de productos de higiene.		X	X	X	X	X

Descripción de recursos humanos y materiales:

Recursos humanos:

- 24 activistas voluntarios. Estas personas, que ya vienen trabajando en el programa desde que inició, recibirán un reciclaje en cuidados domiciliarios y se encargarán de hacer un seguimiento de las personas afectadas por el SIDA y de su entorno.
- 1 técnico de salud. Un técnico de salud especializado en HIV/SIDA. Estará encargado de supervisar todas las actividades, especialmente aquellas relacionadas con la atención sanitaria y el apoyo emocional a enfermos de SIDA y sus familias.
- 1 conductor. Encargado de facilitar el transporte de los enfermos de casa al hospital y/o centro especializado y viceversa, fundamentalmente para aquellos barrios y/o casas que se encuentran más distanciados de los centros de salud.

- 1 asistente técnico del programa de cuidados domiciliarios. Dará apoyo técnico a los activistas voluntarios durante la implementación del proyecto y recopilará la información de estos mensualmente para poder hacer un seguimiento técnico adecuado de los avances del programa.
- 1 gestor del programa, encargado de gestionar el programa y realizar la planificación, monitorización y supervisión de las actividades así como de preparar informes mensuales para la dirección de la organización y para la Dirección Provincial de Salud.
- Estamos pondrá además a disposición del proyecto al Director de la organización, quien supervisará y asegurará la correcta implementación del proyecto y realizará informes semestrales y anuales, así como a la responsable de finanzas y al resto de su personal administrativo para atender los asuntos logísticos.

Recursos materiales:

Igualmente este Proyecto contempla una amplia variedad de recursos materiales entre los que se menciona:

- Oficina de Estamos, ubicada en Lichinga, ciudad donde se desarrolla el Proyecto. La contraparte dispone de su sede con toda su logística, para centralizar las actividades de contabilidad y administración así como para otras actividades del proyecto que necesiten de sus instalaciones para realizarlas.
- Un coche y una motocicleta. Para garantizar el transporte de los enfermos de casa al hospital y/o centro especializado y viceversa. Estos vehículos serán aportados por la organización local.

PRESUPUESTO (6 meses) EUROS

CONCEPTO	CONTRIBUCIONES LOCALES Y VALORIZACIÓN			TOTAL
	KUTXA	PROSALUS	ESTAMOS	
I. COSTES DIRECTOS				
3. Equipos y suministros	3.780,00	0,00	4.526,50	8.306,50
Vehículo para transporte de los enfermos al hospital*			3.917,16	3.917,16
Motocicleta para las visitas domiciliarias*			609,34	609,34
Kit para los voluntarios	500,00			500,00
Kit para el técnico de salud	230,00			230,00
Cesta básica y materiales de higiene personal (200 enfermos) Arroz, aceite, azúcar, sal, jabón, etc.	2.550,00			2.550,00

Material de apoyo para campañas de líderes comunitarios	500,00			500,00
4. Personal local	13.552,88	0,00	3.508,03	17.060,91
Subsidio Voluntarios (24 pers/6 meses/50 USD mes)	6.298,10			6.298,10
Técnico de salud (1 pers/6 meses/350 USD mes)	1.968,16			1.968,16
Conductor (1 pers/6 meses/200 USD mes)	1.180,90			1.180,90
Subsidio asistente (1 pers/ 6 meses/300 USD mes)	1.705,74			1.705,74
Gestor del proyecto (1 pers/ 6 meses/ 500 USD mes)	2.400,00			2.400,00
Director 1/4 jornada (1 pers/6 meses/ 600 USD mes)			2.715,90	2.715,90
Contable 1/4 jornada (1 pers/ 6meses/ 175 USD mes)			792,14	792,14
7. Funcionamiento	550,00	777,57	0,00	1.327,57
Mantenimiento vehículos		500,00		
Luz (16 USD/6 meses)		66,86		
Agua (59 USD/6 meses)		100,00		
Comunicaciones (teléfono) (192 USD/6 meses)	350,00			
Toner (154 USD/2 unid.)	200,00			
Papel (7 USD/20 paq.)		63,00		
Gastos bancarios (transferencias)		47,71		47,71
TOTAL COSTES DIRECTOS	17.882,88	777,57	8.034,53	26.694,98
II. COSTES INDIRECTOS				
1. Gastos administrativos ONG española	1.500,00			1.500,00
TOTAL COSTES INDIRECTOS	1.500,00	0,00	0,00	1.500,00
TOTAL GENERAL EN EUROS	19.382,88	777,57	8.034,53	28.194,98
	68,75%	3%	28%	100%

T/C a 22/06/10:

1 euro =

1,23847

USD

*Para calcular el valor del vehículo y de la motocicleta se ha dividido su precio de mercado entre 4 años que se estima es la vida útil de este tipo de equipos en zonas rurales. Puesto que este proyecto tiene una duración de 6 meses se ha imputado al mismo un 12,5% del valor de mercado de estos equipos.

VIABILIDAD SOCIAL Y POLÍTICA

Estamos lleva años trabajando por la mejora de las condiciones de salud de comunidades rurales y suburbanas a través de programas de prevención y mitigación del HIV/SIDA. A partir de esos años de experiencia, Estamos ha visto como, en muchas ocasiones, soluciones técnicamente correctas no presentan los resultados previstos porque las comunidades no estuvieron suficientemente involucradas. Siendo así, Estamos procura siempre garantizar la implicación de la población en los procesos de desarrollo que emprende a través de la participación y educación comunitaria.

Las comunidades, constituidas por familias e individuos singulares, son simultáneamente agentes y beneficiarios del trabajo de esta organización.

Se ha contado en todo momento con la participación de líderes locales, grupos comunitarios y asociaciones de seropositivos de Lichinga y Lago, los cuales han manifestado su disposición y compromiso en las actividades previstas en el programa.

ENFOQUE DE DERECHOS

Tanto Prosalus como Estamos sintonizan con una visión de la cooperación al desarrollo que, teniendo en primer plano la lucha contra la pobreza, da prioridad a las necesidades sociales básicas y aborda el trabajo desde una orientación a la defensa de los derechos humanos, es decir, partiendo de la convicción de que cualquier persona, por el solo hecho de serlo, independientemente de su raza, credo, sexo, nacionalidad, lugar de residencia, estado civil o cualquier otra circunstancia, tiene un conjunto de derechos que son -o al menos deberían ser- universales, inviolables e inalienables, entre los que se encuentran el derecho humano a la salud, a la alimentación y al agua.

Estos tres derechos humanos, que sirven de marco orientador al trabajo de Prosalus, están incluidos en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDDHH) "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad", y desarrollados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), habiendo sido autorizadamente interpretados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas a través de las Observaciones Generales 12, 14 y 15.

Este programa ha tenido en cuenta esta visión de la cooperación y está orientado en la defensa de los derechos humanos y en la equidad de género, en concreto está focalizado en la consecución del derecho humano a la salud.

IMPACTO DE GÉNERO

La epidemia de sida en África está sufriendo una alarmante feminización. La incidencia en las mujeres aumenta más rápidamente que en los hombres, aproximadamente el 55,5% de las personas que viven con VIH son mujeres. Este porcentaje es aún mayor en las jóvenes y en las zonas rurales. El 75% de las nuevas infecciones se produce en mujeres menores de 20 años.

Las mujeres y los jóvenes son, por muy diversos motivos, más vulnerables (tanto social como biológicamente) a la infección por el VIH que los hombres y su capacidad de acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo es menor, siendo necesarias estrategias para combatir las desigualdades de género para tener una oportunidad de controlar la epidemia. Además, el VIH provoca otros efectos directos en las mujeres y niñas, ya que son generalmente ellas quienes asumen el cuidado de las personas enfermas, lo que les impide el ejercicio de algunos de sus derechos (acceso a la educación, trabajo, etc.) Es esencial trabajar para prevenir la violencia contra las mujeres y garantizarles el acceso a una educación básica y a oportunidades de empleo.

ESTAMOS tiene como uno de sus ejes transversales de trabajo el enfoque de género, contemplando el incremento del papel de la mujer en la toma de decisiones y su empoderamiento. Estamos trabaja en aspectos como la prevención basada en la formación para combatir esta situación de especial vulnerabilidad de la mujer frente al VIH.

Por todo esto, el proyecto dará especial atención a la mujer y a las cuestiones de género y equidad. Se trabajará en el empoderamiento de las mujeres para asumir su salud y aumentar su capacidad de negociación y/o toma de decisión, incluidas las relaciones sexuales, y de los hombres para responsabilizarse de su rol social y reproductivo, facilitando y fomentando en diálogo intergenérico. Igualmente, se trabajará en la concienciación de la enfermedad y la eliminación de la estigmatización. Especialmente, durante la fase de ejecución del programa, se trabajará para fortalecer las campañas de sensibilización con mensajes adaptados a hombre y mujeres.

Mediante los grupos de activistas y voluntarios se dará especial atención a las mujeres. Se realizará un asesoramiento personalizado con la recomendación de realizar el test e independientemente del resultado, se continuará acompañado a las mujeres para fortalecer en ellas el conocimiento de la epidemia y la forma de enfrentarse a ella, tanto ella como su familia. Se prestará una atención especial a las mujeres embarazadas, como forma de prevenir la transmisión vertical.

SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL

Preocupados por la mejora de la salud de las personas, tanto desde Prosalus como desde Estamos incorporamos en todos nuestros proyectos de manera transversal el saneamiento ambiental.

Las causas y las consecuencias de la crisis del sida están estrechamente ligados con cuestiones de desarrollo como la pobreza, la desnutrición, la desigualdad de género y la inseguridad en los medios de vida.

Esta pandemia complica el problema de la protección del medio ambiente e intensifica los problemas de la sostenibilidad agrícola, ya que afecta a las personas en la etapa más productiva de sus vidas (entre los 18 y los 40 años) La pérdida de mano de obra causada por el sida debilita los hogares, sobre todo en zonas donde la agricultura constituye el modo de subsistencia de la familia. En los centros urbanos, el sida limita igualmente las perspectivas de desarrollo; la pandemia puede cancelar los efectos de las inversiones efectuadas durante una generación en el desarrollo económico y social.

El todas las acciones del programa se insistirá en transmitir a las PVHS y a las comunidades en general, que la calidad de vida de una persona enferma está directamente relacionada por la calidad ambiental de su entorno.

En todas aquellas acciones relacionadas con la formación, información, prevención y fortalecimiento de las organizaciones comunitarias de base, se incidirá en el respeto por el medio

ambiente y la utilización coherente de los recursos naturales de la zona. El desarrollo sostenible e integral está basado en la creación de unas condiciones de vida dignas y en la educación desde pequeños en el respeto al medioambiente.

Se insistirá en la importancia de mantener un entorno limpio y digno para evitar problemas de aparición de enfermedades oportunistas que agraven la situación de las personas enfermas de VIH-SIDA.