



REPUBLICA DE GUINEA ECUATORIAL

PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA GUINEA ECUATORIAL

**INDICADORES BASICOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LA
DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL VIH/ sida**

PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2013

Fecha de presentación: 15 de ABRIL 2014



Contenido

GLOSARIO	3
I RESUMEN DE LA SITUACION	5
a) Participación de los interesados en el proceso de redacción del Informe	5
b) Situación actual de la epidemia.....	8
c) Respuesta política y programática	11
d) Datos de los indicadores sobre el VIH/sida en la República de Guinea Ecuatorial (Tabla general).....	15
II PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DEL SIDA	41
III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DEL SIDA.....	45
3.1 COMPROMISO NACIONAL.....	45
3.2 ICPN: INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE LOS COMPROMISOS Y LAS POLÍTICAS NACIONALES.....	46
3.3 EJECUCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL	47
3.3.1 Prevención.....	47
3.3.2 TRATAMIENTO, ATENCION Y APOYO	54
IV. MEJORES PRACTICAS.....	63
V. PRINCIPALES LOGROS, DIFICULTADES Y MEDIDAS CORRECTORAS	66
VI. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS.....	71
VII. ENTORNO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	74
ANEXOS	75
ANEXO 1. Proceso de consulta y preparación para la elaboración del informe sobre el monitoreo del progreso hacia la implementación de la Declaración de Compromiso en VIH/sida 2011	75
ANEXO 2. Lista de Participantes al Proceso de Elaboración del Informe	77
ANEXO 3. Lista de Participantes al Proceso de Validación del Informe	79

GLOSARIO

AMUSIDA	Asociación de Mujeres de lucha contra el sida
ARV	Antirretrovirales
BAD	Banco Africano de Desarrollo
CAP	Comportamientos- Actitudes y Prácticas
CCC	Comunicación por el Cambio en los Comportamientos
CPN	Consulta de Atención Pre-natal
CPT	Centro Provincial de Tratamiento
CRCE	Centro de Referencia de Control de Endemias
CTA	Centro de Tratamiento Ambulatorio
CPT	Centro Provincial de Tratamiento
EMP	Educación en materia de Población
EPT	Educación para todos
ETNM	Equipo Técnico Nacional Multisectorial
EVF	Educación para la vida familiar
FM	Fondo Mundial
FDS	Fondo para el Desarrollo Social
UNFPA	Fondo de Naciones Unidas para las Poblaciones
FONG/sida	Federación de ONG de lucha contra el sida
GARPR	Global AIDS Response Progress Reporting (Informe Mundial de Avances en la lucha contra el sida)
HNV	Huérfanos, Niños Vulnerables
HSH	Hombres que tienen sexo con Hombres
IAP	Indicadores de Alerta Precoz
ICPN	Instrumento de observación de los compromisos y de las políticas nacionales
INSESO	Instituto Nacional de Seguridad Social
IEC	Información, Educación, Comunicación
IO	Infecciones Oportunistas
ISCI	Instituto de Salud Carlos III
IST	Infecciones Sexualmente Transmisibles
ME	Marco Estratégico
M&E	Monitoreo y Evaluación
MINIEDUC-UNESCO	- Proyecto Sinopsis del Tutorial sobre la EVF/EMP/VIH y el sida en la enseñanza de Guinea Ecuatorial
MINISABS	Ministerio de Sanidad y Bienestar Social

ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PNLS	Programa Nacional de Lucha contra el Sida
PNLT	Programa Nacional de lucha contra la Tuberculosis
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PS	Trabajadoras sexuales /Trabajadores del Sexo
PTMH	Prevención de la Transmisión Vertical de la madre al Hijo
PVVIH	Persona que viven con el VIH
RGE	República de Guinea Ecuatorial
SC	Sociedad Civil
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
SIS	Sistema de Información Sanitaria
SNU	Sistema de Naciones Unidas
TARV	Tratamiento Antirretroviral
TB	Tuberculosis
UDI	Usuario de droga inyectable
UN	United Nations
UNDAF	Marco de Asistencia al Desarrollo de Naciones Unidas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UREI	Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

I RESUMEN DE LA SITUACION

a) Participación de los interesados en el proceso de redacción del Informe

En la clausura del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/SIDA celebrado en Junio 2001, se adoptó una Declaración Política que incluyo nuevos compromisos y objetivos. En el 2006 tuvo lugar una Declaración Política sobre el VIH/sida, que junto con la del 2001, sentó las bases de la Declaración Política del 2011.

Esta reciente Declaración Política del 2011 sobre el VIH/SIDA, reafirma los compromisos contraídos por los estados miembros de alcanzar los objetivos mundiales en la lucha de la epidemia del VIH. En la misma; los países se comprometieron a continuar presentando cada dos años informes a la secretaria de ONUSIDA sobre los progresos realizados en la respuesta a la epidemia. Desde el año 2012, los informes se están presentando cada año.

En el 2010, Guinea Ecuatorial, se sumó al resto de los países para la presentación por primera vez del Informe UNGASS (ahora llamado GARPR por sus siglas en inglés), siendo esto un paso muy importante de avance en aras de conocer el progreso del país para frenar el avance de la pandemia. En los términos de declaración de compromiso, el éxito en la respuesta al SIDA se mide por el logro de objetivos concretos, dentro del plazo determinado.

En 2012, fue presentado el segundo Informe Nacional de Progresos en la Lucha contra el sida el Guinea Ecuatorial (GARPR 2012), inscribiéndose en la lista de países que dan su compromiso y que involucra al Gobierno y a todos los sectores del país en la lucha contra la pandemia. En 2013, el país siguiendo las directrices establecidas por UN, presentó un informe especial de las 10 metas de esta Declaración Política, dirigido a la Asamblea General. Este fue redactado del mismo modo que el Informe Mundial, en el que se detallan los progresos realizados hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

La Declaración Política sobre el VIH/sida, se hace eco del consenso mundial para alcanzar el Objetivo del Milenio número 6: Detener y empezar a invertir el curso de la epidemia del VIH/sida para el 2015.

Los objetivos claves de la Declaración Política de 2011 son:

1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015;
2. Reducir en un 50% el número de transmisiones del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015;

3. Garantizar que no nazca ningún niño con el VIH para 2015;
4. Aumentar el acceso a la terapia antirretroviral para que 15 millones de personas sigan un tratamiento que pueda salvarles la vida para 2015;
5. Reducir en un 50% el número de muertes relacionadas con la tuberculosis (TB) entre las personas que viven con VIH para 2015.
6. Eliminar las desigualdades de recursos para el sida en el mundo y trabajar para aumentar los fondos de 22 a 24 mil millones de dólares por año para 2015 y reconocer que las inversiones destinadas a la respuesta al sida son una responsabilidad compartida.

Metas de la Declaración Política de 2011:

Declaración Política de la ONU sobre el VIH/sida de 2011: Objetivos y compromisos de erradicación

1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015
2. Reducir en un 50% el número de transmisiones del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015
3. Erradicar las nuevas infecciones de VIH entre los niños para 2015 y reducir notablemente el número de muertes maternas relacionadas con el sida
4. Aumentar el acceso a la terapia antirretroviral para que 15 millones de personas sigan un tratamiento que pueda salvarles la vida para 2015
5. Reducir en un 50% el número de muertes relacionadas con la tuberculosis (TB) entre las personas que viven con VIH para 2015
6. Eliminar las desigualdades de recursos para el sida en el mundo para 2015 y recaudar a nivel mundial la cifra deseada de 22 a 24 mil millones de dólares por año con el fin de ser invertidos en los países de ingresos bajos y medios
7. Eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia de género, y aumentar la capacidad de las mujeres y de las niñas de protegerse a sí mismas frente al VIH.
8. Erradicar el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH y que se ven afectadas por el VIH a través de la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
9. Eliminar las restricciones de entrada, estancia y residencia relacionadas con el VIH
10. Eliminar los sistemas paralelos de los servicios relacionados con el VIH para fortalecer la integración de la respuesta al sida en los esfuerzos sanitarios y de desarrollo a nivel mundial

El proceso de elaboración del informe GARPR 2014, requirió de 6 etapas, que se listan a continuación:

Fase I: Preparatoria o de Planificación

Fase II: Colecta de datos y el ICPN, Gasto Nacional destinado a la lucha contra el VIH/SIDA

Fase III: Redacción de Informe Final

Fase IV: Validación del informe con todos los sectores

Fase V: Entrada de datos online (reporting tool)

Fase VI: Envío de la parte narrativa del informe

A nivel del país, la fase preparatoria, comenzó en enero del 2014, con la elaboración de los términos de referencia del proceso, la nominación del Equipo Técnico Nacional Multisectorial, y un Equipo de Redacción, liderado por la Dirección de Coordinación Multisectorial de la Lucha contra el VIH/sida, así como la movilización de recursos. Los diferentes datos que se

recolectaron en el terreno fueron recogidos por este equipo técnico nacional, donde hubo amplia participación de diferentes sectores, tanto del sector salud como de los otros sectores.

La compilación de los datos, su interpretación, análisis de los datos para el cálculo de los indicadores, así como la redacción del informe final, fue realizado por el Equipo de Redacción, integrado por 9 personas, con el apoyo técnico de un consultor internacional; dicho taller tuvo lugar del 3 al 5 de abril de 2014.

Una novedad este año ha sido la contratación de un apoyo técnico nacional, por medio de la contratación de un consultor.

Los requisitos indispensables para llevar a cabo el proceso fueron:

- El liderazgo político de la parte nacional;
- La nominación de un Equipo Técnico Nacional Multisectorial;
- La contratación de un consultor nacional ;
- Movilización de recursos para llevar a cabo cada una de las actividades planificadas en las diferentes fas

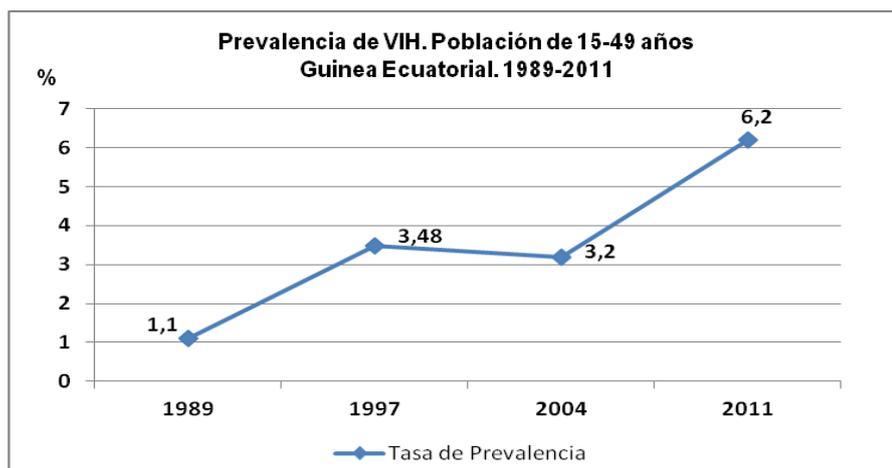
La validación del informe final se realizó el 14 de Abril del 2014, con la amplia participación de todos los sectores, cuya lista de participantes puede verse en el anexo 3.

b) Situación actual de la epidemia

El VIH/sida en Guinea Ecuatorial se manifiesta como una epidemia generalizada y constituye una de las causas más importantes de morbi-mortalidad en la población. La vía más frecuente de transmisión es la heterosexual, seguida por la transmisión vertical y las transfusiones. Desde el inicio de la epidemia existe un predominio del subtipo de VIH 1 (VIH-1 97,4% y VIH-2 2,6 % en 2004) que se mantiene a la fecha de este informe.

Los estudios de prevalencia en la población de 15-49 años han mostrado un incremento de las tasas de infección entre 1989 (1.1%) y 1997 (3.48%) la cual se mantiene elevada en 2004 (3.2%), lo cual se confirma con los datos de la EDS-I realizada en el año 2011, la cual, revela un aumento significativo de esta prevalencia en un 93,7%, siendo 6,2%, significativamente superior en mujeres (8,3%) que en hombres (3,7%). Los datos muestran así mismo una alta prevalencia sin precedentes en la zona rural (9,7% para las mujeres y 5,6% para los hombres) y en la Región Continental (10,0% para las mujeres y 4,5% para los hombres) (ambos sexos: 9,9%; mujeres: 12,8% y hombres: 6,6%). Gráfico 1

Gráfico No. 1: Comportamiento de la prevalencia del VIH en la población de 15 a 49 años desde 1989 hasta 2011.



En cuanto a la prevalencia en edades comprendidas entre 15 – 24 años, también se ha observado un aumento, 1.2% en 2004 y 3.1% en 2011 (5,0% entre las mujeres frente a 1,0 en los hombres). La prevalencia del VIH es alta entre los divorciados(as) / separados(as): (ambos sexos: 9,9%; mujeres: 12,8% y hombres: 6,6%). En el 5,8% de las parejas, uno de los dos conyugues es seropositivo (3.5% de mujeres y 2,3% de hombres); además, en un 4,7% de casos, los dos cónyuges son seropositivos..

La situación de las tasas de VIH en mujeres embarazadas sigue siendo preocupante. Esta tasa se ha incrementado progresivamente pasando de 1.49% en 1997 a 7.3% en 2008, hasta ahora no se ha vuelto a realizar otra encuesta similar. La encuesta de 2008 mostró que el 36% de las gestantes encuestadas eran adolescentes (10-19 años) con una tasa de infección a VIH de 4.43%. Los grupos más vulnerables se revelaron las mujeres entre 35 y 39 años (13%), las embarazadas que trabajan como comerciantes (19.7%) y las agricultoras (15.4%). La prevalencia de VIH era superior en la región Insular (9.2%) comparativamente a la región continental (6%). Con estos datos, se podría conjeturar que la tasa de VIH en la población general también podría haber aumentado. De acuerdo a los datos de vigilancia

centinela, la tasa de infección en mujeres embarazadas fue de 6% en 2009, 5.1% en 2010, 6.3% en 2011 en la región Continental¹ (No se dispone de datos de la Región Insular) y 9.6% en 2013.

Esfuerzos se vienen realizando para aumentar el acceso de las embarazadas VIH positivas a los servicios esenciales de PTMH. En 2013 el porcentaje de embarazadas seropositivas que recibieron medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil es de 78.6%.

Un estudio de seroprevalencia realizado en el personal uniformado mostró una tasa de seroprevalencia de 10.1% en 2008. Lamentablemente, a la fecha no se cuenta con datos o estudios de prevalencia en otras poblaciones de alto riesgo como las trabajadoras sexuales (TS), los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y los usuarios de droga inyectable (UDI), ni las personas privadas de libertad. A excepción de algunos datos puntuales de una ONG en el año 2012, no se tiene documentación pertinente al respecto.

Las personas con coinfección TB/VIH corresponden a un grupo muy vulnerable. Se ha observado un aumento progresivo del número de nuevos casos de tuberculosis (378 casos en 1994, y 741 en 2008) y aumento en la frecuencia de la coinfección (2.7% en 1994; 41% en 2008, 48% en 2010 y 38%⁴ en 2012).

En cuanto al número de casos, desde 1999 se ha observado un incremento de la seroreactividad de la primera prueba pasando de 205 casos diagnosticados en 1999 a 4.080 en 2008, para un total acumulado de cerca de 20.000 casos². La estimación del número de casos confirmados acumulados en 2011 (Spectrum), es de aproximadamente 20.000 casos en adultos y 2600 en niños.

En 2011 se esperaban en promedio 1893 nuevas infecciones en adultos y 434 en niños. Sin embargo, solamente en el primer semestre de 2011 se identificaron un total de 1696 casos con la prueba rápida con una seropositividad general de 14.7% siendo superior al promedio en las provincias de Bioko Norte (Malabo), Litoral y Wele Nzas³. (Tabla 1.1).

Para el mismo año 2011, se estima en 7630 las personas con infección avanzada que necesitarían TARV.

En el periodo de Enero a Diciembre 2013, un total de 48.198 pruebas de VIH fueron realizadas, de las cuales 9172 resultaron seropositivas, esto representa el 19%. Tabla 1

Tabla 1 Distribución de los test de VIH distribuidos por región en el primer semestre de 2013

	Total de pruebas	Positivos	%
Región Insular	14561	2564	17,6
Región Continental	33637	6608	19,6
TOTAL	48198	9172	19%

En la RGE existe un sub-registro importante de datos sobre las personas fallecidas por sida. Tampoco se dispone de información sobre el número de niños huérfanos vulnerables (solo

¹ Programa de Salud Reproductiva. Base de datos 2009, 2010 y 2011

² PNLS: Estimación puesto que no se dispone de datos completos del 2006

³ Informe Semestral de supervisión y monitoreo de las actividades del PNLS, 2011

estimaciones). Según las estimaciones con Spectrum, la población de niños huérfanos de padre y/o de madre a causa del sida sería de alrededor de 10.425 en 2013.

En cuanto a los conocimientos y comportamientos relativos al VIH/sida y según la EDS I- GE 201, muestran que solo el 19% de este grupo de población tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA y un porcentaje reducido de jóvenes utiliza el preservativo (13.7%) en relaciones sexuales de alto riesgo.

En la población en general el conocimiento de los medios de prevención del VIH/SIDA puede referirse de la siguiente manera: más de 5 de cada 10 mujeres (57% y 61% hombres) creen que mantener relaciones sexuales con una pareja fiel y no infectada y el uso del condón, puede reducir el riesgo a la infección.

Acerca de los conocimientos correctos de la transmisión del VIH, en general el 20% de los hombres de 15 a 49 años tienen mejor conocimiento que las mujeres; los que viven en zonas urbanas tienen mejor conocimientos que los de la zona rural (27% frente a 12%); los que viven en hogares más ricos más conocimiento en un 31% que el 9% de los de hogares más pobres, y los que viven en la región insular tienen 32% de conocimiento mientras que los que viven en la región continental solo 15% y los más instruidos alcanzan a 46% frente al 7% en los que tienen menos instrucción.

Hasta la fecha existen 38 establecimientos sanitarios que ofrecen servicios de prueba de detección de VIH y consejería (26 en la región continental y 12 en la región insular), y 6 centros que ofrecen tratamiento ARV, distribuidos en 4 provincias. Estos últimos, se dedican al manejo integral y tratamiento de PVVIH. La integración de los servicios conexos al VIH, todavía no es funcional.

Situación actual de la epidemia de Tuberculosis

Pese al carácter gratuito de los servicios de atención sanitaria al enfermo con tuberculosis (consultas, diagnóstico, tratamiento, hospitalización y control), actualmente el País asiste a un recrudecimiento de la enfermedad en el ámbito nacional, por varios factores, entre ellos:

La financiación irregular de las actividades, que el Programa arrastra desde que la cooperación Española, dejó de financiar la totalidad de las actividades de lucha contra la tuberculosis en Guinea Ecuatorial, eso ha ocasionado el retroceso de algunos de los indicadores del Programa, causando así un empeoramiento de la situación actual de la tuberculosis, como problema de salud pública en Guinea Ecuatorial e incide en:

1. El alto riesgo de aparición de la sospecha de tuberculosis multiresistente en el país, que favorece el aumento de la mortalidad en estos pacientes, teniendo en cuenta la poca disponibilidad de medios existentes en el país, para el diagnóstico y tratamiento de casos de estos casos, todo ello es por:
 - El aumento de abandono del tratamiento casi el (23%)⁴, incluyendo los traslados
 - El aumento de la co-infección TB-VIH (38%)⁴, refleja la influencia del VIH/SIDA en el aumento de la incidencia de los casos de tuberculosis en el país.
 - La oferta limitada de los servicios de tuberculosis por: roturas de stock de medicamentos anti tuberculosos, medios de diagnósticos limitados (en la mayor parte de hospitales no disponen de aparatos de RX, no existe en el país un laboratorio de cultivo de Mycobacterium tuberculosis y, la prueba de sensibilidad a los fármacos de tuberculosis).

⁴Informe de Cohorte anual de PNLT-2012

2. El aumento de aparición de casos de tuberculosis en la población, convierte a Guinea Ecuatorial como país de alto riesgo de contagio de esta enfermedad, provocado por los siguientes factores:
- La alta prevalencia de VIH en la población sexualmente activa, siendo esta de 6,2%⁵, esta situación constituye una amenaza para la lucha contra la tuberculosis, ello aumenta el riesgo por dos de contraer la enfermedad de la tuberculosis en las personas que viven con el VIH, teniendo en cuenta que la prevalencia de VIH en esta misma población en el año 2004 era de 3,4%⁶.
 - La Infra notificación de casos, debido a escasas actividades de información, educación y comunicación sobre el tema de tuberculosis en la población.
 - El movimiento Migratorio que se registra en los últimos años en nuestro país, de rural a las grandes urbes, así como la cantidad de emigrantes de otros países que se encuentran en Guinea Ecuatorial, crean el fenómeno de hacinamiento en muchos hogares, situación que favorece el contagio de la tuberculosis, y por ende el aumento de los casos de la enfermedad.
 - Los laboratorios disponibles en el país, pueden ofrecer a la población solamente la prueba de baciloscopía, que solo diagnostica el 65% de los casos de tuberculosis con expectoración.
 - La utilización de la antigua estrategia de lucha contra la tuberculosis desde hace mucho (verticalidad de actividades, búsqueda pasiva de casos, etc.), cuando la situación epidemiológica de la tuberculosis ha cambiado totalmente en el país.

Esta situación obliga adoptar medidas urgentes, que permitan disponer al programa de recursos económicos, humanos y materiales necesarios, para luchar contra ese problema de salud en el país, para evitar situaciones catastróficas como ha ocurrido en otras partes del mundo, la multirresistencia es reflejo de un mal funcionamiento de un Programa de Tuberculosis y, todo ello es debido a la falta de un financiamiento sostenido, para llevar a cabo el paquete íntegro de las actividades de los componentes de la estrategia “Alto a la tuberculosis”.

c) Respuesta política y programática

Cuadro 1 Políticas/ Estrategias/ Planes/ Programas/ Proyectos de Lucha contra el VIH/SIDA	Año
Orden Ministerial que regula la acreditación de centros sanitarios nacionales para el manejo integral de pacientes con el VIH/sida (espera validación)	2011

⁵ Informe EDS/GE-1-2011

⁶ Encuesta de seroprevalencia VIH en la población sexualmente activa PNLS-ISCI-2004

- **Respuesta política**

En la RGE, el VIH/sida sigue siendo una prioridad de política nacional. Las actividades del Gobierno han estado orientadas a crear un ambiente favorable a la lucha contra el sida a través de un marco legal que tiene en cuenta los aspectos institucionales, la prevención, el tratamiento y el respeto de las PVVIH, así como la aprobación de planes estratégicos.

Para el año en curso está planificado el nuevo Marco Estratégico para el periodo 2014-2018 del Programa Nacional de Lucha contra el VIH/sida.

Circular que prohíbe la obligatoriedad de realizar la prueba de VIH para acceder a cualquier tipo de documentación ya sea para nativos y extranjeros	2011
Nombramiento de un Ministro de Estado a la Presidencia encargado de la Prevención y la Coordinación Multisectorial en la lucha contra el VIH/sida y otras ITS	2013
Reubicación correcta de la Dirección General de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual, bajo la tutela del Ministro de Estado.	2013
Creación de la Dirección General de Apoyo a la lucha contra el VIH/sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	2013
Adhesión del Gobierno al compromiso para eliminar la transmisión vertical del VIH de aquí al 2015, con la adopción temprana de la nuevas recomendaciones de la OMS en materia de ARV	2013

Los principios en los que se basará el nuevo ME serían:

- Acceso universal y equidad
- Respeto a los derechos humanos
- Servicios holísticos basados en las necesidades de las personas
- Descentralización
- Organización, participación y responsabilidad compartida
- Buena gobernabilidad
- Respeto de las tradiciones y valores

En el año 2013, tras la experiencia del Protocolo anterior de la PTMH, establecido en 2009, y siguiendo las nuevas recomendaciones de la OMS (junio 2013), se han trazado nuevas líneas de intervención y estrategias, como han sido:

- Actualización del Protocolo de la PTMH (en curso), incluyendo VIH en pediatría y en las gestantes.
- Identificación de una nueva estrategia para aumentar el acceso de las embarazadas seropositivas a los servicios esenciales de la PTMH en todos los distritos.

En 2013 el Gobierno se adhirió al compromiso internacional para eliminar la transmisión vertical del VIH de aquí al 2015, con la adopción temprana de las nuevas recomendaciones de la OMS en materia de ARV y el establecimiento de nuevas metas, las cuales se explican en el capítulo de mejores prácticas.

En este mismo año, se creó una nueva dirección en el seno del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social: La dirección General de Apoyo al VIH/sida y otras infecciones de Transmisión Sexual, con el objetivo de coordinar mejor la respuesta del sector salud.

Con el objetivo de disminuir el estigma y la discriminación social del VIH, se dió seguimiento a la decisión tomada en el 2011 por la cual se promulgó una circular en la que se prohibía la obligatoriedad de la realización del test de VIH para acceder a cualquier documentación.

En resumen, la respuesta política se orienta a abogar por la participación de los diferentes sectores, permitiendo integrar y armonizar las actividades orientadas a reducir la propagación de la infección por VIH, vigilar la calidad de los servicios y la integración de servicios conexos, así como garantizar el acceso en un marco de respeto a los derechos humanos.

▪ Respuesta programática

Cuadro 2: Principales Acciones Programáticas 2011-2013	Año de inicio
Planificación /Coordinación Nacional	
Coordinación de VIH/TB	2012
Inicio de la integración de la PTMH en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva	2013
Prevención	
Actualización de la Estrategia de PTMH	2013
Campañas / talleres de información, formación de pares formadores	2011-2013
Finalización de obras constructivas de los dos bancos de sangre regionales y unidades de transfusionales. En curso la formación del personal	2013
Formación de pares educadores/sensibilización en escuelas y en medio comunitario	2012
Charlas de prevención sobre el VIH a los militares y sus esposas, y formación de pares educadores	2011-2013
Tratamiento ARV /Coinfección TB/VIH	
En proceso de identificación nuevas unidades en APS para descentralizar el tratamiento, principalmente en el interior del país.	2013
Actualización del Protocolo de Tratamiento con ARV	2011
Introducción de las recomendaciones OMS en materia ARV adultos y adolescentes	2013
Equipamiento de laboratorios de provincia con máquinas de CD4	2011
Compra de 2 nuevos equipos de CD4	2013
Compra del equipo de pruebas de Carga Viral y formación del personal encargado de su operación	2013
Integración del seguimiento niño expuesto/infectado de VIH en el servicio de pediatría a cargo del propio personal de ese servicio	2013
Formación de 3 nuevos prescriptores en ARV pediátrico.	2013
Subvención continua de la adquisición de ARV por el Gobierno de la Guinea Ecuatorial con una financiación especial del Fondo para el Desarrollo Social	Desde 2010 hasta la fecha
Apoyo a niños huérfanos vulnerables	
Incremento del apoyo a los niños huérfanos por una ONG ubicada en la región continental.	2011-2013
Refuerzo de la participación de la sociedad civil	
Redinamización de la red de ONG trabajando en la lucha contra el VIH	2012
Mayor participación de las ONGs en los trabajos de prevención (elevación de los conocimientos de la población, lucha contra el estigma, test voluntario)	2012-2013
Estudios /Vigilancia /Monitoreo /Evaluación	
Validada la EDS GE-I 2011	2012
Instalada base de datos para el seguimiento del VIH en varias 6 CTA.	2012-2013
Informe de Acceso Universal	2011-2013
Informe UNGASS (GARPR)	2010-2013
Evaluación preliminar del ODM 6	2013

La epidemia del VIH en la RGE, exige de grandes esfuerzos y voluntad para hacerle frente. Sin embargo, sin una efectiva y eficiente planificación y programación no se podría lograr ningún objetivo. Por lo tanto, se establecieron prioridades encaminadas a las actividades de prevención del VIH, incluyendo la prevención de la transmisión madre – hijo, el tratamiento de las personas infectadas, así como el conocimiento de la epidemia a nivel nacional.

Tras importantes esfuerzos que se iniciaron a finales de la década de los ochenta, en el 2009 se estableció un Marco Estratégico, concebido hasta el 2013.

De 2011 al 2013, las principales acciones han estado centradas con mayor énfasis en el tratamiento, descentralización del TARV, el diagnóstico; en cambio, el M&E de la epidemia ha sido insuficiente, y muy pocas intervenciones en el área de prevención, sobre todo en el área de multisectorialidad.

Muchos han sido los esfuerzos para acelerar la descentralización del TARV e incorporar el manejo de estos enfermos en el sistema nacional de salud, formando parte del paquete mínimo de actividades de los centros de salud de atención primaria.

Prevención

Seguridad transfusional

En 2013 se finalizó la creación de dos bancos de sangre regionales, uno para la región insular y otro para la continental, así como la creación de unidades de transfusión en todos

los distritos. Se inició además, la sensibilización de la población respecto a la sangre segura y donación voluntaria y altruista.

Consejería y Prueba

Gracias a las diferentes acciones de sensibilización sobre la importancia del test voluntario ha aumentado el número de personas que se realizaron la prueba. En 2013, 48.198 personas mayores de 15 años, se realizaron la prueba, en comparación con las 35.777 pruebas de VIH realizadas en el 2012

ITS

En 2012 se realizaron actividades de reciclaje al personal sanitario sobre manejos de casos sindrómico de las ITS. En 2013 un total de 186 hombres se les diagnosticó gonorrea, 259 acudieron a consulta refiriendo exudado uretral y 81 presentando úlceras genitales. Estos datos no son datos representativos del país, ya que existe un importante sub-registro al respecto. La última actualización del Protocolo de Manejo Sindrómico de las ITS data del 2010.

IEC/CCC

En 2013, se realizaron varias campañas de sensibilización en toda la geografía nacional. El Proyecto IEC/Abogacía ha realizado varias sesiones de sensibilización para el cambio de comportamiento en varios centros estudiantiles y comunidades del país, así como programas radiofónicos sobre temas relacionados con el VIH/sida.

Por otro lado, la Sociedad Civil siguió jugando un importante papel en las actividades de sensibilización e información a la población sobre el VIH, apoyadas por el Gobierno, el SNU y el sector privado.

Curriculum escolar

El Ministerio de Educación y Ciencia ha dado pasos para contribuir a la creación de una cultura de prevención del VIH, iniciando por las escuelas. De esta manera ha comenzado a implementar el proyecto titulado: *“Sinopsis del Tutorial sobre le EVP/EMP/VIH y Sida en la enseñanza de Guinea Ecuatorial”* para ser implementado en 20 escuelas (fase piloto).

PTMH

En 2013, el país cuenta con 61 estructuras que dispensan atención prenatal. Entre ellas, 37 realizan el test y 18 prestan el servicio completo para la PTMH. En este mismo periodo ha habido un aumento progresivo del número de mujeres embarazadas que se realizan el test de VIH, que va desde 199 en el año 2000 a 4698 en el año 2008 y 10384⁷. En la región insular 2899 y 7485 en la región continental.

Hasta la fecha a nivel de los 6 centros de tratamiento con ARV se realizan el test de VIH a los hijos de madres infectadas y su respectivo seguimiento hasta los 18 meses. Con la adquisición del equipo de carga viral se podrán hacer diagnósticos tempranos a los hijos de madres seropositivas antes de las 6 semanas, lo cual constituirá un paso importante en la prevención.

La nueva estrategia de la PTMH en fase de elaboración ayudará a disminuir las brechas en cuanto al acceso a las embarazadas seropositivas a los servicios de la PTMH, al tiempo de elevar la efectividad de los tratamientos correspondientes.

Tratamiento /cuidado y apoyo

TARV

⁷ Informe Anual de los establecimientos públicos

Hasta la fecha existen 6 centros de tratamiento ambulatorio: 2 UREI, 2 CTA, 2 CPT. En 2010 un total de 2432 PVVIH recibieron TARV y este número prácticamente dobló en 2011 a 4597 PVVIH beneficiarios, de los cuales, 91 son niños. En 2012, además, un total de 6672 están bajo tratamiento, de los cuales 160 son niños. En 2013 un total de 7420, recibían tratamiento, de los cuales 127 son niños.

TB/VIH

El tratamiento de la coinfección TB/VIH se realiza desde 2004. La coordinación entre los 2 programas (PNLS y PNLT) se ha debilitado en el 2013, sobre todo por la falta de financiación. Las actividades de supervisión no se han realizado desde 2012 por la carencia de los recursos financieros necesarios.

Al menos se realizaban esporádicamente giras conjuntas de colecta de información y había integrado el tema TB/VIH en todos los planes de formación de los 2 programas.

Está previsto la elaboración del Protocolo de Co-infección TB/VIH para mejorar la atención de los pacientes coinfectados TB/VIH.

Huérfanos niños vulnerables (HNV)

Las actividades en beneficio de los HNV continúan siendo insuficientes. No obstante, existe la ONG Aldeas Infantiles SOS de GE, cuya principal función es dar una acogida familiar gratuita a largo plazo a los niños y niñas que han perdido sus padres.

Sistema de vigilancia, monitoreo y evaluación

En 2012 se validó la EDS GE-I 2011, de la cual se han obtenido muchos datos relevantes. El sistema de vigilancia a nivel de los centros asistenciales es aún deficiente, con alto porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento. Todo esto conlleva a considerar que el sistema de vigilancia continúa presentando serias dificultades.

A través del M&E se mide el logro de los resultados programáticos a todos los niveles, a fin de establecer una base para la toma de decisiones basada en información fiable en el ámbito de políticas del programa. En 2013, fueron instalados mecanismos de recopilación de datos (base de datos) en los 6 Centros de Tratamiento con ARV, los cuales tienen una operatividad deficiente, debido a problemas de financiación para su gestión.

Desde 2009 se elaboró/validó el Manual Nacional de Seguimiento y Evaluación, dentro del cual se insertan 44 indicadores. Su implementación ha tenido dificultades en el seno del MINSABS, por falta de recursos capaces de sostener dichas actividades. Dicho Manual está desactualizado y requiere de una revisión y actualización acorde con las prioridades del PNLS e indicadores internacionales.

- d) Datos de los indicadores sobre el VIH/sida en la República de Guinea Ecuatorial
(Tabla general)

**INDICADORES BASICOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA DEL 2011 (HLM) SOBRE EL VIH/ SIDA
GUINEA ECUATORIAL 2014**

OBJETIVO	N	INDICADOR	GARPR 2012		GARPR 2013		GARPR 2014		OBSERVACION
			Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	
1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015 Población general	1.1	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15-24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH <i>(Ind. ODM)</i>	ONG Camino (USAID) CAP en medio escolar, Región de Malabo, 2011	(2011) 15-24 a: 10.2 % 15-19 a: 8.9 % 20-24 a:16.7%	Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	(2011) Total 15-24 a: 18.4% (376/2040) 15-19 a: 15.9% (166/1046) 20-24 a : 21.1% (210/994) Femenino 15-24: 18.8% (268/1429) 15-19: 17.3% 20-24: 20.2% Masculino 15-24: 17.7% (108/611) 15-19: 12.3% 20-24: 23.6%	Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	(2011) Total 15-24 a: 18.4% (376/2040) 15-19 a: 15.9% (166/1046) 20-24 a : 21.1% (210/994) Femenino 15-24: 18.8% (268/1429) 15-19: 17.3% 20-24: 20.2% Masculino 15-24: 17.7% (108/611) 15-19: 12.3% 20-24: 23.6%	Se ha mantenido los datos de este indicador, ya que no se ha vuelto a realizar otra encuesta a nivel de la población sexualmente activa.
	1.2	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	ONG Camino (USAID) CAP en medio escolar, Región de Malabo, 2011	(2011) 15-24 a: 24.3% 15-19 a: 27.0% 20-24 a: 14.5% F: 20.5% M:16.9%	Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	(2011) Total 15-24 a: 26.9% (550/2040) 15-19 a: 30.4% (318/1046) 20-24 a: 23.3% (232/994) Femenino15-24 a: 26.9% (384/1429) 15-19: 28.7% 20-24: 24.2% Masculino15-24 a:	Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	(2011) Total 15-24 a: 26.9% (550/2040) 15-19 a: 30.4% (318/1046) 20-24 a: 23.3% (232/994) Femenino15-24 a: 26.9% (384/1429) 15-19: 28.7% 20-24: 24.2% Masculino15-24 a: 27.2% (166/611)	Se ha mantenido los datos de este indicador, ya que no se ha vuelto a realizar otra encuesta a nivel de la población sexualmente activa.

OBJETIVO	N	INDICADOR	GARPR 2012		GARPR 2013		GARPR 2014		OBSERVACION
			Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	
						27.2% (166/611) 15-19: 34.1% 20-24: 19.4%		15-19: 34.1% 20-24: 19.4%	
	1.3	Porcentaje de adultos de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	EDSGE 2011 datos preliminares	Corregido en 2013	Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	(2011) Total 15-49 a: 23.1% (1186/5132) 15-24 a: 24.4% (497/2040) 15-19 a: 19.1% (200/1046) 20-24 a: 29.8% (297/994) 25-49 a: 22.2% (688/3093) Femenino 15-49 a: 15.2% (543/3575) 15-24: 18.2% 15-19: 16.2% 20-24: 20.3% 25-49: 13.1% Masculino 15-49 a: 41.3% (643/1557) 15-24: 38.7% 15-19: 25.6% 20-24: 53.6% 25-49: 43.0%	Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	(2011) Total 15-49 a: 23.1% (1186/5132) 15-24 a: 24.4% (497/2040) 15-19 a: 19.1% (200/1046) 20-24 a: 29.8% (297/994) 25-49 a: 22.2% (688/3093) Femenino 15-49 a: 15.2% (543/3575) 15-24: 18.2% 15-19: 16.2% 20-24: 20.3% 25-49: 13.1% Masculino 15-49 a: 41.3% (643/1557) 15-24: 38.7% 15-19: 25.6% 20-24: 53.6% 25-49: 43.0%	2011 EDSGE-1: Algunas estimaciones a partir de los datos del informe. Los datos se mantienen, son los únicos hasta la fecha, no ha habido cambios.
	1.4	Porcentaje de adultos de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo	EDSGE 2011 datos preliminares	Corregido en 2013	Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	(2011) Total 15-49 a: 19.8% (248/1253) 15-24 a : 26.8% (133/497) 15-19 a: 23.0% (46/200) 20-24 a : 29.3% (87/297)	Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	(2011) Total 15-49 a: 19.8% (248/1253) 15-24 a : 26.8% (133/497) 15-19 a: 23.0% (46/200) 20-24 a : 29.3% (87/297)	2011 EDSGE-1: Algunas estimaciones a partir de los datos del informe Los datos se mantienen, son los únicos hasta la fecha, no ha habido cambios.

OBJETIVO	N	INDICADOR	GARPR 2012		GARPR 2013		GARPR 2014		OBSERVACION
			Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	
		durante la última relación sexual (Ind. ODM)				25-49 a: 16.2% (112/690) Femenino15-49 a: 16.4% (89/543) 15-24: 18.8% 15-19: 17.4% 20-24: 19.8% 25-49: 14.1% Masculino 15-49a: 24.3% (156/643) 15-24: 35.5% 15-19: 31.4% 20-24: 37.8% 25-49: 17.7%		25-49 a: 16.2% (112/690) Femenino15-49 a: 16.4% (89/543) 15-24: 18.8% 15-19: 17.4% 20-24: 19.8% 25-49: 14.1% Masculino 15-49a: 24.3% (156/643) 15-24: 35.5% 15-19: 31.4% 20-24: 37.8% 25-49: 17.7%	
	1.5	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	ONG Camino (CAP 2011 en medio escolar), 2011	(2011) 15-24 a: 21.5% F: 15-24: 23.4% M:15-24: 19.9%	Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	(2011) Total 15-49 a: 31.7% (1625/5132) 15-24 a: 29.2% (596/2040) 15-19 a: 20.7% (216/1046) 20-24 a: 38.2% (380/994) 25-49 a: 33.3% (1029/3093) Femenino15-49 a: 34.7% (1240/3575) 15-24: 35.0% 15-19: 26.9% 20-24: 43.2%	Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	(2011) Total 15-49 a: 31.7% (1625/5132) 15-24 a: 29.2% (596/2040) 15-19 a: 20.7% (216/1046) 20-24 a: 38.2% (380/994) 25-49 a: 33.3% (1029/3093) Femenino15-49 a: 34.7% (1240/3575) 15-24: 35.0% 15-19: 26.9% 20-24: 43.2% 25-49: 34.5%	2011 EDSGE-1: Algunas estimaciones a partir de los datos del informe Los datos se mantienen, son los únicos hasta la fecha, no ha habido cambios.

OBJETIVO	N	INDICADOR	GARPR 2012		GARPR 2013		GARPR 2014		OBSERVACION
			Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	
						25-49: 34.5%			
						Masculino 15-49 a: 24.7% (385/1557) 15-24: 15.8% 15-19: 6.8% 20-24: 26.1% 25-49: 30.5%		Masculino 15-49 a: 24.7% (385/1557) 15-24: 15.8% 15-19: 6.8% 20-24: 26.1% 25-49: 30.5%	
	1.6	Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que vive con el VIH (Ind. ODM)	PNLS / Informe de la gira de supervisión para recolectar datos del Acceso Universal, 2009 (Vigilancia Centinela)	(2009) Mujeres embarazadas 15-24 a: 8.8% 15-19 a: 7.0% 20-24 a : 11.5%	PNLs Vigilancia centinela, 2012 Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	(2012) Mujeres embarazadas Total 15-24 a : 12.3% (750/6069) R. continental: 11.4% (516/4539) R. Insular: 15.1% (234/1540) (2011) Jóvenes 15-24 a: 3.1% (34/1070) Femenino: 5.0% Masculino: 1.0% 15-19 a : 1.2%; Femenino: 2.3%; Masculino: 0%) 20-24 a: 5.4% Femenino: 7.9%; Masculino: 2.2%	PNLs Vigilancia centinela, 2012 Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	ND (2013)	Vigilancia centinela: 2013: Se mantiene el mismo dato de la EDS, no se ha podido desagregar los datos de los centros sanitarios.
Profesionales del sexo	1.7	Porcentaje de trabajadoras sexuales a quienes les llegaron programas de		ND	Informe Técnico de la Formación de Pares Educadoras sobre VIH a	Proxy (2011) 30/5791= 0.5% Proxy (2012) 30/5791= 0.5%	Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	Proxy (2011) 30/5791= 0.5% Proxy (2012) 30/5791= 0.5%	En el período de notificación no se ha realizado ninguna otra intervención en este grupo de población clave

OBJETIVO	N	INDICADOR	GARPR 2012		GARPR 2013		GARPR 2014		OBSERVACION
			Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	
		prevención del VIH ^{8,9}			profesionales del sexo en Malabo (ONG CAMINO, 2012)				
	1.8	Porcentaje de trabajadoras sexuales (Profesionales del sexo-PS o TS) que declara haber usado un preservativo con su último cliente.	ONG Camino Estudio de CAP en medio escolar, 2011	Proxy (2011) Clientes de TS 15-24 a: 13.7% 15-19 a: 13.1% 20-24 a: 16.5%	Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	Proxy (2011) Clientes de TS Masculino 15-49 a: 54.4% 15-24 a: 47.2% 15-19 a: 38.6% 20-24 a: 54.4% 25-49 a: 56.7%	Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	Proxy (2011) Clientes de TS Masculino 15-49 a: 54.4% 15-24 a: 47.2% 15-19 a: 38.6% 20-24 a: 54.4% 25-49 a: 56.7%	No ha habido cambios
	1.9	Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados				N/D		N/D	En Guinea Ecuatorial no existen programas estructurados para TS
	1.10	Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH				N/D		N/D	No se ha realizado ningún estudio de prevalencia del VIH en TS
HSH	1.11	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que				N/D		N/D	En Guinea Ecuatorial no existen programas estructurados para HSH

⁸ Vandepitte J, Lierta R, Dallabetta G, Crabbé F, Alari M, Buvé A: Estimates of the number of female sexual workers in different regions of the world. *Sex Transm Infect* 2006;**82**:iii18-iii25 doi:10.1136/sti.2006.020081.

⁹ Estimación de PS= población total de mujeres = 513612*45.1% (mujeres de 15-49 años) = 231639 * 2.5% promedio (mínimo 0.7%; máximo 4.3% -PS para la región Subsahariana) = 5791 (mínimo 1621; máximo 9960) en Guinea Ecuatorial

OBJETIVO	N	INDICADOR	GARPR 2012		GARPR 2013		GARPR 2014		OBSERVACION
			Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	
		le han llegado programas de prevención del VIH							
	1.12	Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina				N/D		N/D	En Guinea Ecuatorial no existen programas estructurados para HSH
	1.13	Porcentaje de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados				N/D		N/D	En Guinea Ecuatorial no existen programas estructurados para HSH
	1.14	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH				N/D		N/D	En Guinea Ecuatorial no existen programas estructurados para HSH
2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas para el 2015	2.1	Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas para usuarios de drogas inyectables por año				N/D		N/D	En Guinea Ecuatorial no existen programas estructurados para los UDI
	2.2	Porcentaje de usuarios de				N/D		N/D	En Guinea Ecuatorial no existen programas

OBJETIVO	N	INDICADOR	GARPR 2012		GARPR 2013		GARPR 2014		OBSERVACION
			Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	
		drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su ultima relación sexual							estructurados para los UDI
	2.3	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la ultima vez que se inyectó				N/D		N/D	En Guinea Ecuatorial no existen programas estructurados para los UDI
	2.4	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados				N/D		N/D	En Guinea Ecuatorial no existen programas estructurados para los UDI
	2.5	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH				N/D		N/D	En Guinea Ecuatorial no existen programas estructurados para los UDI
3. Erradicar los nuevos casos de infección por el VIH entre los niños	3.1	Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos	PNLS/OMS Informe del Acceso	(2010) Total: 19.0 % Opción A: 3.4%	Informes del servicio de Maternidad y Neonatología de los	(2012) Total : 30.2 % 428/1415 TARV/PPS ¹⁰ = 131		(2013) Total : 93,5% 1.238/1.324 TARV/PPS ¹⁴ = 336	Para medir el denominador se utiliza el modelo para el cálculo de estimación de

¹⁰ PPS: Por su propia salud

OBJETIVO	N	INDICADOR	GARPR 2012		GARPR 2013		GARPR 2014		OBSERVACION	
			Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	Fuente	Resultado		
para el 2015 y reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con el sida		antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil	Universal 2010	Opción B: 1.8% TARV: 3.6 % Monoter. 9.9%	hospitales públicos y privados Informes de los centros de tratamiento con ARV	PTP ¹¹ (Opción B) = AZT ¹² (Opción A) = 121 NVP ¹³ : = 176 R. Continental: = 271 *TARV/PPS: = 118 *PTP: = 0 *AZT: = 54 *NVP monodosis: 99 R. Insular: =157 *TARV/PPS: = 13 *PTP: = 0 *AZT: = 67 *NVP monodosis: = 77		PTP ¹⁵ (Opción B) = 2 AZT ¹⁶ (Opción A) = 828 NVP ¹⁷ : 72 R. Continental: = 499 *TARV/PPS: = 220 *PTP: = 2 *AZT: = 271 *NVP monodosis: = 6 R. Insular: = 739 *TARV/PPS: = 116 *PTP: = 0 *AZT: = 557 *NVP monodosis: 66	Spectrum. <i>En 2013, el porcentaje ha doblado con respecto 2012 (93,5% vs. 30,2%)</i>	
	3.1 a	Porcentaje de mujeres que viven con el VIH que recibe tratamiento profiláctico antirretrovíricos para ellas o para sus bebés durante el periodo de lactancia							(2013) Total : 61,9% 820 /1324 *AZT 28 s: 828 *NVP DU: 72 *Opción B /Profilaxis: 2	EL denominador se ha sacado a través del spectrum
	3.2	Porcentaje de niños que nacen	Base de datos	Proxy 2009-2011	Informes de Laboratorios	Proxy (2012)		Proxy (2013)	El país no dispone aún de equipamiento	

¹⁴ PPS: Por su propia salud

¹¹ PTP: Profilaxis con Triple-terapia

¹² AZT: Monoterapia con AZT

¹³ NVP: Nevirapina al parto

¹⁵ PTP: Profilaxis con Triple-terapia

¹⁶ AZT: Monoterapia con AZT

¹⁷ NVP: Nevirapina al parto

OBJETIVO	N	INDICADOR	GARPR 2012		GARPR 2013		GARPR 2014		OBSERVACION
			Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	
		de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico del VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento	UREI Malabo 2009-2011	24.0%	del Hospital Regional de Malabo y Bata Informes de las 6 unidades de tratamiento del país	Total: 20.4% 288 /1415 R. Continental:156 R. Insular 132		Total: 24,3 % 387 / 1562 R. Continental: 299 R. Insular: 88	para realizar esta medición (PCR) ¹⁸ . Hasta la fecha, con el protocolo actual, se realiza la prueba serológica a partir de los 6 meses de edad. El indicador mide la prueba a los 6 meses Se ha tomado como referencia al número de mujeres estimadas necesitan PTMH.
	3.3	Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses (modelada)	PNLS Spectrum	(2011) Sin profilaxis: CD4 >350=15% 200-350 = 27% <200= 37% ARV = 12% Opción A = 2% Opción B = 2% Nevirapina:	PNLS Spectrum	(2012) CD4 >350=13,7 %		(2013) Total: 27% (incluido el periodo de lactancia) Sin profilaxis: CD4 >350=15% 200-350 = 27% <200= 37% ARV = 4% Opción A = 2% Opción B = 2% NVP DU: 12% Terapia TARV Antes del embarazo= 0,5% Durante el embarazo= 2%	2013: El cálculo se ha realizado tomando en cuenta todas las probabilidades 2013: Spectrum actualizado Se ha considerado en el spectrum la tasa de transmisión final incluido el periodo de la lactancia materna 2013: Los datos no han sufrido cambios importantes
4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un	4.1	Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente	PNLS/Informe sobre el Acceso Universal	(2010) Total: 28.9% 4688	Base de datos de la farmacia del Centro de	(2012) Total: 64.4% 6672/ 10352 Adultos 15a+= 75.4% 6512/8642		(2013) Total: 28.4% (7625/ 26861) Adultos: 15a+= 31.2 % (7431/ 23800)	2013: para el denominador, la medición del indicador se realiza utilizando el modelo

¹⁸ La máquina de PCR ya se compró en 2014. Está en fase su instalación y formación del personal.

OBJETIVO	N	INDICADOR	GARPR 2012		GARPR 2013		GARPR 2014		OBSERVACION
			Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	
tratamiento antirretroviral para 2015		reciben terapia antirretroviral (Ind. ODM)	2010 PNLS/ Resumen de los indicadore s del programa de lucha contra el sida, 2011	Adultos: 36.8% Niños : 2.2% (2011) Total: 47.9% Adultos: 60.2% Niños 4.2%	Tratamiento UREI Malabo Informes de los 6 centros de tratamiento con ARV	Niños <15 a = 9.4% 160/1710 Público: 5779 = 86.6% Privado: 893 = 13.2% Desglose por sexo: N/D R. Continental:: 4962 < 15 a: 110 15+ a: 4852 R. Insular: 1710 0-14 a: 50 <1 a: 3 1-4 a: 13 5-14 a: 34 15+:1660		Niños: <15 a = 6.3% (194/3061) Público: 6523 Privado: 1102 R. Continental: 0-14 a: 147 <1 a: 1-4 a: 5-9 a: 10-14 a: 15 – 19 a: 15+ : 3974 R. Insular: 0-14 a: 47 <1 a: 3 1-4 a: 8 5-9 a: 15 10-14 a: 21 15 – 19 a: 3 15+ : 3457	de estimación de Spectrum, (CD4 <350) con la estimación del número total de seropositivos La cobertura se ha descendido por la influencia de la metodología de medición, anteriormente se calculaba con el denominador según el número de personas que necesitan TARV, por lo tanto, este dato no ha podido ser comparado con el de 2012.
	4.2	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral	PNLS/Informe Final de la encuesta Indicadores de Alerta Precoz (IAP) 2010	Proxy (2010) 75.5% 2003-2009 28.7%	Base de Datos de la farmacia de la Unidad de Tratamiento de UREI Malabo	(2012) Total: 61.2% 306/500 R. Continental: 64,8% 240/370 < 15 a: 12 15a+: 228 R. Insular: 51% 66/130 Femenino: 45	(2013) Total: 82.4% 510/619 R. Continental: 82.7 % 329 / 398 Femenino: 150 Masculino : 179 < 15 a: 4 15a+: 325 R. Insular: 81.9%	2010 Proxy: Basado en una encuesta IAP 2012: En 5 de los 6 centros de tratamiento se escogió una muestra representativa (221 en UREI Malabo, 158 en UREI Bata, 70 los CTA y 50 los CPT), y se midió cuántos de	

OBJETIVO	N	INDICADOR	GARPR 2012		GARPR 2013		GARPR 2014		OBSERVACION
			Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	
						Masculino : 21 < 15 a: 0 15a+: 66		181/ 221 Femenino: 124 Masculino : 57 < 15 a: 4 15a+: 177	estos pacientes que iniciaron tratamiento en 2012, seguían en tratamiento 12 meses después. <i>Hay un aumento importante del porcentaje pasando de 61,2% en 2012 al 82,4% en 2013</i>
5. Reducir en un 50% el número de muertes por tuberculosis (TB) entre las personas que viven con el VIH para 2015	5.1	Porcentaje estimado de los casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	PNLT/Informe anual de control de Tuberculosis 2009, 2010 PNLS/Informe sobre el Acceso Universal 2010	(2010) 7% (2009) 7%	PNLT/Informe anual de control de Tuberculosis	(2012) Total 123/1029 = 12 % R. Continental: 65 <15 a: 6 15 +a: 59 Femenino: 31 Masculino: 34 R. Insular: 58 (2011) 52 casos		(2013) Total: 58/ 744 = 7.8% Femenino: Masculino : < 15 a: 15a+:	
6. Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses en los países	6.1	Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuentes de financiación		(2005-2011) Fondo Mundial 7'629.143 USD (2010) Gasto Nacional 710.303 (2011) 939.672		(2012) Total Gasto 2 381 858.87 USD Gasto Público: 1 686 984,25USD 70.8% Gasto Privado: 205 480.61 USD 8.6%		(2013) Total Gasto USD Gasto Público: 7 844 050 USD Gasto Privado: 260 066 USD Gasto Internacional: 611 671 USD	Se anexa Matriz de Financiación Nacional

OBJETIVO	N	INDICADOR	GARPR 2012		GARPR 2013		GARPR 2014		OBSERVACION
			Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	
de ingresos bajos y medios				(2011) OMS 41347		Gasto Internacional: 489 394.01 USD 20.5%			
7. Eliminar las desigualdades de género	7.1	Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses			Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	Proxy (2011) Violencia física (frecuente o a veces): Total 15-49 a: 55.8% Solteras: 23.7% En unión: 67.7% Divorc/separada: 71.4% 15-19 a : 21.2% 20-24 a : 57.9% 25-49 a : 64.5% Violencia Sexual: 8.2% Estado serológico sobre el VIH: N/D	Proxi (2011) Violencia física (frecuente o a veces): Total 15-49 a: 55.8% Solteras: 23.7% En unión: 67.7% Divorc/separada: 71.4% 15-19 a : 21.2% 20-24 a : 57.9% 25-49 a : 64.5% Violencia Sexual: 8.2% Estado serológico sobre el VIH: N/D	Los datos se mantienen, en ausencia de nuevos estudios después del último informe En el período de notificación el número de mujeres entre 15 y 49 años, que han tenido un apareja sexual y que afirman haber sufrido violencia física o sexual por parte de dicha pareja en los últimos 12 meses es el siguiente: -Violencia física: 100 -Violencia psicológica: 187 -Violencia sexual: 7	
8. Erradicar el Estigma y la Discriminación	8.1	Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH					Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	(2011) Total: 586 / 3533 = 16.6%	Este indicador se refiere a los encuestados que hayan contestado algunas de las respuestas relacionadas con actitudes de tolerancia hacia las

OBJETIVO	N	INDICADOR	GARPR 2012		GARPR 2013		GARPR 2014		OBSERVACION
			Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	Fuente	Resultado	
									PVVIH El denominador es el número de los entrevistados que han oído hablar del VIH
9. Eliminar restricciones de viaje	9.1	No disponible							N/A Los datos son recopilados directamente por la División Legal y de Derechos Humanos de ONUSIDA.
10. Fortalecer la integración del VIH	10.1	Asistencia escolar actual por parte de huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad <i>(Ind. ODM)</i>					Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I), 2011	(2011)	Con Spectrum se estima en 10425 el número de HNV en 2013.
	10.2	Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico externo en los últimos tres meses			Informe de la Segunda Gala benéfica de movilización de recursos para apoyar a los niños huérfanos de la Isla de Annobon, AMUSIDA 2011	Proxy (2011) 45/6018= 0.7%		ND	(2011) 2013: No se ha podido reportar este indicador por falta de acciones posteriores al último informe

**INDICADORES PARA LA VIGILANCIA Y NOTIFICACION DE LA RESPUESTA DEL SECTOR SALUD A LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA
- ACCESO UNIVERSAL- (AU) - GUINEA ECUATORIAL – 2014**

Objetivo 1	N°	INDICADORES	AU 2014		OBSERVACIÓN
			Fuente Datos de 2012	Resultado	
1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015	Pruebas de detección del VIH y orientación conexas				
	1.16	Número de mujeres y hombres mayores de 15 años que se hicieron la prueba de detección del VIH y recibieron orientación en los últimos 12 meses y conocen el resultado	Informes mensuales de los Laboratorios de los centros de salud y hospitales públicos (2012) Total: 35777 R. Continental: 28800 15-19: 5125 20-24: 6449 > 24 a: 17226 Femenino: 18499 Masculino: 10301 R. Insular: 6977 15-19: 756 20-24: 1342 > 24 a: 4879 Femenino: 4245 Masculino: 2732 Prueba nueva: ND	(2013) Total: 48198 R. Continental: 33637 15-19: 4111 20-24: 6216 > 25 a: 23310 Femenino: 21414 Masculino: 12223 R. Insular: 14561 15-19: 850 20-24: 1597 > 25 a: 12144 Femenino: 8352 Masculino: 6209	El número de pruebas se ha incrementado con relación al año 2012, sobre todo en adultos mayores de 25 y más. Tanto para la R. Continental como la R. Insular

Objetivo 1	N°	INDICADORES	AU 2014		OBSERVACIÓN
			Fuente Datos de 2012	Resultado	
		<p>Número de personas seropositivas para el VIH del total de personas a las que se les realizó la prueba</p> <p>Número de embarazadas de 15 años o más (del número total anterior) a las que se les realizó la prueba y se les brindó orientación en los últimos 12 meses que recibieron el resultado</p>	Repetición de prueba: ND	Prueba nueva: ND Repetición de prueba: ND Total: 9158 > 15 a: ND Femenino: ND Masculino: ND Total: 9954 > 15 a: ND 15-19: ND 20-24: ND > 25 a: ND	
	1.16.1	Porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen estuches de pruebas rápidas de detección del VIH y que sufrieron desabastecimiento en los últimos 12 meses (UA)		(2013) Total: 19 / 38= 50%	
Infecciones de Transmisión Sexual					
	1.17.1	Porcentaje de mujeres que acudieron a servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis en la primera consulta (AU)	Informes mensuales de los Laboratorios de los centros y Registros de CPN (2012)	(2013)	El descenso del porcentaje ha sido debido por el subregistro de los centros sanitarios, sobre todo de la

Objetivo 1	N°	INDICADORES	AU 2014		OBSERVACIÓN
			Fuente Datos de 2012	Resultado	
		Porcentaje de mujeres que acudieron a servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis en cualquier consulta prenatal	Total: 6349/ 8376= 75.8% Continental: 5234/6880 = 76.0% Insular: 1115/1496 = 74.5%	Total: 9372 / 15548= 60.3% Continental: 7235 / 12888= 56.1% Insular: 2137 /2660 =80.3% (2013) Total: / = % ND Continental: / = % ND Insular: / = %	R. Continental, ya que se ha observado un comportamiento diferente en la R. Insular.
	1.17.2	Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal seropositivas para la sífilis	Informes mensuales de los Laboratorios de los centros y Registros de CPN (2012) Total: 433/6349 = 6.8% 15-24 a: ND 25+ a : ND R. Continental: 237/5234 = 4.5% R. Insular: 196/1115 = 17.6 %	(2013) Total: 411 / 9372= 4.4 % < 25 años: 188 > 25 años : 223 R. Continental: 296 / 7235= 4.1% R. Insular: 115 / 2137= 5.4%	Se ha descendido la prevalencia de la Sífilis en mujeres embarazadas, en comparación con el año 2012, ha pasado del 6.8% en 2012 al 4.4% en 2013. Este descenso se ha observado sobre todo en la R. Insular (17.6% en 2012 y 5.4% en 2013)
	1.17.3	Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis que recibieron tratamiento	2012 ND	(2013) Total: 408 / 411= 99.3%	
	1.17.4	Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa		N/D	En Guinea Ecuatorial no existen programas

Objetivo 1	N°	INDICADORES	AU 2014		OBSERVACIÓN
			Fuente Datos de 2012	Resultado	
					estructurados para PS. Dato pertinente pero no disponible
	1.17.5	ITS: Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con sífilis activa		N/D	En Guinea Ecuatorial no existen programas estructurados para HSH
	1.17.6	ITS: Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los 12 últimos meses		(2013) Total: 2891 / = % Femenino: 1826 Masculino:1065	Se ha tenido en cuenta como denominador, todos los adultos de 15 a 49 años del censo nacional
	1.17.7	ITS: Número de casos notificados de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses		(2013) Total: 3 / 6363 = 0.0%	
	1.17.8	ITS: Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses		(2013) Total: 186 / = %	
	1.17.9	ITS: Numero notificado de hombres con exudado uretral en los últimos 12 meses		(2013) Total: 259 / = %	
	1.17.10	ITS: Numero notificado de adultos con enfermedad de úlcera genital en los últimos 12 meses		(2013) Total: 81 / = %	
2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas para el 2015	2.6	Número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos		N/D	En Guinea Ecuatorial no existen programas estructurados para los UDI. No obstante, se acaba de crear un centro de atención social para las personas con trastornos psíquicos de Malabo, hasta ahora se desconoce específicamente

Objetivo 1	N°	INDICADORES	AU 2014		OBSERVACIÓN
			Fuente Datos de 2012	Resultado	
					la labor de esta ONG, la cual, no ha ofrecido información al equipo de redacción.
	2.7	Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de tratamiento de sustitución de opiáceos;		N/D	En Guinea Ecuatorial no existen programas estructurados para los UDI
3. Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida	3.4	Porcentaje de embarazadas que conocen su estado con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio - <72h-, incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH	Informes del servicio de Maternidad y Neonatología de los hospitales públicos y privados. Informes de los centros de tratamiento con ARV Proxy (2012) Total: = 6349 / 36800 = 17.2 %	Proxy (2013) Total: = 10384 / 36800= 28.2%%	EL número de mujeres embarazadas que se hicieron la prueba se ha incrementado con relación al año 2012, pasando de 17.2% en 2012 a 28.2% en 2013
	3.5	Porcentaje de embarazadas atendidas en los servicios de atención prenatal cuyo compañero se hizo la prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses		N/D	Hasta la fecha, los centros de salud no cuentan con registros de este indicador
	3.6	Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH a las que se les realizó una prueba de CD4	Región Insular: Base de datos de la Farmacia UREI Malabo Región Continental: Registros de los 6 centros TARV (2012) Análisis de linfocitos CD4: Total: 131/486 = 27%	(2013) Total: 179 / 610= 29.3% Estadificación clínica solamente: ND Pruebas de CD4: ND Sin especificar:	Para este indicador se tomaron en cuenta las embarazadas que iniciaron tratamiento por su propia salud. Se ha observado un ligero aumento porcentual

Objetivo 1	N°	INDICADORES	AU 2014		OBSERVACIÓN
			Fuente Datos de 2012	Resultado	
			Estadificación clínica: ND		
	3.7	Porcentaje de lactantes nacidos de madres infectadas por el VIH que reciben tratamiento ARV para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil tempranamente en las primeras 6 semanas	Informes de los servicios de maternidad de los Hospitales Informes de las 6 unidades de tratamiento del país (2012) Total : 235 /1415 = 16.6% R. Continental: 195 R. Insular: 40	(2013) Total : 652 / 1324 = 49.2 % R. Continental: 285 R. Insular: 367	El denominador se obtuvo por Spectrum. Número de mujeres embarazadas que necesitan PTMH
	3.9	Porcentaje lactantes nacidos de madres infectadas por el VIH que comenzaron profilaxis con CTX en el plazo de 2 meses después del nacimiento	Informes de las 6 unidades de tratamiento del país (2012) Total: 205/ 1415 = 14.5% R. continental: 118 R. Insular: 87	(2013) Total: 387 / 1324= 29.2% R. continental: 268 R. Insular: 119	El denominador se obtuvo por Spectrum. Igual al número de madres que necesitan PTMH Se ha observado un incremento del indicador, pasando de 14.5% en 2012 a 29.2 en 2013
	3.10	Distribución de las prácticas de alimentación (lactancia materna exclusiva, alimentación de remplazo, alimentación mixta, otra) en los lactantes nacidos de mujeres infectadas por el VIH (consulta para la vacunación con DPT3)	Registros de farmacia UREI Bata, de Malabo y las maternidades de los centros sanitarios. (2012) Total: 205 R. continental: 205 Lactancia materna: 1 Lactancia de remplazo: 197 Lactancia mixta: 7	(2013) Total: 427 Tipos: Materna Exclusiva=10 Lactancia Artificial= 413 Lactancia mixta=4 Sin clasificar: 0 R. continental: Materna Exclusiva=10	

Objetivo 1	N°	INDICADORES	AU 2014		OBSERVACIÓN
			Fuente Datos de 2012	Resultado	
			R. Insular: ND	Lactancia Artificial= 197 Lactancia mixta=4 R. Insular: Materna Exclusiva=0 Lactancia Artificial= 216 Lactancia mixta=0	
	3.11	Numero de embarazadas que acudieron a CPN al menos 1 vez durante el 2013	Informes del servicio de los Centros de salud, hospitales públicos y privados del país. (2012) Total: 8376 R. Continental: 6880 R. Insular: 1496	(2013) Total: 15548 R. Continental: 12888 R. Insular: 2660	El número de embarazadas que han realizado al menos una vez la consulta prenatal durante el año 2013 se ha incrementado significativamente, pasando de 8376 en 2012 a 15548 en 2013
4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015	4.2b	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH de quienes se sabe que están con tratamiento ARV: 24 meses después del inicio del tratamiento entre los pacientes que lo iniciaron durante 2010 (AU 2012 4.2b)	Base de datos de la farmacia del Centro de tratamiento UREI Malabo (2012) Total : 225/380 = 59.2% R. Continental: 127/250= 50.8% Masculino: 38 Femenino: 89 <15a: 2 15a+: 125 R. Insular: 98/130 = 75.4%	(2013) Total : 94 / 180 = 52.2 % R. Continental: N/D Masculino: Femenino: <15a: 15a+: R. Insular: 94 /180=52.2 % Masculino: 28 Femenino: 66 <15a: 0 15a+: 94	Solo la UREI de Malabo ha proporcionado este dato. Los datos de los centros de la región continental no han sido representativos para ser considerados, sólo un centro de 5 en la R. Continental ha informado a cerca de este indicador

Objetivo 1	N°	INDICADORES	AU 2014		OBSERVACIÓN
			Fuente Datos de 2012	Resultado	
			Masculino: 29 Femenino: 69 <15a: 0 15a+: 98		
	4.2c	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH de quienes se sabe que están con tratamiento ARV: 60 meses después del inicio del tratamiento entre los pacientes que lo iniciaron durante 2008 (AU 2012 4.2c)	Base de datos de la farmacia del Centro de Tratamiento UREI Malabo Informes de los 6 centros de tratamiento con ARV	(2013) Total : ND R. Continental: ND Masculino: Femenino: <15a: 15a+: R. Insular: ND Masculino: Femenino: <15a: 15a+:	Los centros no han informado este indicador
	4.3a	Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral	Informes del PNLIS	(2013) Total: 6 Por tipo: UREI ¹⁹ : 2 CPT ²⁰ : 2 CTA ²¹ : 2 Público: 4 Privado: 2 Servicio de atención TB: 0 Servicio de atención de las ITS: 0	Existen además 16 centros que realizan PTMH, es decir suministran ARV profilácticamente para la prevención, pero que no realizan TARV. Las embarazadas deben acudir a uno de los 6 centros de TARV cuando necesitan tratamiento por su propia salud. Es decir, 22 centros ofrecen atención a las mujeres

¹⁹ UREI: Unidades de Referencia de Enfermedades Infecciosas (Hubicada en los 2 hospitales Regionales de Malabo y Bata)

²⁰ CPT: Centro Provincial de Tratamiento (ubicados en 2 hospitales provinciales)

²¹ CTA: Centro de Tratamiento Ambulatorio (ubicado en 2 centros de salud que se dedican a la APS)

Objetivo 1	N°	INDICADORES	AU 2014		OBSERVACIÓN
			Fuente Datos de 2012	Resultado	
				Desconocido o no especificado:0	embarazadas con VIH, durante el embarazo y el parto.
	4.3b	Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral pediátrico	Datos del PNLS	(2013) Total: 6 Por tipo: UREI ²² : 2 CPT ²³ : 2 CTA ²⁴ : 2 Público: 4 Privado: 2	
	4.4	Porcentaje de establecimientos de salud que suministran ARV y que en los 12 últimos meses han presentado desabastecimiento de al menos un ARV necesario	Informe del servicio de Aprovechamiento del MINSABS (2012) Total centros TARV : 6/6=100% Ruptura de Stock: 6 Publico:4 Privado:2	(2013) Total centros TARV : 6/6=0% Ruptura de Stock: 0 Público:0 Privado:0 Centros PTMH: 0 %	
	4.6	Atención de la infección por el VIH Número de adultos recién incluidos en la atención de la infección por el VIH (en etapa pre-			

²² UREI: Unidades de Referencia de Enfermedades Infecciosas

²³ CentroProvincial de Tratamiento

²⁴ CTA: Centro de Tratamiento Ambulatorio

Objetivo 1	N°	INDICADORES	AU 2014		OBSERVACIÓN
			Fuente Datos de 2012	Resultado	
		tratamiento/seguimiento o bajo TAR) durante el 2013			
	4.6a	Número total de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH a fines del período de notificación		(2013) Total : 172 Masculino: Femenino: <15a: 15a+: Edad desconocida:	
	4.6b	Número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH durante el período de notificación		(2013) Total : 1219 Masculino: 436 Femenino: 783 < 15 = 169 >15+ = 1050 R. Continental: 980 R. Insular: 239	
	4.7	Supresión de la carga viral		N/D	
5. Reducir en un 50% el número de muertes por tuberculosis (TB) entre las personas que viven con el VIH para 2015	5.2	Porcentaje de personas seropositivas para el VIH que se han incorporado por primera vez en la atención a las que se les detectó tuberculosis activa		(2013) Total : 49 / 754= 6.5% Masculino:17 Femenino:32 >15 años: 0 <15 años:49 Edad desconocida:0	
	5.3	Porcentaje de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH		(2013) N/D	Está contemplado en el protocolo de coinfección, pero no se aplica.

Objetivo 1	N°	INDICADORES	AU 2014		OBSERVACIÓN
			Fuente Datos de 2012	Resultado	
		que inician profilaxis con isoniazida			
	5.4	Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó en la última consulta		ND (2013)	No hay registro de este indicador.

II PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DEL SIDA

En Guinea Ecuatorial el VIH/sida sigue siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad. Cada año, se identifican en promedio entre 1600-4800 casos.

En 2012 el número de personas que viven con la infección se estimó alrededor de 19.905 casos en adultos (mínimo 17.292, máximo 28.900) y 2.600 pacientes en niños (mínimo 2.057-máximo3.551)²⁵.

Por las características del VIH, el país sigue estando clasificado dentro de los países de epidemia generalizada, con un predominio del subtipo VIH-1(97,4%). La vía más frecuente de transmisión es la heterosexual, seguida por la transmisión vertical madre hijo y las transfusiones.

Prevalencia del VIH en la población general

Se estima que la prevalencia del VIH en la población entre 15 a 49 años es de 6,2%. En la última década, las mujeres están más infectadas que los hombres²⁶ (con 8,3% en comparación con los hombres en 3,7%).

Estas cifras son comparables a las encontradas en otras regiones de Africa sub-sahariana, en las que se confirma que las mujeres son mucho más vulnerables que los hombres a la infección por el VIH. En las poblaciones de mayor edad, la tasa de prevalencia del VIH es mayor entre los hombres que en las mujeres.

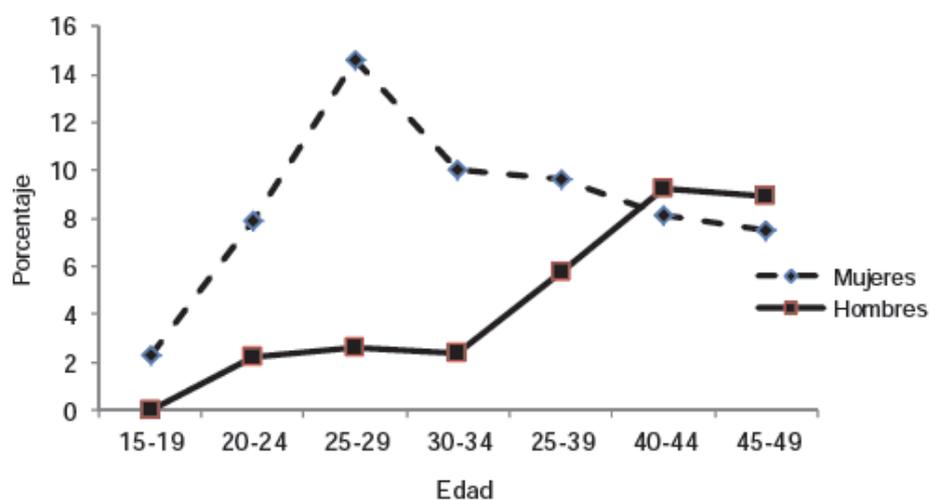


Gráfico 2: Comportamiento de la prevalencia del VIH en la población de 15 a 49 años según edad y sexo

La precocidad de las relaciones sexuales parece influir en el nivel de prevalencia del VIH entre las mujeres y el uso de preservativo, también tiene una relación directa en la tasa de infección ya que se encuentra que la seroprevalencia es mayor en aquellos que informaron

²⁵ Informe Mundial ONUSIDA

²⁶ EDS-GE 1-2011

no haber hecho uso del preservativo. Además, el hecho de haber tenido mayor número de parejas sexuales, incide directamente en la prevalencia.

a) Prevalencia en Mujeres embarazadas

La situación de las tasas de VIH en mujeres embarazadas sigue siendo preocupante. Esta tasa se ha incrementado progresivamente pasando de 1.49% en 1997 a 7.3% en 2008, hasta la fecha no se ha vuelto a realizar otra encuesta similar.

La encuesta de 2008 mostró que el 36% de las gestantes encuestadas eran adolescentes (10-19 años), con una tasa de infección a VIH de 4.43%. Los grupos más vulnerables fueron las mujeres entre 35 y 39 años (13%), las embarazadas que trabajan como comerciantes (19.7%) y las agricultoras (15.4%). La prevalencia de VIH era superior en la región Insular (9.2%) comparativamente a la región Continental (6%).

Con estos datos, se podría conjeturar que la tasa de VIH en la población general también podría haber aumentado. De acuerdo a los datos de vigilancia centinela, la tasa de infección en mujeres embarazadas fue de 6% en 2009, 5.1% en 2010. En 2013 de las 9.954 mujeres embarazadas a las que se les realizó la prueba del VIH, 1001 resultaron positivas, lo que representa una prevalencia de 10.1%.

b) Prevalencia en Poblaciones más expuestas

El único estudio de seroprevalencia realizado en el personal uniformado, en el seno de las fuerzas armadas y la seguridad de estado en la región insular en 2008. Este estudio reveló que la prevalencia del VIH en cuerpo uniformado es de 10,1%, distribución por sexo: Hombres 9,2%, mujeres:12%; por rango o categoría: oficiales superiores 11.8%, oficiales subalternos 9,1%, suboficiales 13,5%, por grupo de edad 28-47 años : 13.3%.

Lamentablemente, no se han realizado estudios de prevalencia en otras poblaciones de alto riesgo como las trabajadoras sexuales (TS), los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los usuarios de droga inyectable (UDI), ni en las personas privadas de libertad.

c) Coinfección TB/VIH

El Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis (PNLT), sigue sin poder realizar el test rápido para VIH a todos los pacientes diagnosticados de tuberculosis. A pesar de su importancia en dichos pacientes, y su disponibilidad en muchos centros sanitarios, solo un 77,6 % de los pacientes con tuberculosis realizaron el test rápido, y un 22,4 % no lo realizaron en el año 2012²⁷.

Por otra parte, los que realizaron test rápido con resultado positivo, no todos recibieron la atención necesaria en cuanto al seguimiento o inicio de tratamiento Anti retroviral, solo el 42 % lo recibió en el mismo año. Tabla 1

Tabla 2: Datos de Confección TB/VIH 2012

TOTAL DE CASOS DIAGNOSTICADOS	963	100 %
Test VIH Realizado	748	77,6 %
VIH+	281	38 %

²⁷ Informe Anual PNLT 2012

VIH-	467	62 %
VIHNR	215	22,3 %
TB/VIH ARV	119	42 %

El denominador común de los problemas que afectan a la co-infección TB/VIH-sida, es la falta o mala coordinación de las actividades de los dos grandes programas de tuberculosis y sida, en diferentes niveles de la atención sanitaria.

En el año 2013, el porcentaje estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento para ambas infecciones es de tan solo un 7,8%, esto demuestra la insuficiente cobertura del programa en caso de coinfección VIH/TB, debido a la escasa coordinación e integración entre los dos programas, la falta de financiación del Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis que dificulta la supervisión en el terreno.

d) Diagnóstico de nuevos casos

En el país se ha incrementado el número de centros de detección de anticuerpos de VIH , basada en las pruebas rápidas en acto único. Durante el período comprendido de enero a diciembre del 2013 se han realizado un total de 49.360 pruebas (hombres: 14.344 y mujeres: 26.492), de las cuales resultaron positivas un total de 9.208, lo que representa un 18,7% de seropositividad. En los grupos más vulnerables como las gestantes se analizaron un total de 10.384 muestras, siendo positivas 1001 muestras para un 9.6%.

El mayor número de nuevos casos se registra en las gestantes que acuden a los centros centinelas para realizarse la prueba de VIH, seguido de los sospechosos y voluntarios.

En 35 de los 37 centros centinelas se han reportado ruptura de stock de algunos reactivos de los tres test rápidos del algoritmo de diagnóstico. Por otra parte se ha constatado que la frecuente movilidad del personal formado ha podido influir en el número de pruebas realizadas.

e) Conocimientos, actitudes y prácticas

De acuerdo a la EDS-1 2011, a pesar de que casi la totalidad de la población respondió haber oído hablar del VIH/sida, solo el 18% de las mujeres y el 20% de los hombres de 15 a 49 años tienen un conocimiento “comprensivo”.

Solo el 49% de las mujeres y el 36% de los hombres saben que el VIH puede ser transmitido a través de la leche materna y que el riesgo de transmisión del VIH de la madre al hijo puede ser prevenido o reducido tomando medicamentos durante el embarazo.

Sobre el estigma, sólo el 17% de las mujeres y el 20% de los hombres expresaron aceptación hacia las personas que viven con el VIH (según las respuestas a las cuatro situaciones expresadas en la encuesta).

La proporción de hombres que respondieron haber tenido al menos dos parejas sexuales en los últimos 12 meses, es mucho más elevada que la de las mujeres (41% frente al 15%). Entre los hombres que han tenido múltiples parejas sexuales, en los últimos 12 meses, el 24% respondió haber usado un preservativo durante la última relación sexual, este porcentaje es de 16% entre las mujeres.

El promedio de parejas sexuales durante la vida, se estima que es de 5.1 en las mujeres frente al 14.7 en los hombres.

Solamente el 35% de las mujeres y el 25% de los hombres recibieron el resultado del último test de VIH efectuado en los últimos 12 meses. En cambio, el 35% de las mujeres y el 59% de los hombres nunca han hecho la prueba del VIH.

f) Conclusión

Acorde con el análisis realizado anteriormente, concluimos que existe un ligero aumento en el nivel de conocimiento de la población respecto al VIH; sin embargo el VIH, todavía persisten actitudes y prácticas de riesgo fundamentalmente como el bajo uso del preservativo, la cultura de las múltiples parejas sexuales, así como la estigmatización del problema. Esto influye significativamente en el aumento de la seroprevalencia en la población general.

Por otra parte, la ausencia de programas de prevención dirigidos a las poblaciones claves (TS, HSH, UDI), incide en el agravamiento del problema. Solamente se conoce la situación frente al VIH en el personal uniformado.

En general, la tendencia indica un aumento del número de personas que viven con el VIH (PVVIH), duplicándose la seroprevalencia en los últimos 7 años.

III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DEL SIDA

3.1 COMPROMISO NACIONAL

Desde la aparición de la epidemia de VIH/sida en 1981, el Gobierno de la RGE la ha considerado como un problema de Salud Pública y que al mismo tiempo implica un obstáculo para el desarrollo del país. Por lo tanto, considera la lucha contra este problema requiere un compromiso político al más alto nivel, considerando dicho enfrentamiento como una prioridad de política nacional.

Las actividades del Gobierno han estado orientadas a crear un ambiente favorable a la lucha contra el sida, a través de un marco legal que tiene en cuenta los aspectos institucionales, la prevención, el tratamiento y apoyo, el respeto a las PVVIH, así como la aprobación de planes estratégicos.

Se entiende que la salud es la piedra angular para el desarrollo de una nación, es así que Guinea Ecuatorial está dispuesto a vencer los grandes retos que tiene para ser considerado un país emergente, de acuerdo a los lineamientos mundiales (ODM) y nacionales (Horizonte 2020).

Los principios en los que se basa la respuesta nacional, retenidos en el nuevo Marco Estratégico para el periodo 2014-2018 del Programa Nacional de Lucha contra el VIH/sida a elaborar, son:

- Acceso universal y equidad
- Respeto a los derechos humanos
- Servicios logísticos basados en las necesidades de las personas
- Descentralización de servicios
- Organización, participación y responsabilidad compartida
- Multisectorialidad, inter-sectorialidad y apropiación
- Buena gobernabilidad
- Respeto de las tradiciones y valores

En el año 2013, tras la experiencia no exitosa del Protocolo anterior de la PTMH, establecido en 2009, y siguiendo las nuevas recomendaciones de la OMS (junio 2013), se han trazado nuevas líneas de intervención y estrategias, como han sido:

- Actualización del Protocolo de la PTMH (en curso), incluyendo el VIH pediátrico y en las gestantes.

Cuadro 1.1 Políticas/ Estrategias/ Planes/ Programas/ Proyectos de Lucha contra el VIH/SIDA	Año
Orden Ministerial que regula la acreditación de centros sanitarios nacionales para el manejo integral de pacientes con el VIH/sida (espera validación)	2011
Circular que prohíbe la obligatoriedad de realizar la prueba de VIH para acceder a cualquier tipo de documentación ya sea para nativos y extranjeros	2011
Nombramiento de un Ministro de Estado a la Presidencia encargado de la Prevención y la Coordinación Multisectorial en la lucha contra el VIH/sida y otras ITS	2013
Reubicación correcta de la Dirección General de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual, bajo la tutela del Ministro de Estado.	2013
Creación de la Dirección General de Apoyo al VIH/sida y otras infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	2013
Adhesión del Gobierno al compromiso para eliminar la transmisión vertical del VIH de aquí al 2015, con la adopción temprana de la nuevas recomendaciones de la OMS en materia de ARV	2013

- Identificación de una nueva estrategia para aumentar el acceso de las embarazadas seropositivas a los servicios esenciales de la PTMH en todos los distritos.

En 2013 el Gobierno se adhirió al compromiso internacional para eliminar la transmisión vertical del VIH de aquí al 2015, con la adopción temprana de las nuevas recomendaciones de la OMS en materia de ARV y el establecimiento de nuevas metas, las cuales se explican en el capítulo de mejores prácticas.

A raíz de los obstáculos encontrados en análisis previos de años anteriores, sobre la capacidad de respuesta a nivel de la coordinación, el Gobierno ha decidido dar los siguientes pasos:

- Nombramiento de un Ministro de Estado a la Presidencia encargado de la Prevención y la Coordinación Multisectorial en la lucha contra el VIH/sida y otras ITS
- Re-ubicación de la Dirección General de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual, bajo la tutela del Ministro de Estado
- Para reforzar la coordinación de la respuesta nacional, del sector salud se ha creado la nueva Dirección General de Apoyo al VIH/sida y otras infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Con el objetivo de disminuir el estigma y la discriminación social del VIH, se dio seguimiento a la decisión tomada en el 2011 por la cual se promulgó una circular en la que se prohibía la obligatoriedad de la realización del test de VIH para acceder a cualquier documentación.

En resumen, la respuesta política se orienta a abogar por la participación de los diferentes sectores, permitiendo integrar y armonizar las actividades orientadas a reducir la propagación de la infección por VIH, vigilar la calidad de los servicios y la integración de servicios conexos, así como garantizar el acceso en un marco de respeto a los derechos humanos.

3.2 ICPN: INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE LOS COMPROMISOS Y LAS POLÍTICAS NACIONALES

Este indicador no ha podido ser informado este año.

3.3 EJECUCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL

3.3.1 Prevención

Objetivo 1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015

❖ Prevención del VIH en la población general

La epidemia del VIH en la RGE exige de grandes esfuerzos y voluntad para hacerle frente. Sin una efectiva y eficiente planificación y programación no se podría lograr ningún objetivo. Por lo tanto, se establecieron prioridades encaminadas a las actividades de prevención del VIH, incluyendo la prevención de la transmisión madre – hijo, el tratamiento de las personas infectadas, así como el conocimiento de la epidemia a nivel nacional.

Cuadro 1.2: Principales Acciones Programáticas 2011-2013	Año de inicio
Planificación /Coordinación Nacional	
Coordinación de VIH/TB	2012
Inicio de la integración de la PTMH en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva	2013
Prevención	
Actualización de la Estrategia de PTMH	2013
Campañas / talleres de información, formación de pares formadores	2011-2013
Finalización de obras constructivas de los dos bancos de sangre regionales y unidades de transfusionales. En curso la formación del personal	2013
Formación de pares educadores/sensibilización en escuelas y en medio comunitario	2012
Charlas de prevención sobre el VIH a los militares y sus esposas, y formación de pares educadores	2011-2013
Seminario de Formación sobre VIH a los médicos tradicionales	2013
Tratamiento ARV /Coinfección TB/VIH	
En proceso de identificación nuevas unidades en APS para descentralizar el tratamiento, principalmente en el interior del país.	2013
Actualización del Protocolo de Tratamiento con ARV	2011
Introducción de las recomendaciones OMS en materia ARV adultos y adolescentes	2013
Equipamiento de laboratorios de provincia con máquinas de CD4	2011
Compra de 2 nuevos equipos de CD4	2013
Compra del equipo de pruebas de Carga Viral y formación del personal encargado de su operación	2013
Integración del seguimiento niño expuesto/infectado de VIH en el servicio de pediatría a cargo del propio personal de ese servicio	2013
Formación de 3 nuevos prescriptores en ARV pediátrico.	2013
Subvención continua de la adquisición de ARV por el Gobierno de la Guinea Ecuatorial con una financiación especial del Fondo para el Desarrollo Social	Desde 2010 hasta la fecha
Apoyo a niños huérfanos vulnerables	
Incremento del apoyo a los niños huérfanos por una ONG ubicada en la región continental.	2011-2013
Refuerzo de la participación de la sociedad civil	
Redinamización de la red de ONG trabajando en la	2012

lucha contra el VIH	
Mayor participación de las ONGs en los trabajos de prevención (elevación de los conocimientos de la población, lucha contra el estigma, test voluntario)	2012-2013
Estudios /Vigilancia /Monitoreo /Evaluación	
Validada la EDS GE-I 2011	2012
Instalada base de datos para el seguimiento del VIH en varias 6 CTA.	2012-2013
Informe de Acceso Universal	2011-2013
Informe UNGASS	2010-2013
Evaluación preliminar del ODM 6	2013

Tras importante esfuerzos que se iniciaron a finales de la década de los ochenta, en el 2009 se estableció un Marco Estratégico, concebido hasta el 2013. El nuevo Marco Estratégico (2014-2018) a elaborar tendrá en cuenta el componente prevención.

Desde el 2011 al 2013, las principales acciones han estado centradas con mayor énfasis en la descentralización del TARV y el diagnóstico; en cambio, el M&E de la epidemia ha sido insuficiente. Tampoco ha habido una regularidad en las intervenciones dirigidas a la prevención, con excepción de aquellas elaboradas y ejecutadas por algunas organizaciones de la Sociedad Civil. La escases de acciones de prevención de las células sectoriales creadas en los ministerios afines influyeron en la irregularidad de las intervenciones realizadas.

El Ministerio de Defensa y Seguridad Nacional, a través de la Dirección General de Sanidad Militar, realizó importantes esfuerzos en la prevención del VIH entre el personal uniformado, sobre todo por los resultados de la última encuesta de seroprevalencia en este grupo. En este sentido, se han desarrollado formación de pares educadores sobre la prevención del VIH en coordinación con el Ministerio de Defensa de Cameron y la Universidad JOHN HOPKINS, 2 campañas de Prevención del VIH en los campamentos militares y distribución del preservativos. Por otro lado, también se realizaron varias charlas de sensibilización dirigidas a las esposas de los militares y a sus hijos mayores de edad.

La Dirección General de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el sida realizó varias campañas de sensibilización vinculadas a los grandes eventos nacionales, como el Día de la Independencia Nacional: 12 de Octubre del 2012, Natalicio del Presidente de la República: 5 de Junio, Día Internacional de la Mujer: 8 de Marzo y la Celebración del Movimiento Amigos de Obiang (MAO), así como actividades deportivas.

El Ministerio de Asunto Sociales e Igualdad de Género, ha realizado seminarios de formación y charlas sobre temas sociales que incluye las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/sida en barrios periféricos. En el año 2012 se llevó a cabo una gira de sensibilización sobre el VIH/sida a los docentes de varias escuelas primarias y secundarias, y a las consejeras del mismo ministerio.

En el grupo de edad de 15 a 24 años la prevalencia del VIH/sida se ha triplicado en los últimos 11 años, como se muestra en el cuadro numero 3, al pasar de 1.08% en el año 2000 a 3.1% en el 2011. Según el último informe GARPR – 2013, el nivel de los conocimientos sobre el VIH es muy bajo a nivel de la población entre 15 y 24 años (18.4%), con inicio muy temprano de las relaciones sexuales. Esto tiene una relación directamente proporcional con la escasa implementación de las intervenciones de prevención. También son muy pocas acciones las dirigidas a los jóvenes en las escuelas, así como a los grupos claves (TS, HSH, UDI).

La estigmatización de las personas que viven con el VIH/SIDA y el poco conocimiento de dicha enfermedad por parte de la población, podría estar contribuyendo al incremento de la prevalencia²⁸

Cuadro 3: Prevalencia del VIH/SIDA entre las personas de de 15 a 24 años (2000 – 2011)

Año 2000	Año 2011
1.08%	3.10%

❖ **Prevención del VIH en Trabajadoras sexuales (TS)**

No existen programas de prevención estructurados encaminados a esta población clave. La perspectiva del gobierno es establecer alianzas con las organizaciones de la SC para trabajar con este grupo clave y destinar recursos. Tras la formación de pares educadores realizada por la ONG CAMINO en 2012, no se ha vuelto a realizar otra actividad.

❖ **Prevención en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)**

Al igual que con las TS, no existen programas de prevención dirigidos a esta población clave. Se deberá tomar en cuenta este grupo de alto riesgo, no presente hasta ahora en ninguna política de salud. En la actualidad, no hay recursos asignados para el trabajo con esta población clave.

❖ **Pruebas y orientación**

Consejería y Prueba

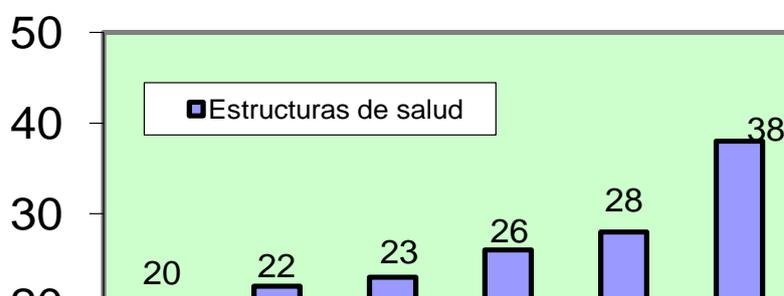
El número de centros que realizan test de VIH y consejería hasta la fecha son 42 en comparación con los 40 en el 2011 (gráfico 3).

En 2013, se realizó un curso de formación al personal de enfermería en los dos hospitales regionales, así como un curso de laboratorio sobre manejo de VIH en el marco de la puesta en marcha del Centro Regional de Transfusión Sanguínea, basándose en el protocolo de diagnóstico actualizado (3 test en acto único).

El número de personas mayores de 15 años que se realizaron la prueba fue de 48.213 en el 2013 (19%), en comparación con los 35.777 personas en el 2012. Este aumento pudiera ser reflejo de un mejor trabajo de registro de datos, al igual que una mayor disposición de la población por conocer su estado serológico.

²⁸ Evaluación Preliminar del ODM 6 en el país

Grafico 3 Número de estructuras que realizan la prueba para el VIH en Ecuador 2000-2013



❖ Infecciones de transmisión ITS

En 2012 se realizaron actividades de reciclaje al personal sanitario sobre manejos de casos sindrómicos de las ITS. El número de adultos con sífilis diagnosticados en 2013 fue de 2357, siendo 790 hombres y 1567 mujeres.

La sífilis tiene alta prevalencia en la población, especialmente en las embarazadas, con una prevalencia de 4,9% en 2013, aunque se ha observado ligero descenso respecto al año 2012 (6,8%). En la primera consulta prenatal un total de 9.372 mujeres (60,3%) se realizaron la prueba en ese año, superior al año 2012 (6.349)

El número de hombres con secreción uretral en el período de notificación fue de 259, teniendo un diagnóstico de gonorrea 192. El número casos con úlcera genital en hombres fue 81. Es importante destacar la dificultad para la recogida de este indicador, se puede asumir que hay sub-registro. Alrededor 30 centros sanitarios no han reportado este dato, lo cual ha podido influir en el bajo número de personas diagnosticadas.

La última actualización del Protocolo de Manejo Sindrómico de las ITS fue en el 2010.

Las ITS no han sido consideradas como un problema primordial de la salud pública, de ahí las carencias que denota la atención a la misma. Esto se refleja además en el bajo nivel de seguimiento y vigilancia epidemiológica. Con respecto a las CPN se conoce que el 60.3% de las mujeres que acudieron a la consulta prenatal se les realizó el test de sífilis en la primera consulta.

IEC/CCC

En 2013, se realizaron varias campañas de sensibilización en toda la geografía nacional. Se han realizado varias campañas de sensibilización en las comunidades, dentro de las que podemos mencionar la Campaña Insular de VIH organizado por el Ministerio de Información Prensa y Radio orientado a la población adulta de la Isla.

Por otro lado, la Sociedad Civil siguió jugando un importante papel en las actividades de sensibilización e información a la población sobre el VIH, apoyadas por el Gobierno, el SNU y el sector privado.

❖ Otros indicadores de prevención

Seguridad Hematológica

Seguridad transfusional

En 2013 se finalizó la creación de dos bancos de sangre regionales, uno para la región insular y otro para la continental, así como la creación de unidades de transfusión en todas las provincias. Se inició además, la sensibilización de la población respecto a la sangre segura y donación voluntaria y altruista.

Mientras no finaliza el gran proyecto de los bancos de sangre, todas los hospitales realizan transfusiones directas, haciendo testaje a la sangre para sífilis, VIH y las hepatitis B y C.

El Gobierno ha elaborado un plan de formación de recursos humanos, para la puesta en marcha de dichos centros cuya operatividad esta prevista en el año 2015. A la fecha se cuenta con el Centro Regional de transfusión sanguínea de Malabo en el área del hospital regional pero que tiene un funcionamiento autónomo y que se espera tenga estabilidad en cuanto los recursos humanos estén formados por los expertos españoles de la Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia. Por otro lado en Bata, se cuenta ya con un banco construido, equipado y con la logística establecida. También se tiene contemplado la disponibilidad de Unidades de Transfusión en las provincias para que todo el país tenga acceso a la sangre segura.

En la actualidad las transfusiones se realizan con donantes a reposición y todavía no existe un programa de sensibilización para la concienciación de la población sobre la importancia de la donación voluntaria, en este sentido en noviembre de 2013 se inició la primera campaña para conseguir donantes voluntarios y altruistas. El trabajo de sensibilización será evaluado en junio de 2014 para poder tener los lineamientos a seguir y contar con un plan definido de acuerdo a la realidad.

Educación escolar sobre el VIH basadas en las aptitudes para la vida

Currículo escolar

El Ministerio de Educación y Ciencia, consciente de la problemática del VIH/sida en el país, tomó acción para hacer de las instituciones escolares una plataforma de información y formación para lograr cambios responsables de conducta en los jóvenes escolarizados, con el fin de crear una cultura de prevención y conservación de la salud, iniciándose en las escuelas.

Este Ministerio a través del Programa Nacional de Educación para Todos (EPT), en colaboración con la UNESCO y UNICEF, elaboraron el proyecto titulado: *“Sinopsis del Tutorial sobre le EVF/EMP/VIH y Sida en la enseñanza de Guinea Ecuatorial”*. Es un proyecto para ser implementado en 20 escuelas (fase piloto) de la enseñanza primaria, secundaria y escuelas universitarias de formación docente. Este tutorial es diseñado para el auto-aprendizaje de los discentes y docentes de las escuelas primarias, secundarias y universitarias.

En el 2013, se realizó una primera fase de formación de 50 docentes en los diferentes módulos de formación de entrenamiento cruzado en la región insular del país, financiado por UNICEF, así como la elaboración de guías didácticas para ser distribuidas entre los docentes. La siguiente fase de formación de docentes en la región continental está pendiente de realización.

El proyecto ya está validado por el Ministerio de Educación y Ciencia, pero queda pendiente la implementación generalizada y continua en todo el país.

Objetivo 2. Reducir en un 50% el número de transmisiones del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015

Aun no existen estudios de prevalencia disponible acerca de los usuarios de droga inyectable, por lo tanto no hay ningún tipo de intervención en este grupo de alto riesgo.

❖ Prevención de la Transmisión Materno-Infantil

En el periodo de notificación un total de 15.548 mujeres embarazadas acudieron a la primera CPN, superior al 2012 cuya cifra fue de 8.376 (este año hubo un sub-registro de la información). El número de mujeres embarazadas que se hicieron la prueba se ha incrementado con relación al año 2012, pasando de 17.2% en 2012 a 28.2% en 2013

Existen 22 centros que ofrecen servicios esenciales de PTMH, de los cuales 2 son hospitales regionales, 3 provinciales, 13 distritales y 4 centros de salud (CS). Además existen 3 centros privados que también brindan este servicio.

Funcionan 6 centros TAR (2 hospitales regionales, 2 provinciales y 2 CS), que no solo ofrecen servicio de PTMH como profilaxis sino también triterapia a las embarazadas por su propia salud.

En octubre de pasado año, el país adoptó las nuevas recomendaciones de la OMS en materia de PTMH (opción B+). A pesar de que el proceso de implementación de las nuevas recomendaciones de la OMS, está en curso, existen centros que ya la utilizan.

El país está retirando gradualmente la monodosis con NVP, pudiendo observarse que en año 2013 solo 72 mujeres han recibido NVP como dosis única al parto, comparativamente con el 2012 donde un total de 176 mujeres la recibieron.

En el 2013, 413 mujeres recibieron alimentación artificial, 4 mujeres practicaron alimentación mixta y 10 lactancia materna exclusiva. Estos dos primeros datos se han incrementado respecto al año 2012, en el cual 197 madres recibieron alimentación artificial para sus hijos y 7 mujeres alimentación mixta.

En Diciembre 2012, se realizó una formación especializada en VIH/SIDA pediátrico en los hospitales de referencia de Guinea Ecuatorial, con un total de 36 sanitarios formados entre médicos y enfermeros.

Desde noviembre de 2013 a la fecha se encuentra en curso la actualización del Protocolo de PTMH (parte pediátrica) ya que la última edición data de 2009.

Aún se encuentra en vías de ser nominado el punto focal PTMH en los centros donde debe aplicarse el PTMH.

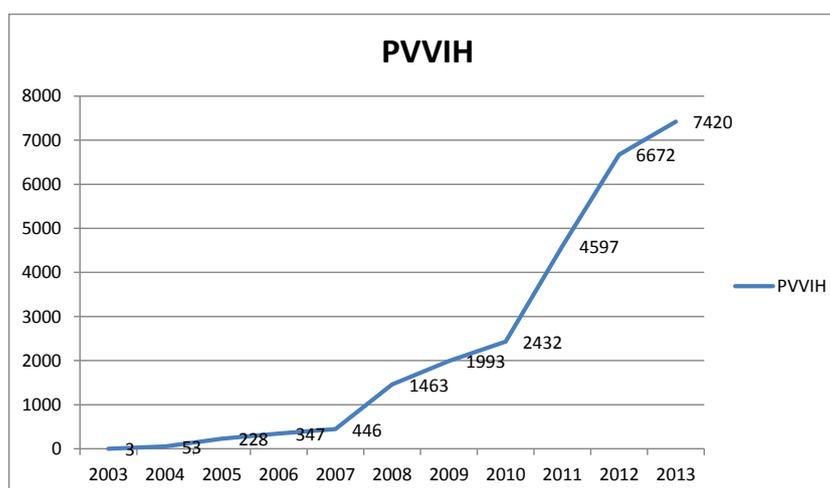
Está en curso de elaboración una estrategia para aumentar el acceso de las embarazadas seropositivas a los servicios esenciales de PTMH, cuyo foco de implementación son las CPN en todos los distritos. Dicha estrategia consiste en que sean los prestadores del servicio de salud de la reproducción los que prescriban el TAR a las embarazadas VIH positivas en el mismo centro de atención, estos prestadores de servicios deberán ser capacitados adecuadamente. En la actualidad se tiene que la embarazada debe acudir a uno de los 6 centros de TAR en el país para ser evaluada y recibir el respectivo tratamiento porque en los hospitales distritales solo reciben tratamiento al parto. Esta situación lleva a que muchas embarazadas deban realizar gastos extras en transporte y otros para llegar al centro que le corresponde además de la estigmatización que las agrede haciendo que hayan muchos abandonos de tratamiento, y de la consulta prenatal, etc.

En 2012 se observó que el porcentaje de mujeres embarazadas que recibió tratamiento antirretroviral fue del 30,2%. Para el año 2013 este dato se ha incrementado, siendo 1.224 embarazadas las que recibieron PTMH, lo que representa un 93.5%. Esto pudo haberse debido a una mejoría a la atención de la embarazada seropositiva, así como una mayor calidad en la recogida de datos, evidenciando un mayor compromiso del Gobierno en la eliminación de la transmisión vertical.

En lo que concierne a los lactantes nacidos de madres VIH positivas que reciben tratamiento para reducir el riesgo de transmisión vertical, fue de 387 niños, que representa un 24,3%.

❖ Diagnóstico infantil precoz

En todo el periodo de notificación, el diagnóstico a los niños hijos de madres seropositivas se realizaba mediante pruebas serológicas rápidas, a partir de los 6 meses de vida, según el protocolo nacional. Hasta entonces no se disponía del equipo para la determinación de la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) con el que se contará próximamente. En estos momentos está en curso la capacitación al personal, con una asistencia técnica continúa.



Mientras se implementa este servicio de PCR se mantendrá el diagnóstico hasta ahora utilizado siguiendo el protocolo nacional de iniciar el diagnóstico a partir de los 6 meses de vida.

Un total 387 niños fueron sometidos al test de VIH, lo que representa un 24,3% del total de niños nacidos de madres seropositivas (proxy 2013)

❖ Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)

Con respecto a los riesgos de transmisión de la infección por el VIH durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses se puede deducir que aquellas madres que no han recibido profilaxis y que el número de CD4 es mayor de 350, el porcentaje estimado de transmitir la infección a su bebé es de un 15%. Las que presentan CD4 entre 200-350, es de un 27%, mientras que la que presentan menos de 200 de CD4 tienen un riesgo de transmisión de un 37. Las madres que han recibido triterapia ARV, opción A o B, presentan un riesgo de 2%. Aquellas que han recibido NVP-DU al parto, tienen un riesgo de un 12%. La terapia ARV recibida antes del embarazo tiene una baja probabilidad de transmisión del VIH al recién nacido de 0,5%.

3.3.2 TRATAMIENTO, ATENCION Y APOYO

Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015

❖ Tratamiento del VIH: Terapia antirretroviral (Indicador ODM)

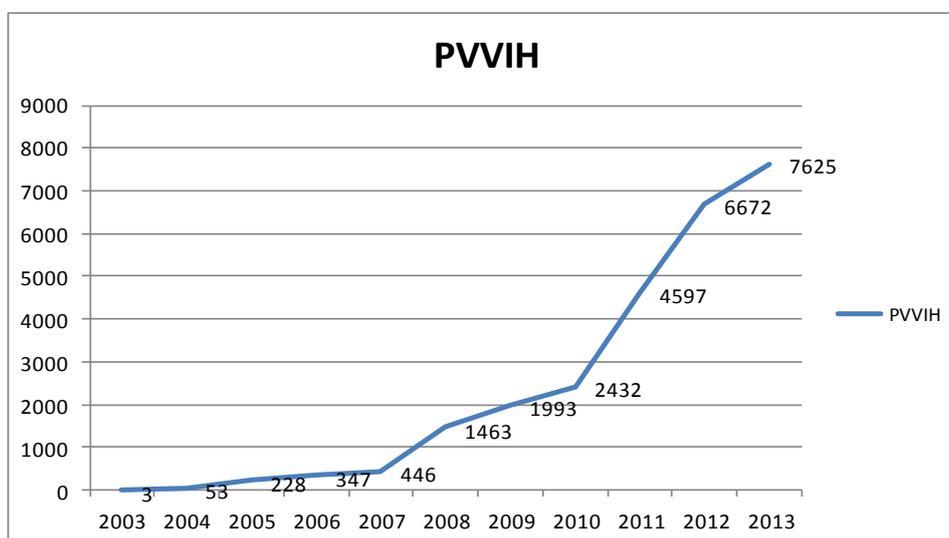
Muchos han sido los esfuerzos para acelerar la descentralización del TARV e incorporar el manejo de estos enfermos en el sistema nacional de salud, formando parte del paquete mínimo de actividades de los centros de salud de atención primaria.

El número de establecimientos de salud que brindan TARV son 6, distribuidos en 4 provincias, los cuales no solo ofrecen TARV a los adultos sino también a los niños. Existe un centro de salud, en la provincia de Centro Sur, el cual está en el proceso de integración a la red de los centros que ofrecen TARV de forma ambulatoria.

En el período de notificación, un total de 7.625 pacientes están bajo tratamiento ARV, de estos 7231 son adultos y 194 niños. Los nuevos pacientes incorporados en el año 2013 fueron 842. La cobertura del tratamiento en adultos es de 28.4%, y en los niños 6.3%. La cobertura ha descendido debido a la metodología de medición, ya que anteriormente el denominador era el número de personas que necesitan TARV, por lo tanto, este dato no ha podido ser comparado con el de 2012.

Cabe resaltar que el Gobierno financia el 100% el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA en Guinea Ecuatorial, siendo este de carácter gratuito, lo que garantiza el acceso al tratamiento, lo cual constituye una oportunidad muy importante.

Grafico 4: Numero de pacientes bajo TARV por año



El número de embarazadas VIH positivas que recibieron TARV por su propia salud tanto antes como durante el embarazo son 336 para el periodo de notificación, en comparación con las 131 del año 2012.

Mapa con la distribución de los centros de TARV, Guinea Ecuatorial 2013



❖ **Retención en la terapia antirretroviral 12 meses después de comenzar el tratamiento**

Con respecto a la supervivencia a los 12 meses, el 82.4% de los pacientes que inició tratamiento continuaba vivo y bajo TARV al año de su inicio. Este dato no refleja una mejoría respecto al 2012.

❖ **Retención en la terapia antirretroviral 24 meses después de comenzar el tratamiento (si tenemos)**

A los 24 meses solo el 17,7% siguen bajo TARV. Este indicador solo fue reportado por 2 centros TAR de los 6 funcionales. Por lo que la muestra no es representativa. En la región insular la retención a los 24 meses fue de 52,2%.

Objetivo 5. Reducir a la mitad el número de muertes a causa de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para 2015

Gestión coordinada del tratamiento de la Tuberculosis y el VIH

El Tratamiento Directamente Observado y Supervisado (**DOTS**), es la estrategia de control internacionalmente recomendada para la lucha y control de la tuberculosis, que incluye el tratamiento acortado estrictamente supervisado, es el paquete básico que soporta a la estrategia Alto a la TB.

La estrategia DOTS dispone de cinco componentes interrelacionados, por lo que, el fallo de uno de ellos, puede suponer el fracaso de todos. La ejecución de estos componentes se resume como sigue:

a. **Compromiso político para garantizar un financiamiento mayor y sostenido:**

El compromiso político del Gobierno de Guinea Ecuatorial en la Lucha contra la tuberculosis parte desde la concepción de la creación del Programa Nacional de Lucha contra la tuberculosis en el año 1986, para dar respuesta a un Problema social de Salud

Pública; mejoramiento de la infraestructura sanitaria y su equipamiento, formación de recursos humanos en el manejo de la enfermedad de tuberculosis, compra de medicamentos y reactivos de tuberculosis, hasta la asignación presupuestaria del PNLT en el presupuesto general del estado.

b. Detección de casos mediante Baciloscopia con garantía de calidad:

Durante los últimos años, el total casos de tuberculosis de todas formas diagnosticadas alcanza casi 1.000 casos al año. Se hace notar la baja cobertura de actividades de tuberculosis en la mayoría de centros sanitarios, y otros que ni siquiera realizan actividades en este campo. De funcionar correctamente los centros sanitarios en el manejo de este problema de salud, esta cifra aumentaría. De estos casos se ha constatado que actualmente la tuberculosis es un problema de morbi-mortalidad de gran impacto social en Guinea Ecuatorial por afectar de manera especial al rango de edad de 25 a 34 años, seguido del 15 a 24 y de 35 a 44 años. En conclusión la mayor parte de los casos de tuberculosis notificados en los últimos años, se centran en el grupo de edad comprendido de 15 a 44 años lo que comprende edades escolar y de fuerzas productivas. Esto indica que las posibles fuentes de contagio, podrían ser los hogares, las aulas de clases, las empresas, y centros comerciales.

CASOS DE TB	RESUMEN GENERAL DE NOTIFICACIÓN DE CASOS 2012																						
	0-4		5 a 9		10 a 14		15 a 24		25 a 34		35 a 44		45 a 54		55 a 64		65 y mas		TOTAL				
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
TPM+	0	1	2	3	3	10	62	84	115	72	73	27	62	28	34	11	13	3	364	239	603		
TPM-	3	7	2	0	2	5	11	16	23	14	17	12	15	4	3	5	3	4	79	67	146		
TOTAL	3	8	4	3	5	15	73	100	138	86	90	39	77	32	37	16	16	7	443	306	749		
TB GANG	8	5	2	5	5	2	3	10	14	7	5	1	3	2	0	0	0	0	40	32	72		
TB PLEU	1	0	0	0	0	0	3	5	4	0	8	1	2	1	3	0	0	0	21	7	28		
TB OSEA	0	0	0	0	0	0	3	1	1	2	2	1	0	0	2	2	0	0	8	6	14		
OTROS	0	0	0	0	0	1	2	0	3	0	1	1	2	0	1	1	0	0	9	3	12		
TOTAL	9	5	2	5	5	3	11	16	22	9	16	4	7	3	6	3	0	0	78	48	126		
RECAIDAS	0	0	0	0	0	3	3	6	10	5	1	5	4	7	12	0	2	0	32	26	58		
FRACASOS	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	4	0	1	4	0	0	0	0	5	8	13		
A. RESCAT.	0	0	0	0	0	0	3	2	1	3	0	3	1	1	2	1	0	0	7	10	17		
TOTAL	0	0	0	0	0	3	6	10	11	10	5	8	6	12	14	1	2	0	44	44	88		
TB-MDR																							0
																							565
																							398
																							963

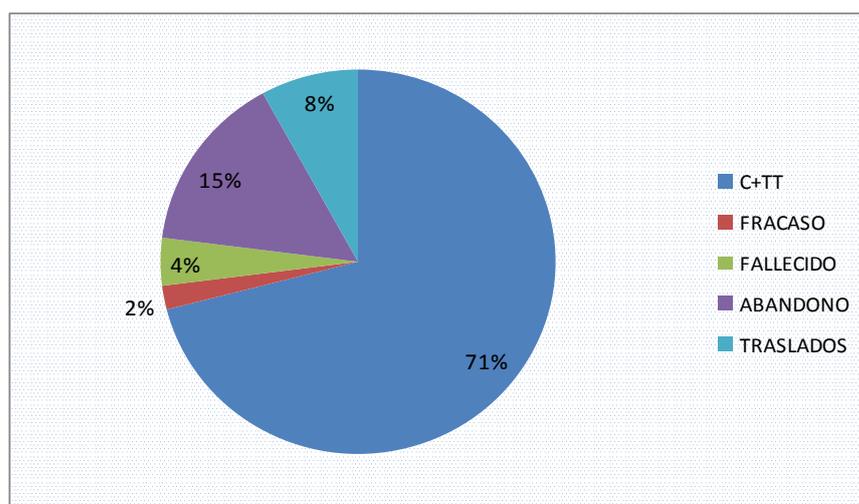
c. Tratamiento estándar, con supervisión y apoyo al paciente:

- Existen deficientes actividades de supervisión ligado a los escasos recursos financieros que dispone el PNLT. Se ha observado un elevado número de abandonos, traslados, fracasos terapéuticos y un gran número de casos con baciloscopia positiva que terminan el tratamiento sin haber hecho el último control de baciloscopia, el cual certificaría si el paciente ha sido curado o no. Esto conlleva a que muchos pacientes tengan el resultado

terapéutico como tratamiento terminado, pero no curado. Estos y otros problemas dejan en evidencia el mal manejo de casos de TB, y el no acatamiento a la estrategia recomendada por la OMS para la lucha y control de la tuberculosis, es decir, Tratamiento Directamente Observado (ver tabla de resultados d tratamiento de 2012).

CASOS DE TB	RESULTADOS TERAPEUTICOS RESUMEN GENERAL 2012							
	CURADOS	TTO. TERM	C+TT	FRACASO	FALLECIDO	ABANDONO	TRASLADOS	TOTAL
TPM+	309	105	414	10	24	86	49	583
TPM-	0	91	91	1	8	31	19	150
TB Extrap	0	76	76	0	5	36	8	125
RECAIDAS	24	16	40	2	2	7	5	56
FRACASOS	2	3	5	3	3	1	1	13
A. RESCAT.	8	3	11	0	1	4	0	16
RETRATAM.	34	22	56	5	6	12	6	85
TB/VIH	78	73	151	4	19	36	21	231

Éxito Terapéutico Casos BK+ 2012



d. Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos:

Tanto el aprovisionamiento como el suministro regular de medicamentos siguen afrontando dificultades, por el largo recorrido en los tramites administrativos para el desbloqueo de los fondos asignados para la compra de los medicamentos y reactivos.

e. Sistema de vigilancia y evaluación y medición del impacto:

La irregularidad de las giras de supervisión, por motivos de financiación, hace que el Programa adolezca de vez en cuando de datos actualizados para garantizar la vigilancia y evaluación de las actividades de lucha y control de la tuberculosis en Guinea Ecuatorial, y por otra parte, para medir el impacto de las mismas en dicha lucha. Por todo ello, no se ha podido informar los datos de tuberculosis de 2013.

❖ **Incidencia de TB en personas que viven con el VIH**

El porcentaje estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento para ambas infecciones es de 7.8%. Tal como se ha apuntado anteriormente, deficiencias en el trabajo implican un porcentaje tan bajo, cuando por recomendaciones de la OMS debiera superar el 80%.

Por su parte, el porcentaje de personas seropositivas para el VIH que se han incorporado por primera vez en la atención a las que se les detectó tuberculosis activa es de 8.3%.

Objetivo 6. Eliminar el déficit mundial de recursos para responder al sida para 2015

El financiamiento destinado a la compra de ARV e insumos para el seguimiento de las PVVIH, sigue siendo asumido por el Gobierno. El control del gasto público relativo a la lucha contra el VIH sigue siendo deficiente. Según los datos disponibles, la mayoría de los fondos públicos se destinan al tratamiento y en menor medida a la prevención.

Además, no se destinan recursos a actividades en poblaciones clave como las TS y los HSH.

Según la tabla gasto, un total de 115 970 250 de francos cfas, fueron destinados a las actividades de prevención y 1,218,197,060 de francos cfas fueron destinados al tratamiento con ARV.

Las células sectoriales carecen de planes de trabajo para ser sometidos al Gobierno para su financiación. Esto influye negativamente en la inversión pública dirigida a la lucha contra el sida. Por otra parte la SC no está suficientemente organizada y coordinada, además de carecer de una capacidad institucional sólida y sostenible.

El número de socios al desarrollo dedicados a la lucha contra el VIH es bajo, disminuyendo la capacidad de una efectiva abogacía ante el Gobierno en materia de VIH.

Objetivo 7. Acabar con las desigualdades basadas en el género

❖ **Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente**

Entre las mujeres que han estado casadas, el 65% han experimentado violencias físicas, sexual o emocional por parte de su esposo o pareja íntima más reciente.

Entre las mujeres que han padecido violencia física en los últimos 12 meses, el 46% tuvo lesiones como resultado de la violencia.

La EDS muestra que al igual que para las mujeres que han sufrido violencia física a partir de los 15 años de edad, esta encuesta revela que las mujeres de 20 a 29 años, las trabajadoras sexuales, las mujeres divorciadas/separadas/viudas, las que tienen 3-4 hijos, las que no tienen instrucción y las mujeres más pobres son las que han padecido con más frecuencia la violencia comparadas a otras.

En el período de notificación el número de mujeres den entre 15 y 49 años, que han tenido un apareja sexual y que afirman haber sufrido violencia física o sexual por parte de dicha pareja en los últimos 12 meses es el siguiente:

Violencia física: 100

Violencia psicológica: 187

Violencia sexual: 7

No se pudo responder al indicador porque no se utilizo la metodología recomendada, sino que estos datos se obtuvieron de las mujeres que llegaban refiriendo algún tipo de violencia

Objetivo 8. Acabar con el estigma y la discriminación

Tomando en cuenta la EDS 12011 Se tiene que el estigma y la discriminación son los principales obstáculos para el acceso universal a la prevención y al tratamiento.

Y para evaluar el nivel de estigma hacia las personas con SIDA se consulto a hombres y mujeres que habían oído hablar sobre esta enfermedad sobre cuales actitud tomarían si estuvieran en contacto con personas con VIH/SIDA en diferentes situaciones.

- El 81% de las mujeres de 15 a 40 años estarían dispuestas a ocuparse de un familiar en su casa que vive con el VIH. En los hombres no se observan diferencias importantes respecto a las mujeres.
- El 62% de las mujeres comprarían verduras frescas de un comerciante que vive con el VIH respecto al 58% de los hombres.
- 62% De las mujeres declaran que un docente que vive con VIH y que no esta enfermos le debe permitir continuar enseñando semejando el porcentaje obtenido de los hombres.
- 50% de las mujeres piensan que no es necesario mantener en secreto el estado de un familiar que vive con el VIH y los hombres obtienen el 57%.

En general el 20% de los hombres de entre 15 al 49% frente al 17% de las mujeres expresaron las cuatro actitudes de tolerancia. Por otra parte, como entre las mujeres, los comportamientos tolerantes son mas frecuentes en zonas urbanas (23% frente al 15 % en la zona rural); en la Región Insular en comparación con la Región Continental (23% frente al 18% respectivamente); entre los hombres mas instruidos(38% frente al 10% para los que tienen un nivel primario o entre aquellos sin instrucción).

En general, los resultados muestran que la tolerancia hacia las personas con SIDA es relativamente baja en Guinea Ecuatorial, dado que menos de una de cada cinco mujeres (17%) y uno de cada 5 hombres (20%) expresan una actitud de tolerancia frente a las personas que viven con el VIH.

Objetivo 10. Fortalecer la Integración de los programas de VIH

❖ Asistencia escolar a los huérfanos

Asistencia escolar actual entre niños huérfanos y no huérfanos (de 10 a 14 años, edad de escuela primaria, edad de escuela secundaria)

A nivel nacional no se han realizado encuestas demográficas que permitan obtener (EDS2011 no contempla)) información para medir este indicador.

Según la EDS 2011, se tiene que el 8% de los niños menores de 18 años son huérfanos ya sea de padre y/o madre. El 0.9% han perdido a sus dos padres, el 4% son huérfanos de padre y el 2% huérfanos de madre. La proporción de huérfanos de padre y/o madre aumenta con la edad del niño pasando del 2% en los de 0 a 2 años a 4% entre los de 2 a 4 años y al 15% entre los de 15 a 17 años. El sexo, el lugar de residencia y el nivel de bienestar económico no parecen jugar un rol mayor en el riesgo para que el niño sea huérfano.

Los huérfanos por el sida deben enfrentar el estigma social, el aislamiento y la discriminación y se ven privados de cuidados básicos y recursos financieros de modo que es probable que sean menos inmunizados, que estén más desnutridos, y es más probable que no vayan a la escuela en su mayoría y lo peor aun es que son más susceptibles a los abusos y la explotación de todo tipo.

Tampoco se dispone información sobre el número de niños huérfanos vulnerables(HNV). Sin embargo, según estimaciones de ONUSIDA (calculadas por la herramienta informática para el cálculo de estimaciones sobre el VIH/Spectrum) el número de niños huérfanos vulnerables en Guinea Ecuatorial seria de 10425 en 2013

❖ **Apoyo a los niños huérfanos**

El apoyo a los niños huérfanos, es todavía insuficiente en cuanto a la cobertura, no obstante existe una organización filantrópica, humanitaria y sin ánimo de lucro, llamada: Aldeas Infantiles SOS de Guinea Ecuatorial, cuya misión es ofrecer una acogida familiar gratuita a largo plazo a los niños huérfanos, que aún siendo huérfanos, crezcan en un entorno familiar y protegido. Cuentan con 274 miembros beneficiarios, de los cuales, 223 son niños, 51 adultos, en función de 37 familias. La única condición para la admisión es que el niño/niña sea huérfano.

La ONG SOS ofrece servicio familiar y acogida de niños y el Programa de Reforzamiento Familiar, dispone de 10 casas familiares en las cuales viven 10 niños en cada casa que funciona como una familia, dirigida por una señora que actúa como madre. La Aldea cuenta con 75 niños de ambos sexos, 45 niños y 30 niñas. 51 en la escuela primaria y 9 en la secundaria, 12 en el Jardín de infancia, 2 fuera de la Aldea y uno que no asiste por incapacidad.

Desde el año 2000, dispone de una Aldea Infantil funcional, ubicada en la región continental del país, con cuatro estructuras anexas funcionales, para alcanzar sus objetivos, cuales son: El Jardín de la Infancia SOS, la Escuela primaria y Secundaria SOS y el Centro de Salud SOS. La Aldea cuenta con un Animador cultural; tienen un proyecto titulado “ Aprende Jugando”, y diferentes actividades culturales y celebraciones, formaciones.

El gobierno a través del Ministerio de Asuntos Sociales e Igualdad de Género, apoya esta organización, en este sentido en el año 2013, fueron donados 13 Congeladores, además de recibir apoyo económico durante todo el año de dicho ministerio, la construcción de un

vallado al centro, financiado por la Primera Dama de la Nación, así como donaciones provenientes del sector privado (Suministro del agua potable, asegurada por la empresa SOMAGEC, Grupo Electrónico, donado por la empresa Wood Group, 2 Maquinas Corta césped, donadas por la Empresa FIAG-SA y la empresa Ryesa, etc)

Hogares juveniles SOS Bata:

Tres (3) son los hogares juveniles SOS , funcionales pertenecientes a esta ONG: un hogar de jóvenes ha sido construido y finalizado el 2013 y alberga en el momento 25 jóvenes, de entre ellos; 20 varones y 5 hembras.

Los jóvenes de cada hogar se reúnen por separado entre semana y el sábado se reúnen para tratar temas relacionados con el comportamiento, estudios y la vida del joven en general.

Muchas son las actividades se han realizado, dentro de las que podemos destacar las visitas a lugares turísticos, actividades culturales, excursiones, encuentros con los familiares de los jóvenes (para abordar temas relacionados con la formación, la vida del joven, su desarrollo, así como el aspecto de la transición que algunos de ellos tendrán que ir a la Semi-independencia). Es importante destacar que la prioridad es la formación académica de los jóvenes, y su promoción profesional.

En cuanto al resumen académico: los jóvenes han tenido mejor rendimiento en 2013. Un 76% ha sido promocionado al curso siguiente. Dos de los muchachos han obtenido becas, para cursar estudios en el extranjero.

Hogares de Jóvenes en Semi-Independencia:

En 2013 cuentan con 14 jóvenes en la semi-independencia, es decir, que viven en casas de los familiares, pero asistidos por los educadores de los hogares, pero que sus gastos escolares y sanitarios son sufragados por la ONG. Estos jóvenes progresan adecuadamente en sus estudios.

Programa de Reforzamiento Familiar:

Existe en la planificación de esta organización un Programa de Reforzamiento Familiar – SOS, que incluye actividades como la participación en las encuestas sociales en aéreas para identificar más casos de indigencia parental de los niños, dentro y fuera de la ciudad de Bata; realización de matriculas a mas de 90 niños beneficiarios del programa, en distintos centros educativos; atención de casos en materia sanitaria, partiendo desde las consultas, análisis clínicos y la compra de medicamentos, según recetas médicas y la participación de tutores en un seminario de formación sobre higiene en el hogar y hábitos de prevención del paludismo y la tifoidea.

Se espera que el nuevo Marco Estratégico 2014-2018 incluya intervenciones de apoyo y que contemple a las organizaciones o entidades que podrían ocuparse de la atención integral de estos niños.

❖ **Apoyo económico externo a los hogares más pobres**

No hay datos lo mismo que todos los años anteriores

IV. MEJORES PRACTICAS

Sin lugar a dudas, la ejecución de iniciativas basadas en experiencias positivas y mejores prácticas constituye un paso trascendental para alcanzar los objetivos trazados en cuanto a los objetivos claves de la Declaración Política. En el siguiente cuadro se presentan un grupo de elementos que evidencian las mejores prácticas en función de lograr los resultados esperados.

Logros del programa	Factores /Prácticas que han contribuido al éxito
<p>1. Liderazgo político del más alto nivel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombramiento en septiembre 2013 de un Ministro de Estado encargado de la Prevención y la Coordinación Multisectorial en la lucha contra el VIH/sida y otras ETS. • Nombramiento y reubicación de un Director General de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el sida y otras Enfermedades de Transmisión Sexual, bajo la tutela del Ministro de Estado, en diciembre 2013 • Nombramiento de una Dirección General de Apoyo al VIH/sida y otras Infecciones de Transmisión sexual • Adhesión del Gobierno al compromiso para eliminar la transmisión vertical del VIH de aquí al 2015, con la adopción temprana de la nuevas recomendaciones de la OMS en materia de ARV • Establecimiento de nuevas metas por el gobierno, que garantizan el alcance del objetivo 3 de erradicar las nuevas infecciones del VIH entre los niños para el 2015 y reducir notablemente el número de muertes maternas relacionadas con el sida, así como aumentar el tratamiento en los niños, cuales son: <ul style="list-style-type: none"> * El 80% de las mujeres embarazadas que reciben atención prenatal, son despistadas por el VIH (44% en 2006) y al menos 80% de las mujeres que viven con el VIH, reciben una profilaxis o tratamiento ARV (incluye la opción B+) para reducir el riesgo de transmisión del VIH madre-hijo en 2015. * El 50 % de los niños hijos de madres seropositivas reciben un diagnóstico temprano para el VIH (0% en 2012) * Aumentar del 9% en 2012 al 80% en 2015 la cobertura de los niños bajo ARV. * Establecimiento de un fuerte compromiso político en el desarrollo del país, a través del Plan Nacional de Desarrollo Sanitario y del Horizonte 2020, que incluye los aspectos relacionados con la salud. * Financiamiento del 100% del tratamiento ARV por parte del gobierno <ul style="list-style-type: none"> • Compra de medicamentos y reactivos de TB • Una asignación presupuestaria de TB en el presupuesto del estado • Aprobación del plan de reactivación de las actividades de lucha contra la tuberculosis de 2013
	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor conocimiento sobre la situación de la pandemia en Guinea Ecuatorial con la publicación en español y en versión completa de la Encuesta Demográfica y de Salud de Guinea Ecuatorial 2011. • Hacedores de decisión conocen mejor el contexto, la situación y la necesidades para enfrentar el VIH tras las actividades de sensibilización realizadas con este sector por AMUSIDA.

Logros del programa	Factores /Prácticas que han contribuido al éxito
2. Entorno Político Favorable	<ul style="list-style-type: none"> • El interés de los líderes del Ministerio de Sanidad en la lucha contra la TB • Tuberculosis en la agenda de prioridad del Ministerio de Sanidad • Instituciones Bilaterales y Sector privado (Empresas petrolíferas) interesadas apoyar las actividades de TB • La consulta, el tratamiento y la hospitalización contra la TB son gratuitos
3. Ampliación de programas eficaces de prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones de las ONGs afines en la sensibilización de los jóvenes y adolescentes, mujeres, personal en uniforme y la población en general. • Tendencia a un mayor conocimiento de la población sobre la pandemia con la transmisión televisiva de manera habitual de tres cortos de ficción sobre el VIH/sida realizados por ACIGE, en colaboración con UNICEF. • Formación de pares educadores en el sector educativo. • Realización de la Conferencia Nacional en 2013, con el patrocinio del gobierno, organizada por AMUSIDA y asesorada por la OMS, con el slogan: la Juventud y el VIH/SIDA. • Creación de bancos de sangre y centros provinciales de transfusión en 2013. • Talleres con el sector religioso y campañas de comunicación a las fuerzas armadas, realizadas por AMUSIDA • Campañas de sensibilización en comunidades alejadas en la Región Continental, ejecutadas por AMUSIDA y la Cruz Roja. • Charlas educativas en la Radio y Televisión. • Información y educación a los pacientes y sus amigos sobre el tratamiento y la importancia de la adherencia al tratamiento contra la TB. • Asesoramiento sobre la adherencia e identificación de situaciones pasadas que llevaron a que los pacientes se olviden de sus medicamentos diarios contra la TB con el objetivo de prevenir una re-ocurrencia
4. Ampliación de programas de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de actualización del protocolo de la prevención del VIH de la madre al hijo. • Reconocida la necesidad de respaldar los esfuerzos nacionales para eliminar la transmisión vertical del VIH y el sida pediátrico • Reforzada la voluntad política de intensificar la lucha contra la tuberculosis que incluya: compra de reactivos y medicamentos de TB y elaboración de un plan estratégico que recoge actividades de coinfección. • La extensión de las actividades de Tb en los Centros y Puestos de Salud

Logros del programa	Factores /Prácticas que han contribuido al éxito
5. Tratamiento o apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de establecer un proceso efectivo para contar con los recursos financieros demandados en la compra de medicamentos, reactivos y otros insumos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento. • Notable mejoría en el mecanismo de adquisición de ARV (coordinación MINISABS-PNUD en cuanto a la compra de ARV en Unidad de Suministros de UNICEF en Copenhague). • Revisión, validación de la guía de práctica clínica en seguimiento y tratamiento a las madres e hijos seropositivos como parte del proceso de actualización del Protocolo de la PTMH. • Incremento de los centros que dispensan los medicamentos antirretrovirales de dos a seis centros. • Activa participación de los asesores del ISCII en las actividades de elaboración, discusión y validación de la actualización del Protocolo de la PTMH. • Apoyo familiar en la DOT comunitario. • Implicación de algunos Centros de Salud. • Alimentación de los pacientes TB hospitalizados. • Regímenes de tratamiento disponibles con una combinación de medicamentos de dosis fija y en dosis simples (preferiblemente una vez al día). Así como una prescripción y entrega de los medicamentos en las dosis correctas. • Administración directamente observada del tratamiento contra la TB durante la fase intensiva. • Servicios de atención al paciente con TB organizados para maximizar la adherencia (servicios integrados, visitas sincronizadas, horarios de atención convenientes, etc.) • Pacientes motivados para hacerse cargo de su propia salud, tomando los medicamentos.
6. Seguimiento y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de notificación y Cohorte de TB disponibles en algunos Centros sanitarios • Casos de TB registrados en los libros de Registro • Proporción de un diagnóstico oportuno y el buen manejo de los efectos adversos de los medicamentos y las toxicidades que se superponen
7. Mejora de las capacidades, o desarrollo de infraestructuras	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de dos técnicos de laboratorio • Rehabilitación de pabellón de TB de Bata, Ebibeyim y otros • Formación de los Controladores de TB, en habilidades de buena comunicación • Un entorno propicio y de apoyo para la atención del paciente en las visitas a los centros Sanitarios.

V. PRINCIPALES LOGROS, DIFICULTADES Y MEDIDAS CORRECTORAS

Los logros alcanzados, las dificultades existentes y las recomendaciones se exponen a continuación:

Logros:

Los progresos alcanzados respecto a los desafíos claves mencionados en el informe nacional del 2012 y del informe de la evaluación realizadas en 2013 de la declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida son:

- El Gobierno ha mantenido su asignación de fondos para la compra de los medicamentos ARV para la PTMH con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Mejora de las actividades de prevención dirigidas a la población sexualmente activa.
- Se ha validado el curriculum y los módulos de VIH en las escuelas con la implementación del fase piloto del proyecto titulado: *“Sinopsis del Tutorial sobre le EVP/EMP/VIH y Sida en la enseñanza de Guinea Ecuatorial”*.
- Se ha realizado formación sobre asesoramiento y diagnóstico de VIH al personal de los Centros de Salud, y mejorada la cobertura del diagnóstico de VIH.
- Se ha aumentado progresivamente del número de embarazadas que acuden a la consulta prenatal (CPN), al igual que el seguimiento de los recién nacidos de madres seropositivos, mediante la creación de una nueva unidad de seguimiento del niño expuesto al VIH.
- Se ha mejorado la cobertura de tratamiento ARV en las mujeres embarazadas (93.5%), así como en lo referente a la adherencia al tratamiento a los 12 meses.
- Existe en el país, organizaciones de la Sociedad Civil que se dedican, con diferentes acciones e intervenciones, a la lucha contra el VIH/sida.
- Se ha incrementado el número de profesionales de la salud formados en el manejo de la prevención de la transmisión vertical del VIH de la madre al hijo según el Protocolo Nacional.

Dificultades

Entre las dificultades enfrentadas durante el periodo de notificación (2012 a 2013) que han obstaculizado la respuesta nacional en general, y los avances hacia la consecución de los objetivos en particular, se encuentran:

1. No existe en el país un Plan Integral de Comunicación y Movilización Social.
2. Falta de estudios orientados a conocer el comportamiento sexual inter-generacional.
3. Hasta la fecha no se ha elaborado la guía integral de consejería.

4. Ausencia de organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la atención a poblaciones claves, unido a esto falta de una legislación que regule la actividad de estos grupos.
5. No existen programas de prevención dirigidos a los grupos claves (trabajadoras sexuales, hombre que tienen sexo con hombre (HSH) y usuarios de drogas inyectables (UDI).
6. Ausencias de estudios y de intervenciones orientadas a HSH, TS y UDI.
7. Ausencia de un sistema de rescate de pacientes que abandonan el tratamiento.
8. Falta de medidas de acompañamiento para la aplicación de la ley sobre la protección de los derechos de las PVVIH.
9. La falta de puesta en marcha de los indicadores de alerta precoz de la Farmacorresistencia a los TARV.
10. La gestión y coordinación de las actividades de lucha contra en TB no están siendo reforzadas.
11. Deficiencia de centros para el manejo integrado de las víctimas por violación de género.
12. Insuficiente mecanismo para garantizar que la mujer embarazada reciba el tratamiento adecuado para la sífilis, al tener que pagar tanto la prueba como el tratamiento correspondiente en caso de ser seropositiva.
13. Insuficiente gasto público para cubrir algunas áreas primordiales relacionadas con el VIH/sida (Prevención, supervisión y apoyo psicosocial)
14. Insuficientes actividades de abogacía para garantizar la multisectorialidad en la lucha contra el VIH/sida, con la implicación de todos los sectores a nivel nacional.
15. Insuficientes supervisión y acompañamiento en el terreno de las intervenciones que frenan la transmisión vertical del VIH.
16. Ausencia de un marketing social de preservativos para cubrir las necesidades de prevención del VIH/sida en el país.
17. Deficiente integración de la atención de las PVVIH en el Sistema Sanitario nacional (los servicios conexos Ej. Programa Nacional de Salud reproductiva y Programa Nacional de Lucha contra el Sida no están integrados y existe escasa coordinación)
18. Insuficiencia de los recursos humanos capaces de brindar una buena respuesta nacional eficaz a la epidemia del VIH/sida.
19. Deficiente funcionamiento de los centros de tratamiento, debido a la escasa supervisión y seguimiento en el terreno de sus funciones y necesidades para hacer frente a las demandas de las PVVIH, por otra parte las existentes son insuficientes y no cubren todas las provincias.
20. Cambios frecuentes de destino del personal formado que provoca inestabilidad en los resultados de trabajo de los centros de tratamiento

21. El sistema de monitoreo y seguimiento del PNLIS, del PNLIT e ITS sigue siendo deficiente y no está integrado en el Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS).
22. Baja capacidad de movilización de recursos por las ONGs dedicadas a la lucha contra el VIH/sida para llevar a cabo sus actividades, así como insuficiente coordinación entre las ONGs y los ministerios involucrados en la lucha contra el VIH.
23. Las intervenciones específicas para brindar a los niños huérfanos por el VIH/sida son incipientes, debido entre otros a la ausencia de datos sobre los niños y niñas infectados y afectados por el VIH/sida.
24. Falta de un sistema logístico de aprovisionamiento para el Programa Nacional de Lucha contra el VIH/sida, lo cual constituye una dificultad para la gestión logística de los ARV, reactivos y otros materiales fungibles.

Recomendaciones formuladas para garantizar que se cumplan los objetivos.

1. Elaboración del nuevo Marco Estratégico de lucha contra el SIDA, para poder contar con un documento matriz sobre el cual se basarán las estrategias del 2014 al 2018.
2. Actualización de las leyes y las políticas de protección de las personas que viven con el VIH, y hacer valer la disposición que prohíbe que la realización del test sea obligatorio.
3. Elaboración y puesta en marcha de una guía de consejería.
4. Elaboración de un estudio diagnóstico que permita conocer la situación de las poblaciones claves, así como establecer mecanismos (leyes, decretos, etc) que regulen su actividad sin constituir un obstáculo para la prevención y que protejan sus derechos.
5. Poner en marcha la hoja de ruta para la mejora de los factores que influyen en la farmacoresistencia ARV.
6. Planificar las actividades para que se involucre todos los implicados en la lucha contra el sida para que ésta sea eficiente, efectiva, multisectorial y evitar duplicaciones.
7. Aumentar en número las unidades TARV integradas en el sistema de salud nacional, para garantizar el acceso universal al tratamiento ARV, con la consiguiente formación de recursos humanos (médicos y paramédicos) prescriptores de ARV en todo el país.
8. Poner en marcha el Plan de Mejora de los centros de tratamiento, elaborado DESDE el 2011, para que funcionen de manera adecuada.

9. Actualizar, mejorar y ampliar el sistema nacional de información de tal manera que sea una fuente fiel y fidedigna de datos de monitoreo, seguimiento y evaluación de la situación del VIH/sida, ITS, TB y de otras enfermedades contagiosas en el país.
10. Mejorar el sistema comunicación social para un mayor conocimiento comprensivo del VIH/sida en la población, comprometiéndola así en lograr que conozca su estado serológico, los métodos para evitar el contagio y los aspectos relacionados con la estigmatización del VIH en la sociedad.
11. Garantizar la gratuidad completa de algunos servicios relacionados con el VIH, aún no contemplados en el programa de VIH, como el tratamiento a las Infecciones Oportunistas, las ITS, los ingresos hospitalarios, exámenes complementarios y otros tratamientos.
12. Crear centros públicos para el manejo integral a la violencia de género.
13. Completar la implementación del protocolo de PTMH actualizado según las últimas recomendaciones de la OMS.
14. Puesta en marcha del diagnóstico precoz en el niño ya que se cuenta con el equipo de PCR
15. Nominar el punto focal en PTMH a nivel de cada distrito.
16. Ampliar la aplicación de la estrategia de PTMH actualizada a los centros de atención a la embarazada portadora del VIH, mediante la descentralización de estos servicios e involucrando al sector privado e instituciones sin ánimo de lucro que participan en la lucha contra el VIH.
17. Por las consecuencias tanto para la madre como para el recién nacido se aconseja que el diagnóstico de la sífilis y el tratamiento con Penicilina en las embarazadas sea gratuito, en la propia consulta prenatal, siendo realizados por el personal que realiza la CPN.
18. Crear un sistema logístico de aprovisionamiento para el PNLS, PNLT y otras ITS.
19. Para reforzar el sistema de M&E del PNLS se sugiere realizar las siguientes acciones:
 - Poner a disposición en todos los centros de tratamientos los libros de registros PRE-TAR y TAR.
 - Operacionalización de la base de datos estandarizada en las todas las unidades de tratamiento.
 - Formación al personal sobre Seguimiento y Evaluación en todos los niveles.
 - Realizar supervisiones formativas y continuas que incluyan el M&E.
 - Movilizar fondos para la implementación la elaboración del Plan Marco Estratégico de Lucha contra el sida (2014-2018) y a nivel multisectorial.

20. Iniciar el trabajo con los grupos de alto riesgo, incluyendo a las TS, y establecer alianzas con organizaciones y asociaciones de la Sociedad Civil para trabajar con dichos grupos.

VI. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS.

El apoyo de los asociados en la lucha contra el sida, es vital, así tenemos que en el período 2013, las Agencias de las Naciones Unidas (NU), se han unido para apoyar y orientar al gobierno en su feaciente lucha. En este sentido, la OMS ha brindado un apoyo financiero y técnico de calidad no solo para la adopción temprana de las nuevas recomendaciones de la OMS en materia de ARV (adultos y adolescentes), sino para la elaboración de una estrategia para la eliminación de la Transmisión vertical del VIH en el país, también siguiendo las últimas recomendaciones de la OMS de Junio 2013. , apoyo al reforzamiento de la estrategia DOTS comunitaria, así como la evaluación de los laboratorios de TB con expertos de Benin.

La parte preventiva ha sido apoyada por UNICEF, a través de las charlas de sensibilización en las escuelas y comunidades sobre la prevención del VIH/SIDA entre los adolescentes y jóvenes, en la formación de formadores docentes en la prevención del VIH/sida en el marco de la iniciativa MINIEDUC-UNESCO, un seminario de información y sensibilización a los curanderos sobre la prevención del VIH/SIDA y la reproducción de materiales didácticos. El propio SNU contribuyó al reforzamiento de sus propias capacidades a través de la participación en la formación sobre " El VIH y las poblaciones claves". EL FNUAP ha jugado un papel importante en las actividades de información y sensibilización a la población sobre el VIH/SIDA, a través del proyecto IEC/abogacía; así como en la compra y entrega de preservativos masculinos y anticonceptivos al Ministerio de Sanidad y Bienestar Social. La OMS y UNICEF en su rol de apoyo a la sociedad civil en materia de prevención ha brindado un apoyo técnico y financiero en la Campaña de Promoción del test voluntario de VIH a nivel nacional, así como las jornadas de promoción de la salud como es el caso del "Día Mundial de Lucha contra el Sida"

La compra de medicamentos antirretrovirales de calidad ha estado apoyada por el PNUD, ofreciendo un apoyo no solo logístico sino también financiero.

La investigación fue reforzada por el proyecto del CRCE, ubicado en el seno del Ministerio de Sanidad, cuyo rol fundamental ha sido el asesoramiento y apoyo al Gobierno en la investigación operacional. En este sentido un estudio ha sido realizado para evaluar la prevalencia del Paludismo en las personas infectadas por el VIH. El estudio que comenzó en el 2013, está en curso actualmente.

Además, a finales de 2012 y principios del 2013, realizó varias actividades conjuntamente con UNICEF para la formación en PTMH a (5) Talleres de formación y sensibilización (Malabo, Bata, Evinayong, Ebibeyin y Mongomo) a las autoridades provinciales y distritales del país (administrativas y sanitarias) sobre la PTMH; formación especializada en manejo clínico de casos en pacientes pediátricos con VIH (Malabo y Bata); evaluación de la actividad de consejería en los centros donde se realiza el diagnóstico para VIH, y otra para mejorar la gestión de la información (Base de Datos) relacionada con el VIH/SIDA.

Por otra parte, y en colaboración estrecha con la OMS y UNICEF, esta organización da asistencia técnica en la capacitación del personal médico y paramédico, que se ocupa del

manejo de PVVIH, tal es el caso de la colaboración ofrecida a través de la participación de un experto internacional en la actualización del protocolo de PTMH según las nuevas recomendaciones de la OMS referente al tratamiento infantil, así como el reciclaje de los médicos de los centros de tratamiento actualmente en función.

La sociedad civil, como organizaciones líderes en las comunidades, han realizado actividades dirigidas a la información, la prevención y utilización de los medios de protección conocidos, en este sentido podemos destacar la ONG AMUSIDA, que el año 2013, bajo el asesoramiento técnico de la OMS, llevó a cabo una Conferencia Nacional, bajo el patrocinio del Gobierno, con el slogan: la Juventud y el VIH/SIDA, cuyo objetivo fue la sensibilización sobre la prevención del VIH/sida. En dicha cita los principales protagonistas fueron los jóvenes de las instituciones escolares de enseñanza secundaria y pre-universitaria. También realizó a nivel comunitario, una campaña de sensibilización en ciudad de Añisok, Mongomo y barrios adyacentes, con reproducción de material y distribución de alrededor de 64.000 preservativos masculinos. Además, llevó a cabo actividades de sensibilización a las altas esferas del gobierno, sobre la problemática del sida, para enfatizar y hacer abogacía sobre el carácter multisectorial de esta lucha, en el marco de una celebración nacional, en la ciudad de Mbini, provincia de Litoral. En 2012, y a sabiendas de la influencia del sector religioso en la población, se desarrollaron 4 talleres Taller de Formación sobre la Prevención del VIH/sida a 115 Líderes Religiosos en Malabo y Bata. En aquel año se desarrolló un Taller de Formación sobre la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, dirigido a las Consejeras del Ministerio de Asuntos Sociales e Igualdad de Género, quienes también trabajan en las comunidades.

El cuerpo uniformado como población considerada de alto riesgo en el país, fue beneficiado de actividades de prevención llevadas a cabo por esta ONG en 2013, siendo la Campaña de Sensibilización sobre la prevención del VIH/SIDA desarrollada en 10 Centros de Formación y 5 Campamentos Militares en las Provincias de Kie Ntem, Wele Nzas y Centro Sur, su principal medio.

La Primera Dama de la Nación, ha ofrecido apoyo logístico a esta ONG, a través de la adquisición de 2 vehículos para facilitar las actividades en el terreno.

La Cruz Roja por su parte continuó trabajando en la sensibilización a la población sobre esta pandemia. Con el apoyo de UNICEF, dicha entidad realizó estas actividades en zonas remotas de la geografía nacional y contribuyó a las celebraciones del Día Mundial de Lucha contra el VIH 2013 con una misión de sensibilización en Añisok, además de Cogo en diciembre 2013. Dicha entidad siguió sus esfuerzos por dotar de conocimientos a la población joven del país sobre el VIH y para ello elevó el nivel de información de sus voluntarios sobre dicho tema.

Tras la producción de tres cortos de ficción, la asociación cinematográfica ACIGE realizó, con el apoyo de UNICEF, presentaciones de dichos materiales en escuelas y comunidades de Malabo y Bata, durante la celebración del Festival de Cine anual Sur-Sur. Durante dichas presentaciones, los jóvenes participantes, debatieron y aprendieron sobre el tema. En este caso, una manifestación cultural como la cinematografía demostró ser una importante herramienta para propagar conocimientos y consejos sobre cómo enfrentar al VIH/sida. Dichos cortos han sido transmitido continuamente en la Televisión Nacional.

Además del SNU, algunas empresas del sector privado han contribuido financieramente al desarrollo de actividades de prevención y lucha contra el VIH de manera puntual. En este caso, aportaron financieramente a las actividades relacionadas con el Día Mundial contra el VIH/sida, a la reproducción de materiales de sensibilización y de otros de tipo clínico en distintos centros del país. Este sector, sobre todo aquellas empresas del sector energético, deberá ser tenido más en cuenta para la formulación de estrategias de movilización de recursos y el establecimientos de proyectos o programas de lucha contra el VIH.

Dicho sector ha apoyado financieramente a las ONG para desarrollar especialmente actividades de prevención en las empresas. Algunas clínicas privadas contribuyen con actividades de prevención, promoción del diagnóstico voluntario y pruebas de VIH tales como la Clínica Guadalupe, los Centros Médicos La Paz, el laboratorio Castoverde y el Policlínico Dr. Loeri Comba, entre otros.

Finalmente, se debe considerar como un paso de suma importancia la designación -en septiembre 2013- de un Ministro de Estado encargado de la Prevención y la Coordinación Multisectorial en la lucha contra el VIH/sida y otras ITS. Esta decisión gubernamental pudiera erigirse como un mecanismo asociativo, normativo y de coordinación para aglutinar todos los esfuerzos que se realizan en la prevención de la pandemia en el país.

A esta designación se sumó en diciembre 2013 la reubicación del puesto de Director General de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el sida y otras Enfermedades de Transmisión Sexual, bajo la tutela del Ministro de Estado nombrado en septiembre de 2013. Su principal función será la de operacionalizar la coordinación de la prevención del VIH en Guinea Ecuatorial. Por su parte, en el MINISABS se creó la Dirección General de Apoyo a la lucha contra el VIH/sida y otras ITS.

De esta manera se pretende fortalecer el trabajo multisectorial, re-dinamizar las células ministeriales de lucha contra el VIH, dar seguimiento a los esfuerzos nacionales en esta lucha e intervincular los aportes, la asistencia técnica y las iniciativas a nivel nacional para evitar duplicidades y el gasto innecesario de recursos. Para alcanzar todo esto, se deberá elevar la capacidad institucional y de recursos de esta nueva institución para lo cual los propios socios al desarrollo y el Gobierno de la RGE, en su conjunto, deberán contribuir.

VII. ENTORNO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

Visión general del sistema actual de vigilancia y evaluación

El PNLS está sujeto al principio de los “tres unos”;

- Una autoridad
- Un marco estratégico
- Un sistema de Seguimiento y Evaluación.

A través del S/E se mide el logro de los resultados programáticos a todos los niveles, a fin de establecer una base para la toma de decisiones basada en información fiable en el ámbito de políticas del programa.

En 2009 se elaboró/validó el Manual Nacional de Seguimiento y Evaluación, dentro del cual se insertan 44 indicadores (Indicadores de Fondo Mundial, Indicadores de Acceso Universal, Indicadores de UNGASS e Indicadores de Abuja).

Hasta la fecha este Manual de Monitoreo y Evaluación no ha vuelto a ser revisado.

a) Obstáculos encontrados a la hora de implementar un sistema integral de M+E

La implementación del manual de Seguimiento y Evaluación de VIH/SIDA ha tenido muchas dificultades en el seno del MINSABS, por falta de recursos capaces de sostener dichas actividades. Cabe recordar que la implementación del sistema en 2008, 2009 hasta Junio de 2010 fue financiado con los fondos del proyecto Fondo Mundial. Actualmente el sistema de monitoreo y evaluación no cuentan con un fondo fijo para desarrollar las actividades relacionadas periódicamente. Por lo tanto, desde 2011 la implementación del sistema de S/E VIH/SIDA decae por problemas de recursos humanos y financieros, ya que el proyecto FM estaba finalizando y se encontraba en la fase de cierre. Además se evidencia la falta de personal formado para tal fin. El único personal formado corresponde al equipo de personal reincorporado en el Gobierno procedentes del Proyecto Fondo Mundial, los cuales (M y E y Farmacia) están desarrollando actividades compartidas con otros departamentos del ministerio.

A finales del año 2012 e inicio del 2013 se instalaron bases de datos en todos los centros de tratamiento, los cuales no han tenido continuidad por falta de fondos para su mantenimiento.

b) Acciones correctoras

Para reforzar el sistema de S/E del PNLS se sugirió realizar las siguientes acciones:

1. Crear una base de datos en las dos unidades de tratamiento.
3. Contratar a un consultor internacional para el diseño de una base de datos informatizado nacional y formar al personal que va a manejar la base de datos.
4. Formar al personal sobre Seguimiento y Evaluación en todos los niveles.
5. Realizar supervisiones formativas.
6. Movilizar fondos para la implementación del Plan Marco Estratégico/Plan de trabajo del PNLS.

ANEXOS

ANEXO 1. Proceso de consulta y preparación para la elaboración del informe sobre el monitoreo del progreso hacia la implementación de la Declaración de Compromiso en VIH/sida 2011

FASE PREPARATORIA GARPR 2014

- Envío de la comunicación oficial al Ministerio de Sanidad y Bienestar Social sobre la elaboración del informe GARPR 2014 y al Ministerio a la Presidencia encargado de la Prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades Sexualmente Transmisibles.
- Elaboración de TDR del proceso de elaboración del informe GARPR 2014
- Designación, organización y coordinación del Equipo Técnico Nacional Multisectorial (ETNM) del Equipo de Redacción.
- Reclutamiento de un Consultor Nacional
- Solicitud de la Asistencia Técnica Exterior
- Movilización de Recursos para la financiación de todo el proceso
- Reunión de Lanzamiento del Informe y de coordinación del ETNM. Esta reunión estuvo liderada por el Director General de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el Sida, la Directora General de Apoyo al VIH/sida y otras enfermedades de Transmisión Sexual, donde hubo participación de representantes de varios sectores implicados en la lucha contra el VIH/sida. Se confirmó la composición del Equipo Técnico Nacional Multisectorial.
- Sesiones de Trabajo de los técnicos nacionales con la Consultora Internacional.
- Salida del Equipo Técnico Nacional Multisectorial al terreno para la colecta de datos
- Inicio de las entrevistas de ICPN
- Trabajo en el terreno para la colecta de la información sobre el gasto nacional destinado a la lucha contra el VIH/SIDA.
- Taller para la redacción del Informe Final (equipo de redacción).

- Compilación de la información recogida en una tabla única por el consultor nacional y punto focal del informe en la OMS. Introducción de los datos recogidos en el paquete Spectrum y su envío a Ginebra-ONUSIDA
- Taller para la redacción del Informe Final (equipo de redacción).
- Taller de validación del Informe final GARPR 2014, con la participación de los actores claves de los sector gubernamental, sociedad civil, PVVIH, sector privado y SNU, realizado el 14 de Abril del 2014.
- Distribución por e-mail de la versión final a los actores clave para la última revisión.

Una asistencia técnica de la OMS fue recibida a través de una consultora internacional, que apoyo el proceso desde el 15 al 26 de Marzo 2014.

ANEXO 2. Lista de Participantes al Proceso de Elaboración del Informe

42 personas	NOMBRE Y APELLIDOS	E-MAIL o Teléfono
SECTOR GUBERNAMENTAL		
1. Director General de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el sida	Ilmo. Sr. D. Ambrosio J. Monsuy	222 274320
2. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (17 personas)		
- Director General de Apoyo al VIH/sida y otras enfermedades sexualmente Transmisibles	Ilma. Sra. Dra Gloria Nseng	222 275944
- Director Nacional del PNLS	Dr. Nemesio Abeso	222 253252
- Gestor de datos de la UREI	Sr. Eutimio Esono	551138910
- Jefe Servicio Farmacia UREI – MALABO	Sr. Salvador Ndong	222 247651
- Farmacéutica /UREI MALABO	Lic. Liliam Rubio Borges	222 151934
- Coordinador Continental del PNLS	Dra. Jacinta Obiang	222 660733
- Director Nacional del PNLT	Sr Juan Eyene	222 253356
- Epidemiólogo MINSABS	Dr. Antonio María Oyono	222 249167
- Coordinadora Nacional de PTMH	Dra Pilar Nkene	222 272455
- Jefa Laboratorio Microbiología Malabo	Sra. Raquel Bendje	222 251929
- Jefe de Servicio UREI BATA	Dra. Veronica Bendo	
- Responsable del manejo PVVIH CTA María Rafols	Lic. Victoria San Juan/Hermana Fidela	222 769872
- Responsable del manejo PVVIH CTA María Gay	Sr Javier Juan Pilar	222 226171
- Responsable del manejo PVVIH CPT Ebebiyim	Dr. Hilario Edjang	222 251138
- Responsable del manejo PVVIH CPT Mongomo	DR. Nicéforo Edjang	222 259721
3. Ministerio de Educación y Ciencia	Sr. Robustiano Nculu	222 559771
4. Ministerio de Información Turismo y Cultura – IEC (1 persona)	Sra. María del Pilar Mbang	222 287220
5. Ministerio Asuntos Sociales e Igualdad de género (1 persona)	Sra. Esther Nsue/ Sra Lourdes Obono	222 257128 222 241251
6. Ministerio de Defensa y Seguridad Nacional	Sr. Gabriel Okenve DG Sanidad Militar	222 294970
7. Ministerio del Interior y Corporaciones Locales (DG de Sociedad Civil)	Sra. Perpetua Nchama	222 245553
8. Agencia Nacional 20-20	Sra Marisa Sr Domingo Nve	222 273161 222 224615
SECTOR PARA-PUBLICO		
INSESO (Policlínico Dr. Loeri Comba)	Sra. Lea Obono	222 602306
SOCIEDAD CIVIL Y OTROS SECTOR NO GUBERNAMENTALES		
ONG Salud Positiva	Maribel Nsegue	
ONG AMUSIDA	Sra. Marciana Avomo Sra Dolores Obiang Sra Beatriz Ebang	222 278300 222 270610
CAMINO	Sr. Antonio Palacios	222 212950
ONG: SOS (Apoyo Niños Huérfanos)	Sr. Francisco Javier Muñoz	
ONG Biraelat	Sra. Leticia Jones	222 548835
Cruz Roja	Sr. Cirilo Mba	551659711
ORGANISMO DE COOPERACION BILATERAL		
Coordinador del CRCE-ISCIII.	Sr. Policarpo R. Ncogo Sr Jesús Nzang	222 252336 222 273956

Laboratorio Castroverde	Sra. Margarita Roka, PhD	222 237864
FRS	Dra. Manuela Prieto	222 288755
SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS		
PNUD	Sra. Leticia Asumu	222 135556
UNICEF	Sr. Alejandro Escalona	222 273513
FNUAP	Sr. Jaime Esono	222 278374
Punto Focal GARPR 2014 OMS/GE	Dra. Angela Katherine Lao	222 082944
Consultora Internacional Independiente	Dra. Dolly Montano Cuellar	gaviotabol@hotmail.com
CONSULTORIA NACIONAL		
Consultor Nacional (1 persona)	Sr. Manuel Nzi Nzang	manzi_chiqui@yahoo.es 222 670180

ANEXO 3. Lista de Participantes al Proceso de Validación del Informe

	NOMBRE Y APELLIDOS	E-MAIL o Teléfono
SECTOR GUBERNAMENTAL		
1. Director General de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el sida	Ilmo. Sr. D. Ambrosio J. Monsuy	222 274320
2. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (17 personas)		
- Director General de Apoyo al VIH/sida y otras enfermedades sexualmente Transmisibles	Ilma. Sra. Dra Gloria Nseng	222 275944
- Coordinador Continental del PNLS	Dra Jacinta Obiang	222 660733
- Gestor de datos de la UREI	Sr. Eutimio Esono	551138910
- Director Nacional del PNLT	Sr. Juan Eyene	222 253356
- Jefe Servicio Farmacia UREI – MALABO	Sr. Salvador Ndong	222 247651
- Epidemiólogo MINSABS	Dr. Antonio María Oyono	222 249167
- Laboratorio Microbiología Malabo	Dra. Madeline Ricardo	222 066766
- Jefe de Servicio UREI BATA	Dra. Veronica Bedomo	222 503633
- Responsable del manejo PVVIH CTA María Rafols	Sra. Fidela García Arcos	222 769872
- Responsable del manejo PVVIH CTA María Gay	Dr. Javier Juan Pilar Mba Nguema	222 226171
- Responsable del manejo PVVIH CPT Ebebiyim	Dr. Hilario Edjang	222 251138
- Responsable del manejo PVVIH CPT Mongomo	Dr. Nicéforo Edjang	222 259711
- Hospital Distrital de Koco	Dr. Domingo Mba	222 544510
- Hospital de Distrital Niefang	Dr. Matindi	222 5508822
- Hospital de Provincial Evinayong	Dra Lucrecia	222 259711
- Hospital de Distrital Akureran	Director Técnico	222 21 33 83
- Hospital de Distrital Añisok	Director Técnico	222 693156
- Hospital de Distrital Micomiseng	Director Técnico	222 166229
- Hospital de Distrital Nsor Nsomo	Director Técnico	222 641863
- Hospital de Distrital Nsork	Director Técnico	222 519753
- Hospital de Distrital Akonibe	Director Técnico	222 290299
- Hospital de Distrital Mbini	Director Técnico	222 247404
3. Ministerio de Educación y Ciencia (1 persona)	Sr. Robustiano Nculu Obama	222 559771
4. Ministerio de Información Turismo y Cultura – IEC (1 persona)	Maria del Pilar Mbang	222 287220

5. Agencia Nacional 20-20	Don Domingo Nve	222 224615
SECTOR PARA-PUBLICO		
INSESO (Policlínico Dr. Loeri Comba) Sociedad Guineana de Salud	Sra. Lea Obono Lucio Martinez Ayecaba	222 602306 222 770440
SOCIEDAD CIVIL Y OTROS SECTOR NO GUBERNAMENTALES		
ONG AMUSIDA	Sra. Beatriz Ebang Sra Dolores Obiang	222 270610 222 501755
ONG CAMINO	Sr. Antonio Palacios	222 660333
ONG Cruz Roja	Sr. Cirilo Mba	551 659711
ORGANISMO DE COOPERACION BILATERAL		
Representante de CRCE-ISCI. III.	Sr. Jesús Nzang	222 273956
Laboratorio Castroverde	Sra. Margarita Roka, PhD	222 237864
SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS		
UNICEF	Sr. Alejandro Escalona	222 273513
Punto Focal GARPR 2014 OMS/GE	Dra. Angela Katherine Lao	222 082944
CONSULTORIA NACIONAL		
Consultor Nacional	Sr. Manuel Nzi Nzang	222 670180