

**REPUBLICA DE GUINEA ECUATORIAL**

**PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA**

# **DECLARACION DE COMPROMISO SOBRE VIH-SIDA, UNGASS**

**INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS  
EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS**

**GUINEA ECUATORIAL**

**AL PERIODO**

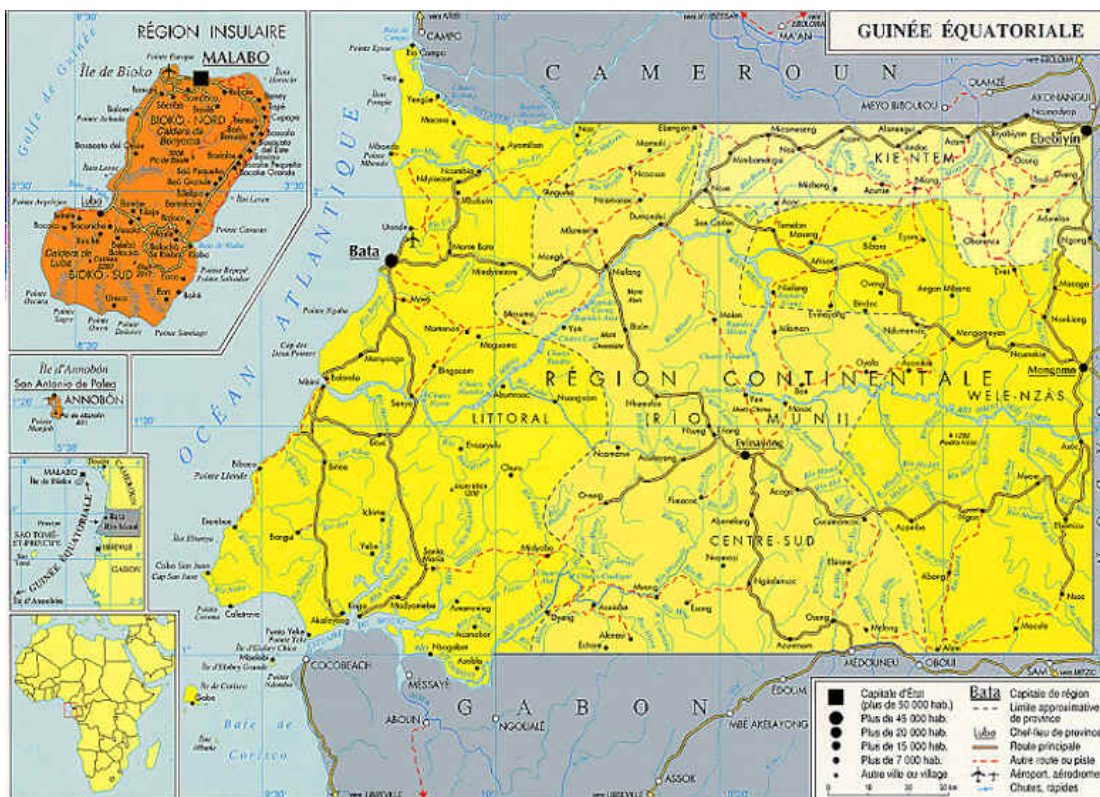
**ENERO 2008- DICIEMBRE 2009**

**Informe 2010**



**ONUSIDA**  
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR  
UNICEF  
FMA  
PNUD  
UNFPA  
ONUDD  
OIT  
UNESCO  
OMS  
BANCO MUNDIAL



## Presentación General

La República de Guinea Ecuatorial tiene una superficie de 28.051.46 Km<sup>2</sup> y está situada al Oeste del África Central. Comprende la Región Continental que limita con Gabón y Camerún y la Región Insular que incluye las islas de Bioko Annobón, Corisco, Elobey Grande y Elobey Chico e islotes adyacentes. La capital, Malabo, está situada en la isla de Bioko, a aproximadamente 300 Km. de la Región Continental. El país tiene un clima ecuatorial muy lluvioso con precipitaciones de hasta 2000 mm. y una temperatura media anual de 25°C. Los principales recursos naturales son la madera y los yacimientos de petróleo (6% de la reserva mundial de crudo), descubiertos estos últimos en 1990 tanto en la región Insular como Continental.

De acuerdo al censo de 2001 la población total de la República de Guinea Ecuatorial era de 1'014.999 con una tasa estimada de crecimiento demográfico de 2.8% anual. El 74% de la población total vive en la región Continental y el 26% en la región Insular. El censo de 2001 mostraba que la población urbana representaba el 38.8% y la población rural 61.2%. Los distritos de Bata, Malabo y Ebebiyin son los más poblados.

La distribución de la población presenta características de una estructura joven en donde el 47.3% de la población tiene menos de 15 años y 18% tiene entre 15-24 años. En 2001, la esperanza de vida al nacer era de 58.3 años par los hombres y de 59.5 años para las mujeres. En el mismo año, el promedio del número de personas por vivienda era de 6.4.

## Sistema de salud

El Ministerio de Sanidad y de Bienestar Social está constituido por un Ministro de Estado y un Viceministro y 3 secretarios de estado: (1) Salud Pública y Planificación Sanitaria (2)

Asistencia y Coordinación hospitalaria (3) Logística e infraestructura hospitalaria. Diez Direcciones Generales: 1) Salud Pública y Planificación Sanitaria; 2) Asistencia y Coordinación Hospitalaria; 3) Farmacia y Medicina Tradicional; 4) Aprovechamiento de medicamentos; 5) la Dirección Multisectorial de Lucha contra el VIH/SIDA; 6) Dirección General de Sanidad Exterior; 7) Dirección General de Prevención Sanitaria y Bienestar Social y una Inspección General; 8) Dirección General de Infraestructura y Logística; (9) Dirección General de Recursos Humanos; (10) Dirección General del Gabinete del Ministro y una Inspección General. A nivel intermedio comprende 2 Delegaciones Regionales y 7 Provinciales. A nivel periférico incluye los hospitales de distrito.

El sistema de salud se basa en tres niveles: Primario (Puestos de Salud), Secundario (Centros de salud) y Terciario (hospitales). El país dispone de 18 hospitales públicos (11 de distrito y 7 provinciales), 42 centros de salud públicos y privados y más de 300 puestos de salud. Es importante anotar la gran cantidad de médicos tradicionales asociados (registrados alrededor de 800 en ASOMETRAGE), que tienen también sus puestos de salud e inclusive clínicas en las ciudades.

La administración sanitaria tenía mucha debilidad a nivel de los recursos humanos tanto en cantidad como en calidad. De acuerdo a la OMS, en 2004 el país disponía de 153 médicos (Aprox. 25 médicos por 100.000), 218 enfermeras y 53 parteras. En 2007, el sistema de salud cuenta aún con el apoyo de médicos de la cooperación internacional (entre ellos, 151 cubanos)<sup>1</sup>, distribuidos en todos los distritos constituyendo alrededor del 70 % de los médicos del país. La facultad de medicina se abrió en 2000 y desde 2006, el país dispone de médicos ecuatoguineanos (74 en 2006 y 27 en 2007).

En los últimos 15 años se ha apreciado un mejoramiento en el estado de salud de la población de Guinea Ecuatorial gracias a la contribución del Estado que ha provisto recursos para abrir clínicas y capacitar a los equipos médicos. Sin embargo, la RGE se mantiene aún entre los países con cobertura de las inmunizaciones inferior a 50% (2007) y con tasas altas de mortalidad infantil (93 por mil nacidos vivos) y en menores de 5 años (146 por mil nacidos vivos).

En 2004, el gasto público invertido en Sanidad era del 1.6% del PIB y el gasto total en salud por habitante ascendía a 233 USD anual.

En la RGE existen apenas 1 Psicólogo y 2 Asistentes sociales que trabajan en el sistema de salud y social respectivamente. Un total de 32 asistentes sociales estarían en formación.

Se calcula que el 60% de la población tiene acceso a los servicios de salud dentro de una hora de camino a pie. Sin embargo, de acuerdo a estimaciones del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, el 80% de la población acude primero a los Médicos Tradicionales o a los "Espiritistas" antes de visitar los servicios de salud del Estado.

A nivel de los servicios de salud, las enfermedades infecciosas, incluida el VIH/SIDA, constituyen más del 85% de las consultas.

---

<sup>1</sup> Misión Médica Cubana: Balance de trabajo Año 2007.

## RESPONSABLES

- Excmo. Señor: Ministro de Estado encargado de Sanidad y Bienestar Social.  
Don Francisco Pascual OBAMA ASUE
- Excmo. Señora Viceministra de Sanidad y Bienestar Social  
María de la Vida ASUE NDONG
- Excmo. Señor: Secretario de Estado encargado de Salud Pública  
Don Práxedes RABAT MAKAMBO
- Excmo. Señora Secretario de Estado de Asistencia y Coordinación Hospitalaria  
María del Carmen ADEME ELA
- Excmo. Señor: Secretario de Estado de Infraestructura Hospitalaria  
Acasio NTUTUMU ELA
- Ilmo. Señor: Director General de Coordinación Multisectorial de lucha contra el Sida  
Dr. Graciano Vicente EBALE NDONG
- Director Nacional del Programa Nacional de Lucha contra el Sida  
Dr. Nemesio ABESO EYI

## CREDITOS:

Recolección, procesamiento y análisis:

- 1- Dr. Graciano Vicente EBALÉ NDONG MICUE (Director General de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el Sida)
- 2- Dr. Nemesio ABESO EYI (Director Nacional del PNLIS)
- 3- Don Eugenio EDU (SIS)
- 4- Don Juan EYENE ( Coordinador del PNLIS)
- 5- Dra. Arsenia NCHAMA (Jefe de Servicio de la UREI)
- 6- Juan EBALÉ (Epidemiólogo MINISABS)
- 7- Doña Angela De TOMASSI (Administradora del Proyecto del Fondo Mundial en Guinea Ecuatorial) GFATM
- 8- Dr. Luis BUSCARONS (Experto Internacional en Monitoreo y Evaluación del Proyecto del Fondo Mundial en Guinea Ecuatorial) GFATM
- 9- Dr. Antonio Maria OYONO (Experto Nacional en Monitoreo y Evaluación del Proyecto del Fondo Mundial en Guinea Ecuatorial) GFATM
- 10- Don Manuel NZI NZANG (Asistente Técnico de VIH-CRCE-ISCIII)
- 11- Doña Erika LÓPEZ (UNICEF)
- 12- Don Basilio NDONG (Miembro ONG AMUSIDA)
- 13- Dra. Angela Katherine LAO SEOANE (OMS y Punto Focal UNGASS 2010/RGE)

Equipo de Redacción:

Consultor Internacional: Dra. Carlet Elizabeth Ponce

- 1- Dr. Nemesio ABESO EYI
- 2- Dr. Luís BUSCARONS
- 3- Don Manuel NZI NZANG
- 4- Don Juan EYENE
- 5- Dra. Angela Katherine LAO SEOANE

## PUNTO FOCAL UNGASS 2010 EN GUINEA ECUATORIAL

- Dra. Angela Katherine LAO SEOANE

**REVISION FINAL Y APROBACION:**

Ministro de Estado encargado de Sanidad y Bienestar Social.

**ASISTENCIA TECNICA DAT/AOC/ONUSIDA**

- Dra. Elizabeth PONCE.

***Fecha de presentación:*** 31 de Marzo 2010

## 1. **INDICE**

Glosario.....	
2. Situación Actual.....	
2.1 La participación de los interesados en el proceso de redacción del informe.....	
2.2 Situación de la epidemia.....	
2.3 La respuesta política y programática.....	
2.3.1 Respuesta Política.....	
2.3.2 Respuesta Programática.....	
2.4 Indicadores UNGASS.....	
3. Panorama general de la epidemia.....	
4. Respuesta Nacional a la epidemia.....	
4.2 Compromiso Nacional.....	
4.2.1 Gasto relativo al sida por categoría y fuente de financiación.....	
4.2.2 Políticas gubernamentales sobre el VIH/sida: Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN).....	
4.3 Ejecución del Programa Nacional.....	
4.3.1 Prevención.....	
4.3.2 Atención, Tratamiento y Apoyo.....	
4.3.3 Cambio en el Conocimiento y Comportamiento.....	
4.3.4 Mitigación del Impacto.....	
5. Practicas Optimas.....	
6. Principales problemas y acciones correctoras.....	
7. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país.....	
8. Sistemas de vigilancia y evaluación.....	
ANEXOS (lista de participantes en todo el proceso).....	

**GLOSARIO**

AMUSIDA	Asociación de Mujeres de lucha contra el sida
ARV	Antirretrovirales
CAP	Comportamientos- Actitudes y Prácticas
CCC	Comunicación por el Cambio en los Comportamientos
CCS	Comunicación por el cambio social
CDI	Consumidor de droga inyectable
CDT	Centro de Diagnóstico y Tratamiento
CPN	Consulta de Atención Pre-natal
CRCE	Centro de Referencia de Control de Endemias
CTA	Centro de Tratamiento Ambulatorio
CTMC	Comisión Técnica de Coordinación Multisectorial
FM	Fondo Mundial
FNUAP	Fondo de Naciones Unidas para las Poblaciones
GFATM	Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria
HBV	Virus de la Hepatitis B
HCV	Virus de la Hepatitis C
HNV	Huérfanos, Niños Vulnerables
HSH	Hombres tienen sexo con Hombres
INSESO	Instituto Nacional de Seguridad Social
IEC	Información, Educación, Comunicación
IO	Infecciones Oportunistas
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III
IST	Infecciones Sexualmente Transmisibles
ME	Marco Estratégico
M&E	Monitoreo y Evaluación
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
PTMH	Prevención de la Transmisión Vertical de la madre al Hijo.
PVVIH	Persona Viviendo con el VIH
RGE	República de Guinea Ecuatorial
SC	Sociedad Civil
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
SIS	Sistema de Información Sanitaria
SNNUU	Sistema de Naciones Unidas
TS	Trabajadores del Sexo /Profesionales del sexo
UNDAF	Marco de Asistencia al Desarrollo de Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UREI	Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

## **2. SITUACIÓN ACTUAL.**

### **2.1 LA PARTICIPACIÓN DE LOS INTERESADOS EN EL PROCESO DE REDACCIÓN DEL INFORME**

Guinea Ecuatorial, se enfrenta al reto de frenar la pandemia del sida, siendo unos de los medidores del avance, el actual informe UNGASS 2010. En vista de que es la primera vez que se elabora este documento en el país, fue necesaria la cooperación de todos los sectores de la sociedad para poder realizar una reseña histórica del programa y obtener la información de 2008-2009.

Es así como en el transcurso de la preparación del informe, se contó con la participación activa de los principales actores del gobierno, la sociedad civil representada por las ONGs, las asociaciones de personas que viven con VIH/SIDA, la cooperación bilateral y multilateral, y el sistema de las Naciones Unidas. Toda la información recogida proviene de fuentes oficiales publicadas a nivel nacional ó por publicarse, informes de las instituciones estatales, paraestatales y ONG. Es importante recalcar que el sistema de información en Guinea Ecuatorial se encuentra en construcción por lo que algunos datos no son representativos a nivel nacional pero proporcionan información suficiente para conocer algunas tendencias.

Los eventos que se sucedieron para el proceso de elaboración del informe comenzaron a partir de noviembre 2009 y fueron los siguientes:

- 1- Reuniones y encuentros entre las organizaciones responsables de elaborar el informe para identificar los mecanismos más idóneos de colecta y procesamiento de la información.
- 2- Encuentros con las diferentes sectores gubernamentales, sociedad civil, sector privado, PVVIH y Sistema de Naciones Unidas de información y sensibilización sobre la importancia de elaborar el primer informe UNGASS 2010, en Guinea Ecuatorial
- 3- Reunión de Consenso sobre los Términos de Referencia para el Proceso UNGASS 2010, a inicios del mes de enero. Este encuentro estuvo liderado por el Director General de Coordinación Multisectorial, el Director Nacional del PNLIS, y se contó con la participación de representantes de varios sectores implicados en la lucha contra el VIH/sida. Se constituyó un equipo nacional multisectorial encargado de discutir y analizar los términos de referencia de lo que sería el llamado proceso UNGASS 2010, ó fase preparatoria.
- 4- Posteriormente, en febrero 2010, se realizó una primera reunión de coordinación y planificación, donde se designaron responsables de la colecta de la información y análisis preliminar de cada uno de los indicadores llevando a cabo un trabajo plenamente en el terreno.
- 5- Todos los datos recogidos en el terreno, excepto el Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN) se analizaron en un primer taller con la participación activa de



todo el equipo nacional; es decir el primer *Taller de Presentación y Análisis de los Datos Recolectados en el Terreno*, realizado entre el 18 y 19 de febrero 2010.

- 6- Con la finalidad de completar la información correspondiente a las acciones y gastos de otros sectores diferentes a salud, así como de las ONG; se elaboró y distribuyó un formulario para coleccionar información del período 2004 – 2009. Este ejercicio fue de gran utilidad no solo para conocer las actividades y gastos de estas instituciones en relación al VIH sino como fuente de datos preliminares a utilizarse en la próxima evaluación de los planes multisectoriales 2004-2008 (extendidos a 2009) y formulación de los nuevos planes de lucha contra el VIH/sida en Guinea Ecuatorial.
- 7- Para la obtención del Índice Compuesto de Política Nacional, primeramente se brindó la información necesaria a los participantes al proceso y, posteriormente se conformó un equipo nacional que se encargaría de realizar las encuestas. Además, se identificaron las diferentes personas a entrevistar, siguiendo las directrices de UNGASS.
- 8- Para una mejor calidad y fiabilidad del documento se identificaron, dentro del equipo técnico nacional, 5 personas encargadas de analizar la información y redactar el informe, teniendo en cuenta los datos obtenidos en el terreno. La redacción del borrador 1 se realizó del 18 al 21 de marzo 2010.
- 9- Con la finalidad de verificar datos discordantes u obtener información sobre otras instituciones, se realizaron entrevistas en el terreno con el apoyo de la Consultora Internacional. Esta actividad se realizó del 23 al 24 de Marzo de 2010.
- 10- Distribución de la versión en borrador (1) a actores claves para obtener sugerencias, apreciaciones o correcciones, el 26 de marzo de 2010.
- 11- *Taller de Presentación del Informe UNGASS 2010 (borrador 2) y Validación*, con la participación de los actores claves de los sectores del gobierno, sociedad civil, PVVIH, sector privado y SNU, realizado el 26 de marzo de 2010.
- 12- *Distribución por e-mail de la versión final a los actores clave para la última revisión.*
- 13- Entrega del borrador (3) en versión escritas a los decisores para obtener sus últimas apreciaciones y aprobación.

Guinea Ecuatorial contó con el apoyo técnico de DAT/AOC/ONUSIDA a través de una consultora internacional para el análisis y redacción del informe. Se espera así mismo obtener el apoyo técnico para entregar los resultados del indicador UNGASS número 1, relativo a gastos. Esta parte del informe será entregada en una fecha posterior.

La participación de todos los sectores ha sido crucial en la elaboración del informe. La coordinación ha estado representada por el Director General de Coordinación Multisectorial de lucha contra el Sida con la participación de: 1) Sector gubernamental salud con el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social a través de los representantes de los diferentes programas (Programa Nacional de lucha contra el VIH/sida; Programa de

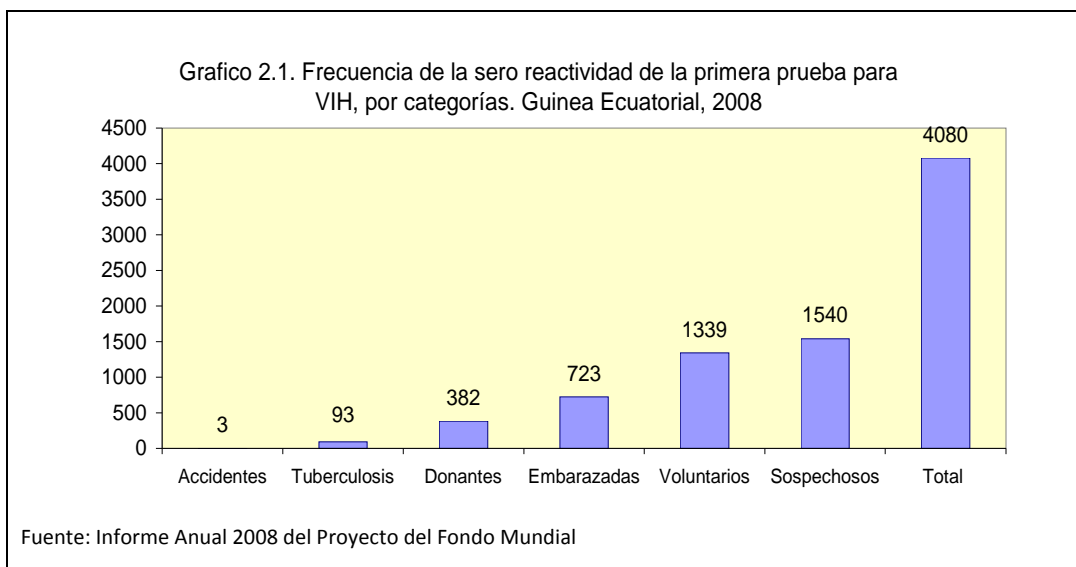
Lucha contra la Tuberculosis, Programa Nacional de Salud Reproductiva, Servicios de Laboratorio, Programa del Sistema de Información Sanitaria, Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas); y, las Células sectoriales de los Ministerios de Educación, Ministerio de Información Turismo y Cultura, Ministerio de Defensa, Ministerio de Seguridad Nacional, Ministerio del Interior y Corporaciones Locales, Ministerio de Asuntos Sociales y Promoción de la Mujer, Ministerio de Economía, Comercio de Pequeñas y Medianas Empresas, Ministerio de Hacienda y Presupuestos, Ministerio de Planificación e Inversiones Públicas; 2) Sector Para-público representado por INSESO; 3) la sociedad civil a través de las organizaciones no gubernamentales: Cruz Roja, AMUSIDA, Camino, SportLinkPlus; 4) las PVVIH representadas por la ONG Salud Positiva y 6) los organismos de Cooperación Bilateral: CRCE-ISCI, Cooperación Cubana y el Sistema de las Naciones Unidas: OMS, UNICEF, FNUAP, PNUD/Proyecto Fondo Mundial

En total, se contó con la participación de 30 personas a lo largo del proceso de elaboración, así como también de 19 personas en la etapa de validación del informe (tabla a)

<b>Tabla a. Participantes al Taller de Validación del Informe UNGASS 2010 Malabo 26.03.2010</b>	
<b>PARTICIPANTES</b>	<b>NUMERO</b>
Dirección General de Coordinación Multisectorial de lucha contra el Sida	1
Dirección del Programa Nacional de lucha contra el sida (PNLS)	1
Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas UREI -Bata	1
Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas UREI -Malabo	1
Dirección del Programa Nacional de lucha contra la Tuberculosis	1
Ministerio de Sanidad y Bienestar Social	1
INSESO-Policlínico Dr. Loeri Comba /Servicio de Laboratorio análisis clínico	1
Punto Focal Ministerio de Asuntos Sociales y Promoción de la Mujer	2
Punto Focal Ministerio de Educación	1
ONG Salud Positiva – PVVIH	1
ONG Cruz Roja de Guinea Ecuatorial	1
ONG Sportlinkplus	1
Cooperación Española CRCE-ISCI	1
OMS	1
UNICEF	1
PNUD/Proyecto del Fondo Mundial	2
DAT/AOC/ONUSIDA	1
<b>Total</b>	<b>19</b>

## 2.2. SITUACION DE LA EPIDEMIA

En Guinea Ecuatorial, el primer caso de VIH positivo fue registrado en 1988 y posteriormente se ha observado un aumento progresivo del número de personas infectadas, identificadas a través de la sero reactividad de la primera prueba, pasando de 205 casos en 1999 a 4080 en 2008, para un total acumulado de más de 15000 casos. Este aumento significativo de casos identificados se ha producido principalmente a expensas del tamizaje de pacientes con sospecha clínica de infección, voluntarios y mujeres embarazadas. (Gráfico 2.1). Las estimaciones del número de casos confirmados acumulados en 2008, calculadas con Spectrum es de 13025 casos (Max 16.528 y Min 9.231).



Desde el inicio de la epidemia existe un predominio del subtipo de VIH 1, lo cual ha sido confirmado en el estudio de prevalencia del 2004 (VIH-1 97,4% y VIH-2 2,6 %). La vía más frecuente de transmisión es la heterosexual seguida por la transmisión vertical madre-hijo y las transfusiones. En la última década, las mujeres están más infectadas que los hombres pero la diferencia no es significativa. En el momento actual, Guinea Ecuatorial está clasificada dentro de los países con **epidemia generalizada** al estar el VIH consistentemente superior al 1% en mujeres embarazadas del área urbana.

En cuanto a la evolución de la situación del VIH en la población general, el primer estudio fiable se realizó entre 1989 y 1992 en que se confirmó la presencia del VIH en el 1.1% de un total de 1440 sueros procedentes de 5 distritos del país. No se encontró diferencias entre hombres y mujeres ni entre las diferentes categorías (TB y pacientes con ITS).

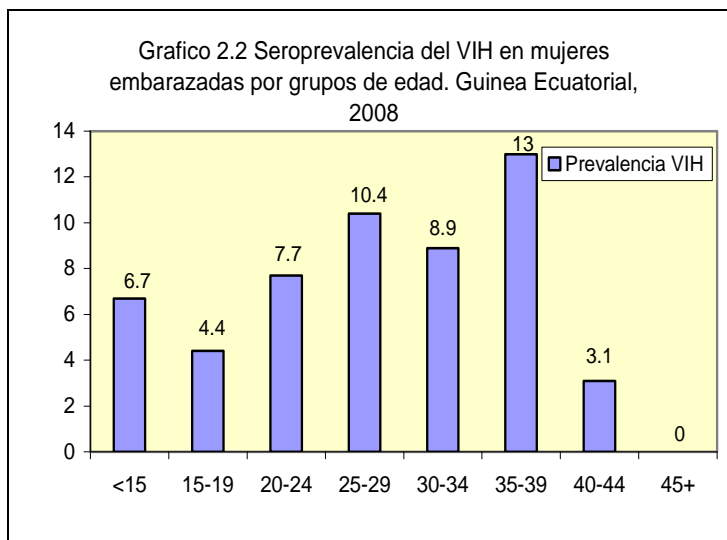
Una encuesta realizada en 1997, en una muestra representativa a nivel nacional de la población sexualmente activa mayor de 14 años, encontró una tasa de prevalencia del VIH de 3.48% . La tasa de prevalencia en estudiantes de bachillerato fue de 0.55%.

El último estudio de seroprevalencia del VIH realizado por el PNLIS con el apoyo del ISCIII en 2004, reveló una seroprevalencia de 3.2% (IC 95% 2.0 -4.4%) en la población entre 15 y 49 años. La diferencia entre el medio rural y urbano no fueron significativas (3.1% y 3.3% respectivamente). La prevalencia fue de 3,4% en mujeres y de 2,9% en los

hombres. En jóvenes entre 15-24 años, la tasa de seroreactividad fue de 1,08% (0.3% en jóvenes de 15-19 a y 2.3% en jóvenes entre 20-24 años).

La misma encuesta general de 1997 reportó una tasa de **1.49%** en las mujeres embarazadas. En 2008, la encuesta de seroprevalencia en gestante, mostró que esta tasa se había incrementado a **7.3%** (IC 6.0 – 8.8).

De acuerdo al informe de la encuesta del 2008, el 36% de las gestantes era adolescente (10-19 años) con una tasa de prevalencia de 4.43%, mientras que para el grupo entre 20-24 años la tasa era de 7.7 (Gráfico 2.2). La prevalencia en el grupo de 15-24 años se estimó a **5.9%**. La prevalencia en la región Insular era de 9.2% y en la región Continental de 6% y en la zona urbana de 7.9% y de 4.9% en la zona rural. Los grupos más vulnerables (prevalencia cerca del doble o más de la



media) se revelaron las mujeres entre 35 y 39 años con un 13% de prevalencia, las embarazadas que trabajan como comerciantes con un **19.7%** y las agricultoras con un 15.4%. La tasa de prevalencia de Sífilis fue de 4.3%. IC 95% (3.3 – 5.5).

Las personas con coinfección tuberculosis/VIH corresponden a un grupo muy vulnerable. De acuerdo a los estudios de vigilancia por parte del PNLT, existe no solo un aumento progresivo del número de nuevos casos de tuberculosis (378 casos en 1994, y 741 en 2008) sino también de la frecuencia de la coinfección (2.7% en 1994 y 41% en 2008).

En relación a otros grupos poblacionales más expuestos, el estudio de CAP en 2006 en población de 15-49 años indica que el 2% de los encuestados se declaraba homosexual. Sin embargo, no se ha podido obtener datos de seroprevalencia en esta población (HSH) ni en trabajadores sexuales (TS). Por otro lado, de acuerdo de un estudio preliminar, un grupo poblacional de riesgo lo constituye las Fuerzas Armadas y de Seguridad del Estado.

En Guinea Ecuatorial existe un subregistro importante de datos sobre las personas con sida o fallecidos por sida. En 1999 se notificaron 37 casos en personas con edades comprendidas entre 34 y 37 años. También se notificaron 3 muertes por sida. Entre 1998 - 2000 se identificaron 360 nuevos casos de sida y 51 muertes. No hay datos recientes.

A través del programa de modelización del VIH Spectrum, para 2008 se estima en 13025 el número de PVVIH y en 3108 las personas con infección avanzada que necesitan ARV. Las personas con sospecha clínica de VIH necesitan especial atención.

No se dispone de información sobre el número de niños huérfanos vulnerables en Guinea Ecuatorial. La encuesta MICS 2000 estimó en 8.5% la población menor de 15 años en esta situación, todas las categorías confundidas. Según las estimaciones de ONUSIDA la población de niños huérfanos de padre y madre a causa del sida sería de alrededor de 4800 en 2007.

## 2.3 LA RESPUESTA POLÍTICA Y PROGRAMÁTICA

### 2.3.1 RESPUESTA POLITICA

Prácticamente, desde el inicio de la epidemia, el Gobierno de Guinea Ecuatorial ha intentado 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. La intervención del gobierno se inicia en 1988 con el decreto de creación del Comité Nacional de Prevención y de Lucha contra las IST y el sida. En 2001 se aprobaron por decreto el Marco Estratégico 2002-2006 y el Plan de Urgencia del Programa Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA. Posteriormente, varios decretos han permitido establecer un marco institucional teórico suficiente, formalizar las propuestas de acción y definir las prioridades en lo que se refiere a la prevención y lucha contra el sida, en un marco de respeto de las PVVIH (Cuadro 2.1)

En 2001, se aprobó igualmente el Reglamento Orgánico del Programa Nacional que cuenta cinco dispositivos Institucionales de pilotaje y de coordinación:

- El Consejo Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA, instancia central cuya misión es la orientación y el control.
- La Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional encargada de la coordinación y monitoreo.
- La Dirección General de Coordinación Multisectorial que coordina la respuesta
- La Comisión Técnica de consulta
- Las 7 Células Sectoriales constituidas por los siguientes ministerios :

1. Educación, Ciencia y Deportes
2. Defensa; Seguridad Nacional; Interior y Corporaciones Locales
3. Planificación e inversiones; Economía, Comercio de Pequeñas y Medianas empresas; Hacienda y Presupuesto; Asuntos Exteriores, Cooperación Internacional y Francofonía.
4. Trabajo y Seguridad Social; Función Pública, Justicia y Culto; Minas, Industria y Energía
5. Asuntos Sociales y Promoción de la Mujer; Agricultura y Bosques, Infraestructuras, Pesca y Medio Ambiente.
6. Información, Turismo y Cultura; Telecomunicación y transporte
7. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social.

Cuadro 2.1 Políticas/ Estrategias/ Planes/ Programas/ Proyectos de Lucha contra el VIH/SIDA	Año
Decreto Nr 3: Creación del Comité Nacional de Prevención y de Lucha contra las IST y el SIDA	1988
Primer Plan a mediano plazo 1993-1995	1993
Segundo Plan a mediano plazo 1996-2000	1996
Creación del Consejo Nacional de lucha contra el sida y la Secretaría Ejecutiva	2001
Decreto Nr 78/2001: Aprobación del Plan ME 2002-2006 y Plan de Urgencia 2002-2003	2001
Decreto Nr 8/2002. Nominación del Secretario Ejecutivo del PNLS	2002
Decreto Nr 9/2002 Nominación del Director General de la CTCM del PNLS	2002
Creación del MCP (CCM), por orden ministerial	2002
Orden Ministerial de regulación de la venta y distribución del preservativo	2002
Estrategia: PTMH	2003
Orden Ministerial Nr 1/2004 que regula el uso de la prueba rápida y confirmación del VIH	2004
Estrategia: Marketing social del preservativo	2004
Política Nacional de Transfusión sanguínea	2005
Ley Nr 3/2005 de "Prevención y lucha contra las ITS/VIH/SIDA y la defensa de los derechos humanos de las personas afectadas".	2005
Estrategia de Aceleración de la prevención.	2006
Decreto de ley que incorpora la gratuidad en el tratamiento	2006
Plan de Urgencia de lucha contra el sida 2009-2010 –Sector Salud	2009

El documento ME fue concebido teniendo en cuenta los enfoques regionales e internacionales, la implicación de todos los sectores de la sociedad y de las PVVIH, así como la descentralización de las acciones.

Un total de 6 ejes estratégicos fueron identificados:

1. Prevenir nuevas infecciones a través de IEC
2. Reducir la transmisión sexual, materno-fetal y transfusional.
3. Realizar el tratamiento y cuidado efectivo del máximo posible de enfermos
4. Limitar el impacto de la epidemia en las personas afectadas y en la sociedad.
5. Promover la compasión, el respeto y la solidaridad.
6. Reforzar las capacidades institucionales de intervención.

Los *campos prioritarios de acción* retenidos en este Marco fueron: la Prevención; la Información, Educación y Comunicación (IEC); la Comunicación para el cambio de Comportamiento; la Promoción de la Seguridad Transfusional; la Prevención de la Transmisión Madre-Hijo; La reducción de la Vulnerabilidad de las Mujeres y jóvenes ante la epidemia y el Manejo de casos de VIH/sida. No se fijaron acciones en beneficio de los huérfanos niños vulnerables (HNV). Los Objetivos generales:

1. Modificar los comportamientos de riesgo
2. Reducir en al menos 5% por año las nuevas infecciones en los diferentes grupos de población
3. Reducir la transmisión por transfusión sanguínea.
4. Reducir de 75% la tasa de la transmisión del VIH Madre-Hijo
5. Mejorar los ingresos económicos de las mujeres y de jóvenes en situación de crisis
6. Favorecer la introducción de programas de intervención, incluso los terapéuticos ARV a través de la puesta en marcha de condiciones de identificación de casos y seguimiento biológico de los pacientes.
7. Organizar el apoyo medical y psicosocial de los pacientes
8. Prevenir y reducir la estigmatización de las PVVIH y sus familias
9. Construir un dispositivo de gestión del marco estratégico y de orientación programática
10. Mejorar las capacidades institucionales en gestión y en coordinación.

El presupuesto fue elaborado por estrategia, con un costo total de 7 mil quince millones de CFA o el equivalente a la época de 10 millones de USD.

Una Revisión inicial de la propuesta, dio paso en 2003 a la elaboración de un *Plan Multisectorial de Lucha contra el SIDA*, considerando la participación amplia de todos los sectores; así como de 7 planes sectoriales 2004-2008, que implicaban a 13 Ministerios del Gobierno señalados anteriormente. Este plan constituye una mejora del marco estratégico al incorporar los aspectos de intersectorialidad, durabilidad, así como otras prioridades de la intervención. El Plan multisectorial ha podido ser operacionalizado en su gran mayoría, gracias al proyecto financiado por el Fondo Mundial 2005-2010.

En 2005 se promulgó la Ley N<sup>o</sup> 3/2005 del 9 de mayo, sobre la *“Prevención y lucha contra las infecciones de transmisión sexual/VIH/SIDA y la defensa de los derechos humanos de las personas afectadas”*. Desde 2005 funciona igualmente el CCM para proyectos financiados por el Fondo Mundial..

Entre 2005-2007, se han realizado revisiones y ajustes al ME y al plan multisectorial. En 2007-2008 se elaboró y validó técnicamente el II Marco Estratégico 2009-2013, y está a la espera de su aprobación. En 2009 se elaboró igualmente, un Plan de Urgencia de lucha contra el sida 2009-2010 del sector salud, que fue aprobado por el MINSABS en el mismo año, pero que está siendo ejecutado parcialmente por la falta de recursos.

## 2.3.2 LA RESPUESTA PROGRAMATICA

Frente a la situación preocupante de la epidemia del VIH/sida en Guinea Ecuatorial, los esfuerzos del PNLs se orientaron sobre todo hacia la prevención del VIH en el período comprendido entre 1990 – 2002. A partir del 2003 se procedió a la puesta en marcha del tratamiento del VIH y a la ampliación de la respuesta a varios sectores con la finalidad de controlar el progreso de la epidemia y desde 2005, el país cuenta con el apoyo del proyecto del Fondo Mundial. Las actividades en los últimos 6 años han estado dirigidas a:

- Reforzar el marco institucional de coordinación.
- Reforzar las capacidades de los recursos humanos.
- Diagnóstico, monitoreo y tratamiento de casos.
- Cambiar comportamientos de riesgo
- Reforzar las actividades de PTMH
- Prevenir la transmisión vía transfusión sanguínea
- Aumentar la participación de la sociedad civil.

En general, las acciones se han concentrado en el diagnóstico del VIH, la sensibilización en las escuelas, la promoción del preservativo y de la prueba, la PTMH, el tratamiento de las personas en estado avanzado del VIH, el tratamiento de la coinfección tuberculosis/VIH. En cambio, las actividades orientadas a las poblaciones más expuestas, a jóvenes no escolarizados y a los NHV, son escasas o en estado incipiente (Cuadro 2.2)

### Prevención

En el Programa Nacional de lucha contra el sida del MINSABS, las actividades de prevención empezaron en 1990 con el equipamiento de los laboratorios y la capacitación del personal para realizar la prueba de diagnóstico del VIH

<b>Cuadro 2.2 Principales Acciones del PNLs y de las Células Sectoriales con el apoyo del Proyecto del FM, ONG y el SNU</b>		<b>Año de inicio</b>
<b>Prevención</b>		
Refuerzo de capacidades de los recursos humanos previo a la puesta en marcha de cada estrategia		
Equipamiento de laboratorios de provincia		1990
Tamizaje de las unidades de sangre		1992
Creación de 2 bancos de sangre (cerrados en 2 años)		1994
Creación e implementación de centros centinelas		1994
Manejo sindrómico de las ITS		2001
Elaboración e Implementación de la Estrategia PTMH		2003
Puesta en marcha del Protocolo de diagnóstico del VIH		2004
Control externo de calidad del cribado sistemático para la detección del VIH (Termina en 2006)		2004-2006
Promoción /distribución del preservativo		2004
Consejería pre-test /hoja de consentimiento informado		2005
Campañas / talleres de información, formación		2005
Formación de pares educadores /sensibilización en escuelas y en medio comunitario		2005
Adquisición de kits de profilaxis para los hospitales		2006
Promoción de la prueba Voluntaria del VIH		2007
Elaboración del Modulo (extracurricular) de educación a la vida familiar y formación de docentes		2007
Actualización de protocolos de Diagnóstico del VIH		2009
Actualización del protocolo de PTMH		2009
<b>Tratamiento ARV /Coinfección TB/VIH</b>		
Pruebas rápidas de VIH en pacientes con tuberculosis		1992
Implantación del PNLT		1996
Creación de la UREI en Bata para tratamiento con ARV, manejo de IO y seguimiento de PVVIH.		2003
Creación de la UREI en Malabo		2004
Tratamiento de la coinfección tuberculosis/VIH		2004
Creación de 2 Centros de tratamiento ambulatorio		2009
<b>Apoyo a niños huérfanos vulnerables</b>		
Revisión documentaria sobre los HNV		2008
Apoyo puntual a niños huérfanos en sus casas		2008
<b>Refuerzo de la participación de la sociedad civil</b>		
Activación de ONG y creación de la Federación de ONG		2007-2009
<b>Vigilancia /Monitoreo /Evaluación</b>		
Giras periódicas nacionales de supervisión del programa		1988
Encuesta de prevalencia del VIH en población >14 años		1997
Encuesta de prevalencia del VIH en población 15-49a		2004
Encuesta de CAP sobre el VIH		2006
Encuesta de prevalencia del VIH en el cuerpo uniformado		2008
Encuesta de prevalencia del VIH en embarazadas		2008
Puesta en marcha del Sistema Nacional de M&E		2009

Entre 1992 y 1994 las actividades del programa se centraron en la prevención de la transmisión del VIH a través de las transfusiones, por medio del tamizaje de las unidades

de sangre de los donantes. En 1994 se crearon dos bancos de sangre en Bata y Malabo pero tuvieron que cerrar dos años más tarde faltos de financiamiento. Solamente entre 2004-2006 se realizó el control de calidad externo. A finales del 2009, el 100% de las unidades de sangre son tamizadas para el VIH y se sigue procedimientos operativos de referencia, pero no se dispone de un plan de garantía de calidad externo.

El diagnóstico del VIH en embarazadas se inicia en 1994 con la creación de 7 centros centinelas y en 2003 se elabora e implementa la Estrategia de PTMH en 23 estructuras sanitarias. En el periodo 2000-2008, existe un aumento progresivo de mujeres embarazadas que se realizan la prueba en primera CPN, pasando de 199 en el año 2000 a 4698 en el año 2008, para un total acumulado de 24.576 mujeres embarazadas, identificándose al menos 3.000 gestantes infectadas. Desde el 2003, un total de 634 Mujeres ha recibido la Nevirapina (161 o 20.4% en 2008) y los niños, hijos de madres seropositivas han recibido leche maternizada, para prevenir la transmisión madre hijo (260 madres en 2007 y 58 en 2008). Sin embargo, no se realizan test a los hijos de madres infectadas ni se realiza su seguimiento hasta los 18 meses.

En 2005 se puso en marcha la consejería pre-test con la utilización de la hoja de consentimiento informado, así como la realización de campañas masivas de promoción del preservativo y de la prueba. Esto ha permitido que ya en 2006, el 32.5% de la población entre 15-49 años se haya realizado la prueba y conozca el resultado. En 2008, se realizaron 25280 pruebas del VIH en voluntarios, sospechosos de portar el virus, mujeres embarazadas, donantes, pacientes con tuberculosis y personas que han sufrido un accidente, con una tasa global de primera prueba positiva de 16.14%.

El manejo sindrómico de las ITS ha sido posible a partir del 2001, año en que se puso en marcha el protocolo a nivel nacional. Este protocolo fue revisado en 2005.

En cuanto a las actividades de IEC y CCC, en 2006, el PNLS ha realizado campañas de sensibilización sobre la epidemia a nivel de las altas esferas políticas. El MINASPROM, ha realizado acciones de prevención en el ámbito nacional con la ayuda de delegadas y consejeras formadas. El Ministerio de Información tiene un proyecto de abogacía y spots publicitarios y el Ministerio de Defensa realiza periódicamente CCC entre sus miembros. Las acciones de los otros Ministerios implicados en la lucha contra el sida, han sido muy tímidas o inexistentes debido a la ausencia de un presupuesto para realizar este tipo de actividades, a pesar de la existencia de sus respectivos planes sectoriales.

Las organizaciones de la sociedad civil son muy escasas en Guinea Ecuatorial. Desde 2005, las pocas ONG activas realizan actividades de IEC, la formación de pares educadores (211 pares en 2008, total 414) y de CCC casa por casa.

En 2007, el Ministerio de Educación elaboró un curriculum sobre la educación sexual que está a la espera de su aprobación. En la fase piloto formó alrededor de 130 docentes.

Desde 2007, con el apoyo del proyecto del Fondo Mundial, se activaron 3 ONG que se han encargado de sensibilizar a 70816 jóvenes en medio escolar y comunitario y formar 197 docentes sobre un modulo extracurricular "formación para la vida familiar", pero aún sin replicación en las escuelas. Es decir, hasta el momento, ninguna escuela está impartiendo educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida.

Las actividades con las trabajadoras sexuales son aún muy escasas. Apenas una ONG se ha implicado espontáneamente en acciones que comprenden la entrega de preservativos en los lugares de alta frecuentación, CCC y apoyo social puntual.



Por otro lado, el sector privado ha mostrado mucha apertura a las actividades educativas sobre el VIH/sida impartidas por las ONG. Las empresas a su vez, se han implicado en actividades de prevención apoyando financieramente las propuestas de algunas ONG.

### **Tratamiento /cuidado y apoyo**

Hasta 2003, no se realizaba el tratamiento con ARV en Guinea Ecuatorial por lo que los pacientes debían acudir a hospitales o clínicas de referencia en el extranjero. En 2003 en Bata y 2004 en Malabo, se crearon las Unidades de Referencia de Enfermedades Infecciosas (UREI) encargadas del tratamiento ARV y seguimiento de PVVIH. A finales del 2008, 1463 pacientes en estado avanzado de infección por el VIH habían recibido alguna vez tratamiento, de los cuales, 470 empezaron en 2008. En ese mismo año, 1219 pacientes se encuentran activos en tratamiento. En 2009 se crearon dos Centros de tratamiento ambulatorio con el afán de descentralizar la atención integral de PVVIH.

El tratamiento de la coinfección tuberculosis/VIH se realiza desde 2004 y las actividades de coordinación entre los 2 programas PNLN y PNLT están en su fase inicial.

Las actividades en beneficio de los HNV son aun incipientes. En 2008, se realizó una revisión documentaria exhaustiva sobre los HNV. En 2008-2009, una ONG de Malabo ha realizado el seguimiento y brindado apoyo alimentario a 10 niños huérfanos en su domicilio y en 2009 ha apoyado con alimentos a 201 niños huérfanos en una escuela.

### **Sistema de vigilancia, monitoreo y evaluación**

De acuerdo a las informaciones disponibles, en Guinea Ecuatorial se ha realizado 2 encuestas de seroprevalencia en la población general (1997 y 2004) aportando algunas informaciones de CAP sobre el VIH, una encuesta de seroprevalencia en mujeres embarazadas (2008), una encuesta de seroprevalencia en el cuerpo uniformado (2008) y una encuesta de CAP sobre el VIH/sida y las ITS (2006). Los resultados de estos estudios han permitido conocer la epidemia y fijar los datos de base para planificar y evaluar las intervenciones. Además se realiza giras de observación y de supervisión que incluye la colecta de datos de primeras pruebas positivas en los distintos grupos: sospechosos, voluntarios, donantes, embarazadas, pacientes con tuberculosis y otros.

En cuanto al sistema de monitoreo y evaluación, el análisis de situación llevado a cabo en 2007 a diferentes niveles de la pirámide sanitaria, mostró que los datos eran escasos y los decisores no los utilizaban. Esta situación se debía fundamentalmente a insuficiencias en el nivel técnico (falta de un plan de M&E y de un sistema de gestión y de información) y financiero (falta de presupuesto para M&E). En 2009 y luego de varias propuestas elaboradas y analizadas, se aprobó el Manual Nacional de seguimiento y evaluación. Actualmente se está gestionando desde el PNLN, la creación de una base de datos nacional informatizada.

Como retos fundamentales pendientes en este ámbito se encuentran el lograr la coordinación entre las diferentes unidades ministeriales involucradas en la vigilancia y evaluación del VIH/SIDA (PNLN, Servicio Nacional de Epidemiología, SIS y los Proyectos que apoyan al PNLN).

### **Apoyo de los Asociados**

La cooperación bilateral y el Sistema de Naciones Unidas (PNUD, OMS, UNICEF, FNUAP) se han hecho presentes en la lucha contra el VIH/sida a través del apoyo técnico a las acciones de prevención del VIH, tratamiento, atención y cuidado de PVVIH

y la reactivación del sistema de vigilancia. El PNUD, es el beneficiario principal del proyecto del Fondo Mundial, que se encuentra actualmente en su etapa final de ejecución. Ni ONUSIDA, ni el Fondo Mundial están presentes en Guinea Ecuatorial.

## **INDICADORES UNGASS – GUINEA ECUATORIAL**

Este Informe comprende Indicadores Nacionales cuya importancia radica en que permite que el país evalúe la eficacia de la respuesta nacional. Los indicadores se dividen en varios grupos:

### **Compromiso y acción nacional:**

Estos indicadores se centran en las políticas y las aportaciones estratégicas y financieras destinadas a detener la propagación de la infección por el VIH, con el fin de proporcionar tratamiento, atención y apoyo a las personas infectadas, así como mitigar las consecuencias sociales y económicas de la alta morbilidad y mortalidad debidas al sida. También miden la producción, la cobertura y los resultados del programa; por ejemplo, la prevención de la transmisión materno-infantil, el tratamiento con fármacos antirretrovíricos para aquellos que los necesitan y los servicios para huérfanos y niños vulnerables. Estos indicadores son medidos por entrevistas realizadas a líderes del gobierno y de la sociedad civil, instituciones públicas y privadas involucradas en la lucha contra el VIH/SIDA.

### **Indicadores de programa nacional:**

Los que se encargan en medir los esfuerzos nacionales en áreas programáticas que incluyen la seguridad hematológica, la prevención de la transmisión materno infantil del virus, la cobertura de terapia antirretrovírica, la cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH entre otros.

### **Conocimiento y comportamientos nacionales:**

Abarcan una variedad de resultados específicos de conocimiento y comportamiento que incluyen el conocimiento correcto de la transmisión del VIH, edad de inicio sexual, comportamiento sexual la asistencia escolar entre los huérfanos. Son medidos mediante encuestas poblacionales y estudios de vigilancia centinela.

### **Impacto del programa a nivel nacional:**

Se refieren al grado en que las actividades de los diversos sectores, tanto preventivas como de cuidado y apoyo han logrado reducir las tasas de infección por el VIH y la morbi-mortalidad asociada; estos son medidos por estudios de vigilancia centinela.

**Indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración de  
compromiso sobre el VIH/sida – Guinea Ecuatorial**

**COMPROMISO Y ACCIÓN NACIONALES**

**1. GASTOS**

Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuente de financiación

**Gasto relativo al SIDA por categorías. Guinea Ecuatorial 2007-2008-2009**

	<b>CATEGORIA DEL GASTO RELATIVO AL SIDA</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
1	Prevención				
2	Atención y tratamiento (subtotal)				
3	Huérfanos y niños vulnerables* (subtotal)				
4	Fortalecimiento de la gestión y administración de programas (subtotal)				
5	Recursos Humanos				
6	Protección social y servicios Sociales, excluidos niños huérfanos y niños vulnerables				
7	Entorno favorable				
8	Investigación				
	<b>TOTAL</b>				

## ESTADO DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE POLITICAS

### 2. INDICE COMPUESTO DE POLITICA NACIONAL (ICPN)

#### Parte A: Funcionarios del Gobierno.

INDICADOR	Fuente	2009	
		Promedio	%
<b>I Plan Estratégico:</b> Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de planificación estratégica en los programas de VIH/sida	Encuesta ICPN	2.5	25.0
<b>II Apoyo Político:</b> Promedio de calificación acerca del apoyo político en los programas de VIH/sida	Encuesta ICPN	5.3	53.0
<b>III Prevención:</b> Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos de apoyo en la prevención del VIH/sida	Encuesta ICPN	3.0	30.0
<b>IV Tratamiento, Atención y Apoyo:</b> Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de aplicación de los programas de servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH	Encuesta ICPN	5.0	50.0
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para satisfacer las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables	Encuesta ICPN	0	0
<b>V Vigilancia y Evaluación:</b> Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del Sida.	Encuesta ICPN	2.0	20.0

#### Parte B: Organizaciones no gubernamentales, organismos bilaterales

INDICADOR	Fuente	2009	
		Promedio	%
<b>I Derechos Humanos:</b> Promedio de calificación acerca de las políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH/sida	Encuesta ICPN	5.0	50.0
Promedio de calificación acerca del esfuerzo por hacer cumplir las políticas, las leyes y reglamentaciones existentes	Encuesta ICPN	4.5	45.0
<b>II Participación de la Sociedad Civil:</b> Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil	Encuesta ICPN	6.0	60.0
<b>III Prevención:</b> Promedio de calificación acerca de los esfuerzos hechos en la aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	Encuesta ICPN	8.3	83.0
<b>IV: Tratamiento, Atención y Apoyo.</b> Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la aplicación de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH/sida.	Encuesta ICPN	5.3	53.0
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para satisfacer las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables	Encuesta ICPN	1.3	13

## INDICADORES DEL PROGRAMA NACIONAL

N°	INDICADORES	Fuente	2007		2008		2009		OBSERVACIÓN
			N°	%	N°	%	N°	%	
3	Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	MINSABS/PNLS/Proyecto del FM- Informes de actividades 2007, 2008, 2009. INSESO Informe del laboratorio, 2009	0/4620	0.00	0/4208	0.00	0/4515	0.00	El 100% de unidades donadas son analizadas para VIH respetando los procedimientos operativos normatizados pero no hay un plan de garantía de calidad externo. (En 2009 se incluye 1291 donantes del INSESO)
4	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretroviral	MINSABS/PNLS/Proyecto del Fondo Mundial Informe de actividades 2008			1219/ 3108	39.2			La medición del indicador se realizó teniendo como denominador las estimaciones de ONUSIDA 2008 (Estimación se realizó utilizando el modelo de estimación de Spectrum)
5	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibe medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil (anual)	MINSABS/PNLS /Proyecto del Fondo Mundial Informe Anual 2007, 2008, (2009 en elaboración)	Mono- terapia 199/865	22.9	Mono- terapia 161/ 789	20.4	Total 365/ 870 Monoterapia 137/ 870 Triterapia 228/ 870	41,9	Para la medición del indicador se utilizó el modelo de estimación de Spectrum Para 2009, la población de mujeres embarazadas VIH positivas se calculó con una proyección en base a los 3 primeros trimestres.

N°	INDICADORES	Fuente	2007		2008		2009		OBSERVACIÓN
			N°	%	N°	%	N°	%	
6	Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	PNLT: Informe de la evolución de casos nuevos de coinfección por año- 1994-2008	109/ 892	12.2	96/ 917	10.4			Proxy : Información de pacientes con coinfección tratados por TB y referidos a las UREI. El denominador se ha medido a través de las estimaciones de IOMS para coinfección. El programa PNLs reporta 141 de co infectados tratados con ARV en 2008
7	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	MINSABS/ISCI/III/ Proyecto FM Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006	Total 472/ 1449 (2006)	32.5%					Proxy: El indicador mide el hecho de haberse sometido a la prueba del VIH "alguna vez" (498/1449 o 34.4%) de los cuales 94.8% buscó el resultado. No se dispone de datos por grupos de edad
8	Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	No disponible							Actividades no documentadas
9	Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH	No disponible							Actividades incipientes de la ONG SportLinkPlus aún no documentadas
10	Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	No disponible							Actividades incipientes con HNV de la ONG AMUSIDA, aún no documentadas

N°	INDICADORES	Fuente	2007		2008		2009		OBSERVACIÓN
			N°	%	N°	%	N°	%	
11	Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico	Ministerio de Educación Punto Focal	0	0.0	0	0.0	0	0.0	Curriculum escolar en espera de validación. Fase piloto: alrededor de 130 docentes formados por el Ministerio de Educación



## INDICADORES DE CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO

N°	INDICADORES	Fuente	2007		2008		2009		OBSERVACIÓN
			N°	%	N°	%	N°	%	
12	Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad	No Disponible							Indicador no ha podido ser medido por falta de estudios e intervenciones con Huérfanos Niños Vulnerables
13	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	MINSABS/ISCI/III/ Proyecto FM Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006		2%					Proxy: Encuesta CAP no determina un índice de conocimientos en población de 15-49 años y comprende 7 variables (de las cuales 3 de UNGASS. El indicador ha sido medido "conocimiento alto" (4 o más variables sobre 7).
14	Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	No Disponible							GE es un país con epidemia generalizada y no se dispone aún de estudios en poblaciones más expuestas.
15	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	MINSABS/ISCI/III/ Proyecto FM Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006	Promedio T: 16.6a H: 18 a M: 17a	15-20a Promedio 15a  21-30a Promedio 16a (2006)					Proxy: Estudio de CAP mide la edad promedio de inicio de relaciones sexuales en persona encuestadas de 15-49 años y por grupos de edad: 15-20 años y de 21-30 años

N°	INDICADORES	Fuente	2007		2008		2009		OBSERVACIÓN
			N°	%	N°	%	N°	%	
16	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	MINSABS/ISCI/III/ Proyecto FM Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006		38,2 % (2006)					
17	Porcentaje de mujeres y varones 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 durante la última relación sexual	MINSABS/ISCI/III/ Proyecto FM Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006		24,3 % (2006)					
18	Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente.	MINSABS/ISCI/III/ Proyecto FM Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006		26.5% (2006)					Proxy: Toma en cuenta la encuesta CAP sobre el uso de condón en <i>clientes</i> de TS No hay información específica en TS
19	Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina.	No Disponible							La Encuesta CAP 2006 muestra que el 2% de la población 15-49a se declara homosexual pero no se realizó el análisis del uso del preservativo en HSH
20	Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual.	No Disponible							No se dispone aun de estudios de VIH en Consumidores de Droga Inyectable
21	Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó.	No Disponible							No se dispone aun de estudios de VIH en Consumidores de Droga Inyectable

## INDICADORES DE IMPACTO

N°	INDICADORES	Fuente	2007		2008		2009		OBSERVACIÓN
			N°	%	N°	%	N°	%	
22	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectado por el VIH	MINSABS/PNLS /OMS: Encuesta de seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas Guinea Ecuatorial (2008).			Total 15-24a 58/978  15-19a 23/526 20-24a 35/452	Total 15-24a 5.9%  15-19a 4.4% 20-24a 7.7%			Encuesta realiza en 5 distritos: 2 centros de la región Insular (Malabo y Lubá) y 3 de la Región Continental (Bata, Ebibeyín y Evinayong)
23	Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH	No Disponible							GE es un país con epidemia generalizada y no se dispone aún de estudios en poblaciones más expuestas.
24	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretroviral	MINSABS/PNLS/Proyecto del Fondo Mundial. Informe 2008			695/ 993	69,9%			Proxy: Medido al 31 de diciembre del 2008 el número de pacientes adultos y niños en que se tiene constancia de que cumplieron al menos 12 meses de tratamiento ARV; sobre el total de pacientes que han ingresado en tratamiento en las (UREI) desde 2003 hasta el 31 de diciembre 2007 (no incluye nuevos 2008)
25	Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas	PNLS				11%			Calculado con Spectrum

### 3. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA.

N°	INDICADOR	Fuente	2008	
			N	%
22	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectado por el VIH	MINSABS/PNLS/OMS: Encuesta de seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas Guinea Ecuatorial (2008).	<b>15-24a</b> 58/978	<b>15-24a</b> 5.9%
			<b>15-19a</b> 23/526	<b>15-19a</b> 4.37%
			<b>20-24a</b> 35/452	<b>20-24a</b> 7.7%

Ha sido necesaria la revisión de muchos documentos para poder establecer una cronología de la situación del VIH. De acuerdo a esa revisión, el primer caso reconocido del VIH/sida en Guinea Ecuatorial se remonta a 1984, pero es solamente en 1988 en que se registra el primer caso de VIH diagnosticado en el país.

En las giras anuales de colecta de datos en los distintos laboratorios del país se ha evidenciado un aumento progresivo del número de primera pruebas positivas de VIH pasando de 205 en el año 1999 a 4080 casos en 2008, identificándose por este medio más de 15000 casos. Este incremento se ha producido a expensas sobre todo de los pacientes en quienes se sospecha que están infectados con el virus, voluntarios y embarazadas. Así mismo, se ha observado un aumento progresivo de la frecuencia de primeras pruebas positivas pasando de 9.9% en 1999 a 16.14% en 2008.

Desde el inicio de la epidemia existe un predominio del subtipo de VIH 1. La vía más frecuente de transmisión es la heterosexual seguida por la transmisión vertical madre-hijo y las transfusiones. Al inicio no existía diferencia entre los sexos hasta hace aproximadamente una década en que se observa una mayor frecuencia en las mujeres, aunque no significativa, con respecto a los hombre.

En el momento actual, Guinea Ecuatorial está clasificada dentro de los países con **Epidemia generalizada** al estar el VIH consistentemente superior al 1% en mujeres embarazadas del área urbana (7.9% en 2008).

A través de Spectrum se ha podido estimar en 13025 el número de casos de PVVIH en 2008 y en 13316 para el 2009.

#### Prevalencia en la población general

Los primeros estudios de prevalencia fueron realizados por la Organización de Coordinación por la Lucha contra las Endemias en África Central (OCEAC) y se limitaron a la Isla de Bioko y al distrito de Nsork en 1985 y 1986. Ambas muestras eran pequeñas y se estableció la prevalencia a 0.3% y 0.25% respectivamente.

En 1996 se realizó un estudio en el distrito de Kogo, hallando una prevalencia de 0.5% en la población general.

Un total de 3 estudios se han considerado como relevantes para determinar la evolución de la prevalencia del VIH en Guinea Ecuatorial (Gráfico 3.1).

Entre 1989 y 1992, se confirmó la presencia del VIH en el 1.1% de un total de 1440 sueros procedentes de 5 distritos del país. No se encontró diferencias entre hombres y mujeres ni entre las diferentes categorías (TB y pacientes con IST).

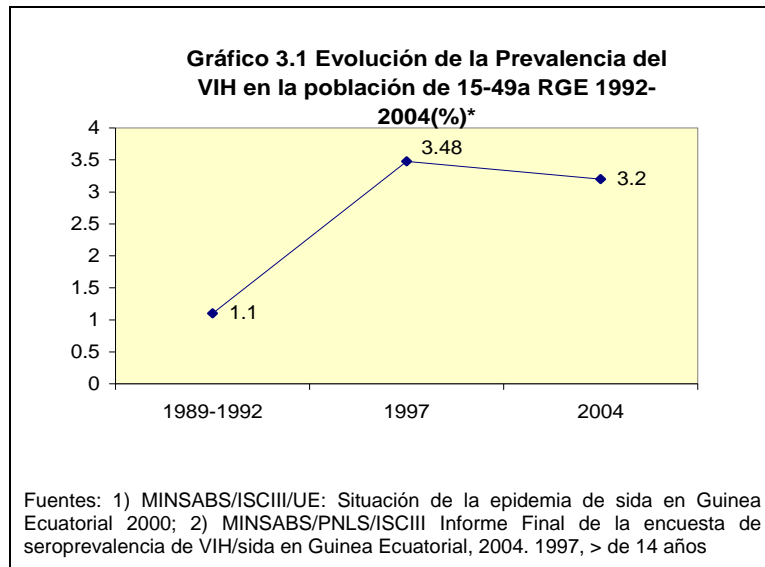
Un estudio fiable de prevalencia realizado en la primera fase del proyecto Salud Reproductiva e Infantil en 1997, encontró que

el 3.48% de la población sexualmente activa mayor de 14 años, estaba infectada. La tasa de seroreactividad en jóvenes estudiantes de bachillerato fue de 0.55%.

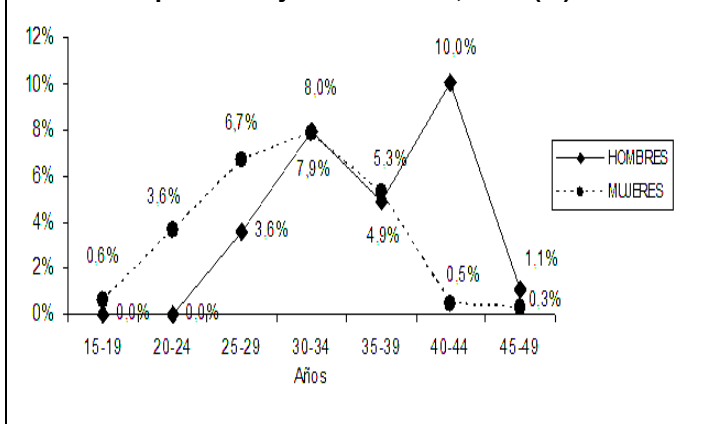
En la ciudad de Bata, la tasa de prevalencia en los pacientes ingresados en el hospital era de 2.65%. También se encontró una seropositividad de 4.8% en los pacientes que estaban ingresados en el hospital del distrito de Ebebiyin<sup>2</sup>.

El segundo y último estudio de prevalencia lo realizó el PNLS en 2004 con el apoyo del ISCIII. Se trató de un estudio transversal, descriptivo, en hogares, sobre una muestra representativa de la población entre 15 a 49 años. La muestra de 1449 personas fue obtenida por muestreo aleatorio por conglomerados, con estratificación de las unidades de primera etapa, entre población rural y urbana a partir del listado del II Censo de Población y II Censo de vivienda de 1994. La muestra para el análisis de laboratorio con confirmación estuvo constituida de 1449 muestras de sangre

Del análisis de los datos se infirió que la prevalencia de



**Gráfico 3.2 ISCIII /PNLS: Estudio de prevalencia del VIH por Edad y Sexo en RGE, 2004 (%)**



<sup>2</sup> MINSABS/UE/ISCIII: Situación de la epidemia de sida en Guinea Ecuatorial, Proyecto Salud Reproductiva Infantil II fase. junio 2000.

la infección por VIH era de 3.2% (IC 95% 2.0 -4.4%). De los resultados positivos, el 97,4% lo fueron a VIH-1 y el 2,6 % a VIH-2.

La seroprevalencia en mujeres fue de 3,4% (IC 95% 2,0 – 4,8%) y de 2,9% (IC 95% 1,1 – 4,8%) en los hombres, pero esta diferencia no fue significativa. La edad media de las mujeres seropositivas era de 29 ( $\pm$  6) años y para los hombres de 35,1 ( $\pm$  6) años. El grupo de edad más afectado estaba entre 30-34 años con una prevalencia de 7.9%, así como los hombres entre 40-44 años con un 10%. Estas diferencias fueron significativas.

En cuanto a los jóvenes entre 15-24 años, la tasa de seroreactividad general es de 1,08%, a expensas de las mujeres (1.9%) y de 0.3% en el grupo de 15-19 años y 2.3% en el grupo de 20-24 años (Gráfico 3.2)

La diferencia en la prevalencia entre el medio rural y urbano no era significativa 3.1% y 3.3% respectivamente. La diferencia tampoco fue significativa por regiones, encontrándose el 2,7% (IC 95% 1,4 – 4,0%) en la Región Continental y el 4,6% (IC 95% 2,5 – 6,6%) en la Región Insular

Los modelos de regresión logística univariados revelaron que las personas que tienen cortes tradicionales tienen hasta 8 veces más probabilidades de tener VIH que las personas que no han hecho uso de ésta disciplina y en el caso de haber padecido alguna ITS, tienen casi 3 veces más probabilidades de tener VIH que las personas que no han padecido ninguna ITS.

### Resultado de Primera prueba de VIH

Anualmente se obtiene información sobre los resultados de las pruebas rápidas positivas. Por este medio se han identificado alrededor de 15000 personas infectadas desde 1999.

De acuerdo al proyecto del Fondo Mundial, en 2008, la demanda de pruebas en embarazadas fue muy alta (7234)<sup>3</sup> seguida de voluntarios y sospechosos. La frecuencia de primeras pruebas positivas fue muy elevada con una tasa global de 16.14%. La frecuencia mas alta se observó en sospechosos (32.5%) y pacientes con tuberculosis (30%) seguidos de voluntarios (19.9%), embarazadas (10%), personas que han sufrido accidentes (7.14%) y donantes (6.14%). La frecuencia de seropositividad fue mayor en mujeres (16.75%) que en hombres (14.83%)

Categoría	MUJERES			HOMBRES			TOTAL		
	N° pruebas	Pruebas Positivas	%	N° pruebas	Pruebas Positivas	%	Total pruebas	Total Positivas	%
Donantes	3.834	214	5,58	2.386	168	7,04	6.220	382	6,14
Embarazadas	7.234	723	9,99	-	-	-	7.234	723	9,99
Tuberculosos	143	52	36,36	168	41	24,4	311	93	29,9
Sospechosos	2.768	1.040	37,57	1.966	500	25,43	4.734	<b>1.540</b>	32,53
Voluntarios	3.207	854	26,63	3.532	485	13,73	6.739	1.339	19,87
Accidentes	28	1	3,57	14	2	14,29	42	3	7,14
<b>TOTAL</b>	<b>17.214</b>	<b>2.884</b>	<b>16,75</b>	<b>8.066</b>	<b>1.196</b>	<b>14,83</b>	<b>25.280</b>	<b>4.080</b>	<b>16,14</b>

Fuente: Proyecto del Fondo Mundial: Informe anual 2008

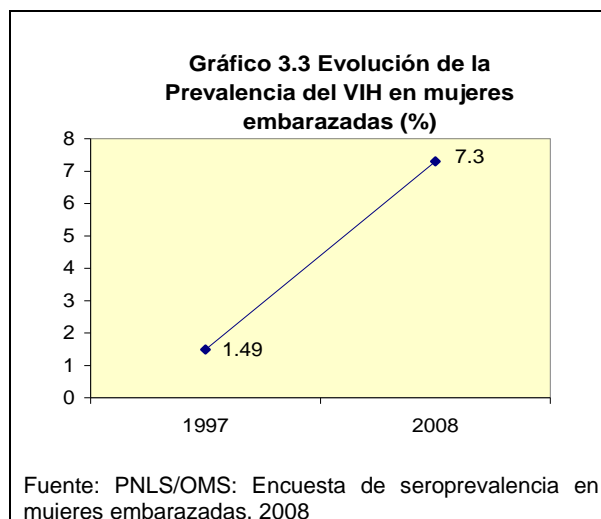
### Mujeres embarazadas

<sup>3</sup> No se ha podido determinar si se trata de número de embarazadas o de pruebas de VIH

De acuerdo a la información existente, la tasa de prevalencia del VIH en mujeres embarazadas se ha incrementado en 5 veces en los últimos 11 años, pasando de 1.49% en 1997 a 7.3% en 2008 (Gráfico 3.3). Este resultado se ha obtenido a pesar de todas las acciones realizadas por el PNSL y el Programa de Salud Reproductiva del MINSABS y ha ameritado un análisis muy profundo de todos los actores implicados en la prevención de la transmisión madre-hijo.

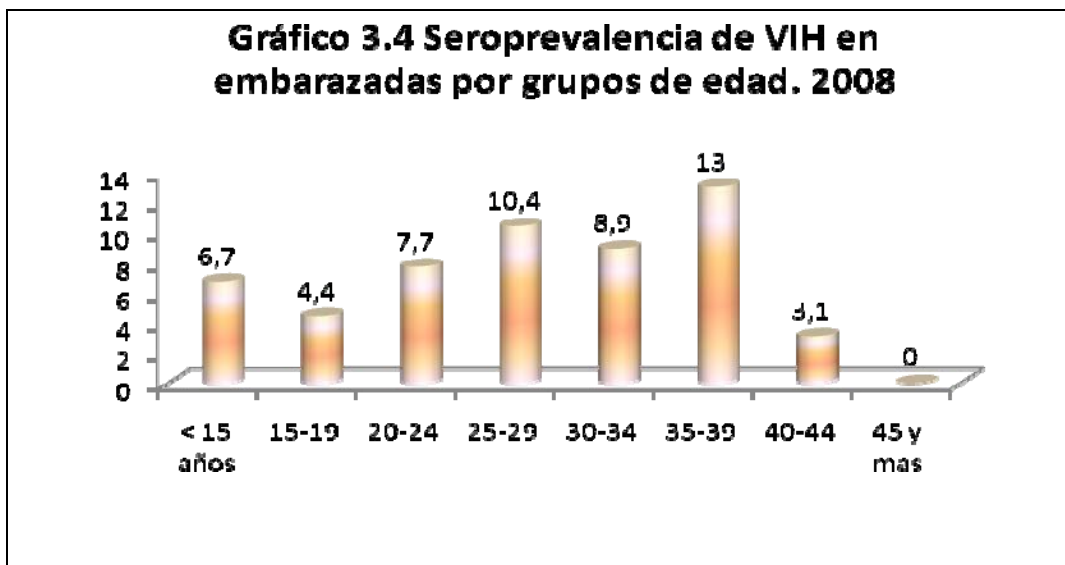
Para 1997, la encuesta de seroprevalencia se realizó en el marco del proyecto “Salud Reproductiva e Infantil, financiado por la Unión Europea y constituyó el primer estudio a nivel nacional con una metodología depurada y una muestra aleatoria y representativa de la población sexualmente activa.

La última encuesta de prevalencia del VIH en mujeres embarazadas, a cargo del PNSL con el apoyo de la OMS, el proyecto del Fondo Mundial, ISCIII y el laboratorio Castro Verde, se realizó entre los meses de octubre a diciembre de 2008 en 5 centros de vigilancia centinela. Participaron 2 centros de la región insular (Malabo y Luba) y 3 de la región Continental (Bata, Ebebiying y Evinayong). La muestra estuvo constituida de 1496 mujeres embarazadas (601 en la región Insular y 895 en la región Continental). Se excluyeron las embarazadas que habían participado en estudios anteriores.



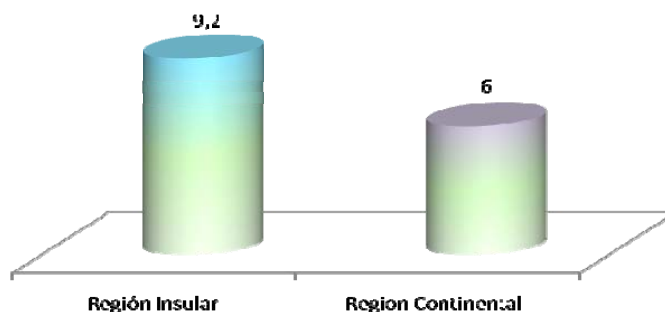
Los resultados de la encuesta muestran que la seroprevalencia del VIH en la población general de embarazadas era de **7.3%** (IC 6.0 – 8.8).

En general, se observó un porcentaje muy elevado de madres adolescentes (36% de las embarazadas encuestadas tenía entre 10 y 19 años) y con una tasa de sero reactividad del 4.43% (IC 2.9-6.6). Se observó en <15 años una seroprevalencia para VIH de 6.7% (IC 0.2-31.9). Por otro lado, igualmente fue considerado el grupo de edad de 15-24 años, con una seroprevalencia frente al VIH situada en un **5.9%** (IC 4.4-7.4). El grupo mas afectado fue el de 35-39 años con el 13% de sero reactividad y el grupo de 25-29 años con el 10.4% (Gráfico 3.4).



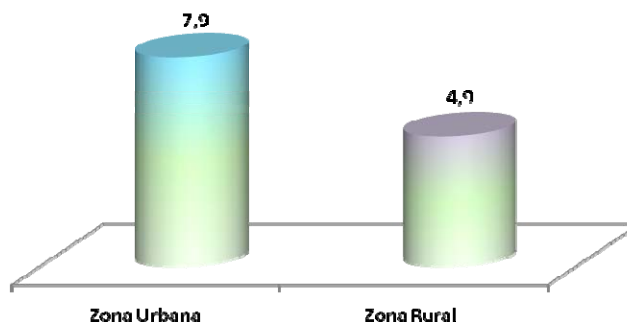
La encuesta del 2008, reveló también diferencias en función de las zonas geográficas estudiadas. Así, la tasa de seroprevalencia en mujeres embarazadas fue superior en la región Insular 9.2% (CI 7.0-11.8) comparativamente con la región Continental 6% (CI 4.5-7.7) (Gráfico 3.5).

**Gráfico 3.5 Seroprevalencia de VIH en embarazadas por Regiones. 2008**



Así mismo, fue superior en la zona urbana 7.9% (CI 6.4-9.6) comparativamente con la zona rural 4.9% (CI 2.8-8.0). (Gráfico 3.6)

**Gráfico 3.6 Seroprevalencia de VIH en embarazadas por Zona. 2008**



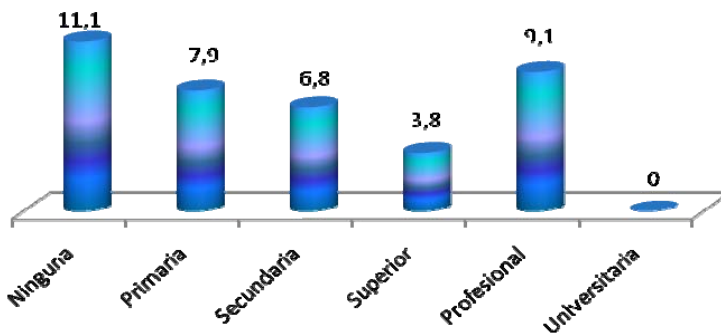


En cuanto al nivel de formación, se observaron diferencias en la seroprevalencia del VIH, siendo ésta más elevada en mujeres embarazadas sin formación, con un 11.1% (IC 3.1-26.1),

y con nivel

un de

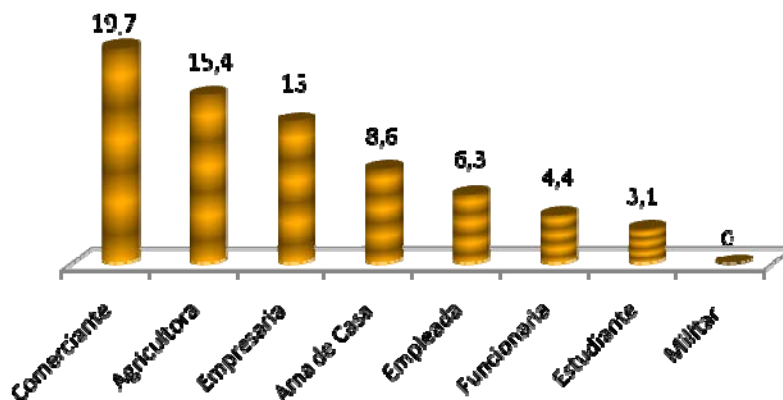
**Gráfico 3.7 Seroprevalencia de VIH en embarazadas según nivel de formación.**



formación primaria, un 7.9% (IC 5.8-10.5), frente al un 6.8% (IC 5.2-8.8) en caso de formación secundaria y un 3.8% (IC 0.5-13.5) encontrado para un nivel de formación superior (gráfico 3.7)

Los resultados obtenidos en mujeres embarazadas según su profesión, muestran una mayor seroprevalencia del VIH en comerciantes, con un **19.7%** (IC 9.7-29.6), en las agricultoras (15.4%), en las empresarias con un 13% (IC 3.9-22.8) y en las amas de casa con un 8.6% (IC 6.5-10.7) frente a la menor seroprevalencia observada en el estudio, localizada en jóvenes estudiantes con un 3.1% (IC 1.5-4.6). (Gráfico 3.8)

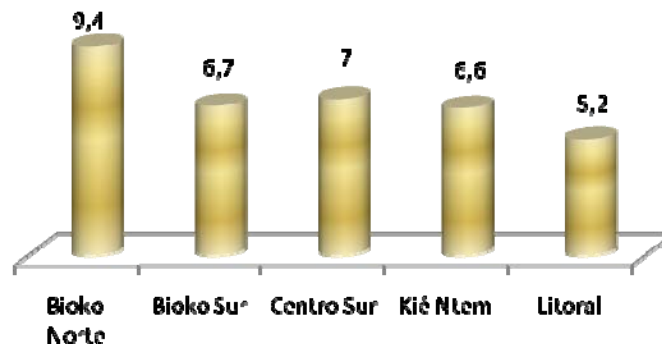
**Gráfico 3.8 Seroprevalencia de VIH en embarazadas según la profesión**



Según la distribución en las 5 provincias la seroprevalencia del VIH de las embarazadas en Bioko Norte es de 9.4% (IC 7.2-12.3); en cambio, la seroprevalencia para VIH en la provincia de Bioko Sur fue del 6.7% (IC 1.8-16.2); ambas provincias corresponden a la Región Insular, que en conjunto arrojaron una seroprevalencia para VIH de 9.2% (IC 7.0-11.8).

Por otro lado, los datos disponibles muestran una seroprevalencia para VIH en la provincia de Centro Sur de 7.0% (IC 2.9-11.6); Kie Ntem presenta un 6.6% (IC 4.3-9.8) de seroprevalencia al VIH; la seroprevalencia para VIH obtenida en la provincia de Litoral fue de 5.2% (IC 3.3-8.0). Por lo tanto, la seroprevalencia para VIH de la Región Continental fue de 6.0% (IC 4.5-7.7) Gráfico 3.9.

**Gráfico 3.9 Seroprevalencia de VIH en embarazadas en las 5 provincias**



### **Prevalencia del VIH en Poblaciones más expuestas**

En relación a las poblaciones más expuestas, el último estudio de CAP en población de 15-49 años mostró que el 2% de la población sexualmente activa se declaraba homosexual. Sin embargo no se dispone aun de datos de seroprevalencia en esta población.

Tampoco se han realizado estudios en profesionales del sexo. El estudio de seroprevalencia en mujeres embarazadas del 2008. Como se puede observar mas arriba, el estudio de seroprevalencia en mujeres embarazadas muestra como poblaciones más expuestas a las mujeres embarazadas comerciantes, con una prevalencia del VIH de 19.7%, agricultoras con un 15.4% y empresarias con un 13%.

### **Conclusión**

El análisis de la situación de la epidemia en Guinea Ecuatorial muestra un aumento progresivo del numero de nuevos casos en los grupos más vulnerables como son los jóvenes y las mujeres embarazadas (7.3% de prevalencia y alrededor de 700 casos en

2008). Además, cada año se estarían identificando entre 3000 -3500 casos nuevos en otra categoría de pacientes, de los cuales, la mayoría son las personas sospechosas de portar el virus (1500 en 2008). Estas personas ameritan un diagnóstico y seguimiento que el programa, en las condiciones actuales, no está en condiciones de realizar.

Existen grupos más expuestos al VIH que hasta el momento no han recibido atención como son las trabajadoras sexuales. Y lo que es más importante, los miembros de las Fuerzas de Seguridad del Estado están considerados como un grupo poblacional de riesgo.

En resumen, la situación epidemiológica del VIH/sida en la República de Guinea Ecuatorial es muy preocupante, haciéndose necesaria una revisión exhaustiva de todos los aspectos estratégicos e institucionales para identificar aquellos que estarían a la base de la situación actual del VIH/sida en Guinea Ecuatorial.

Si bien el Gobierno ha concretizado el apoyo político y financiero a la lucha contra el VIH/sida desde el inicio de la epidemia; a la luz de los hallazgos, la asignación de recursos al programa se mostraría insuficiente. En esta situación, además, es de lamentar que el país no se cuente entre los países que pueden acceder a un financiamiento del Fondo Mundial –componente VIH por el Round 10.

En 2010 se espera la ejecución de la encuesta demográfica y salud y la aprobación del marco estratégico de lucha contra las ITS/VIH/sida 2009-2013 que permitirán por un lado conocer mejor el comportamiento de la epidemia y por otro lado identificar y poner en marcha estrategias más eficaces que ayuden a detener la epidemia. Esto será posible únicamente con la asignación de recursos suficientes desde el nivel central que permitan mejorar los servicios en calidad y cantidad. El PNLS por otro lado, va a aunar esfuerzos y recursos de todos los sectores para hacer frente a esta epidemia y mejorar sus indicadores.

## **4. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DEL SIDA**

### **4.1 COMPROMISO Y ACCIÓN NACIONALES**

#### **4.1.1 Gasto relativo al sida por categoría y fuente de financiación**

Con respecto a los datos obtenidos hasta la fecha sobre gastos, podemos informar que el sistema de las naciones Unidas fundamentalmente PNUD/FM; OMS; UNICEF; los organismos de cooperación bilateral como el CRCE-ISCI, realizan gastos en beneficio del país, en este sentido, sobre todo en actividades de prevención, estrategias, políticas, asistencia técnica, tratamiento ARV. Según la Ley de Presupuesto General del Estado, el Gobierno ha realizado un gasto corriente y de inversiones a favor de las entidades gubernamentales para la implementación y realización de los planes y actividades.

Todos los ministerios excepto el de Sanidad no disponen de un presupuesto propio asignado para la realización de las actividades relacionadas con el VIH. La financiación de sus actividades son cubiertas principalmente por los socios y otros sectores.

Los datos obtenidos en este punto serán enviados posteriormente.

#### 4.1.2 Políticas gubernamentales sobre el VIH/sida: Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN)

Con el fin de dar cumplimiento a las recomendaciones de la OMS, sobre la necesidad de que todos los Países del Mundo adopten una estrategia de lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, se ha hecho preciso crear un órgano de la administración que se encargue de adoptar las medidas pertinentes con el fin de proteger de esta epidemia a la población ecuatoguineana. Para la consecución de los objetivos fundamentales y específicos del marco estratégico 2009-2013 y del plan de urgencias de lucha contra el VIH/sida 2009-2010 se sugiere la reestructuración/reactivación de los siguientes órganos en el programa nacional de lucha contra el VIH/sida:

- Consejo nacional de lucha contra el VIH/sida
- Secretaria ejecutiva de lucha contra el VIH/sida
- Comisión técnica de coordinación multisectorial de lucha contra el VIH/sida.

Se ha realizado un análisis del ICPN sin poder hacer referencia a los resultados del índice en años anteriores puesto que es la primera vez que Guinea Ecuatorial elabora el informe UNGASS. Sin embargo, se ha podido analizar los avances logrados en los últimos años relativos al desarrollo y aplicación de políticas, estrategias y leyes sobre el VIH/SIDA a nivel nacional, a través de la revisión de la documentación siguiente:

- Legislación:
  - Ley N<sup>o</sup> 3/2005 sobre la prevención y la lucha contra las ITS/VIH/sida y la defensa de los derechos humanos de las personas viviendo con VIH.
  - Decretos que permiten la puesta en marcha de la estructura y que aprueban los marcos estratégicos y planes de intervención
- Documentos:
  - Marco Estratégico de lucha contra el VIH/sida 2002-2006
  - Planes multisectoriales 2004-2008
  - Marco Estratégico en la lucha contra el VIH 2009-2013 (en espera de aprobación)
  - Plan de Urgencia de lucha contra el Sida 2009-2010
  - Protocolos de ARV adultos y adolescentes.
  - Protocolos de Diagnóstico y seguimiento de VIH de laboratorio.
  - Protocolo de Prevención de la Transmisión vertical de VIH de la madre al hijo (PTMH).
  - Protocolo Post-exposición.
  - Plan nacional de seguimiento y evaluación.
  - Protocolo Nacional de Vigilancia Epidemiológica de VIH de II generación.
  - Protocolo Nacional de FRVIH.
  - Estudios de Conocimientos, Actitudes y comportamientos
  - Estudio de la seroprevalencia de VIH en la población entre 15-49 años.
  - Encuesta de seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas en centros centinelas (2008)
  - Informes de rutina del programa.
  - Informe sobre el acceso Universal.
  - Informe de la evaluación de la transmisión del VIH de la madre al hijo y su puesta en marcha.
  - Informes Estadísticos Anuales ( MINISABS)

### Descripción del proceso de recopilación y validación de los datos

Para el proceso de recopilación de la información se ha designado un responsable coordinador para la parte A, funcionario en activo del MINSABS, y un responsable coordinador para la parte B, directivo de la Federación de ONG's que trabajan en la Lucha contra el VIH/sida.

Como entrevistadores de la parte A, se designaron a cuatro personas mientras que para la B fueron dos, incluidos en ambos casos el responsable-coordinador de cada sección del índice: funcionarios gubernamentales para la sección A y miembros de la Sociedad Civil y del Sistema de Naciones Unidas para la sección B. Estos coordinadores tienen conocimientos en el campo de la vigilancia y evaluación, conocen a los actores principales de la respuesta nacional al VIH, y dominan la política nacional y el entorno jurídico.

Previo al inicio del proceso de entrevistas, se realizó un taller explicando a los entrevistadores la naturaleza del índice y la metodología necesaria para su composición, poniendo énfasis en *que la importancia del ICPN reside en el proceso de recopilación y conciliación de datos entre las diferentes partes interesadas, el análisis detallado de las respuestas y su utilización en el fortalecimiento de la respuesta nacional al VIH.*

Se realizó un pre-test previo del cuestionario, para medir el nivel de entendimiento de las preguntas del cuestionario, obteniéndose buena comprensión de más del 90% de las preguntas. No obstante las preguntas difíciles de entender fueron enfocadas de forma tal que los encuestados pudieran responder. La calidad de datos fue buena. Se tuvo una lista de todos los encuestados.

Junto con el equipo responsable de pilotar el proceso de notificación de los indicadores UNGASS 2008-09, en el mencionado taller se determinó también de forma participativa a los individuos que, dentro de cada uno de los dos ámbitos (gubernamental y sociedad civil) podían ofrecer una opinión cualificada y representativa.

Para la parte A se determinó que se realizarían 18 entrevistas (se pudieron cumplimentar las 18 entrevistas) y para la parte B se pretendía realizar 13 entrevistas (sólo se realizaron 9).

A continuación se señalan las personas que respondieron a las entrevistas y sus cargos o posiciones en el ámbito de la Lucha contra el VIH/sida:

Entrevistados para la parte A

<b>Cargo</b>	<b>A1</b>	<b>A2</b>	<b>A3</b>	<b>A4</b>	<b>A5</b>
Secretario Ejecutivo del CNLS	x	x			
DG de Coordinación Multisectorial de LCS	x	x			
Director Nacional del PNLS	x				
Coordinador Regional Continental PNLS	x				
Ministro de Estado de Sanidad	x	x			
Psicóloga de la UREI de Malabo			x	x	
DG de Prevención del MINSAB			x		
Punto Focal VIH en M. Información			x		
Punto Focal VIH en M. Educación			x		

Farmacéutico de la UREI de Malabo				<b>x</b>	
Jefe de Servicio de la UREI				<b>x</b>	
DN del Sistema de Información Sanitaria					<b>x</b>
Coordinador de Epidemiología					<b>x</b>
Director de un Hospital Distrital (Baney)					<b>x</b>

Entrevistados para la parte B

<b>Cargo</b>	<b>B1</b>	<b>B2</b>	<b>B3</b>	<b>B4</b>
Director de Programa de PNUD	<b>x</b>			
Presidente ONG AMUSIDA	<b>x</b>	<b>x</b>		
Pastor de la Iglesia Metodista		<b>x</b>		
Secretario General de Cruz Roja			<b>x</b>	
Presidente de la ONG AGLOW			<b>x</b>	
Asistente Técnico ISCII-CRCE				<b>x</b>
PVVIH				<b>x</b>
Directora Clínica Privada Guadalupe				<b>x</b>

La validación de los datos se ha realizado en el taller de validación del informe UNGASS llevado a cabo el 26 de marzo de, 2010.

En cuanto a los resultados de las encuestas, las discrepancias principales encontradas se refieren al ámbito de la prevención. Por un lado los funcionarios gubernamentales entienden que el marco estratégico define las estrategias de prevención, mencionando las actividades en IEC realizadas a través del Ministerio de Información, mientras que los representantes de la SC señalan la ausencia de políticas y estrategias claras.

Existe coincidencia entre la parte gubernamental y la SC en el diagnóstico de los logros alcanzados y los retos que requieren atención prioritaria en materia de tratamiento, atención y apoyo.

⇒ **Parte A**

### **Plan Estratégico**

El país cuenta con una estrategia nacional desde el año 2001, si bien solo el sector salud tiene un presupuesto específico asignado; los sectores educación, trabajo, transporte, ejército/policía, mujeres y jóvenes no cuentan con un presupuesto específico asignado a la lucha contra el VIH/sida.

Se señala como esfuerzo más importante dentro del ámbito de la Planificación Estratégica de la Lucha contra el VIH/sida, la elaboración de un marco estratégico 2009-2013, aunque está pendiente la cuantificación presupuestaria y aprobación del mismo. El PNLN está integrado al plan de desarrollo nacional de desarrollo Horizonte 20-20 y a los ODM

Así mismo, la aprobación de la Ley No. 3/2005 ha representado un hito importante en la protección contra la discriminación de las PVVIH.

La estrategia del VIH está orientada a la población de mujeres, niñas y jóvenes de ambos sexos. El país cuenta además con una estrategia para abordar los problemas

del VIH entre sus cuerpos uniformados. Por otro lado, no existe en la estrategia multisectorial acciones dirigidas a hombres que mantienen sexo con otros hombres y la población privada de libertad, Se señala también como áreas específicas relacionadas con el VIH, y que no están incluidas en los planes de desarrollo, el fortalecimiento económico de las mujeres.

La Ley de Medicina Tradicional (Decreto Ley 2006) se considera un obstáculo para la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en las poblaciones vulnerables.

Existe una red de OSC de Lucha contra el VIH/sida aunque éstas son pequeñas y cuentan con escasos recursos de financiación.

Otros esfuerzos importantes de la respuesta nacional se han dirigido al incremento de los RRHH, la rehabilitación de infraestructuras y la distribución gratuita de los ARV. Los principales problemas pendientes de resolución son la extensión del tratamiento ARV a las provincias y distritos, la falta de un marketing social de preservativos y las necesidades presupuestarias que dejará la finalización de la subvención del GFATM.

Se ha observado respuestas incoherentes de los entrevistados, en lo relacionado al presupuesto asignado para el plan de vigilancia y evaluación.

### **Apoyo Político**

Existe un compromiso político público de las más altas esferas representativas del Estado en la Lucha contra el VIH/sida y el país dispone de un órgano de coordinación multisectorial (Consejo Nacional de Sida), aunque algunos señalan el mal funcionamiento de la Secretaría Ejecutiva).

Se indica como necesaria la reactivación y actualización de las estructuras políticas del Programa Nacional.

### **Prevención**

Lo principales logros alcanzados en este campo han sido, además de la elaboración del Marco Estratégico y Plan Nacional del Lucha contra el VIH/sida ya mencionados, la elaboración por parte del Ministerio de Información del Programa IEC para la prevención y sensibilización. Así mismo, las campañas de sensibilización a la clase política del país (miembros del gobierno, parlamentarios, etc.) y a la población en general.

El país cuenta con una estrategia para fomentar las actividades de IEC sobre el VIH/sida en la población general centrada mayoritariamente en la fidelidad, el uso sistemático del preservativo y el conocimiento del estado serológico (en menor medida, la abstinencia sexual, combatir la violencia contra las mujeres y la PTMH).

La única subpoblación vulnerable para la cual se ha diseñado una política o estrategia específica para promover la IEC, son las trabajadoras sexuales.

Aspectos importantes que quedan sin resolver son la priorización de las políticas de prevención, la seguridad transfusional (no existe ningún banco de sangre en el país) y la introducción de módulos de formación en el curriculum escolar.



Las políticas de IEC deben adaptarse a una población que escasamente tiene acceso a la radio y la TV, debiendo utilizarse medios de visuales en las vías y espacios públicos.

### **Tratamiento, atención y apoyo**

El país tiene establecida una política para extender el tratamiento, atención y apoyo integrales relacionados con el VIH con la extensión desde las Unidades de Referencia de Enfermedades Infecciosas (UREI) que existente desde el año 2003 en las cabeceras regionales a los niveles provinciales y los distritales. Actualmente ya existen dos centros de atención ambulatorios (CAT) que prestan esta atención integral.

Los principales logros alcanzados en el período han sido el mejoramiento en la adherencia y el incremento en las personas voluntarias que se realizan el test del VIH.

Como problemas no resueltos destacan las rupturas puntuales en la disponibilidad de medicamentos ARV, la ausencia de programas de apoyo psicosocial a las PVVIH y sus familias y de atención domiciliaria, la lucha contra las ITS y la gratuidad en la realización de otro tipo de test diferentes al VIH y CD4 (test Hepatitis B y C, VDRL, enzimas hepáticos, etc.).

No existe tampoco una política para hacer frente a las necesidades adicionales de los niños que viven con el VIH. Recientemente se está introduciendo la adquisición de ARV pediátricos, cotrimoxazol en jarabe y de otros medicamentos contra las IO en dosis infantiles.

En cuanto a los huérfanos y otros niños vulnerables, deben incrementarse los esfuerzos en la atención integral, el seguimiento y el apoyo

### **Vigilancia y Evaluación**

El país tiene establecido un plan nacional de vigilancia y evaluación aunque no se han instrumentalizado todavía los mecanismos para esta función una vez concluya la subvención del GFATM, ni un presupuesto específico. No se está realizando un seguimiento de los gastos en vigilancia y evaluación.

Existe un grupo de trabajo de vigilancia y evaluación pero que no se reúne periódicamente. Actualmente se está gestionando desde el PNLs con la financiación del GFATM la creación de una base de datos nacional informatizada.

Como retos fundamentales pendientes en este ámbito se encuentran el lograr la coordinación entre las diferentes unidades ministeriales involucradas en la vigilancia y evaluación del VIH/sida (PNLS, Servicio Nacional de Epidemiología, SIS y el Proyecto del GFATM)

⇒ **Parte B**

### **Derechos Humanos**

El país dispone de leyes y reglamentos que protegen de la discriminación a las PVVIH sin embargo, no hay normativa específica que permita su aplicación.

La Ley N°3/2005 indica que “toda persona con diagnóstico de infección por el VIH tendrá que recibir atención integral de inmediato y en igualdad de condiciones con otras personas para lo cual deberá respetarse la voluntad, la dignidad, individualidad y confidencialidad. Ningún trabajador de la salud podrá negarse a prestar atención que requiera una PVVIH”.

Todos los servicios de prevención, tratamiento con ARV e intervenciones de atención y apoyo relacionado con el VIH son gratuitos, asegurándose la igualdad de acceso de las mujeres y poblaciones más vulnerables.

No existe ninguna política establecida que prohíba las pruebas sistemáticas del VIH a efectos generales de trabajo y empleo y no existe ningún mecanismo que permita registrar, documentar y tratar casos de discriminación sufridos por PVVIH, las poblaciones más expuestas y/u otras poblaciones vulnerables. Tampoco se han realizado campañas de sensibilización y capacitación en el sector de la judicatura sobre cuestiones relativas al VIH y los derechos humanos que puedan surgir en el contexto laboral.

Los avances más importantes en las políticas establecidas para promover y proteger los Derechos Humanos den relación con el VIH han sido la promulgación del Decreto de ley que incorpora la gratuidad en el tratamiento y los servicios de prevención, atención y apoyo a las PVVIH. Queda pendiente la creación de una estructura institucional con competencias de supervisión del cumplimiento de estas políticas y la realización de campañas de IEC y actividades de CCC en este ámbito.

### **Participación de la Sociedad Civil**

Ha existido un incremento de OSC que trabajan en la lucha y prevención del VIH/SIDA con la creación en el año 2009 de una Federación de las principales ONG's que desarrollan actividades en este ámbito.

Las OSC están presente activamente en la elaboración de las estrategias de lucha contra el VIH/sida y la planificación y ejecución de las actividades relacionadas, incluida la vigilancia y evaluación. Las principales actividades de las ONG's se han centrado en actividades de prevención en la población joven, la consejería y la reducción del estigma y la discriminación.

No obstante, su participación en la elaboración del presupuesto nacional para el sida y los informes nacionales es todavía muy escasa.

Para fortalecer el compromiso político de los líderes principales se han llevado a término foros y eventos sobre el VIH/sida destinados a los departamentos ministeriales que ha logrado un mayor compromiso público de los cargos electos y responsables gubernamentales.

Los obstáculos principales para aumentar la participación de la SC en la Lucha contra el VIH/sida se centran en las dificultades para la obtención de financiación y los trámites administrativos necesarios para la legalización de OSC.

### **Prevención**

Se han identificado en el país necesidades específicas en el ámbito de la prevención, centrándose las acciones emprendidas fundamentales en el asesoramiento y pruebas del VIH, los servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de

las ITS y la educación escolar sobre el sida para jóvenes. En este sentido hubo también respuestas incoherentes, pues aunque se han elaborado los módulos de formación para introducir en el curriculum escolar, aún no está disponible como asignatura en las escuelas.

Las áreas que requiere todavía atención en materia de prevención son: la seguridad hematológica, precauciones universales en entornos de atención sanitaria, PTMH, IEC sobre reducción del estigma y la discriminación, promoción del preservativo, programas para jóvenes no escolarizados y la prevención del VIH en el lugar de trabajo.

Los principales logros se refieren a la aceptación y uso del condón, la colaboración entre las OSC y el PNLs, la información sobre el VIH de la población general y la atención gratuita en los servicios de prevención, tratamiento y apoyo de las PVVIH.

Como problemas todavía no resueltos cabe señalar la falta de una estrategia clara en el ámbito de la prevención, la dificultad de las OSC para acceder a los medios de comunicación, el escaso apoyo económico con que cuentan las OSC y la formación de los cuadros técnicos de éstas.

### **Tratamiento, atención y apoyo**

El país a través del PNLs, tiene identificadas las necesidades específicas relacionadas con los servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH y existen estrategias implementadas en el tratamiento con ARV, tratamiento pediátrico del SIDA, tratamiento de las ITS, cuidados paliativos y tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH, asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes tuberculosos, el análisis sistemático de la tuberculosos de las personas infectadas por el VIH, la terapia preventiva de la tuberculosis para las PVVIH y la profilaxis con cotrimoxazol en los infectados por el VIH.

Las áreas olvidadas en estas estrategias son la atención nutricional, el apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias, la atención domiciliaria, el control de la infección de tuberculosos y tratamiento del VIH en establecimientos de atención (se hace en las UREI) y los servicios de tratamiento atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos).

En general, los principales avances desde el año 2007 en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH se han logrado en el tratamiento ARV y en la realización de consejería y prueba.

Como retos principales, se encuentran la extensión de la atención a los establecimientos de atención más cercanos a la población (hospitales provinciales, distritales y centros de salud), la formación de técnicos y la asignación de mayores partidas presupuestarias públicas.

No se ha observado ningún logro en los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables, debiéndose priorizar en el futuro la realización de una encuesta para cuantificar el problema y el apoyo a las OSC que se ocupan de este grupo poblacional.

## 4.2 EJECUCION DEL PROGRAMA NACIONAL

### 4.2.1 PREVENCIÓN

#### ❖ Seguridad Hematológica

N°	INDICADORES	Fuente	2008		2009		OBSERVACION
			N	%	N	%	
3	Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	MINSABS/PNL S/Proyecto del FM- Informes de actividades 2007, 2008, 2009. Informe del laboratorio de INSESO, 2009	0/4208	0.00	0/4515	0.00	El 100% de unidades donadas son analizadas para VIH respetando los procedimientos pero no hay un de plan de garantía de calidad externo. (En 2009, incluye 1291 donantes de INSESO)

El estudio de seroprevalencia del VIH en 2004 reveló que el 12.3% de los encuestados entre 15-49 años (7.7% de hombres y 15.6% de mujeres) declaró que se había realizado alguna vez una transfusión sanguínea, mostrando que es un servicio con una demanda muy alta en la RGE. En 2004 se estimaba a una demanda anual de 6000 unidades de sangre. De acuerdo a una encuesta de la OMS realizada entre 2006 y 2008 en 8 servicios hospitalarios (Bata, Malabo, Evinayong, Mongomo, Ebebiyin, Loeri Comba y Luba), el 70% de las unidades de sangre fueron transfundidas a personas menores de 25 años. En 2009, la sangre es tamizada 100% para VIH pero no hay un plan de garantía de calidad externo.

En Guinea Ecuatorial se inició el tamizaje de las unidades de sangre en 1992 para la seguridad mínima microbiológica a través de la realización de test de VIH, sífilis y hepatitis B a los donantes.

En 1994, se activaron dos bancos de sangre (Bata y Malabo), financiados y equipados por la Unión Europea. Se elaboró y se puso en marcha un protocolo nacional de transfusiones sanguíneas, se capacitaron técnicos de laboratorio y se formó al personal de los 18 centros hospitalarios del país. Se inició además la captación de donantes voluntarios. El banco de sangre funcionó como tal únicamente por dos años hasta el término del proyecto.

Durante muchos años, las unidades en donde se realizan las transfusiones no han sido dotadas sistemáticamente de reactivos para realizar el tamizaje del VIH. Es así como una política nacional de transfusión sanguínea fue elaborada en 2004 y posteriormente aprobada en 2005. A partir de ese año, el 100% de las unidades de sangre donadas son tamizadas para VIH, virus de la hepatitis B (HBV), hepatitis C (HCV) y Sífilis. En centros del INSESO la sangre es tamizada también para gota gruesa y filarias. Una vez obtenidos los resultados de las pruebas y si éstas son negativas, se procede a la extracción de sangre del donante la cual es transfundida al paciente.

A lo largo de un período de casi 3 años, 2004-2006, el control de calidad externo se realizaba en el Centro de Transfusión Sanguínea de Costa de Marfil. Consistía en el envío de muestras de donantes de diferentes grupos sanguíneos. Lamentablemente, este servicio también dejó de funcionar. Es por ello que desde 2007, el país no dispone de ningún plan de control de calidad externo.

En 2009, el país cuenta con 22 estructuras que realizan transfusiones sanguíneas, de las cuales 18 son públicas, 1 policlínico del Instituto de Seguridad social y 3 clínicas Privadas (Clínica La Paz en Bata, Clínica Guadalupe en Malabo y Clínica Guadalupe en Mongomo) (Cuadro 4.1). Las estructuras de salud públicas en donde se realizan la mayoría de las transfusiones son las de Bata, Malabo, Ebebiyin, Mongomo. Tabla 4.1 Actualmente, existen procedimientos operativos normatizados que son respetados en el 100% de los laboratorios públicos y privados.

<b>Cuadro 4.1 Centros de transfusiones –Guinea Ecuatorial 2009</b>	
Centros públicos	18
Hospitales INSESO	1
Centros privados	3
<b>Total</b>	<b>22</b>

Tabla 4.1 Unidades de sangre analizada en los distintos hospitales regionales y distritales de Guinea Ecuatorial 2007-2009

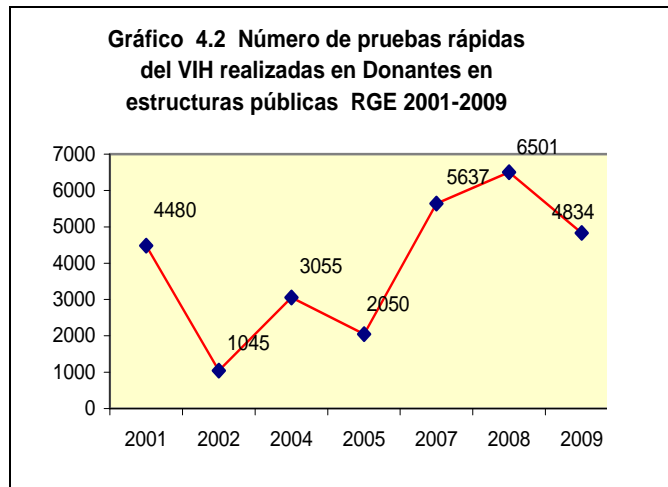
Nombre del Centro hematológico o del Laboratorio de cribado sistemático de sangre	2007		2008		2009	
	Donantes analizados	Sangre donada	Donantes analizados	Sangre donada	Donantes analizados	Sangre donada
<b>Región Insular</b>						
<b>Provincia de Bioko Norte</b>						
Centro Regional de Transfusiones	757	715	612	532	695	671
<b>Provincia de Bioko Sur</b>						
Hospital Provincial de Luba	399	105	194	72	118	65
<b>Región Continental</b>						
<b>Provincia del Litoral</b>						
Centro Regional de transfusiones	1887	1865	2514	1530	2345	1248
Hospital distrital de Mbini	110	62	167	63	68	49
Hospital distrital de Cogo	89	56	99	72	74	56
<b>Provincia de Centro Sur</b>						
Hospital Provincial de Evinayong	304	287	546	357	329	264
Hospital distrital de Niefang	286	237	334	255	164	140
Hospital distrital de Acurenam	169	131	90	78	154	77
<b>Provincia de Wele Nzas</b>						
Hospital Provincial de Mongomo	509	360	623	332	281	167
Hospital distrital de Aconibe	64	58	69	46	59	31
Hospital distrital de Nsork	32	21	55	32	26	11
Hospital distrital de Añisok	124	95	105	91	91	85
<b>Provincia de Kie Ntem</b>						
Hospital Provincial de Ebebiyin	741	489	812	499	320	267
Hospital distrital de Micomiseng	119	107	215	193	70	64
Hospital distrital de Nsok Nsomo	47	32	66	56	40	29
<b>TOTAL</b>	<b>5637</b>	<b>4620</b>	<b>6501</b>	<b>4208</b>	<b>4834</b>	<b>3224</b>
<b>Procedimientos operativos normatizados</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>	
<b>Total sangre analizada con criterios de calidad asegurada</b>	<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	

Fuente: Informes mensuales de los centros hospitalarios/Proyecto FM

INSESO en Malabo tiene una gran demanda de transfusiones, sin embargo, no existe un canal de información que permita al MINSABS obtener los datos para ser transportados a un registro a nivel nacional. De acuerdo a los registros del servicio de laboratorio del Policlínico “Dr. Loeri Comba” - INSESO en Malabo, en el transcurso del año 2009, se atendió a un total de 1291 donantes.

En general, solamente en la clínica la Paz los donantes son sometidos a una encuesta de autoexclusión. En INSESO-Malabo, generalmente se realiza una entrevista/cuestionario verbal de antecedentes de salud previa para determinar su estado general de salud.

En cuanto a la evolución de las pruebas rápidas realizadas en donantes en los últimos años, el número de pruebas ha sido variable, lo cual podría deberse entre otros factores al subregistro (2002) o a la falta de reactivos (2005). Gráfico 4.2



En el período 2001-2008, en las estructuras públicas, las tasas de seropositividad han oscilado entre 3.6% y 6.14% y se han identificado más de 1500 donantes seropositivos. En 2009, en el servicio de laboratorio del Policlínico “Dr. Loeri Comba” se pudo diagnosticar 26 casos (2%) con VIH positivo entre los 1291 donantes.

En vista de la inseguridad transfusional existente aún en el país, el MINSABS /PNLS con el apoyo de la OMS, ha elaborado una propuesta de Plan Estratégico Nacional de Medicina Transfusional y una propuesta de Proyecto de Ley de Sangre y Medicina Transfusional. También realiza la actualización del Protocolo Nacional de Transfusiones Sanguíneas y la actualización de la Política Nacional de Transfusión Sanguínea. Todos estos documentos esperan a ser validados técnicamente y aprobados en 2010.

Dentro del mismo marco, existe además un proyecto que prevé la construcción del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea en Bata con una antena en Malabo, financiados por el proyecto Banco Africano de Desarrollo (BAD) Salud II. Este proyecto incluye la formación de técnicos superiores de laboratorio y directores médicos.

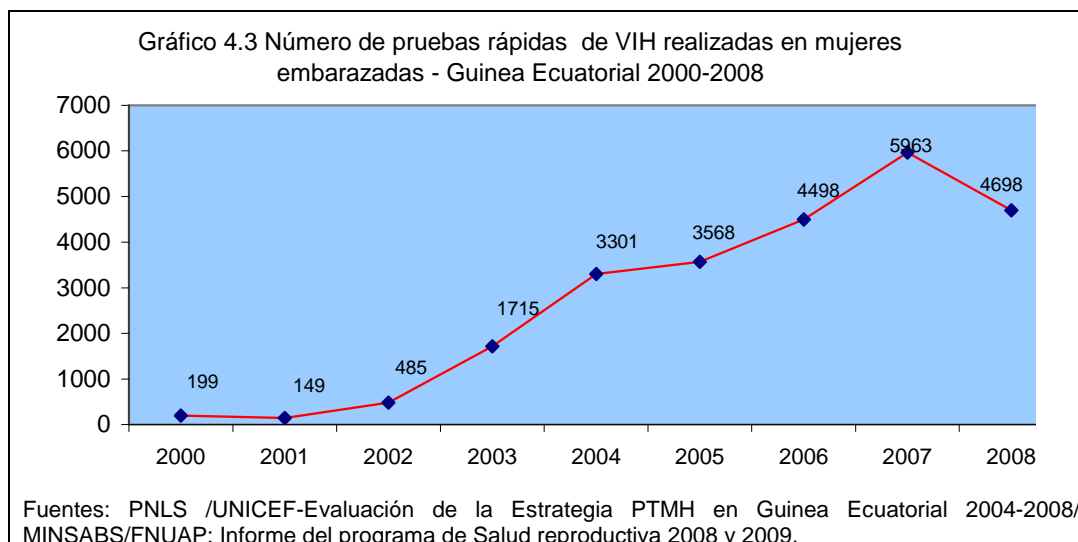
❖ **Prevención de la Transmisión Materno-Infantil**

N°	INDICADORES	Fuente	2007		2008		2009		OBSERVACION
			N	%	N	%	N	%	
5	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibe medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil	MINSABS/PN LS /Proyecto del Fondo Mundial Informe Anual 2007, 2008, 2009 (en elaboración)	199/865	22.9	161/789	20.4	365/870	41.9	Para la medición del indicador se utilizó el modelo de estimación de Spectrum Para 2009, la población de mujeres embarazadas VIH positivas se calculó con una proyección en base a los 3 primeros trimestres

La prevención de la transmisión madre-hijo del VIH es una prioridad para el país. En 2008, de acuerdo al informe del proyecto del Fondo Mundial, al menos 161 madres recibieron ARV para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos (Acumulativo desde 2003, 634 madres infectadas han recibido Nevirapina).

La revisión histórica de la prevención de la transmisión del VIH madre hijo muestra que desde 1998, las mujeres embarazadas tenían la posibilidad de realizarse la prueba para el VIH en 7 centros centinelas del país, pero sin la existencia de un protocolo. En 2003 se elaboró la primera Estrategia de Prevención de la Transmisión Materno-Infantil que consiste en “garantizar la integración de la PTMH en los servicios CPN, partos, consulta postnatal y de planificación familiar”. En ese mismo año, el personal de salud de 25 estructuras recibió la formación en PTMH y en 23 se implementó la estrategia.

La introducción de la estrategia PTMH ha permitido un aumento considerable, de aceptación de la prueba del VIH, pasando de 485 mujeres embarazadas en 2002, a 1715 en 2003 y 3301 en 2004. De acuerdo con el “Informe anual del Programa Nacional de Salud Reproductiva”, en 2008, 9557 mujeres embarazadas fueron atendidas en primera consulta prenatal (CPN) en los 18 hospitales de distrito, de las cuales, 4698 (49.1%) aceptaron realizarse la prueba del VIH. Gráfico 4.3.



En 2004, se inició la aplicación de la Estrategia en lo que se refiere a consejería y tratamiento ARV de madres embarazadas que incluía únicamente la monoterapia (Nevirapina).

Un año después en 2005, se inicia el servicio de consejería pre-test y post-test, de una manera más estructurada con personal formado en la utilización de la “Hoja de Consentimiento Informado”. Actualmente, se realiza la consejería pre y post test en la atención prenatal de todas las maternidades de los hospitales y los centros de salud. Las parejas de las madres embarazadas no se han beneficiado de las campañas de sensibilización por lo que generalmente no acuden a la CPN.

Desde 2005, el Programa ha recibido el apoyo del proyecto del Fondo Mundial en lo que se refiere a insumos, reactivos, medicamentos ARV (Nevirapina), leche maternizada, micronutrientes y apoyo a la formación del personal sanitario.

En 2008, el sistema de salud de Guinea Ecuatorial cuenta con 18 hospitales públicos (2 hospitales regionales, 5 provinciales y 11 de distrito), 43 centros de salud y más de 300 puestos de salud funcionales. Sin embargo, apenas los mismos 23 del inicio (18 hospitales y 5 centros de salud), ofrecen el servicio de PTMH. Los policlínicos de INSESO y clínicas privadas también han integrado el servicio de la PTMH en sus centros. En general, todas las estructuras sanitarias que aplican la estrategia PTMH obtienen la Nevirapina a través de las UREI.

En el mismo año 2008, el PNLS y el Programa de Salud Reproductiva del MINSABS realizaron la evaluación de la Estrategia PTMH 2004-2008 con el apoyo de UNICEF encontrando lo siguiente:

- Los hospitales regionales, provinciales y distritales así como 5 centros de salud (total 23 estructuras) ofrecen servicios de PTMH y 16 ofrecen servicios de planificación familiar.
- De una muestra de 27 personas formadas en la PTMH, 44% están en sus puestos de trabajo.
- Se estima en 54% la cobertura del parto con personal de salud formado



- El porcentaje de mujeres embarazadas que acude a consulta prenatal por primera vez y que accede a realizarse la prueba del VIH se ha incrementado progresivamente hasta alcanzar 44% en 2006 y 62% en 2007<sup>4</sup>.
- La proporción de madres seropositivas que reciben leche maternizada para sus niños lactantes se estima en 20%<sup>5</sup>

En 2009, el Programa de Salud Reproductiva a nivel nacional, encontró que un total de 22859 mujeres embarazadas acudieron al CPN en los 23 centros centinelas del MINSAB/PNLS, INSESO y la Clínica Guadalupe, de las cuales, 16228 (76%) aceptaron realizarse la prueba<sup>6</sup>. Este aumento considerable en el número de pruebas se explicaría, entre otros, por la campaña de sensibilización de mujeres embarazadas a través de los medios masivos de comunicación. Sobre el total de mujeres que se realizaron el Test, 497 (3%) fueron positivas, de las cuales, el 100% fueron seguidas por las estructuras sanitarias y 3% (149) recibieron atención durante el parto<sup>7</sup>.

El informe anual 2008 del proyecto del Fondo Mundial muestra que:

- En 2008, 161 madres recibieron monoterapia con Nevirapina. El número acumulado de madres embarazadas que han recibido Nevirapina es de 634
- Hasta el año 2007 un total de 260 puérperas seropositivas ha recibido del proyecto leche maternizada para alimentar a sus hijos y reducir el riesgo de transmisión del VIH.
- Durante el año 2008 otras 58 mujeres puérperas infectadas de VIH han recibido leche del proyecto.

No hay información disponible sobre el diagnóstico del VIH en los niños menores de un año ni sobre el número que han recibido Nevirapina.

El nuevo “Protocolo Nacional de Manejo de la Prevención Materno infantil del VIH” 2008 es una actualización del protocolo incluido en la Estrategia de PTMH elaborada en 2003 y ha sido aprobado por el MINSABS en julio 2009. Se cambió el protocolo de monoterapia a biterapia y tri terapia según los diferentes escenarios clínicos e incluye el protocolo de tratamiento pediátrico en niño expuesto e infectado.

En un esfuerzo de descentralización de la Estrategia de PTMH y de refuerzo de capacidades de los recursos humanos, en 2009 se elaboraron 5 módulos de formación sobre la PTMH dirigido a centros de salud, y clínicas privadas. Incluye entre ellos un módulo sobre consejería pretest y post test dirigido también a las ONG. La formación de formadores sobre el nuevo protocolo se ha iniciado en enero 2010 (11 médicos, 15 enfermeras y un consejero de un total de 10 estructuras de salud de la región Continental y 6 médicos, 6 enfermeras y 1 consejero de 6 estructuras de la región Insular). Se tiene previsto formar los recursos humanos de todas las estructuras sanitarias del país.

---

<sup>4</sup> MINSABS/PNSR: Informe de la misión de recogida de datos de rutina de salud reproductiva, diciembre 2008. En 2008, este porcentaje se ha visto reducido a 49.1%

<sup>5</sup> Informe Trimestral-Projet Fonds mondial.

<sup>6</sup> Entrevista con la Coordinadora del Programa de Salud Reproductiva. Datos preliminares del informe de actividades 2009

<sup>7</sup> Entrevista con la Coordinadora del Programa de Salud Reproductiva: Información en borrador.

### ❖ Las pruebas del VIH en la población general

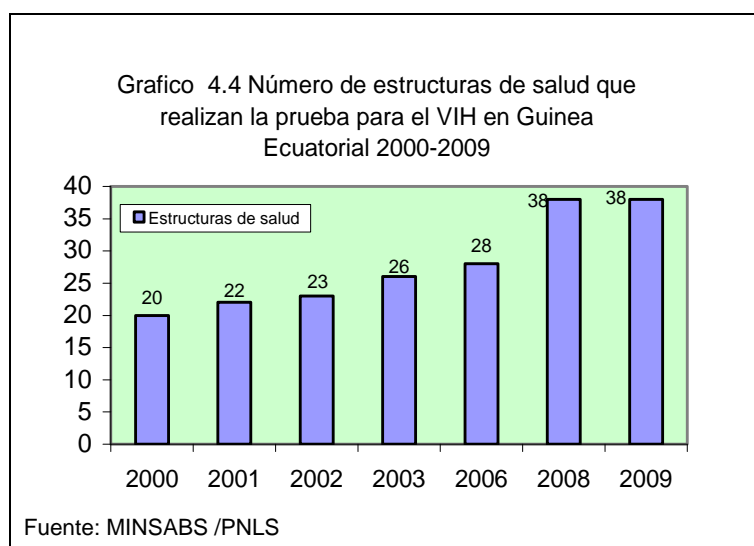
N°	INDICADORES	Fuente	2007		2008		2009		OBSERVACION
			N	%	N	%	N	%	
7	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	MINSABS/ISCIII/ Proyecto FM Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006	472/1449	32.5% (2006)					Proxy El indicador mide el hecho de haberse sometido a la prueba del VIH "alguna vez" (498/1449 o 34.4%) de los cuales 94.8% buscó el resultado (No se dispone de datos por grupos de edad)

De acuerdo al último estudio de CAP realizado en 2006 en Guinea Ecuatorial, el 32.5% de la población entre 15-49 años se ha realizado "alguna vez la prueba y ha retirado los resultados. Puesto que no mide el indicador en los últimos 12 meses, se le considera como un "Proxy".

Las primeras pruebas de detección de anticuerpos del VIH se remontan a 1988. En los primeros años, estas pruebas se realizaban sin el consentimiento escrito de los clientes hasta el año 2005 en que se introduce en todos los centros responsables de la realización de la prueba para el VIH, la consejería pre-test y la puesta en marcha de la "hoja de consentimiento informado". Número

Para la realización de la consejería y la aplicación de la hoja de consentimiento informado, se empezó con la formación de todo el personal sanitario involucrado en la estrategia PTMH y posteriormente se extendió a otros centros. Además, durante las giras formativas del PNLs y los expertos del proyecto del Fondo Mundial se ha formado en el manejo de la hoja a todos los directores técnicos y otros facultativos.

Desde el año 2000, se han incorporado progresivamente más estructuras de salud tanto públicas como centros del Seguro Social y clínicas privadas para realizar la consejería pre-test, la prueba del VIH y la consejería post test. Es así como en 2009, se cuenta con 38 estructuras sanitarias que realizan consejería pre-test y la prueba del VIH (Gráfico 4.4). Los resultados de las giras de supervisión muestran sin embargo que la consejería post-test es poco frecuente y no se registra.

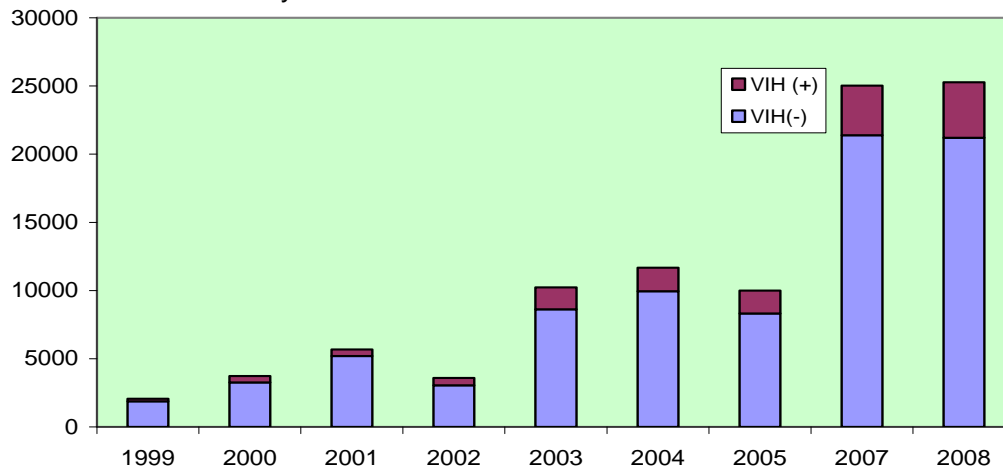


Con la finalidad de promover la realización de la prueba del VIH en la población en general, dentro de las actividades más relevantes se puede mencionar la campaña que llevó a cabo el PNLs en 2007 a nivel de las cabeceras de provincias con el apoyo del proyecto Fondo Mundial, el FNUAP y otros socios contando con la participación de las autoridades locales. Un total de al menos 1350 personas acudieron a realizarse la prueba voluntariamente (Cuadro 4.2).

Cuadro 4.2 Campaña de consejería y prueba del VIH en voluntarios – 2007		N°
Ciudad de Luba		50
Ciudad de Evinayong		300
Ciudad de Mongomo		450
Ciudad de Ebebiyin		500
Ciudad de Annobon		N/D
<b>Total</b>		<b>1350</b>

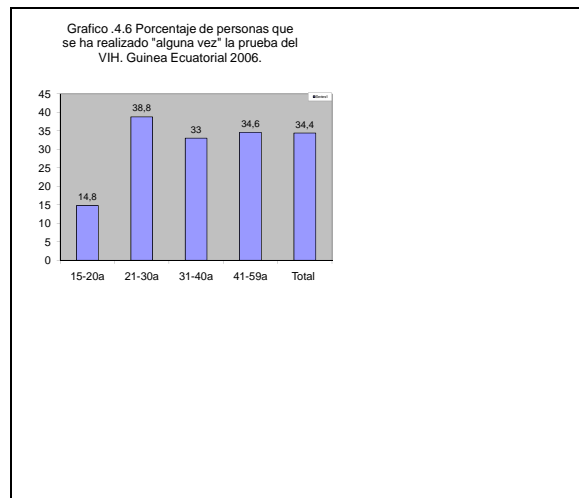
A pesar de las dificultades encontradas en la puesta en marcha de la consejería y el test a nivel nacional, el número de pruebas anuales del VIH en la población general se ha incrementado progresivamente pasando de 2077 pruebas en 1999 a 25208 en el 2008. El resultado de las pruebas pone en evidencia un aumento progresivo del número y proporción de pruebas positivas pasando de 205 (9.9%) en 1999 a 4080 (16.1%) en 2008. (No hay datos en 2006) (Grafico 4.5). Evolución del número

Grafico. 4.5 Evolución del número de pruebas de VIH realizadas y resultado. Guinea Ecuatorial 1999-2008



El estudio de CAP realizado en 2006, en personas entre 15-49 años mide si los encuestados “alguna vez” se habían realizado la prueba para el VIH (y no en los últimos 12 meses), por lo que se le considera un indicador “Proxy”. La encuesta evidenció que el 34.4% de las personas se había realizado la prueba, de las cuales, 94.8% regresó a retirar los resultados. Es decir, de acuerdo a la encuesta, un 32.5% de la población se había realizado la prueba y conocía el resultado. (Grafico 4.6)

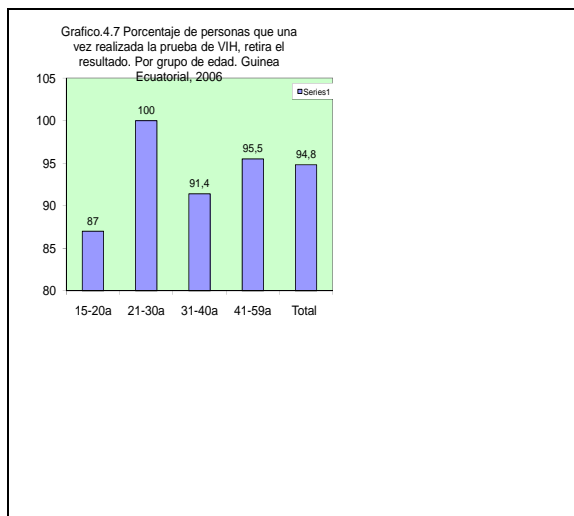
Los adolescentes fueron las personas con mas baja cobertura en lo que respecta a realizarse el test (14.8%) y recoger los resultados



(87%) y el grupo de 21 a 30 años con la más alta cobertura del test (38.8%) y recogida de los resultados (100%). (Grafico 4.7).

En 2008, del total de pruebas realizadas (25208), la mayoría de las personas beneficiarias fueron mujeres embarazadas (28.6%), voluntarios (26.7%) y donantes (24.6%) (Tabla 4.2)

Al momento, no existe una guía de consejería como tal puesto que los contenidos se han integrado en todos los protocolos existentes (PTMH, protocolo de diagnóstico de VIH, protocolo de tratamiento del VIH y el protocolo de manejo de infecciones oportunistas).



Categoría	Nº	%
Embarazadas	7.234	28.6
Voluntarios	6.739	26.7
Donantes	6.220	24.6
Sospechosos	4.734	18.7
Tuberculosos	311	1.2
Accidentes	42	0.2
Niños de Madres VIH+	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>25.280</b>	<b>100</b>

Fuente: Informe del proyecto del Fondo Mundial, 2008

Desde 2004, existe un protocolo de diagnóstico del VIH aprobado que consiste en la realización de un test rápido y la prueba basada en la técnica de ELISA (enzimoinmunoanálisis) para confirmar los resultados.

El nuevo Protocolo de Diagnóstico y Seguimiento por Laboratorio del VIH ha sido actualizado en 2009 y se prevee la formación en 2010. En este mismo año, con el apoyo del Proyecto del Fondo Mundial, se prevé el reforzamiento de la consejería a través de la formación de los auxiliares de todos los centros sanitarios del país.

Por otro lado, desde el 2009 se está llevando a cabo un proyecto sobre las mejoras de la población al diagnóstico, en su primera fase se está realizando un estudio sobre los factores que limitan a la población al diagnóstico

### ❖ Las pruebas del VIH en las poblaciones más expuestas

**Indicador 8:** Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados

Guinea Ecuatorial está clasificado entre los países con epidemia generalizada, puesto que la tasa de prevalencia en la población general y en mujeres embarazadas de zona urbana se mantiene superior a 1% desde hace muchos años. Es por ello, que los esfuerzos desplegados por el programa nacional se han concentrado en las intervenciones a nivel de la población general 15-49 años, las mujeres embarazadas y las PVIH.

Hasta el final del 2009, no se dispone de información sobre las actividades de consejería ni la frecuencia de pruebas del VIH en las poblaciones más expuestas como las PS y los HSH.

Sin embargo, se ha empezado a recolectar información sobre las poblaciones más expuestas como las profesionales del sexo y los HSH. Es así que el estudio de CAP realizado en 2006, muestra que el 2% de la población encuestada manifestó haber tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo. Así mismo, el 38% reveló tener más de una pareja sexual en el último año, incluyendo la utilización de los servicios de profesionales del sexo.

Entre las poblaciones más vulnerables al VIH se considera al cuerpo uniformado. Según un estudio en la región Insular en 2008, en una muestra de 516 efectivos, una vez realizada la prueba, el 81.3% retiró voluntariamente los resultados.

### ❖ Poblaciones más expuestas: Programas de Prevención

**Indicador 9:** Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH

Existe muy poca información sobre programas específicos de prevención en PS y HSH.

En 2003, el Ministerio de Asuntos Sociales y Promoción de la Mujer en coordinación con UNICEF organizaron un seminario de orientación y capacitación a las profesionales del sexo. Los objetivos principales consistieron en dar una orientación social a las TS, sobre los derechos de la mujer en la sociedad, y capacitarlas sobre las ITS, fundamentalmente el VIH. Se brindaron contenidos con respecto a las vías de transmisión del VIH y otras ITS y como protegerse tanto ellas, como a sus clientes. El seminario de orientación tuvo una duración de tres (3) días y contó con la participación de 60 TS.

De acuerdo al responsable de la ONG Sportlinkplus, ésta organización ha iniciado algunas acciones con las TS que comprenden IEC, la distribución de preservativos y el apoyo social (búsqueda de empleo para quienes lo solicitan). Estas actividades aún no están documentadas.

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

Nr	Indicador	Fuente	2008		2009		Observación
			N°	%	N°	%	
11	Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico	Ministerio de Educación Punto Focal	0	0.0	0	0.0	Curriculum escolar en espera de validación. Fase piloto: alrededor de 130 docentes formados por el Ministerio de Educación

Hasta 2009, ningún docente ha impartido educación sobre el VIH en las escuelas. Sin embargo, de acuerdo a la encuesta CAP 2006, el 10.2% de la población entre 15-19 años menciona haber escuchado hablar del VIH/sida en la escuela. Este resultado puede deberse a la actividad de sensibilización y de formación de pares educadores en medio escolar realizadas por algunas ONG desde 2005.

Según el último censo, en 2001 el país contaba con 300 establecimientos pre-escolares (596 promotoras y 16654 escolares); 890 establecimientos de enseñanza primaria (1754 docentes y 72691 alumnos); 40 secundarias (1146 docentes y 34116 escolares); 4 de enseñanza profesional (115 docentes y 1222 alumnos) y 7 universitarias (200 docentes y 1003 alumnos). En 2003 la tasa de matriculados en primaria fue del 85% y en secundaria del 26%. Existe disparidad en las tasas de frecuentación de niños y niñas (75% y 60% respectivamente). La calidad de los servicios educativos es muy baja a nivel de la infraestructura (escuelas semidestruídas, sin servicios básicos), recursos humanos (el 51.5% de los profesores de primaria no tienen las calificaciones requeridas) y materiales (equipamiento escolar precario). La precariedad del sistema educativo estaría a la base de la tasa muy baja de escolarización neta (51%), la deserción en la escuela primaria y secundaria (afectando sobre todo a las niñas), la repetición escolar y la edad muy elevada de los estudiantes y el embarazo en adolescente (36% del total de embarazadas en 2008).

En el marco de la reforma educativa de la RGE, en marzo 2007 se elaboró, un documento denominado "La Reforma Curricular de Guinea Ecuatorial: Análisis y Documentación", desarrollado por el Ministerio de Educación, Ciencia y Deportes, la Agencia Española de Cooperación y UNICEF. La sección de temas transversales está incluida en el bloque curricular de los contenidos actitudinales. Se elaboraron guías didácticas y se formó 130 docentes, pero se espera la validación del Ministerio de Educación y Ciencias, lo cual permitirá la introducción oficial del temario de educación sexual en el currículo escolar de Guinea Ecuatorial.

Dentro del marco del proyecto del Fondo Mundial, se tiene elaborado un módulo de educación a la vida familiar en forma de guías didácticas dirigido a profesores de educación primaria y secundaria. Las actividades de formación en este módulo han sido posibles con el apoyo técnico y financiero del FNUAP y el mismo proyecto.

Durante la primera fase del proyecto se reforzó las capacidades de 102 profesores para introducir la educación sexual dentro de las escuelas. Durante el segundo semestre del año de 2008 a través de Cruz Roja de GE como sub-beneficiario del proyecto se formaron 95 docentes en un total de 48 escuelas en la región continental del país. Así, en el marco del proyecto del Fondo Mundial, se ha formado ya un total de 197 docentes.

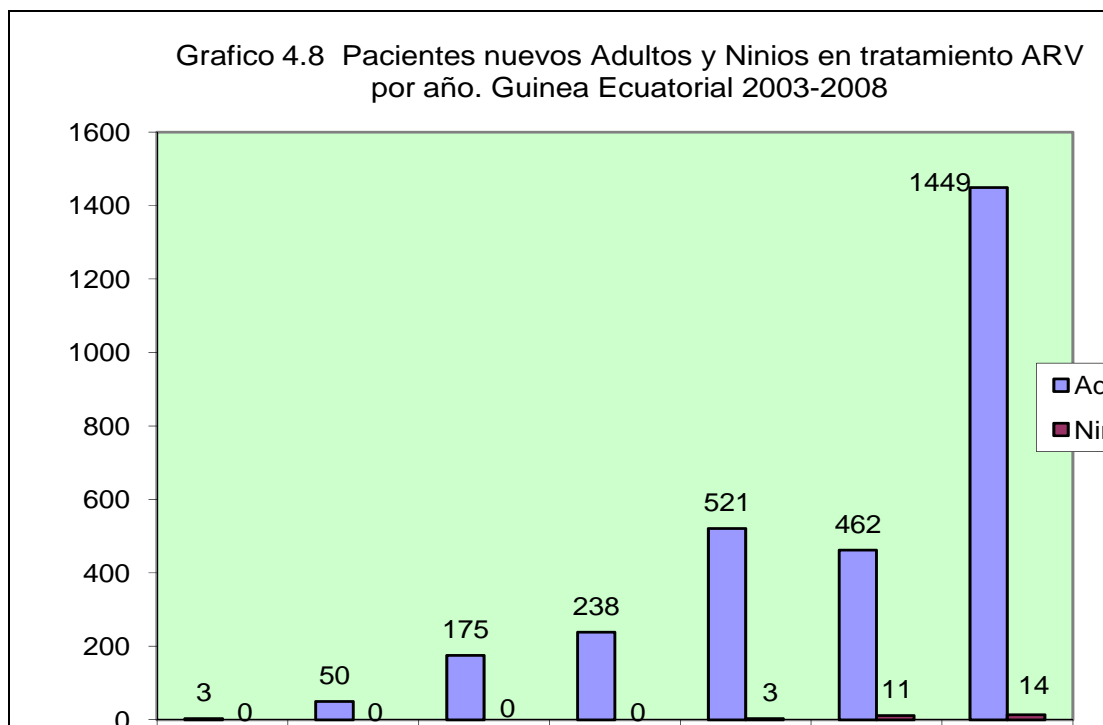
#### 4.2.2 ATENCION, TRATAMIENTO Y APOYO

##### ❖ Tratamiento del VIH: Terapia antirretroviral (Indicador ODM)

N°	INDICADORES	Fuente	2007		2008		2009		OBSERVACION
			N	%	N	%	N	%	
4	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretroviral (medición anual- Indicador ODM)	MINSABS/PNLS Proyecto del Fondo Mundial Informe de actividades 2008.			1219/ 3108	39.2			La medición del indicador se realizó teniendo como denominador las estimaciones de ONUSIDA 2008 (Estimación se realizó utilizando el modelo de estimación de Spectrum)

A finales del año 2003 el Gobierno de la República de Guinea Ecuatorial inicia la regulación e implementación del tratamiento ARV. Para el efecto, el PNLS puso en marcha la Unidad de Referencia para las Enfermedades Infecciosas (UREI), primero la de Bata en octubre de 2003 y meses después, en febrero de 2004, la unidad de Malabo.

Desde finales de 2003 en el que se había registrado 3 casos se ha venido observando un incremento progresivo de pacientes adultos en tratamiento ARV. Sin embargo, muy pocos niños se pueden contar entre los beneficiarios. Así, de acuerdo a los registros del ISCIII (2003-2005) y del proyecto del Fondo Mundial 2006-2007, hasta finales del 2008, un total de 1463 personas habían tenido acceso al tratamiento ARV. En 2008, 473 han beneficiado del tratamiento ARV de los cuales, 14 eran niños (Gráfico 4.8).



Las Unidades de Referencia para las Enfermedades Infecciosas fueron diseñadas desde su inicio como “Centros de referencia para los diferentes aspectos de la Lucha Contra el sida, a nivel hospitalario, con actividades de prevención, coordinación de actividades IEC, asistencia clínica y terapéutica de infectados, vigilancia epidemiológica, formación del personal sanitario y coordinación de actividades de investigación sobre la enfermedad en Guinea Ecuatorial.

Entre 2003 y 2004 el MINSABS/PNLS con el apoyo del CRCE-ISCIII impulsó estas UREI con la formación de personal clínico (7 médicos formados en ARV fuera del país), otras formaciones realizadas dentro del país, la creación de herramientas de gestión e historia clínica, elaboración de rutina de seguimiento y el primer protocolo de tratamiento de ARV.

Al mismo tiempo, se elaboró el borrador de la Orden Ministerial de octubre del 2003 y la “Ley de Protección para el Uso de Antirretrovirales y puesta en Marcha de las Unidades de tratamiento UREI” la cual fue aprobada el 17 de Mayo del 2004. En este mismo año 2004, fue aprobado el Proyecto del Fondo Global para el control de la infección VIH/SIDA en Guinea Ecuatorial. Su inicio en la ejecución de las actividades fue en junio de 2005, siendo uno de sus objetivos principales “mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/SIDA y reducir la ocurrencia de nuevas infecciones en el país”.

En 2007 el MINSABS/PNLS realizó un análisis de la situación de las 2 unidades de tratamiento en el país, en el cual, se recomendó imperiosamente la extensión del tratamiento ARV a otras unidades en Bata y Malabo y en las provincias.

El 16 de septiembre de 2009, resultado de una evaluación realizada en el mes de octubre de 2008 en el área de Salud de Bata, se puso en marcha dos unidades piloto para la extensión del tratamiento ARV (Centros de Salud María Rafols y María Gay en Bata) mediante una resolución ministerial publicada en el mes de mayo de 2009 que certifica a éstos, como nuevos Centros de Tratamiento Ambulatorio (CTA).

En la práctica, desde 2004 hasta 2008 apenas 3 médicos eran prescriptores de ARV. En 2009, ya prescriben 9 personas, de las cuales 4 en Malabo y 5 en Bata (3 en UREI, 2 en María Rafols).

A finales del 2009 está aun vigente el Manual de 2003 sobre el Manejo de Antirretrovirales en Guinea Ecuatorial que no cuenta además con un protocolo para tratamiento ARV en niños (Este último, fue integrado en el nuevo protocolo de la PTMH). Este manual va a ser actualizado en 2010 de acuerdo a las recomendaciones internacionales en vigor. Además, existen dos nuevos protocolos: Protocolo Nacional de Indicadores de Alerta Precoz y el Protocolo Nacional de Monitoreo de la Fármaco resistencia ARV 2009 en espera de ser aprobados por el MINSABS.



❖ **Cogestión del tratamiento de la Tuberculosis y el VIH**

N°	INDICADORES	Fuente	2007		2008		2009		OBSERVACION
			N	%	N	%	N	%	
6	Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	PNLT Informe de la evolución de casos nuevos de coinfección por año 1994-2008	109/892	12.2	96/917	10.4			Proxy : Información de pacientes con coinfección tratados por TB y referidos a las UREI. El denominador se ha medido en función de las estimaciones de la OMS para la coinfección. El programa PNLN reporta 141 de co infectados tratados con ARV en 2008.

El número de pacientes con coinfección tuberculosis/VIH en tratamiento es de 96 en 2008, que corresponde al 10.4% de los que lo necesitan.

Desde 1992 a 1996, en el hospital de Malabo, se realizaban únicamente pruebas rápidas de VIH a los enfermos de tuberculosis. Durante este periodo se acumuló un total de 22 casos VIH+ sobre los 418 casos examinados.

Según lo muestra el análisis retrospectivo del funcionamiento de PNLN del 1994-2004, de los 75 casos examinados en el año 1995, 11 fueron VIH+ (14.7%). Ante estos resultados era evidente el deseo de los responsables del PNLN de proseguir con las actividades de diagnóstico de VIH a todos los pacientes con tuberculosis del país, dada la importancia epidemiológica que reviste la asociación de tuberculosis VIH/sida.

El Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis (PNLT) fue institucionalizado por el Ministerio de Sanidad de Guinea Ecuatorial en 1986.

El objetivo prioritario era y sigue siendo interrumpir la cadena epidemiológica logrando una progresiva disminución de la incidencia, prevalencia y mortalidad de la tuberculosis. El cumplimiento del objetivo se basa en:

1. La detección precoz de enfermos sometidos al tratamiento protocolizado
2. El mantenimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica.
3. La formación correcta y permanente del personal implicado.
4. El suministro regular de medicamentos antituberculosos e insumos de laboratorio

Hasta el año 2005 no había en el país centros privados o instituciones que traten tuberculosis, excepto el centro de salud de Mokom, que viene funcionando como centro de diagnóstico y tratamiento de tuberculosis desde 1994. Actualmente existen en el país 29 centros sanitarios que diagnostican y tratan la tuberculosis.

En cuanto al número de casos diagnosticados de tuberculosis, se observa que de 1994 al 1996 hubo un ligero descenso y que a partir del 1997 la tendencia fue ascendente siendo el pico más importante en 2000. La notificación de casos volvió a sufrir un descenso del año 2001 al 2003, hasta el año 2006 en que los casos vuelven a aumentar progresivamente

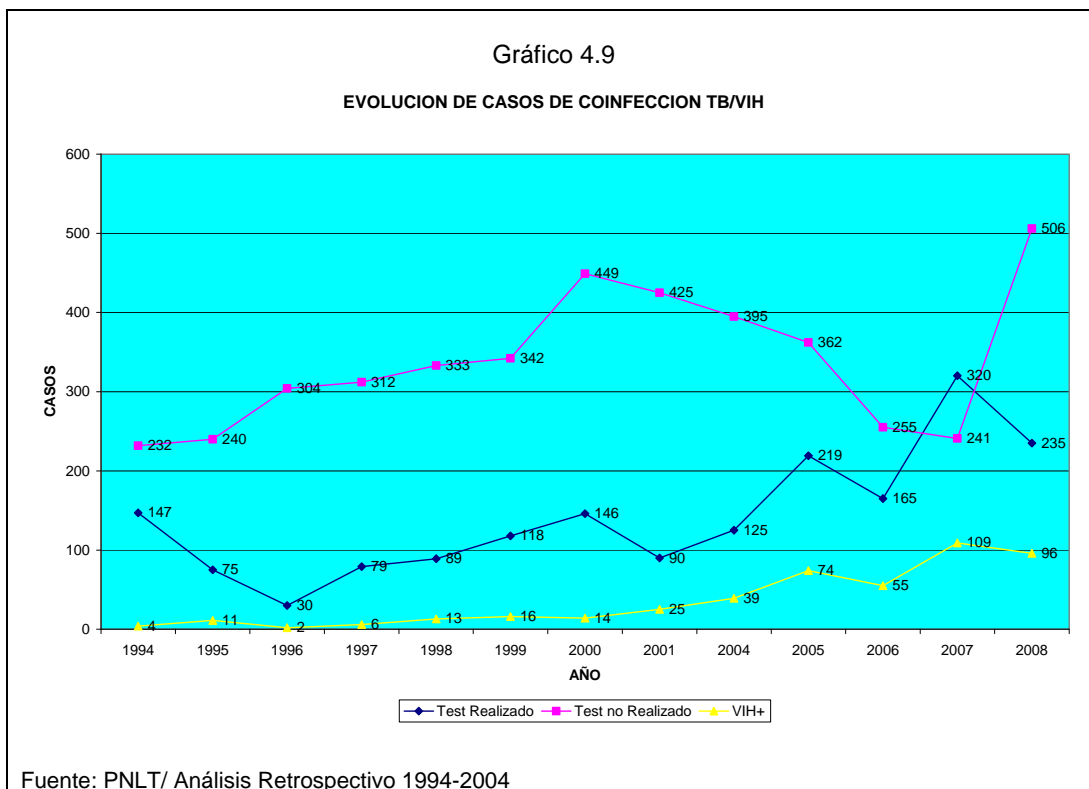
En el año 1996 se realizó un estudio de seroprevalencia del VIH en pacientes con tuberculosis (estudio de cohorte 1996). En ese mismo año, las actividades del PNLN fueron implantadas en 15 de los 18 hospitales distritales del país (excepto Riaba, Baney y Annobón).

A pesar de los pocos pacientes con tuberculosis que se realizan test rápido del VIH, cada año se observa un aumento importante y progresivo de seroreactividad de los mismos.

Desde 1996 el Programa Nacional de Lucha contra la TB, ha desarrollado como una de sus estrategias, el diagnóstico de la coinfección tuberculosis VIH/sida. A pesar de las limitaciones en la disponibilidad de pruebas rápidas, se establecieron criterios de prioridad para la realización de las pruebas gratuitas de VIH en los centros sanitarios:

- 1- A todos los donantes de sangre (obligatorio y sin consentimiento informado)
- 2- A pacientes sospechosos, incluidos los diagnosticados de tuberculosis. En estos casos, a criterio del facultativo y con consentimiento informado.

A pesar de las acciones del Programa Nacional de lucha contra el VIH/sida en Guinea Ecuatorial, el control de la coinfección no es todavía adecuado puesto que en los últimos años más de un tercio de los pacientes identificados con tuberculosis no se realiza la prueba rápida. Esta proporción llega casi a la mitad en 2008 (Gráfico 4.9).



Hasta finales del 2009, no existe un órgano de coordinación establecido ni un plan de acción de las actividades de colaboración TB/VIH en el país. Sin embargo, los programas de lucha contra la tuberculosis y VIH ejecutan algunas actividades de colaboración sin un marco formal establecido. El programa de VIH, por ejemplo, ha formado al personal de los Centros de Detección de la tuberculosis (CDT) en consejería y despistaje del VIH y suministra los reactivos para la realización de la prueba del VIH. Los pacientes son registrados y reportados por los CDT. Se observa sin embargo, rupturas repetitivas de stock de la prueba de VIH en los centros.

Los enfermos co-infectados tuberculosis/VIH están a cargo de los dos programas en los CDT para la tuberculosis y las UREI para las PVVIH. Es decir que los enfermos van de uno al otro programa en forma constante.

Si bien existe una guía técnica de PNLT (4ª edición 2008) en donde se preconiza la profilaxis con cotrimoxazol y tratamiento antirretroviral en los pacientes co-infectados. a menudo no existen registros de pacientes co-infectados, ni bajo cotrimoxazol ni bajo ARV (Registros no actualizados).

Entre las causas que dificultan el buen manejo de los casos de coinfección tuberculosis/VIH, cabe resaltar las siguientes:

- Exclusión de los pacientes con tuberculosis entre las prioridades para la realización del test, situación creada por las constantes roturas de stock, debido a la alta demanda de la prueba conforme a la promulgación de la Ley sobre la obligatoriedad para la realización de la prueba (Realización masiva de Test).
- Ausencia de giras conjuntas entre los dos programas lo cual impide hacer un seguimiento in situ de las actividades de tratamiento y seguimiento de la coinfección.
- Deficiencias de giras formativas
- Inexistencia de circuitos y flujos en atención del paciente con coinfección tuberculosis/VIH.
- Deficiencias en las actividades de consejería en las actividades ligadas con los pacientes con tuberculosis.
- Falta de reuniones continuas de coordinación entre los dos programas

### ❖ Apoyo a los niños afectados por el VIH y el SIDA

**Indicador 10:** Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil

En 2005, ONUSIDA estimaba en al menos 1900 los niños HNV. En 2007, este número se ha estimado en alrededor de 4800 NHV<sup>8</sup>

La encuesta MICS 2000 del Ministerio de Planificación, Desarrollo Económico e Inversiones Públicas, muestra que 8.5% de la población menor de 15 años se encontraría en calidad de huérfano, todas las categorías confundidas.

El marco estratégico 2002-2006 no contemplaba acciones en beneficio de los NHV. Sin embargo, el nuevo marco estratégico 2009-2013, ha previsto varias intervenciones de apoyo, aunque no clarifica las organizaciones o entidades que podrían ocuparse de la atención integral de estos niños.

En diciembre del 2008, el MINSABS, con el apoyo de UNICEF, realizó un “Análisis de la situación de los niños huérfanos por causa del VIH/sida y otros niños vulnerables en Guinea Ecuatorial” a través de una revisión documentaria sobre todo lo existente en materia de los HNV. Se pudo constatar que no existen datos fiables sobre la situación de los niños y que era necesario realizar una encuesta para determinar sus necesidades. Se estableció un comité de pilotaje y se elaboraron cuestionarios y guías (total 3 herramientas disponibles).

En 2008, la ONG AMUSIDA pudo constatar que en la escuela Sagrada Familia Mba Nso de Malabo, cerca de un tercio de los niños entre 4 y 14 años eran HNV (201 de un efectivo de 637). Del total de HNV, 44 eran huérfanos de padre y madre. Se realizó un diagnóstico de necesidades con los tutores y se elaboró un proyecto de apoyo integral. En 2008 y 2009, la ONG ha entregado alimentos en beneficio del total de niños escolares, con el apoyo de donaciones de la Embajada de China. En vista de que las condiciones de la infraestructura son deplorables, AMUSIDA, tiene previsto en 2010, rehabilitar y equipar la escuela y ofrecer kits integrales a todos los HNV, siguiendo los lineamientos del nuevo marco estratégico. Igualmente, un total de 10 niños han recibido apoyo a domicilio a través de la entrega mensual de un paquete alimentario<sup>9</sup>

Se espera además re-dinamizar el comité de pilotaje para que se lleve a cabo la encuesta y se pueda determinar con mayor precisión las necesidades de los NHV.

### ❖ Los Niños Huérfanos Vulnerables: asistencia a la escuela

**Indicador 12:** Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad (Indicador ODM)

A nivel nacional no se han realizado encuestas demográficas (Encuesta demográfica de salud, Encuesta de indicador del sida, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas) que proporcionen información que permita medir el indicador.

<sup>8</sup> UNAIDS. 2008 Report on the global AIDS epidemic [http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.as](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.as)

<sup>9</sup> AMUSIDA : Entrevista con la presidenta de la ONG y el director de la escuela. El paquete alimentario-higiene contenía leche, aceite, agua, azúcar, zumos, carne, pescado, arroz y jabón.

### 4.2.3 CAMBIO EN EL CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO

N°	INDICADORES	Fuente	2006		OBSERVACION
			N	%	
<b>❖ Los Jóvenes: Conocimiento sobre la prevención del VIH (Indicador ODM)</b>					
13	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	MINSABS/ISCI/III/ Proyecto FM Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006		2% (2006)	Proxy: Encuesta CAP no determina un índice de conocimientos en población de 15-49 años y comprende 7 variables (de las cuales 3 de UNGASS. El indicador ha sido medido "conocimiento alto" (4 o más variables sobre 7).
<b>❖ Relaciones sexuales antes de los 15 años</b>					
15	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	MINSABS/ISCI/III/ Proyecto FM Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006		Promedio Total :16.6a Hombres:18a Mujeres: 17a  15-20a: 15a 21-30a: 16a	Proxy Estudio de CAP mide la edad promedio de inicio de relaciones sexuales en persona de 15-20a y de 21-30a
<b>❖ Relaciones sexuales de alto riesgo</b>					
16	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	MINSABS/ISCI/III/ Proyecto FM Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006		38,2 %	
<b>❖ Uso del preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo</b>					
17	Porcentaje de mujeres y varones 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 durante la última relación sexual	MINSABS/ISCI/III/ Proyecto FM Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006		24,3 %	

La última encuesta CAP en Guinea Ecuatorial se realizó en 2006 con el apoyo del PNUD y el ISCI/III, dentro del marco del proyecto del Fondo Mundial. Esta encuesta no tiene en cuenta los grupos de edad recomendados por UNGASS, por lo que se ha intentado medir indicadores Proxy. En la población entre 15-49 años, apenas el 2% tiene un conocimiento alto (4 o más ítems sobre un total de 7) sobre como prevenir el VIH/sida y 38% un conocimiento medio (2-3 ítems). Mas de un tercio de la población ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en el último año y apenas una cuarta parte (24.3%) han utilizado el preservativo. Este último porcentaje es similar a aquel observado en 1997 de 25%.

De acuerdo a esta misma encuesta, los jóvenes entre 15-20 años manifestaron que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15 años y en el grupo de edad de 21-30 años era de 16 años. Hay que recordar que de acuerdo al último estudio de prevalencia en mujeres embarazadas, el 36% era adolescentes (10-19 años) con una tasa de prevalencia del VIH de 4.4%. Estos datos estarían mostrando que es urgente una intervención en los jóvenes entre 10-24 años.

Existen otros estudios de CAP realizados en 1997 y 2004 sobre el VIH y la Salud Reproductiva en Guinea Ecuatorial especialmente en lo que se refiere a la sexualidad y a la frecuencia del uso del preservativo en la población sexualmente activa. En general, las 3 encuestas se han realizado en la población entre 15-49 años e inclusive llegan a 59 años en los hombres (Tabla 4.3):

Los resultados muestran entre otros que en 2006, el 60% por ciento de las personas encuestadas tienen un nivel nulo o bajo de conocimiento sobre las forma de evitar el contagio del VIH/SIDA. Existe un incremento en la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales tanto en los hombres (pasando de 16.6 a 18 años) (como en las mujeres, pasando de 15.5 a 16 años). Los jóvenes inician las relaciones sexuales a una edad promedio inferior (16 años) que la de sus progenitores (19 años).

Existe una reducción de la utilización del preservativo pasando del 12% en 1997 al 9% en 2006. Además, solamente el 26.5%, de personas que utilizó los servicios de las TS, usó el preservativo en la última relación sexual. El 88% de las personas encuestadas tiene un nivel bajo o nulo de conocimiento sobre donde adquirir el preservativo

	1997	2004	2006
Ha escuchado hablar sobre SIDA	N/D	N/D	100%
Ha escuchado hablar del VIH	N/D	N/D	60%
Inicia relaciones sexuales (edad promedio)			
Mujeres	15.5 a	16 a	16 a
Hombres	16.6 a	17.1a	18 a
Ha utilizado alguna vez el preservativo	32%	30%	
Utilizó preservativo en última relación sexual	12%	12%	9%
Utiliza siempre el preservativo	N/D	2.2%	N/D
Tuvo relaciones sexuales con mas de una pareja en los últimos 12 meses	N/D	N/D	38.2%
Utilizó el preservativo en ultima relación sexual			
- con profesional del sexo	25%	N/D	26.5%
- con pareja distinta a la habitual			24.3%

	15-20a	21-30 a
<b>General</b>		
Ha escuchado hablar del VIH	66.7	64.7
Ha escuchado hablar del Sida	99.1	99.1
<b>Donde ha escuchado hablar del sida</b>		
Radio	40.7	56.9
TV	0	16.4
Personal sanitario	13.9	12.1
Escuela	10.2	0.9
Periódicos,	1.9	0.0
panfletos	1.9	0.9
<b>Conocimientos Prevención y test</b>		
Usar preservativo	79.5	86.6
No tener relaciones sexuales	7.7	4.1
Tener pareja estable	6.4	6.2
No tener sexo casual	1.3	1.0
Conoce en donde hacerse el test de VIH	35.3	42.2
<b>Aspectos sociales</b>		
Una persona de apariencia sana puede tener sida	60.2	61.7
Permitiría que enfermo de sida trabaje	24.1	26.9
Permitiría que estudiante con sida vaya a la escuela	26.9	32.8
Estaría dispuesto a cuidar una persona con sida	68.5	69.8

En la población de 15-20 y de 21-30 años la encuesta muestra que casi todos han escuchado hablar sobre el sida (similar a los otros grupos de edad) y dos tercios han escuchado hablar del VIH. En cuanto a los lugares en donde han escuchado hablar del sida, el 40.7% de los jóvenes entre 15-20 años mencionan la radio, seguido del personal sanitario (14%) y la escuela (10.2%). El porcentaje es superior para la radio en los jóvenes entre 21-30 años (56.9%), seguido por la TV (16.4%) y el personal sanitario. Apenas el 0.9% ha escuchado sobre el sida en la escuela. En cuanto a las formas de prevenir el sida, el 79.5% de los adolescentes menciona el preservativo contra el 86.6% de las personas entre 21-30 años (Tabla 4.4)

Al momento, el PNLS no dispone de un programa específico orientado a la población de 15-24 años. Sin embargo, en los últimos años se han realizado muchas acciones con la finalidad de aumentar los conocimientos de los jóvenes sobre el VIH, las vías de transmisión sexual y los mecanismos de prevención. También se ha optado por pasar mensajes que ayuden a modificar sus actitudes y cambiar sus comportamientos especialmente en relación con la utilización del preservativo y la promoción de la prueba del VIH.

El proyecto del Fondo Mundial tiene como una de sus acciones, la sensibilización de los jóvenes sobre el VIH/sida. La implementación de actividades de sensibilización a la población joven se ha realizado a través de las ONG CAMINO, SportLinkPlus y Cruz Roja de Guinea Ecuatorial.

La población en general y los grupos de jóvenes en particular han tenido acceso a la información sobre medidas de prevención, la importancia del test voluntario y el uso del condón.

A esta estrategia que ha sido implementada fundamentalmente en las escuelas (CAMINO) y a través de actividades deportivas en poblaciones de jóvenes no escolarizados (SportLinkPlus), se suman las animaciones públicas sobre el VIH/sida en las ciudades de Malabo y Bata durante eventos especiales.

De acuerdo al informe del proyecto del Fondo Mundial, el número acumulado de jóvenes sensibilizados hasta 2008 es de 70.815.

En lo que concierne a los adolescentes ecuatoguineanos, al igual que en la mayoría de jóvenes africanos y de otros continentes, les es difícil comunicarse con los adultos acerca de sus preocupaciones en el ámbito sexual. Es por eso que en Guinea Ecuatorial también se ha utilizado la estrategia de pares educadores que ha consistido en la formación de jóvenes mayores para que compartan ideas y opiniones con los más jóvenes. Contando siempre con el apoyo del proyecto del Fondo Mundial, en 2006 se formaron 203 pares educadores en las escuelas de las ciudades de Malabo, Bata, Luba, Mbini, Cogo, Ebebiyin y Mongomo y 211 en 2008 de las escuelas de Bata, Niefang, Evinayong, Acurenam, Nsork, Mongomo, Nsok-Somo, Ebebiyin, Cogo, Mbini, Akonibe, Anisok, Micomiseng.

Se espera que todas estas acciones contribuyan a mejorar la situación en lo que respecta a conocimientos, actitudes y comportamientos de los jóvenes con respecto al VIH/sida. Los cambios podrán ser medidos en las próximas encuestas de CAP y/o en la encuesta demográfica y de salud (EDS) prevista para 2010.

❖ **Poblaciones más expuestas:**

<p><b>Indicador 14</b> Conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH <b>Indicador 18</b> Los profesionales del sexo: uso del preservativo <b>Indicador 19</b> HSH: Uso del preservativo <b>Indicador 20</b> CDI: Uso del preservativo <b>Indicador 21</b> CDI: Prácticas de inyección seguras</p>
--

El país no dispone de información precisa sobre las poblaciones más expuestas como las profesionales del sexo, los hombres que tienen sexo con hombres ni los utilizadores de droga inyectable.

El único dato disponible se refiere al porcentaje de varones que utilizaron el condón en su última relación sexual pagada: 26,5%.

Cabe anotar, sin embargo, que el PNLS va a aunar esfuerzos para poner en marcha todas las iniciativas en curso o nuevas, con la finalidad de conocer mejor el comportamiento de la epidemia y sus determinantes en estos grupos poblacionales para poder programar respuestas que correspondan a sus necesidades.



#### 4.2.4 MITIGACION DEL IMPACTO

##### ❖ Reducción de la prevalencia del VIH (Indicador ODM)

N°	INDICADORES	Fuente	2008		2009		OBSERVACION
			N	%	N	%	
22	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectado por el VIH	MINSABS/PNLS /OMS: Encuesta de seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas Guinea Ecuatorial (2008).	Total	Total			
			15-24a	15-24a			
			58/978	5.9%			
			15-19a	15-19a			
			23/526	4.4%			
			20-24a	20-24a			
			35/452	7.7%			

En 1997, en una muestra representativa a nivel nacional se encontró que la tasa de prevalencia en estudiantes de bachillerato fue de 0.55%. El último estudio de seroprevalencia del VIH realizado por el PNLS con el apoyo del ISCIII en 2004, reveló una seroprevalencia de 3,4% en mujeres y de 2,9% en los hombres. En jóvenes entre 15-24 años, la tasa de seroreactividad fue de 1,08% (0.3% en jóvenes de 15-19 a y 2.3% en jóvenes entre 20-24 años).

El mismo estudio de 1997 reportó una tasa de **1.49%** en las mujeres embarazadas. En 2008, la encuesta de seroprevalencia en la población general de gestantes, mostró que la tasa se había incrementado a **7.3%** (IC 6.0 – 8.8), es decir un aumento de 5 veces en los últimos 11 años. La prevalencia en el grupo de embarazadas entre 15-24 años se estimó a **5.9%**.

Desde 2005, las actividades desarrolladas por el PNLS con jóvenes entre 15-24 años se han limitado a campañas de IEC y formación de pares educadores, pero no existen actividades orientadas hacia los jóvenes entre 10-14 años, sobre todo niñas, quienes muestran una gran precocidad en el inicio de las actividades sexuales. Tampoco se han desarrollado actividades con embarazadas adolescentes.

En vista de esta situación, el PNLS, siguiendo las orientaciones del nuevo marco estratégico va a priorizar las acciones de prevención en el grupo de **10-24 años** con la finalidad de alcanzar a una reducción importante de la prevalencia del VIH en jóvenes

##### ❖ Poblaciones más expuestas: reducción de la prevalencia del VIH

N°	INDICADORES	Fuente	2008		2009		OBSERVACION
			N	%	N	%	
23	Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH	No Disponible					GE es un país con epidemia generalizada y no se dispone aún de estudios en poblaciones más expuestas.

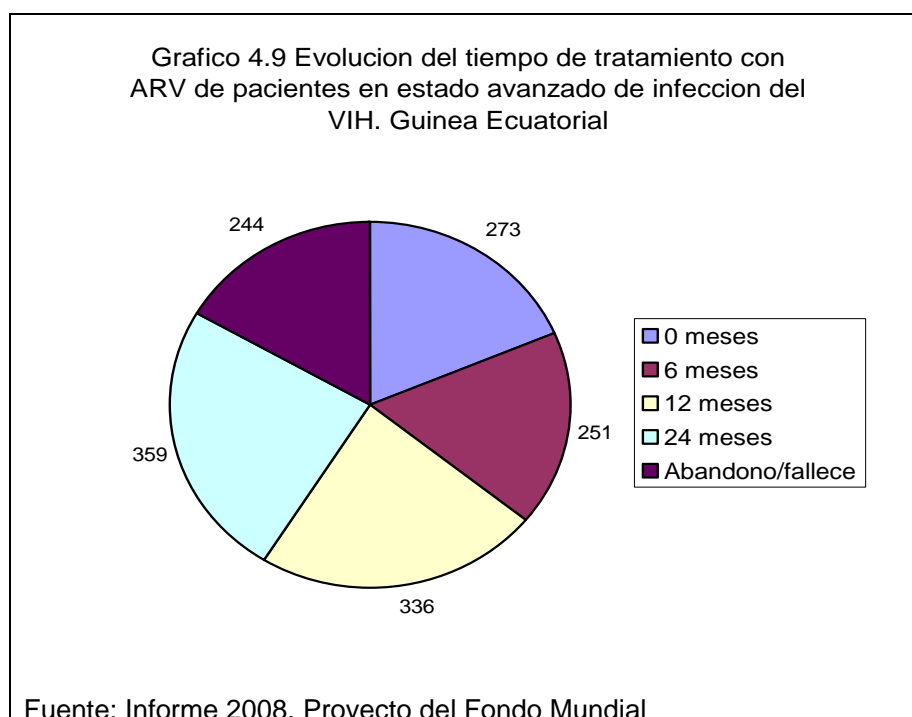
Hasta 2009, ninguna actividad estructurada ha sido desarrollada en estos grupos, con la finalidad de reducir la prevalencia del VIH.

❖ **Tratamiento del VIH: Supervivencia después de 12 meses de terapia antirretroviral**

N°	INDICADORES	Fuente	2008		2009		OBSERVACION
			N	%	N	%	
24	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretroviral	MINSABS/ PNL/ Proyecto del Fondo Mundial. Informe 2008	695/ 993	69%			Proxy: Medido al 31 de diciembre del 2008 el número de pacientes adultos y niños en que se tiene constancia de que cumplieron al menos 12 meses de tratamiento ARV; sobre el total de pacientes que han ingresado en tratamiento en las (UREI) desde 2003 hasta el 31 de diciembre 2007 (no incluye nuevos 2008)

En Guinea Ecuatorial, el tratamiento de pacientes con ARV se inicio en el 2003 en Bata y posteriormente se extendió a Malabo en el 2004.

De acuerdo a las informaciones disponibles en el PNL, a finales del 2008, se ha contabilizado un total de 1463 pacientes que han recibido alguna vez tratamiento ARV, de los cuales, 1219 (83.3%) se encuentran en tratamiento conforme a las informaciones proporcionadas por las farmacias de los UREI. Sin embargo, apenas se tiene el registro actualizado de 839, en las fichas clínicas. Un total de 244 (16.7%), no acuden a los UREI y por tanto se han clasificado como PVVIH que han abandonado el tratamiento o han fallecido (de esto ultimo no se tiene ninguna constancia. Al 31 de diciembre del 2008, se tiene constancia que 695 pacientes están con vida y han recibido tratamiento al menos 12 meses.



## ❖ Reducción de la Transmisión Materno-Infantil

N°	INDICADORES	Fuente	2006		2008		2009		OBSERVACION
			N	%	N	%	N	%	
25	Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas	PNLS				11%			Calculado con Spectrum

En Guinea Ecuatorial se tiene importantes dificultades en la aplicación de las diferentes estrategias para a reducción de la transmisión madre-hijo, debido a las limitaciones en el acceso, el uso de servicios de consejería y pruebas voluntarias, así como en servicios de salud reproductiva y materno-infantil, que tienen integradas intervenciones de prevención de la transmisión materno-infantil, incluidos la leche maternizada. Tampoco se dispone de estudios sobre lactancia materna en el país que permitiría medir con mayor precisión el indicador 25.

Desde 2003 hasta el 2008, las madres infectadas han sido tratadas únicamente con monoterapia. Con la introducción del nuevo protocolo de PTMH, ha sido posible el tratamiento de mujeres infectadas por el VIH, con bi-terapia o tri terapia.

Para poder realizar las mediciones utilizando Spectrum, se recogieron datos de la profilaxis de un 20.4% (monoterapia) en 2008. Se tuvo como referencia además, los datos de seguimiento del Programa Nacional que proporciona gratuitamente la leche maternizada hasta los 12 meses de vida, a los niños nacidos de madres infectadas

En 2008, un total de 161 mujeres embarazadas recibieron Nevirapina y 58 niños recibieron leche maternizada. Para Guinea Ecuatorial en 2008, el 11% de los niños nacidos de madres infectadas por el VIH, estarían a su vez infectados.

## **5. PRÁCTICAS ÓPTIMAS.**

El Programa Nacional de Lucha contra el Sida del MINSABS fue creado en 1988, inmediatamente después de que se registro el primer caso del VIH con la intención de hacer frente a la epidemia. Si bien ha existido mucha voluntad política de los diferentes decisores, no siempre ha sido acompañada de los recursos necesarios.

Las principales prácticas óptimas en materia de incidencia política y programática se definen a continuación:

### **5.1 INCIDENCIA POLÍTICA**

- Intervenciones de las autoridades en la sensibilización de la población en los actos públicos a favor de las medidas de prevención del VIH.
- La disponibilidad de los documentos del marco estratégico de lucha contra el VIH/SIDA y el plan de Urgencias 2009-2009 de lucha contra el VIH/SIDA
- La disponibilidad de los documentos de protocolos nacionales
- Varios decretos leyes a favor de la gratuidad de los tratamiento y seguimiento (PTMH, ARV)
- Promulgación de la ley sobre la prevención y la lucha de las ITS/VIH y las defensas de los derechos humanos de las personas afectadas
- La producción del plan marco estratégico multisectorial por haber sido implementado con la participación de la mayoría de los actores de instituciones gubernamentales, ONG, PVVIH y el apoyo del sector privado y ONG
- La formulación e implementación del proyecto Fondo Mundial es una experiencia multisectorial que ha generado mucha experiencia de éxitos y fracasos que ha servido para la consolidación de los sub-beneficiarios del proyecto

### **5.2 PROGRAMATICAS**

#### **5.2.1 PREVENCIÓN**

##### **- Prevención de la transmisión del VIH a través de transfusiones**

- Tamizaje del 100% de la sangre donada para VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

##### **- Test del VIH y conocimiento del estado serológico**

- La descentralización de los servicios de consejería y de la prueba del VIH
- La promoción de la prueba voluntaria y la consejería a nivel de todas las cabeceras provinciales (Luba , Evinayong, Mongomo , Ebebiyin y Annobon)
- La formación de asociaciones y las ONG en las campañas de sensibilización
- La formación de pares educadores en los diferentes centros del País
- Promoción de preservativos en grupos de riesgo durante las actividades de proximidad (educadores pares)

##### **- Manejo de las ITS**

- El manejo sindrómico de las ITS, dirigida a toda la población en General
- Capacitación de todos los responsables y facultativos de los centros públicos y privados en la estrategia del manejo sindrómico de las ITS

- La reproducción y distribución del protocolo del manejo sindrómico a todos los establecimiento sanitarios del país
- Compra de medicamentos para las infecciones de transmisión sexual y su entrega gratuita a los centros sanitarios

#### **- Prevención de la transmisión madre-hijo**

- El país dispone de un protocolo de atención en prevención de la transmisión de VIH de la madre al hijo
- Formación de formadores para implementación de la estrategia a nivel del país.
- Disponibilidad de una masa crítica de recursos humanos formados a la estrategia de la PTMH
- Medicamentos disponibles para la estrategia de PTMH.
- La disponibilidad de protocolo y las pruebas rápidas para el diagnóstico y confirmación
- La validación de un protocolo de seguimiento de los niños nacidos de la madre seropositivos y niños infectados
- La disponibilidad de formadores en la estrategia nacional de PTMH
- Aumento de la cobertura de la tri terapia
- La puesta en marcha de la estrategia de PTMH descentralizada en 23 maternidades de país y en el sector paraestatal y privado
- Actualización de protocolos, formación y distribución en todos los centros tanto privados como públicos del país.

#### **5.2.2 ATENCION INTEGRAL DE LAS PVVIH.**

- La creación de las UREI y su posterior descentralización
- Fortalecimiento y paliación de los laboratorios para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes bajo tratamiento (CD4 etc.)
- Reciclaje del personal de los centros públicos y privados en el manejo integral de las PVVIH
- Desarrollo de un sistema de compras y distribución de los medicamentos antiretrovirales en el País.
- Integración de las clínicas privadas en la atención y el manejo integral de las PVVIH.
- La gratuidad de los medicamentos ARV para el tratamiento de las PVVIH

#### **5.3 REFUERZO DE LA MULTISECTORIALIDAD**

- Reforzamiento de la participación de la Sociedad civil : ONG de PVVIH; Líderes comunitarios
- Planes multisectoriales implicando varios ministerios.
- Apertura del sector privado en tanto que beneficiario y con apoyo financiero a las acciones de prevención

#### **5.4 SISTEMA DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN**

- Disponibilidad de un Manual único nacional de seguimiento y evaluación

## 6. PROBLEMAS Y MEDIDAS CORRECTORAS

A pesar de los logros obtenidos en la lucha contra el VIH en Guinea Ecuatorial, la epidemia no ha sido controlada y muchas dificultades se han podido identificar a lo largo de los últimos años, que se deben en su mayoría a la falta de recursos técnicos capacitados y a la falta de asignación de presupuesto y/financiamiento. Resumen:

### Prevención

- **Mujeres embarazadas:** En 2008, se observa una alta prevalencia del VIH en mujeres embarazadas (7.3%) con diferencias muy grandes de acuerdo a la ocupación (19.7% en comerciantes, 15.4% en agricultoras y 13% en empresarias). Hay una baja cobertura del programa de PTMH (49%); los servicios son insuficientes en calidad a nivel de: test y consejería; profilaxis con ARV (20%); leche artificial; diagnóstico del VIH en el hijo de madre infectada (0%) y seguimiento de madres y niños seropositivos (no hay registros)
- **Personas más expuestas:** Apenas el 26.5% de los clientes de TS utilizan el preservativo (CAP 2006). Sin embargo, ni las TS ni los HSH han sido consideradas en ninguno de los programas de ningún sector del país a pesar de ser la población de más alto riesgo de infección por el VIH y entre los factores que explican esta situación está la falta de reconocimiento de su existencia. Otra población de alto riesgo es el Cuerpo Uniformado, siendo las intervenciones en este sector aun muy incipientes. En cuanto a las personas con ITS, el algoritmo para el manejo sindrómico de IST existe pero no se aplica. Registros insuficientes
- **Jóvenes 10-24 años:** Alta prevalencia del VIH en jóvenes (1.08% en 2004 y 5.9% en gestantes en 2008); frecuente embarazo en adolescentes (36% de los embarazos en 2008). Los jóvenes de 15-20 años reportan a 15 años la edad promedio en que iniciaron relaciones sexuales. Hay ausencia de intervenciones en adolescentes entre 10-14 años y aun no se ha introducido un curriculum sobre educación sexual en las escuelas.
- **Personas 15-49 años que necesitan consejería y test para conocer su estado serológico:** Si bien un alto porcentaje de la población sexualmente activa se ha realizado el test y conoce los resultados (32.5%-CAP 2006), no existen espacios apropiados de consejería confidencial pre y post-test; son pocos los recursos humanos capacitados; hay pocos registros de consejería pre-test y ausencia de registros de consejería post-test.

### Tratamiento, cuidado y apoyo

- **PVVIH:** Cerca de 3000 personas necesitan tratamiento y están cubiertos 1219 en 2008. Los servicios son insuficientes en número (2 centros para todo el país – cobertura del seguimiento 5% en 2007 con apenas 3 niños en tratamiento ARV en 2008). y en calidad (faltan servicios integrados de: prevención positiva, apoyo nutricional, apoyo psicosocial, seguimiento biológico, seguimiento del abandono). Falta equipamiento o está en desuso. Faltan una base de datos informatizada. Insuficiencia en el sistema de información.
  - **Coinfección-tuberculosis/VIH:** Aumento progresivo del número de casos de TB y de la coinfección TB/VIH, baja cobertura del tratamiento (10% en 2008); ausencia de coordinación entre los 2 programas.
  - **NHV:** No existen prácticamente intervenciones a ese nivel.
- El sistema nacional de monitoreo y evaluación apenas ha comenzado en 2009. Los detalles sobre los problemas (por indicador) y medidas correctoras, ver en la tabla que se presenta a continuación.

**GUINEA ECUATORIAL: PROBLEMAS ENCONTRADOS EN EL PNLS 2008-2009 Y MEDIDAS CORRECTORAS**

N°	Indicador	Problemas encontrados	Medidas correctoras
3	Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de un cribado sistemático con criterios de calidad que asegure la sangre donada. Por la ausencia de Bancos de sangre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe un Plan, a implementarse en el año 2010, para la instalación de un centro nacional de transfusiones en Bata con una antena en Malabo que debería contar con un plan de garantía de calidad externo del cribado sistemático para la detección del VIH</li> </ul>
4  24	<p>Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretroviral</p> <p>Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretroviral</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja cobertura y alto número de abandonos de pacientes en seguimiento y en tratamiento, debido probablemente a la centralización de los servicios de tratamiento de ARV.</li> <li>- Deficiencias en cantidad y calidad de las unidades de tratamiento que impiden que las personas seropositivas se adhieran a los servicios clínicos y de apoyo.</li> <li>- Ausencia de un sistema de rescate de abandonos al tratamiento</li> <li>- Falta de un protocolo nacional para el manejo pediátrico y personal no formado.</li> <li>- Incremento de conductas que favorecen la estigmatización en los servicios de salud y en la comunidad.</li> <li>- Existencia de una ley sobre la protección de los derechos de las PVVIH, pero que no se aplica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implicación de todos los centros de salud y puestos de salud en el seguimiento de PVVIH. Se tratara de implementar un sistema adecuado de referencia y contrarreferencia de pacientes.</li> <li>- Se elaboró un Plan de Urgencia para el sector salud 2009-2010 que permite dar respuesta a la baja cobertura del tratamiento ARV en Guinea Ecuatorial. Incluye un proceso de extensión del manejo integral de VIH/SIDA, a través de la creación de Centros de tratamiento ambulatorio. (2 han sido creados en 2009)</li> <li>- En el 2009 se creó la primera Federación de ONGs en la lucha contra el VIH/SIDA para la mayor integración y el refuerzo de las capacidades de la sociedad civil y las personas que viven con el VIH/SIDA para realizar el apoyo psicosocial, comunitario y la prevención positiva</li> <li>- Se ha elaborado un protocolo nacional de manejo pediátrico de VIH en el 2008 (incluido en la PTMH) y se ha iniciado con las formaciones del personal a finales del 2009. Esta formación va a continuar en 2010</li> <li>- Implementación de las actividades de difusión de la Ley sobre la protección de los derechos de las personas viviendo con el VIH.</li> </ul>

N°	Indicador	Problemas encontrados	Medidas correctoras
5	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibe medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero insuficiente de centros que prestan los servicios de salud reproductiva y por lo tanto, poca accesibilidad de la población a los servicios prenatales y de PTMH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acelerar el proceso de descentralización de los servicios de PTMH a nivel nacional, incrementando el número de centros que prestan servicios de calidad de atención prenatal y PTMH</li> </ul>
25	Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiencia en cantidad y calidad de los recursos humanos que prestan los servicios de atención prenatal, parto y el puerperio y la falta de integración de las parteras tradicionales al programa, todo ello repercute en:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Baja cobertura de los servicios de atención prenatal, parto y posnatal.</li> <li>o Baja cobertura de los servicios de despistaje en mujeres embarazadas</li> <li>o Baja cobertura de mujeres seropositivas que reciben tratamiento ARV para la PTMH.</li> </ul> </li> <li>- La aplicación de un protocolo no actualizado conforme con las recomendaciones internacionales</li> <li>- Falta de un buen mecanismo de supervisión y seguimiento de la aplicación de la estrategia.</li> <li>- Falta de seguimiento /acompañamiento de las parejas.</li> <li>- Las deficiencias en el seguimiento de los RN de madres seropositivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se necesita urgentemente la puesta en marcha de la hoja de ruta 2009-2010 para acelerar la reducción de la mortalidad materna y neonatal en Guinea Ecuatorial.</li> <li>- Continuar con la formación del personal de atención prenatal en el nuevo protocolo de la PTMH</li> <li>- La aplicación del Protocolo Nacional de Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH recientemente actualizado 2008-2009 bajo las recomendaciones internacionales actuales, que incluye un esquema combinado de ARV y otros componentes (suministro de insumos, liderazgo, supervisión, monitoreo de las actividades, etc.)</li> <li>- Asegurar el seguimiento y supervisión de la aplicación de la estrategia en todos los niveles.</li> <li>- La integración de los servicios de despistaje y de consejería en todos los servicios de atención prenatal, parto y posnatal para la madre y su pareja</li> <li>- Solicitar a ONGs el apoyo para la intervención comunitaria en el rescate de madres seropositivas y sus niños</li> </ul>



N°	Indicador	Problemas encontrados	Medidas correctoras
6	Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiencias en la coordinación entre los programas de lucha contra el SIDA y de lucha contra la TB.</li> <li>- La falta de un protocolo de manejo de la coinfección TB/VIH.</li> <li>- Deficiencia en el seguimiento de los pacientes con coinfección TB/VIH</li> <li>- Deficiencias en la consejería pre y post test que favorece el bajo porcentaje de pacientes tuberculosos que aceptan la realización del test rápido de VIH y viceversa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crear un órgano de coordinación de los dos programa para la elaboración de un protocolo de manejo de la coinfección y la armonización de las actividades (de gestión, supervisión y asistenciales).</li> <li>- Elaborar el protocolo de manejo de la coinfección TB/VIH.</li> <li>- Reforzar el sistema de rescate de los pacientes co infectados.</li> <li>- Establecer los servicios de despistaje en todos los centros de atención al paciente con tuberculosis, que integre los servicios de consejería pre y post test.</li> </ul>
7	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiencia de las actividades de prevención dirigidas a la población sexualmente activa.</li> <li>- Ausencia de actividades estructuradas de intervención en poblaciones más expuestas.</li> <li>- Inexistencia de servicios de Asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH fuera de los servicios de salud convencionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforzar las capacidades de la Sociedad Civil en acciones de prevención en todos los grupos poblacionales 10-49 años</li> <li>- Crear mecanismos que favorezcan la creación de ONGs en la lucha contra el SIDA, orientados hacia poblaciones más vulnerables</li> </ul>
8	Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilitar centros (urbanos y rurales) para asesoramiento y pruebas voluntarias.</li> <li>- Se pretende incrementar los servicios de consejería en todo el ámbito nacional con dotación de insumos y formación del personal en consejería pre y post test.</li> </ul>
13	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de una Guía Integral de Consejería. (Actualmente la guía de consejería se encuentra fragmentada en cada uno de los protocolos</li> <li>- Poca formación del personal en asesoramiento y pruebas del VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La elaboración y puesta en marcha de una Guía simple de Consejería que pueda ser aplicada en todos los servicios de salud y en los centros para jóvenes.</li> <li>- Mejorar los conocimientos del personal sanitario, de los medios de comunicación social y de ONGs en materia de prevención.</li> </ul>

N°	Indicador	Problemas encontrados	Medidas correctoras
15	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	- Falta de un plan integral de comunicación y marketing (PICM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar y poner en marcha un plan integral de comunicación y marketing (PICM) con los siguientes componentes:</li> <li>* Estudio de problemas y necesidades en cada grupo poblacional</li> <li>* Identificación de preferencias en los canales de comunicación</li> <li>* Identificación de los tipos/estrategias de comunicación a utilizar (IEC, CCC, CCS)</li> <li>* Elaboración de un plan integral de comunicación y marketing que busca como fin ultimo el cambio en el comportamiento y que tiene en cuenta a cada grupo en situación de vulnerabilidad (jóvenes 10-24 años, embarazadas, grupos más expuestos, personas con ITS...)</li> <li>* Elaboración de mensajes clave y canales de comunicación adecuados para cada grupo.</li> </ul>
16	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Involucrar los medios de comunicación social para la divulgación de la información relacionada al VIH.</li> <li>- Priorizar las intervenciones hacia la población comprendida entre 10-19 años (visto el alto porcentaje de embarazos en menores de 15 años y la temprana edad de inicio de la actividad sexual en mujeres) con mensajes orientados hacia la prevención del embarazo en adolescente/no deseado y de ITS/VIH y que promuevan la toma de decisiones reflexionada sobre las ventajas de: retardar el inicio de la actividad sexual, reducir en el numero de parejas sexuales y utilizar del preservativo</li> <li>- Implementación de estrategias de proximidad y CCC dirigido a jóvenes de 10-24 años.</li> </ul>

N°	Indicador	Problemas encontrados	Medidas correctoras
17	Porcentaje de mujeres y varones 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 durante la última relación sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de un plan de marketing social de preservativos en el país.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Involucrarse en el planteamiento de los países de África Central con el apoyo de la Cooperación Alemana para el desarrollo de un proyecto de marketing social de preservativos</li> <li>- Crear centros de información para jóvenes que ofrezcan servicios de CCC en prevención del embarazo en adolescente, embarazo no deseado, VIH/ITS</li> </ul>
22	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectado por el VIH (anual)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia de estudios orientados a conocer mejor la epidemia en jóvenes entre 15-24 años</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificar estudios de prevalencia en embarazadas y en jóvenes de 10-24 años (y no de 15-24 años pues las intervenciones deben comenzar a los 10 años, si se quiere medir efectos a los 15-24 años)</li> </ul>
10	Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil (Cada 4-5 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia de intervenciones en NHV descritas en el primer marco estratégico. Por lo tanto, ningún Ministerio dispone de recursos para intervenir en este grupo poblacional</li> <li>- Poco desarrollado el sistema de protección de infancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introducción en el nuevo plan estratégico de acciones específicas en beneficio de los NHV.</li> <li>- Se espera la asignación de recursos a los Ministerios para la protección y atención holística de los NHV y otras intervenciones orientadas a la prevención del VIH</li> </ul>
12	Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad (cada 4-5 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia de encuestas específicas que permitan conocer la situación de los niños huérfanos y niños vulnerables.</li> <li>- Pocas organizaciones dedicadas a la atención holística de HNV que implique un apoyo a nivel escolar, nutricional, sanitario y psicosocial</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar una encuesta de niños huérfanos y otros niños vulnerables.</li> <li>- Reforzar las acciones de las ONG interesadas en trabajar con HNV</li> </ul>
11	Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se han normalizado el currículum y los módulos de VIH en la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normalizar a través de una Orden Ministerial en la que se introduce el currículo sobre el VIH en las escuelas de Guinea Ecuatorial.</li> </ul>

N°	Indicador	Problemas encontrados	Medidas correctoras
9	Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de encuestas dirigidas a poblaciones más expuestas.</li> <li>- La población más expuesta no está identificada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se está planteando la realización de estudios específicos en poblaciones más expuesta (trabajadoras sexuales, privados de libertad, consumidores de drogas, hombres que mantienen sexo con hombres)</li> </ul>
14	Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia de organizaciones de la sociedad civil dedicada a la atención de población más expuestas (TS, HSH, CDI) así como de otros grupos de alto riesgo identificadas en el último estudio de seroprevalencia en mujeres embarazadas (comerciantes, agricultoras, empresarias)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La creación de ONGs cuyas actividades vayan dirigidas a poblaciones más expuestas.</li> <li>- Reforzar las acciones de ONG interesadas en trabajar con poblaciones más expuestas.</li> </ul>
18	Porcentaje de TS varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente.		
19	Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina.		
20	Porcentaje de CDI que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual.		
21	Porcentaje de CDI que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó.		
23	Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH		

N°	Indicador	Problemas encontrados	Medidas correctoras
	<b>Vigilancia, Monitoreo y Evaluación</b> (Ver detalles en punto 8. sobre M&E)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pocos mecanismos de seguimiento de la epidemia (pocas encuestas poblaciones o específicas y vigilancia epidemiológica)</li> <li>- Baja aplicación del sistema de seguimiento y evaluación para recogida regular de la información.</li> <li>- Deficiencias en el sistema de seguimiento de los dos programas PNLS y PNLT del manejo de la coinfección (registros)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Llevar a cabo otra encuesta de seroprevalencia, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde la última encuesta realizada en el año 2004.</li> <li>- La EDS es una oportunidad para dar respuesta a la ausencia de datos con base a encuestas población, prevista para 2010.</li> <li>- Se elaboró en el 2008-2009 el primer Manual Nacional de Monitoreo y Evaluación del PNLS y se está llevando a cabo 2009-2010 formaciones del personal en todo el ámbito nacional para su puesta en marcha.</li> <li>- Aplicación del sistema de información (registros, colecta de datos, gestión, análisis, reporte) en lo que se refiere a la coinfección en los dos programas</li> </ul>

## **7. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS.**

### **Apoyo del SNNUU y la Cooperación Internacional**

Guinea Ecuatorial no dispone de verdaderos socios para el desarrollo como ocurre en la mayoría de los países africanos. El país es responsable totalmente de su auto desarrollo, por lo que no depende, entonces, del financiamiento externo para la salud. Los fondos públicos representan más del 95% del financiamiento total para la salud.

El Ministerio de Sanidad y Bienestar Social dispone de un marco de concertación con los socios para la salud (Servicio de Cooperación) cuyo funcionamiento es muy deficitario sobre todo en los aspectos de paternariado, de movilización de recursos y de funcionamiento interno.

Ante esta falta, el Sistema de las Naciones Unidas ha dispuesto una reunión semestral que permite al cuerpo diplomático y a las agencias del Sistema de las Naciones Unidas, encontrarse y discutir sobre las cuestiones relacionadas con la puesta en marcha del UNDAF. Para el periodo 2009-2013, el Marco de Asistencia al Desarrollo de Naciones Unidas (UNDAF) concretiza las opciones estratégicas del SNNUU y los resultados esperados se fundamentan en la interrelación entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y las políticas y planes para el desarrollo de la República de Guinea Ecuatorial.

El Ministerio de Cooperación Internacional y Francofonía ha puesto en marcha un Comité Nacional de Coordinación, Seguimiento y Evaluación de la Cooperación Internacional CONCOORD como órgano nacional de coordinación. Su objetivo principal es organizar, coordinar y hacer seguimiento y evaluación de la cooperación internacional. Reorienta los campos y las modalidades de cooperación, tanto multilateral como bilateral.

La cooperación con Francia, Estados Unidos de América y China es débil y es casi inexistente con otros países desarrollados e instituciones internacionales (Canadá, Alemania, Unión Europea). Cuando existe, se sostiene financieramente por el mismo país.

En el país apenas hay ONGs internacionales. En el campo de la salud, sólo la Federación Española de las Religiosas Sanitarias (FERS) trabaja como una verdadera organización no gubernamental internacional. Esta organización se sitúa entre los centros de salud que apoya las actividades de prevención del VIH.

La Cruz Roja de Guinea Ecuatorial, miembro de la Federación de la Liga de la Cruz Roja y Media Luna Roja, es una ONG de dimensión nacional y que opera activamente en el sector de salud. No existe en el país una plataforma de ONGs de la sociedad civil para la salud.

El Sistema de las Naciones Unidas compuesto de solo 5 Agencias (UNDP, UNFPA, UNICEF, OMS, FAO) que residen en el país, conforman los verdaderos y únicos socios para el desarrollo en los dominios de salud y población.

Además del apoyo concreto actual de la UNDP con la gestión del proyecto del FM, el Sistema de Naciones Unidas apoya ampliamente a todas las iniciativas del gobierno, a través de sus agencias presentes en la RGE. Las actividades concretas se orientan a la prevención, vigilancia y gestión. Participa en campañas masivas de sensibilización (UNICEF, UNFPA, OMS), actividades de IEC a nivel nacional (UNFPA) y a nivel rural

(FAO); entrega de preservativos (UNFPA); o con el proyecto de Protección, VIH y la Salud del Niño (UNICEF). También acompaña al gobierno brindando asistencia técnica con consultores especializados, desarrollo de talleres y vigilancia epidemiológica (OMS en tanto que presidente del grupo temático VIH/SIDA).

El Instituto de Salud Carlos III, financiado por la Cooperación Española, está presente en Guinea Ecuatorial desde 1990. Desde el año 2000, con el proyecto Centro de Referencia de Control de Endemias (CRCE), interviene en problemas como el Paludismo, la TB, la Tripanosomiasis, las ITS y el VIH/SIDA. En lo que se refiere a este último, ha brindado apoyo técnico en las Unidades de Referencia de las Enfermedades Infecciosas (UREI) respecto al seguimiento y tratamiento de pacientes; realiza estudios de CAP, estudios de prevalencia; y, participa en la vigilancia epidemiológica, seguimiento de PVVIH y de pacientes en tratamiento con ARV y en el monitoreo y evaluación de las acciones. Recientemente bajo el liderazgo del PNLS ha iniciado la estrategia de descentralización de las Unidades de Diagnóstico y Tratamiento, cuyo objetivo principal es llevar a todas las provincias del país el manejo integral de los PVVIH, incluyendo en la misma al sector privado. Esta estrategia comenzó desde el año 2009, comenzando con un proyecto piloto en la ciudad de Bata, con dos centros.

Desde 1972, la Cooperación Cubana se ha hecho presente con el apoyo a la formación de profesionales de la salud ecuatoguineanos tanto en Guinea Ecuatorial como en Cuba. Entre 2006-2007 terminaron sus estudios 101 médicos los cuales están actualmente distribuidos en la mayoría de los hospitales. La Brigada Médica Cubana compuesta por médicos especialistas y generalistas (151 en 2007), distribuidos en todo los centros de salud y hospitales del país, son responsables de seguir los programas de salud en general y de contribuir al control del VIH/SIDA. Es decir; esta esencialmente orientada para la formación de personal de salud, gracias a la financiación propia del país.

Ni el Banco Mundial ni ONUSIDA como tal, están presentes en Guinea Ecuatorial.

La puesta en marcha de las actividades de OMS en Guinea Ecuatorial en el curso del bienio 2008-2009 ha sido enmarcada en el contexto de la estrategia de Cooperación con el País 2008-2013. El plan de trabajo/presupuesto 2008-2009 constituye la primera fase de la puesta en marcha de la Estrategia de Cooperación. La Agenda estratégica de SCP 2008-2013 guía la asistencia de la OMS a Guinea Ecuatorial. Específicamente en el Objetivo Estratégico 2: VIH/sida, Tuberculosis y Malaria; ha jugado un rol importante en este bienio 2008-2009, brindando un apoyo técnico de calidad y financiero en la elaboración de planes estratégicos, módulos de formación, formaciones y protocolos.

## **8. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACION**

### **Panorama general del sistema actual de vigilancia y evaluación**

El sistema de salud de Guinea Ecuatorial carece de un Plan Nacional de V&E integral único. En su lugar, cada programa ha elaborado su plan sin que se haya producido una integración al Sistema de Información Sanitaria (SIS).

Esto comporta una segmentación extraordinaria de la información y la imposibilidad sub-siguiente de hacer una gestión en base a la información.

Actualmente el SIS recoge fundamentalmente información de producción asistencial, pero no sirve como sistema de alerta epidemiológica ni permite conocer la morbilidad-mortalidad nacional. No existe un sistema de codificación de las enfermedades, ni a nivel hospitalario ni mucho menos a nivel de atención primaria. En general, la información de salud existente presenta importantes lagunas y la que se recolecta no permite la toma de decisiones pues no se dispone de ella oportunamente.

Algunos programas han realizado importantes avances en materia de sistemas de información, pero permanecen como vanguardias individualizadas y aisladas.

El programa de VIH/SIDA cuenta con un sistema de M&E que permite obtener información sobre los 18 indicadores retenidos con el proyecto financiado por el FM de forma oportuna y adecuada, pero el sistema de recolecta de datos es muy débil, requiriéndose una misión trimestral que verifica los datos registrados en los propios centros, fuentes primarias de los mismos. No existe, por tanto, un “empoderamiento” por parte del SIS de este proceso ni una integración de esta información al mismo. No existen niveles de consolidación superiores que estén funcionando correctamente ni una sistematización integrada de las bases de datos.

### **Antecedentes**

El análisis de situación del sistema de vigilancia, monitoreo y evaluación llevado a cabo en 2007 por el PNLS, con el apoyo de 1 experto nacional y 1 internacional, mostró que los datos eran débiles y los decisores no los utilizaban. Esta situación se debía fundamentalmente por insuficiencia a nivel técnico, organizacional y del comportamiento individual<sup>10</sup>.

El nivel técnico se caracterizó, según el mencionado estudio, por la insuficiencia de capacidad humana (cantidad y calidad) y material para la recogida y análisis de los datos a todos los niveles de la pirámide sanitaria.

En el nivel organizacional se señalaba una ausencia o debilidad marcada de la «Cultura de los datos» y poca utilización de los datos existentes.

En cuanto al comportamiento individual, se señalaba que el personal dedicado al seguimiento y evaluación del SIS era muy escaso.

---

<sup>10</sup> Manual de Seguimiento y Evaluación del Proyecto y Programa Nacional de Lucha contra el VIH/sida en Guinea Ecuatorial que no llegó a ser validado, Marzo 2007



En mayo de 2007 se elaboró el Manual de Seguimiento y Evaluación del Proyecto y Programa Nacional de Lucha contra el VIH/sida en Guinea Ecuatorial, el cual no llegó a ser validado nunca oficialmente.

En marzo 2009 se realizó un taller para el fortalecimiento de los sistemas nacionales de M&E. El principal está en el hecho de asignar tiempo y recursos a la elaboración de una propuesta de M&E. Las principales debilidades identificadas en relación al VIH/sida fueron las siguientes:

:

- a) En el área de Planes de M&E:
  - La no existencia de un Plan nacional de M&E
  - La segmentación del SIS
  - Falta de presupuesto en el MSBS asignado a M&E
  - Ausencia de indicadores de calidad de la formación
  - Ausencia de retroalimentación
- b) En el área de Capacidades de Gestión de Datos:
  - La ausencia de dotación presupuestaria suficiente así como déficits en la capacitación de los RRHH lo cual está agravada por la elevada rotación del personal y su escasa motivación.
  - No hay una identificación clara de los responsables de la revisión de la calidad de los datos, ni procedimientos escritos
  - No se utilizan los mecanismos de retroalimentación
  - El PNLS no se ha “empoderado” de la gestión de los datos del programa
  - No funciona el comité técnico del CCM en su rol de revisión técnica de documentos y de hacer seguimiento de los indicadores que reportan al Fondo Mundial.
- c) En el Área de Notificación de datos:
  - No hay un sistema de identificación única de los pacientes, lo que hace posible la doble contabilización
  - No existe un sistema informatizado y en los hospitales el SIS carece de equipos PC
  - No existe un sistema de control de la calidad de la información
  - No existe un sistema de auditoria de la calidad del aprendizaje ni un sistema de control que discierna las capacitaciones recibidas por individuo
  - Falta de coordinación entre las actividades del PNLS, las ONG's y entre ellas mismas
  - No existe una estandarización en el sistema de reportes ni en el proceso de envío de la información. Tampoco existe un sistema de reconciliación de la información a nivel intermedio
  - Falta de asignación de responsabilidades a nivel operativo para la recolecta de datos

En Julio de 2009 se procedió a la actualización del Manual Nacional de Seguimiento y Evaluación de Mayo 2007 mediante trabajo de consenso de expertos en la materia identificado por el Programa Nacional de Lucha Contra el SIDA (PNLS) y posteriormente, durante los días 13, 14 y 15 de julio de 2009, se procedió a la revisión del Manual y a la aprobación del documento final en un seminario oficial desarrollado en la ciudad de Luba.

Este Manual Nacional de M&E ha definido 65 indicadores entre los que se encuentran los 25 indicadores UNGASS.

Se han capacitado en la implementación del Manual de M&E aprobado a más de 70 personas implicadas en las funciones de seguimiento y evaluación tanto del nivel periférico como del nivel central.

### **Características principales del Sistema de M&E implementado**

A fin de recolectar la información necesaria a través de los Registros Rutinarios en las unidades operativas, quince tipos de herramientas<sup>11</sup> han sido diseñadas para la gestión, el seguimiento y la evaluación del PNLS, cada una de las cuales cuenta con varios tipos de formularios.

El proceso de recolecta de datos empieza por el registro correcto y sistemático de los datos primarios por los centros de salud, los hospitales, los equipos de IEC, los jóvenes educadores de pares, las ONG's, y toda organización que realiza actividades en el marco programa. Este registro se hace con las herramientas diseñadas para tal fin.

Al final de cada mes, los jefes de los diferentes servicios-unidades asistenciales (incluyendo las farmacias y laboratorios) deben remitir una copia de los registros mensuales (libros de registros) al encargado responsable del Sistemas de Información Sanitaria (SIS) del establecimiento sanitario (centro de salud y/o hospital). El encargado del SIS recopila todos los registros, analiza la calidad de los mismos y elabora el informe consolidado del establecimiento, con el análisis correspondiente que remite al Jefe del Establecimiento. El responsable del SIS en el establecimiento debe retro-alimentar a los servicios productores de la información las dificultades e indicar las recomendaciones oportunas.

El responsable del establecimiento remitirá la información consolidada de su centro a las entidades de nivel superior; en los niveles distritales, provinciales y regionales respectivamente se consolidará la información, se revisará la calidad de los datos obtenidos para el área territorial correspondiente y se remitirá, con el informe correspondiente, a las delegaciones regionales. Así mismo, se hará la retro-alimentación hacia los productores de los datos con las recomendaciones oportunas.

Cada trimestre los directores distritales de salud, los delegados provinciales y los responsables regionales deberían organizar, para sus áreas de influencia respectiva, un taller de difusión de la información, cosa que no ha podido instaurarse todavía

Los jefes de servicios, directores de establecimientos y delegados (provinciales y regionales) de salud tienen la obligación de archivar los registros utilizados por ellos y una copia de los informes que reciben o producen.

A nivel de cada distrito, provincia y región, los encargados del SIS tienen la responsabilidad de recibir los informes de las estructuras inferiores, controlar su calidad, procesar, analizar los datos de acuerdo a los indicadores que deben ser seguidos a estos niveles y producir un informe para el director o delegado/delegada.

Las Células Sectoriales de los diferentes ministerios deben elaborar también sus informes que envían directamente al SIS y la Coordinación Multisectorial del PNLS.

---

<sup>11</sup> Estas catorce herramientas presentan diferentes tipos de sub-herramientas o fichas de registro que suman un total de 37 modelos diferentes que se presentan en el anexo II del presente documento.

### **Problemas afrontados en la aplicación del sistema de vigilancia y evaluación**

Posiblemente el escaso involucramiento del personal de los establecimientos de salud en la recolección diaria de la información y la elaboración de los resúmenes mensuales de sus respectivas unidades constituye una de las principales debilidades de la respuesta nacional.

La próxima finalización del proyecto del FM, cuya unidad de M&E ha venido asumiendo en sus misiones trimestrales de supervisión esta labor de elaboración de los resúmenes de las diferentes unidades y de los consolidados del centro, es una amenaza importante que obliga a implementar estrategias urgentes de actuación.

Por otra parte, un reclamo repetido por la mayoría de los establecimientos, es que no existe una correcta retro-alimentación de la información desde el nivel central del MINSABS, lo cual influye en la escasa aceptación de cualquier sistema de información.

Finalmente, los bajos niveles de informatización en los hospitales distritales constituye una dificultad sobre añadida junto a la incorrecta funcionalidad de las UREI y la escasez de recurso humano en los centros que dificultan el que se puedan implementar circuitos administrativos en el flujo de pacientes que ayudarían a los procesos de admisión y afiliación.

### **Medidas correctoras ideadas para solucionar los problemas**

El ISCIII-CRCE ha desarrollado una historia clínica que ha sido implantada a finales del año 2009 en los Centros de Salud Madre Rafos y María Gay<sup>12</sup>, pero no en las UREI.

Dentro de las actividades del PNLs con apoyo del proyecto del FM y otros socios previstas para el año 2010 se encuentra el desarrollo de un aplicativo que integre el anterior módulo clínico con otros relativos a la Base de Datos de Pacientes, Registro de la Actividad de la UREI, Módulo de Recetas (medicamentos y leche), Módulo de Test-Laboratorio-Transfusiones y el Módulo de Gestión de Almacenes. Este desarrollo informático se hará a través de una Asistencia Técnica externa.

Actualmente se está alimentando a partir de la información de afiliación de las historias clínicas, la base de datos de PVVIH que están siendo seguidas y/o tratadas con ARV. También el tratamiento informático de las recetas médicas ha permitido poder realizar análisis más exhaustivo sobre la demanda de medicamentos como sobre el número de PVVIH que retira medicación, número superior al de las historias clínicas activas<sup>13</sup>.

Una segunda línea de acción para corregir las deficiencias observadas en el sistema de M&E es la capacitación de las estructuras del PNLs y del MINSABS para lo cual se cuenta con el apoyo de los socios para la cooperación (proyecto del FM, OMS, CRCE-ISCIII, etc).

---

<sup>12</sup> En este último todavía no se está utilizando por el personal

<sup>13</sup> La información clínica de los expedientes médicos no siempre está actualizada por múltiples motivos (dificultad de hallar el expediente por un mal archivo del mismo, presión asistencial, atención del paciente fuera de los centros públicos aunque por los mismos médicos, etc.)

**9 ANEXO 1:** Proceso de consulta y preparación del informe nacional sobre el seguimiento de la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida.  
Pagina 34

1) ¿Qué instituciones o entidades tenían la responsabilidad de rellenar los formularios de los indicadores?

a) CNS o equivalente: Sí

b) PNS: Sí

c) Otras: Ministerio de Educación, Ministerio de Asuntos Sociales y Promoción de la mujer.

2) Con aportaciones de

Ministerios:

-Educación: Sí

-Salud: Sí

-Trabajo: No

Relaciones Exteriores: No

-Organizaciones de la sociedad civil: Sí

-Personas que viven con el VIH: Sí

-Sector privado: Sí

-Organizaciones de las Naciones Unidas: Sí

-Organizaciones bilaterales: Sí

-ONG internacionales: Sí (Cruz Roja)

Otras: No

3) ¿Se debatió el informe en un gran foro?: Sí

4) ¿Se almacenan centralmente los resultados de la encuesta? Sí

5) ¿Están disponibles los datos para consulta pública?: Sí

6) ¿Quién es el responsable de la presentación del informe y del seguimiento en caso de que haya preguntas sobre el Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS?

Nombre / cargo: (1) Director General de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el sida: Dr. Graciano Vicente Ebale Ndong Micue

(2) Director Nacional del PNL: Dr. Nemesio Abeso

Fecha: 29 de Marzo 2010.

Firma:

Sírvanse proporcionar información completa de contacto:

Dirección: Dirección General de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el sida  
(Ubicado físicamente en el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social)

Correo electrónico: cheryndong@yahoo.es

Teléfono: 00240501632

**ANEXO 2:** Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional.

Lista de Participantes en el Proceso de Elaboración del Informe

<b>SECTOR GUBERNAMENTAL</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	<b>E-MAIL</b>
1- Director General de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el sida.	Dr. Vicente Graciano EBALÉ NDONG	cheryndong@yahoo.es
2- Ministerio de Sanidad y Bienestar Social		
o Director Nacional del PNLS	Dr. Nemesio ABESO EYI	nemesioa@yahoo.es
o Coordinador de la Región Continental del PNLS	Don Amancio EKOHO	Aman180809@yahoo.es
o Sistema de Información Sanitaria	Don Eugenio EDU	-
o Coordinador del PNLT	Don Juan EYENE	juaneyene@hotmail.com
o Epidemiólogo MINISABS	Don Juan EBALÉ	-
o Coordinadora Nacional del PNSR	Doña Gertrudiz NZANG	-
o Jefe de Servicio de la UREI-Malabo	Dra. Arsenia NCHAMA	-
o Jefe de Servicio de la UREI-Bata	Dr. Justo ALOGO	-
o Jefe de Vigilancia de los laboratorios	Don Juan Manuel NDEMESOGO	-
3- Ministerio de Educación	Mariano OWONO	-
4- Ministerio Asuntos Sociales y Promoción de la mujer	Pedro BOSEPE Ester NSUE	- -
<b>SECTOR PARA-PUBLICO</b>		
INSESO ( Policlínico Dr. Loeri Comba)	Dr. Felipe Sergio ETAME Licenciado Fernando ABAGA	Abaga_fanc@hotmail.com
<b>SOCIEDAD CIVIL Y OTROS SECTOR NO GUBERNAMENTALES</b>		
ONG Sport Link	Jesus NDONG	sportlinkplus@yahoo.com
ONG Salud Positiva (PVVIH)	Manuel NDONG	saludpositiva@yahoo.es
ONG AMUSIDA	Marciana AVOMO Director de la escuela privada Sagrada Familia MBASOGO: Sergio MBA	
Cruz Roja	Basilio NDONG	basiliondong@yahoo.es
<b>ORGANISMO DE COOPERACION BILATERAL</b>		
CRCE-ISCIH	Manuel NZI NZANG Jose Luis CENHAL	mnzi@crce-guinea.org
<b>SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS</b>		
PNUD/FM	Doña Angela De TOMASSI Dr. Luis BUSCARONS Dr. Antonio Mª OYONO	de.tommasi.angela@undp.org luis.buscarons@undp.org antonio.maria@undp.org
UNICEF	Doña Erika Lopez	elopezmarco@unicef.org
Punto Focal UNGASS, 2010 OMS/GE	Dra. Angela Katherine LAO	Katy200857@hotmail.com
Consultora Internacional DAT/AOC/ONUSIDA	Dra. Elizabeth Ponce	Ponce_elizabeth@yahoo.fr
Anterior Representante de la OMS en Guinea Ecuatorial	Dr. M`pele Kilebou Pierre	mpelep@hotmail.com
Representante de la OMS en Guinea Ecuatorial	Dr. Abou Beck Gaye	gayebeckr@yahoo.fr

Lista de Participantes en el Taller de Validación del Informe

<b>SECTOR GUBERNAMENTAL</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	<b>E-MAIL</b>
5- Director General de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el sida.	Dr. Graciano Vicente EBALÉ NDONG	cheryndong@yahoo.es
6- Ministerio de Sanidad y Bienestar Social		
o Director Nacional del PNLS	Dr. Nemesio ABESO EYI	nemesioa@yahoo.es
o Coordinador de la Región Continental del PNLS	Don Amancio EKOHO	Aman180809@yahoo.es
o Sistema de Información Sanitaria	Don Eugenio EDU	-
o Coordinador del PNLT	Don Juan EYENE	juaneyene@hotmail.com
o Epidemiólogo MINISABS	Don Juan EBALÉ	-
o Jefe de Servicio de la UREI-Malabo	Dra. Arsenia NCHAMA	-
o Jefe de Servicio de la UREI-Bata	Dr. Justo ALOGO	-
o Jefe de Vigilancia de los laboratorios	Don Juan Manuel NDEMESOGO	-
7- Ministerio de Educación	Mariano OWONO	-
8- Ministerio Asuntos Sociales y Promoción de la mujer	Pedro BOSEPE Ester NSUE	- -
<b>SECTOR PARA-PUBLICO</b>		-
INSESO ( Policlínico Dr. Loeri Comba)	Fernando ABAGA	Abaga_fanc@hotmail.com
<b>SOCIEDAD CIVIL Y OTROS SECTOR NO GUBERNAMENTALES</b>		
ONG Sport Link	Jesus NDONG	sportlinkplus@yahoo.com
ONG Salud Positiva (PVVIH)	Manuel NDONG NSUE	saludpositiva@yahoo.es
Cruz Roja	Basilio NDONG BEYEM	
<b>ORGANISMO DE COOPERACION BILATERAL</b>		basiliondong@yahoo.es
Asistente Técnico de VIH-CRCE-ISCIH	Don Manuel NZI NZANG	mnzi@crce-guinea.org
<b>SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS</b>		
Experto Internacional en Monitoreo y Evaluación del Proyecto del Fondo Mundial en Guinea Ecuatorial) GFATM	Dr. Luis BUSCARONS	luis.buscarons@undp.org
(Experto Nacional en Monitoreo y Evaluación del Proyecto del Fondo Mundial en Guinea Ecuatorial) GFATM	Dr. Antonio Maria OYONO	antonio.maria@undp.org
UNICEF	Doña. Erika LÓPEZ	elopezmarco@unicef.org
Punto Focal UNGASS, 2010 OMS/GE	Dra. Angela Katherine LAO	Katy200857@hotmail.com
Consultora Internacional DAT/AOC/ONUSIDA	Dra. Elizabeth PONCE	Ponce_elizabeth@yahoo.fr