Informe Temático sobre el Objetivo de Desarrollo del Milenio Nº 4: "Reducir la Mortalidad de los niños y las niñas menores de 5 años"

Malabo, Mayo 2014

Con el apoyo técnico de

INDICE

PARTICIPANTES EN LA ELABORACION DEL INFORME TEMATICO ODM 4: "REDUCIR LA MORTALIDAD EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS" ---------- 4

PALABRAS DEL EXCMO. SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA, PLANIFICACION E INVERSIONES PÚBLICAS Y DEL EXCMO. SEÑOR REPRESENTANTE RESIDENTE DEL PNUD Y COORDINADOR DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS EN GUINEA ECUATORIAL ---------- 5

GLOSARIO ---------- 7

RESUMEN EJECUTIVO ---------- 9

LA SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL A NIVEL MUNDIAL ----------10

LA SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL A NIVEL DEL CONTINENTE AFRICANO ----------15

EVALUACIÓN DEL PROGRESO EN GUINEA ECUATORIAL HACIA EL CUMPLIMIENTO DEL ODM 4: REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ----------21

METODOLOGÍA----------23

I. ANALISIS DE LA EVOLUCIÓN DEL ODM 4 EN GUINEA ECUATORIAL ----------24

1.1 Meta 4A: Reducir en 2 terceras partes entre 1990 y 2015 la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años ----------24

a. Indicador 4.1: Tasa de Mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años----------24

b. Indicador 4.2: Tasa de mortalidad infantil ----------24

c. Indicador 4.3: Proporción de niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión ----------25

1.2 Tendencia de la mortalidad en niños y niñas menores de 5 años 1990-2011. ----------26

1.3 Tasa de mortalidad infantil por región geográfica, nivel educativo de la madre y características socio-económicas del hogar. ----------27

a. Área de residencia ----------27

b. Nivel educativo de la madre ----------27

c. Características Socio-Económicas----------28

II. POLITICAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS EN GUINEA ECUATORIAL VINCULADOS CON EL ODM 4----------29

2.1 Políticas desarrolladas vinculadas con el ODM 4 ----------29

2.2 Programas desarrollados vinculados con el ODM 4 ----------29

a. Programa Nacional de Nutrición y Alimentación de los Niños y Niñas ----------29

b. Programa Nacional de Lucha Contra el Paludismo.----------30

c. Programa Ampliado de Vacunación (PAV) ----------32

d. Programa Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA ----------34

e. Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)----------35

2.3 Proyectos desarrollados vinculados con el ODM 4 ----------36

a. Cooperación Bilateral----------36

b. PROSALUD----------36

c. Mejora de la Calidad Asistencial de la Atención Primaria de Salud. ----------38
III. DEFICIENCIAS EN EL LOGRO DEL ODM 4 ----------39
IV. CONCLUSIONES ----------40
V. RECOMENDACIONES ----------41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS----------43
ANEXOS----------44

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL INFORME TEMATICO ODM 4: "REDUCIR LA MORTALIDAD EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS"

SUPERVISION GLOBAL

Conrado OKENVE NDOHO. Ministro de Economía, Planificación e Inversiones Públicas
Leo HEILEMAN. Representante Residente del PNUD y Coordinador del Sistema de Naciones Unidas

COORDINACION TECNICA

Genaro ELA KUNG. Secretario General de Economía, Planificación e Inversiones Públicas
Glenda GALLARDO. Economista Principal del PNUD

CONSULTOR NACIONAL

Kisito BOKUNG NVE

CONTRIBUCIONES ESPECIALES DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS

Abou BECKR GAYE (RR/OMS)
Brandao CÓ (RR/UNICEF)
Nuno QUEIROS (DRR/PNUD)
Marcelle CHEVALIER (CO/UNFPA)

EQUIPO TECNICO DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS

Angela Katherine LAO SEOANE (OMS)
Alejandro ESCALONA AGÜERO (UNICEF)
Felipe ESONO (UNICEF)
Jaime ESONO (UNFPA)
Bienvenido OSA MICHA (PNUD)
Coline RACLOZ (PNUD)
Manuel NGUEMA (OMS)
Rogelio SIMA (OMS)

PARTICIPANTES DE LA COOPERACION BILATERAL

Carlos CAVANILLAS (AECID)
Jordi GALBE LOPEZ (AECID)
Orlaida Sandy DOMÍNGUEZ (Cooperación Cubana)

PARTICIPANTES DEL SECTOR PRIVADO

Leony YU WAY (BG GROUP)
Gaudencia ELONGA (HANGESA)

PARTICIPANTES DE ONGs

Victoriano ESTRADA (ACIGE)
Antonia NCHAMA (ACIGE)

EQUIPO TECNICO GUBERNAMENTAL

Jose María SIMA MBA (MINISABS)
Valero ONDO NGUEMA (MINISABS)
Montserrat ONGUENE (MINISABS)
Clara EYEGUE(MINISABS)
Nemesio ABESO (MINISABS)
Gloria NSENG (MINISABS)
Juan EYENE (MINISABS)
Camilo ELA ELA OBONO (MINISABS)
Mª Rosario MESIE NSUE (MINISABS)
Matilde RILOHA RIVAS (MINISABS)
Mª del Pilar M. BIVINI (MINISABS)
Juan Carlos MOMO (MINISABS)
Policarpo RICARDO (MINISABS)
Iván Bernabé MOLONGUA (MINISABS)
Oumar BALDE (MINISABS)
Beltrán EKUA PASIALO (MINISABS)
Escolástica NSA AKIEME (MINIPLAN)
Jesús Amado BUALE (MINIPLAN)
Valeriano ELA ABUA (MINASIG)
Esther NSUE OYANA (MINASIG)
Alejandro OWONO EVUNA (MINEDUC)
Elías ONDO MBANA (MININTERIOR)
Malela IDJABE NGADI (INEGE)
Dionisia OKENVE NDO (ANGE 2020)

PALABRAS DEL EXCMO. SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA, PLANIFICACION E INVERSIONES PÚBLICAS Y DEL EXCMO. SEÑOR REPRESENTANTE RESIDENTE DEL PNUD Y COORDINADOR DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS EN GUINEA ECUATORIAL

En el año 2000, Guinea Ecuatorial, en el seno de las Naciones Unidas, suscribió, junto a otras 188 Naciones del mundo, la Declaración del Milenio. Dicha Declaración contiene ocho objetivos, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a ser alcanzados por los países al 2015. Cada uno de los ocho objetivos incorpora indicadores para el seguimiento de los progresos alcanzados.

Ya han transcurrido 14 años y se está a solo un año para el 2015, fecha en la cual, los países suscriptores de dicha Declaración del Milenio, sostendrán otra Cumbre en Naciones Unidas para evaluar los progresos alcanzados alrededor de los ODM.

En este contexto, es importante mencionar que en los últimos veinte años, Guinea Ecuatorial ha experimentado importantes transformaciones. La economía del país ha mostrado un crecimiento acelerado producto de la explotación petrolífera. Este auge económico se ha traducido, en la primera etapa, en importantes niveles de inversión en infraestructuras para viabilizar el desarrollo del país.

Asimismo, Guinea Ecuatorial ha diseñado su Plan Nacional de Desarrollo, Horizonte 2020, en el cual, adicional a las obras de infraestructura, ha incorporado la diversificación económica como un objetivo clave. Esa diversificación económica busca expandir sectores como el sector agrícola y agroindustrial, el sector pesquero, el sector energía, el sector turismo y los servicios financieros.

Indudablemente para lograr todo esta transformación productiva, es fundamental que Guinea Ecuatorial desarrolle un programa sólido y amplio para fortalecer las capacidades nacionales, para ampliar la inversión en los sectores sociales en beneficio de su población. Varios de los ODM, están orientados precisamente en este sentido.

El país está haciendo importantes esfuerzos por mejorar la disponibilidad de estadísticas que permitan hacer un seguimiento de los avances nacionales. En el 2011, se elaboró la Primera Encuesta Demográfica y de Salud (ESDGE-I). Dicha encuesta contiene información relevante que permite hacer seguimiento alrededor de tres ODM. Estos ODM son: el ODM 4 relativo a ¨"Reducir la mortalidad infantil en los niños y niñas menores de 5 años¨"; el ODM 5 relativo a "Mejorar la Salud Materna" y el ODM 6, relativo a "Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades".

Con esa información ya disponible, el Gobierno de Guinea Ecuatorial con el apoyo técnico y financiero del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en el marco del Proyecto "Apoyo al Programa Nacional de Planificación e Implementación del Plan Horizonte, 2020", ha desarrollado tres Informes Temáticos sobre el ODM 4, 5 y 6 respectivamente. En dicho Informes Temáticos se analiza la evolución de cada uno de los indicadores de los tres ODM mencionados, se detallan las políticas, programas y proyectos que el país ha desarrollado para avanzar en cada indicador, se platean las deficiencias encontradas, así como relevantes recomendaciones para apoyar al país en el avance de los ODM respectivos.

Para el desarrollo de estos Informes Temáticos han jugado un importante papel los Ministerios de Economía, Planificación e Inversiones Públicas y de Sanidad y Bienestar Social. También se ha contado con el apoyo técnico de consultores nacionales; de técnicos de las Agencias del Sistema de Naciones

Unidas, como ser del PNUD, la OMS, UNICEF y UNFPA; de representantes de las ONGs que trabajan en los temas, así como de socios de la cooperación bilateral y del sector privado.

Es la aspiración que estos Informes Temáticos sobre los ODM 4, 5 y 6, se conviertan en una herramienta de trabajo para orientar las acciones nacionales en estas áreas, pudiendo, acelerar así, el avance del país y el bienestar de la población de Guinea Ecuatorial.

EXCMO. Sr. D. CONRADO OKENVE NDOHO
Ministro de Economía, Planificación e Inversiones Públicas

EXCMO. Sr. D. LEO HEILEMAN
Representante Residente del PNUD y Coordinador del Sistema de Naciones Unidas

GLOSARIO

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AIEPI	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
CCIA	Comité de Coordinación Inter Agencias
DGSF	Dirección General de Salud Familiar
DGSP	Direcciones Generales de Salud Pública
DNLP	Dirección Nacional de Lucha contra el Paludismo
EDSGE-I/2011	Encuesta Demográfica y Salud en Guinea Ecuatorial, 2011
FRS	Fundación de Religiosos para la Salud
ICPEGE	Iniciativa de Control de Paludismo en Guinea Ecuatorial
ICPGE	Iniciativa de Lucha contra el Paludismo en Guinea Ecuatorial
IEC	Información, Educación y Comunicación
MEPIP	Ministerio de Economía, Planificación e Inversiones Públicas
MII	Mosquitera Impregnada con Insecticida
MILD	Mosquiteras Impregnadas con insecticida de Larga Duración
MINASIG	Ministerio de Asuntos Sociales e Igualdad de Género
MINEDUC	Ministerio de Educación e Ciencias
MININTERIOR	Ministerio del Interior y Corporaciones Locales
MINIPLAN	Ministerio de Economía, Planificación e Inversiones Públicas
MINISABS	Ministerio de Sanidad y Bienestar Social
MMIE	Ministerio de Minas Industria y Energía
MSI	Mosquitera Sin Insecticidia
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAV	Programa Ampliado de Vacunación
PCPIB	Proyecto de Control de Paludismo en la Isla de Bioko
PNLP	Programa Nacional de Lucha contra el Paludismo
PNLS	Programa Nacional de Lucha contra el Sida
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PTMH	Prevención de Transmisión de Madre a Hijo
RRI	Rociamiento Residual Intradomiciliario
SIS	Sistema de Información Sanitaria
SNU	Sistema de las Naciones Unidas
SP	Sulfadoxina-Piremetamina
TM<5	Tasa de Mortalidad en Niños y Niñas menores de 5 años
TPI	Tratamiento preventivo intermitente
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infanc

RESUMEN EJECUTIVO

En el año 2000, Guinea Ecuatorial suscribió la Declaración del Milenio conforme la cual se comprometió al logro de ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Entre estos ODM, el presente informe destaca, el relativo a la reducción en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años.

En 2011, Guinea Ecuatorial contaba con una tasa de mortalidad infantil de 65 por cada 1.000 nacidos vivos, una tasa de mortalidad en menores de 5 años de 113 por cada 1.000 nacidos vivos y con menos de tres niños y niñas de cada 10 de 1 año habiendo recibido la vacuna contra el sarampión.

Asumir el compromiso de sentar las bases para llegar a buen puerto en los dos años que quedan para cumplir el ODM implica compromiso, trabajo así como la implementación de nuevos mecanismos de seguimiento y control de las actividades de los programas vinculados con el cumplimiento del ODM. Desde la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, varias implementaciones han sido realizadas por el Gobierno de Guinea Ecuatorial. Entre otras resaltan las rehabilitaciones de los hospitales, la instalación de las cadenas de frio, la puesta en marcha de bancos de sangre, el reforzamiento de las vacunas de estrategia avanzada, la gratuidad de los test de VIH/Sida y la distribución gratuita de los antirretrovirales.

Gracias a estas implementaciones, el país está dando el salto más fuerte de los últimos 15 años en malnutrición de niños y niñas, mortalidad infantil, mortalidad en menores de 5 años y el Rociamiento Residual Intradomiciliario en la isla de Bioko. También se ha logrado ampliar la cobertura de atención prenatal y servicios de maternidad para las mujeres y de control de crecimiento y atención de enfermedades en la niñez, en particular en el área urbano del país.

Con el mismo empeño, se debe volcar a trabajar para aumentar la proporción de niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión, seguir reduciendo la tasa de mortalidad en menores de 5 años y reducir la tasa de malnutrición crónica y enfrentar la malnutrición aguda, partiendo de un enfoque integral de seguridad alimentaria y nutricional, que vincule la atención a las emergencias nutricionales con aquellas intervenciones orientadas a mejorar el acceso, disponibilidad y aprovechamiento de los alimentos para la población en general y para los infantes en particular.

El arranque del proceso de la consecución de los logros de los indicadores en Guinea Ecuatorial ha tenido luces y sombras. La baja cobertura vacunal, la baja implicación de la población objetivo en las actividades vinculadas con el ODM, la discreta administración y gestión de los fondos destinados a los programas vinculados con el ODM y la no financiación de las actividades relacionadas con la mortalidad en menores de 5 años en la región continental y Annobón son algunas de las causas que han imposibilitado el logro hasta la fecha de los indicadores fijados por las Naciones Unidas.

El solvente estado económico en que se encuentra la República de Guinea Ecuatorial unido al bajo nivel poblacional (1.014.999 según el último Censo General de Población y Viviendas de 2001), debería constituir una oportunidad a la hora de afrontar el reto de la consecución del ODM 4. Dado los resultados observados hasta la fecha, es importante para el país aprovechar esta oportunidad y avanzar en una gestión efectiva de los recursos humanos, financieros, materiales e institucionales asignados al alcance de este ODM.

LA SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL A NIVEL MUNDIAL[1]

[1] De la sección A a la sección G el contenido ha sido tomado del Informe "Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2012", de las Naciones Unidas de fecha Junio del 2012.

Situación a nivel mundial del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4: "Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años"[2]

Meta 4A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

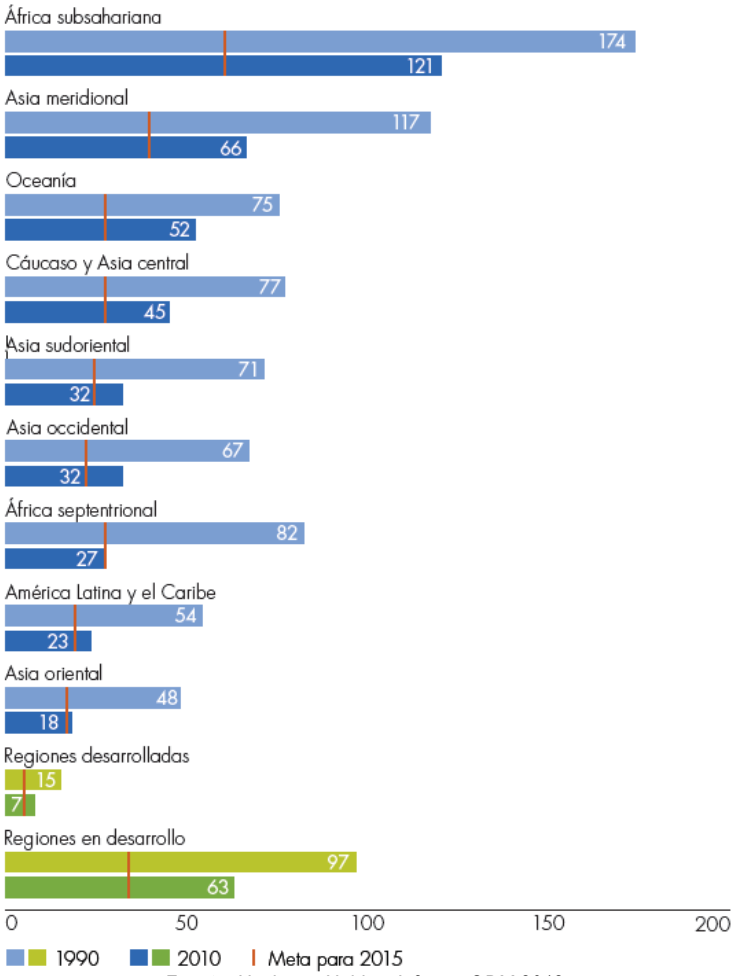
Indicadores:

4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
4.2 Tasa de mortalidad infantil
4.3 Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión.

A. A nivel mundial, la mortalidad de los niños menores de 5 años disminuyó en más de un tercio, pero el avance es demasiado lento para alcanzar la meta en 2015[3]

Desde 1990 se han logrado avances considerables en la reducción de la mortalidad de menores de 5 años. En las regiones en desarrollo la tasa disminuyó un 35%: de 97 muertes por 1.000 niños nacidos vivos en 1990, a 63 en 2010. A pesar del crecimiento de la población, la cantidad de muertes de menores de 5 años en todo el mundo bajó en 1990 más de 12 millones, y en 2010 se redujo a 7,6 millones.

Gráfica 1: Tasa de mortalidad de menores de 5 años, 1990 y 2010
(muertes por 1.000 niños nacidos vivos)



Fuente: Naciones Unidas. Informe ODM 2012

Entre 1990 y 2010, cinco de las nueve regiones en desarrollo lograron reducir la mortalidad de menores de 5 años en más de un 50%. África septentrional ya ha alcanzado la meta del Objetivo 4 de Desarrollo del Milenio, pues redujo la tasa de mortalidad infantil en un 67%. Asia oriental está cerca de lograrlo, con un descenso del 63%.

África subsahariana y Oceanía han logrado descensos de solo un 30%, menos de la mitad de lo que se necesita para alcanzar la meta. Asia meridional también está retrasada, con un descenso en la tasa de mortalidad infantil del 44% entre 1990 y 2010, lo cual es insuficiente para alcanzar una reducción de dos tercios para 2015.

[2] El Objetivo, las Metas y los Indicadores han sido tomados de la "Lista oficial de los indicadores de los ODM", de las Naciones Unidas de fecha del 15 de enero del 2008.
[3] De la sección A a la sección G el contenido ha sido tomado del Informe "Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2012", de las Naciones Unidas de fecha Junio del 2012.

B. A pesar del gran avance, una creciente proporción de las muertes de menores de 5 años se produce en África subsahariana

Frente a otras regiones en desarrollo, la proporción mayor de las muertes de menores de 5 años se produce en África subsahariana y en Asia meridional. Los 6,2 millones de muertes de niños menores de 5 años ocurridas en estas regiones en 2010 representan el 82% de ese tipo de muertes en todo el mundo. Es una buena noticia que 14 de los 66 países que en 2010 tuvieron al menos 40 muertes de menores de 5 años por 1.000 niños nacidos vivos hayan reducido desde 1990 esa mortalidad a por lo menos la mitad. En Bután, Bangladesh, Madagascar, Nepal, la República Democrática Popular Lao y Timor-Leste descendió al menos un 60%, más del 4,5% anual de media. En Liberia, Malawi, Níger y Sierra Leona se redujeron en más de 100 durante el período. Todo indica que es posible lograr un avance sustancial en África subsahariana y en Asia meridional.

C. La mortalidad infantil no ha ido pareja al avance en la reducción de la mortalidad de los menores de 5 años

Aunque la tasa de muertes de niños menores de 5 años cae en general, la proporción de muertes durante el período neonatal (los primeros meses de vida) ha aumentado en las últimas dos décadas en casi todas las regiones. En todo el mundo, las muertes en el primer mes de vida cayeron de 32 por cada 1.000 niños nacidos vivos en 1990 a 23 en 2010, lo que equivale a un descenso medio anual del 1,7%, muy por debajo del 2,2% de la caída de la mortalidad de menores de 5 años, o que la del 2,3% en la mortalidad materna.

El porcentaje de muertes neonatales respecto a las de menores de 5 años ha aumentado en todo el mundo; desde un 37% en 1990 a algo más del 40% en 2010. Se prevé que la tendencia continuará, mientras que la mortalidad de menores de 5 años seguirá disminuyendo. En Asia oriental, por ejemplo, esa tasa de mortalidad ha disminuido tanto, que en 2010 la mortalidad neonatal constituyó un 57% o más, y en Asia meridional representó el 50% más que las muertes de menores de 5 años.

África subsahariana, que en 2010 tuvo una tasa de mortalidad neonatal de 35 muertes por 1.000 niños nacidos vivos, superior a la de cualquier otra región, ha registrado también en las últimas dos décadas la tasa más baja de mejoría. La salud neonatal deberá atenderse más eficazmente si se desea que en la región y en la de Asia meridional la mortalidad infantil continúe disminuyendo rápidamente.

D. La mortalidad suele ser más alta entre los niños de las zonas rurales

Según una encuesta en 82 países, los niños de hogares rurales tienen menos probabilidad de superar los 5 años de vida, en las regiones en desarrollo. En África septentrional, América Latina y el Caribe y gran parte de Asia La disparidad entre zonas rurales y urbanas es más aguda.

En África subsahariana la relación entre la tasa de mortalidad rural y la urbana de menores de 5 años entre el 2000 y 2010 fue de 1,4. Este mismo indicador fue de 2,1 para África septentrional y Asia occidental, 1,8 para Asia oriental (excepto China) y Asia sudoriental, 1,7 para América Latina y el Caribe, 1,4 para Asia meridional, para el Cáucaso y Asia central.

E. Los niños de los hogares pobres tienen casi el doble de probabilidades de morir antes de los 5 años

En las regiones en desarrollo consideradas en conjunto, los niños del 20% de los hogares más pobres tienen casi el doble de probabilidades de morir antes de los cinco años que los niños del 20% de hogares más ricos.

La relación entre la tasa de mortalidad de menores de 5 años para niños del 20% de hogares más pobres, y los niños del 20% de los hogares más ricos, entre 2000 y 2010, fue de 1,7 para África

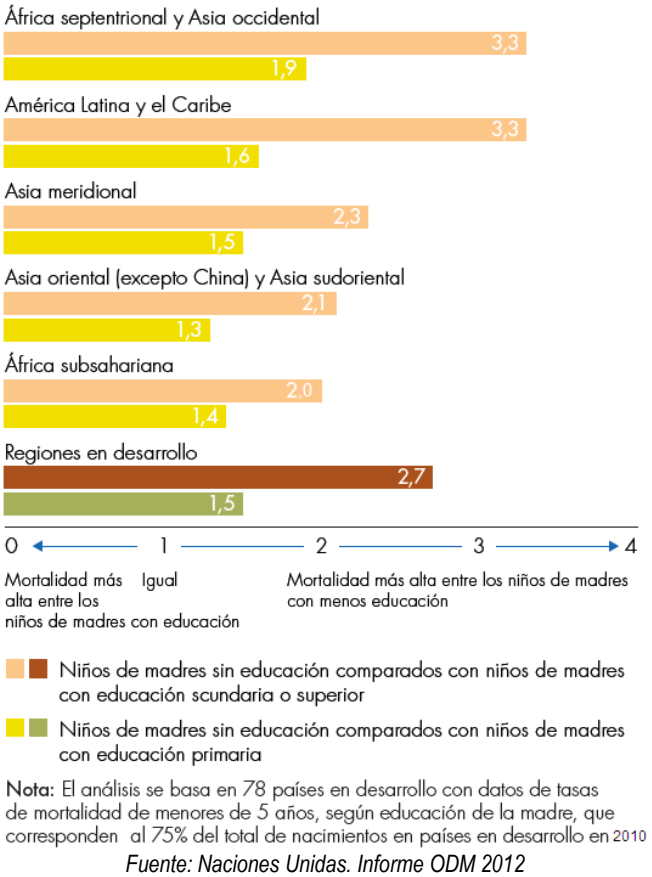
subsahariana. Este mismo indicador fue de 2,8 para América Latina y el Caribe, 2,7 para Asia meridional, 2,3 para Asia oriental (excepto China) y Asia sudoriental, 2,1 para África septentrional y Asia occidental, y 1,7 para el Cáucaso y Asia central.

F. El nivel de instrucción materna favorece la supervivencia de los menores de 5 años

La instrucción de la madre (aun con solo educación primaria) sigue siendo un poderoso determinante para la supervivencia de los hijos durante sus primeros años de vida, frente a los hijos de madres sin educación.

Es posible acelerar el descenso de la mortalidad de menores de 5 años si se promueve la educación y el empoderamiento de las mujeres, se eliminan las barreras económicas y sociales para acceder a servicios básicos, se aumenta la disponibilidad para los pobres de los servicios cruciales y se mejora la rendición de cuentas de los sistemas de salud. Además, un enfoque centrado en la equidad es rentable porque evita más muertes infantiles y casos de desnutrición y expande las acciones clave de salud y nutrición.

Gráfica 2: Relación entre la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años con madres sin educación y la de niños de madres con educación secundaria o superior, y relación entre la tasa mortalidad de niños de esa edad de madres sin educación y la de niños de madres con educación primaria, 2000/2010



Nota: El análisis se basa en 78 países en desarrollo con datos de tasas de mortalidad de menores de 5 años, según educación de la madre, que corresponden al 75% del total de nacimientos en países en desarrollo en 2010

Fuente: Naciones Unidas. Informe ODM 2012

Como muestra la Gráfica 2, en África subsahariana la relación entre la tasa de mortalidad de niños de madres sin educación comparados con niños de madres con educación secundaria o superior fue de 2,0. Este mismo indicador fue de 3,3 para África septentrional y Asia occidental, 3,3 para América Latina y el Caribe, 2,3 para Asia meridional y 2,1 para Asia oriental (excepto China) y Asia sudoriental. En términos de la relación entre niños de madres sin educación comparados con niños de madres con educación primaria fue de 1,4 para África Subsahariana. Este mismo indicador fue de 1,9 para África septentrional y Asia occidental, 1,6 para América Latina y el Caribe, 1,5 para Asia meridional y 1,3 para Asia oriental (excepto China) y Asia sudoriental.

G. Mayor cobertura en la vacunación contra el sarampión está salvando vidas, pero no todas las regiones han mejorado desde 2000

El descenso en la mortalidad por sarampión ha sido una importante contribución a la supervivencia infantil. Los redoblados esfuerzos al respecto han hecho que la mortalidad mundial por sarampión descienda un 74%, que ha pasado de aproximadamente 535.300 muertes en 2000 a 139.300 en 2010. Esta mejora se debe en parte a una cobertura más amplia de vacunación rutinaria para niños del grupo etario apropiado con la primera dosis de vacuna (MCV1) y al éxito de la vacunación suplementaria a niños no atendidos por los servicios de salud existentes. Gracias a la expansión de las vacunaciones de

rutina y a las campañas en gran escala, África subsahariana logró la mayor mejora, con un descenso del 85% en las muertes por sarampión entre 2000 y 2010.

Estos logros, a pesar de lo extraordinarios, son aún frágiles. Se calcula que hay todavía 19,1 millones de niños (muchos de los cuales son los más pobres y los más marginalizados, y viven en áreas de difícil acceso) que en 2010 no recibieron MCV1. Los niveles de cobertura en África subsahariana y Asia meridional aún no han llegado al 90%. Además de ello, después de haber disminuido entre 2000 y 2008, y de permanecer estables durante 2009, los casos de sarampión denunciados aumentaron en 2010. Se ha informado de grandes brotes en África, en la zona del Mediterráneo oriental, en Europa, Asia oriental y suroriental, y en Oceanía.

Un importante desafío es mantener la determinación de reducir la mortalidad relacionada con el sarampión y continuar empeñados en lograr los objetivos establecidos al respecto en 2010 por la Asamblea Mundial de la Salud. Hay que hacer frente a la reciente complacencia y al debilitamiento de los compromisos políticos y económicos asumidos en la lucha contra el sarampión. Las prioridades son una cobertura elevada y continuada de suministro de MCV1 mediante los servicios habituales o con actividades de vacunaciones suplementarias, y una supervisión mejor sub-óptima de la cobertura sub-nacional con la primera y la segunda dosis de MCV1.

LA SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL A NIVEL DEL CONTINENTE AFRICANO[4]

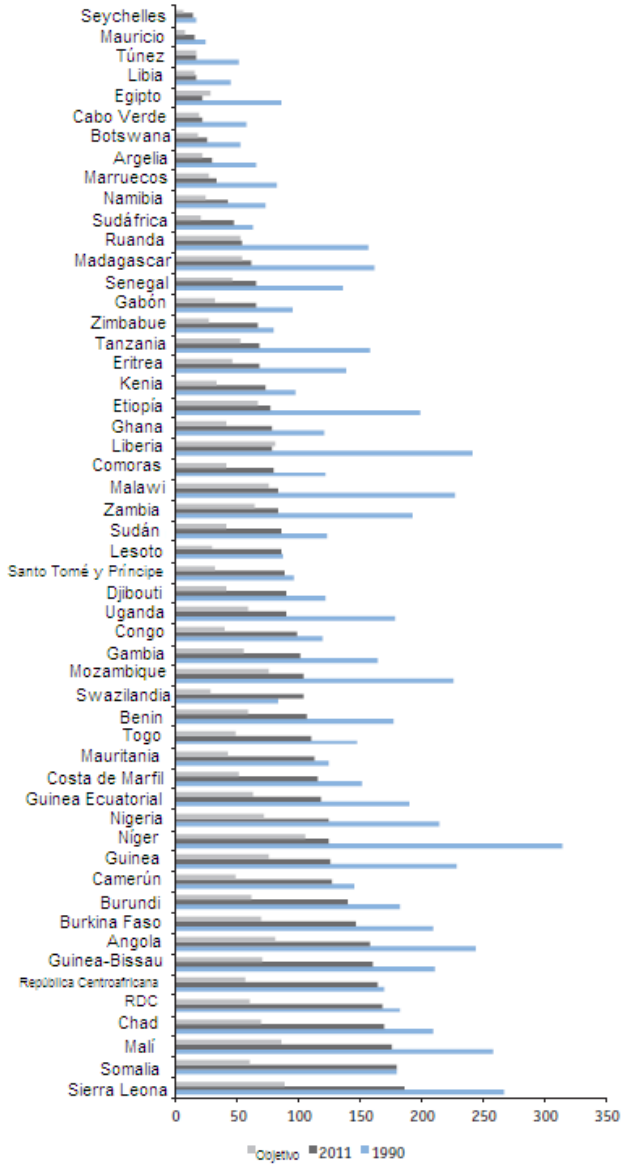
[4] Esta sección ha sido tomada de: United Nations Development Programme, United Nations Economic Commission for Africa, African Union, and African Development Bank Group, Informe Regional de África sobre los ODM 2013, "Assessing Progress in Africa towards the Millenium Development Goals, 2013".Es una traducción libre del texto utilizado.

Situación al nivel africano del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4

El continente Africano sigue reduciendo sostenidamente su tasa de mortalidad de niños menores de cinco años, de 146 muertes por cada 1.000 nacidos vivos a 91 muertes entre 1990 y 2011, equivalente a un 2,2 por ciento al año. Pero no es suficiente. Algunos de los factores que contribuyen al logro inadecuado por parte de África de los ODM relacionados a la salud infantil, incluyen sistemas de salud débiles (barreras físicas y financieras a los servicios esenciales de salud, la escasez de medicamentos, recursos humanos pobres) y las malas condiciones como determinantes de la salud (educación familiar, ingresos, nutrición inadecuada e insuficiente, instalaciones sanitarias deficientes).

Meta 4A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años

Gráfica 4.1: El progreso en la reducción de la mortalidad de menores de cinco años, 1990, 2011 y la meta al 2015



Fuente: UNDP, UNECA, AU, ADBG, Informe Regional de Africa sobre los ODM 2013, pg. 50.

Indicador 4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años

La tasa de mortalidad de menores de cinco años varía entre los países africanos. Egipto, Liberia y Túnez ya han superado el objetivo para el año 2015 (gráfica 4.1). Once países han reducido sus tasas de mortalidad de menores de cinco años en un 60 por ciento entre 1990 y 2011[5]. Este avance es el resultado de múltiples factores, entre ellos la concentración en intervenciones de alto impacto, el fortalecimiento de los sistemas de salud, una mayor inversión en salud y los determinantes sociales de la salud (como la nutrición), lograr ganancias en la tecnología médica, y mejorar la educación, la protección de los niños y el crecimiento económico. Pero, Burkina Faso, Camerún, la República Centroafricana, Chad, Congo, la República Democrática del Congo, Kenia, Malí, Mauritania, Somalia y Suazilandia han sufrido aumentos en las muertes niños menores de cinco años desde el año 1990, debido a un alto crecimiento de la población y el estancamiento de la asignación de recursos.

Entre las regiones de África, África del Norte es la que ha progresado más en la reducción de la tasa de mortalidad de menores de cinco años, de 89 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 41 muertes en 2011, una disminución de 54 por ciento. Siguiendo a África del Norte en la reducción de la mortalidad de menores de cinco años está África del Sur (46 por ciento) y del Oeste y del Este (42 por ciento cada una). África Central, con el progreso más lento, tiene la más alta

[5] Cabo Verde, Egipto, Etiopía, Liberia, Libia, Madagascar, Malawi, Marruecos, Níger, Ruanda y Túnez.

tasa de mortalidad de menores de cinco años: 139 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2011. También es la única región de África con más muertes absolutas de menores de cinco años, ahora que en 1990. Esto puede ser debido en parte a las altas tasas de mortalidad por malaria, que representan más del 18,0 por ciento de las muertes de los menores de cinco años en el África central, frente a una media de tan sólo 7,5 por ciento en las demás regiones (UNICEF, 2012). Por lo tanto, la expansión de la prevención y el tratamiento de la malaria en África Central podrían reducir enormemente la tasa de mortalidad infantil de la región.

A pesar del progreso considerable, África sigue sufriendo de las tasas de mortalidad de menores de cinco más altas del mundo, lo que representa 1 de cada 9 niños muertos antes de los 5 años. Esta cifra, más de 16 veces la media en las regiones desarrolladas (1 en 152) y casi el doble que en el sur de Asia (1 en 16), es desproporcionadamente alta en el Sur, Este, Centro y Oeste de África. Con una mortalidad de menores de cinco años cayendo sólo 2.2 por ciento anualmente, África no logrará la reducción de dos tercios en la mortalidad menores de cinco años en 2015. Y con las tasas mundiales de mortalidad de menores de cinco años cayendo, las muertes infantiles son cada vez más concentrada en África.

Las enfermedades infecciosas, como la neumonía, la diarrea, el paludismo, la meningitis, el tétanos, el VIH y el sarampión cuentan para aproximadamente el 41 por ciento de las muertes de menores de cinco años en África. Y son los marcadores de la equidad y el acceso a la prevención y el tratamiento básico (UNICEF, 2012). Por ejemplo, la prevalencia de diarrea, una de las principales causas de muerte de los niños, está muy relacionada con el acceso a agua potable e instalaciones de saneamiento.

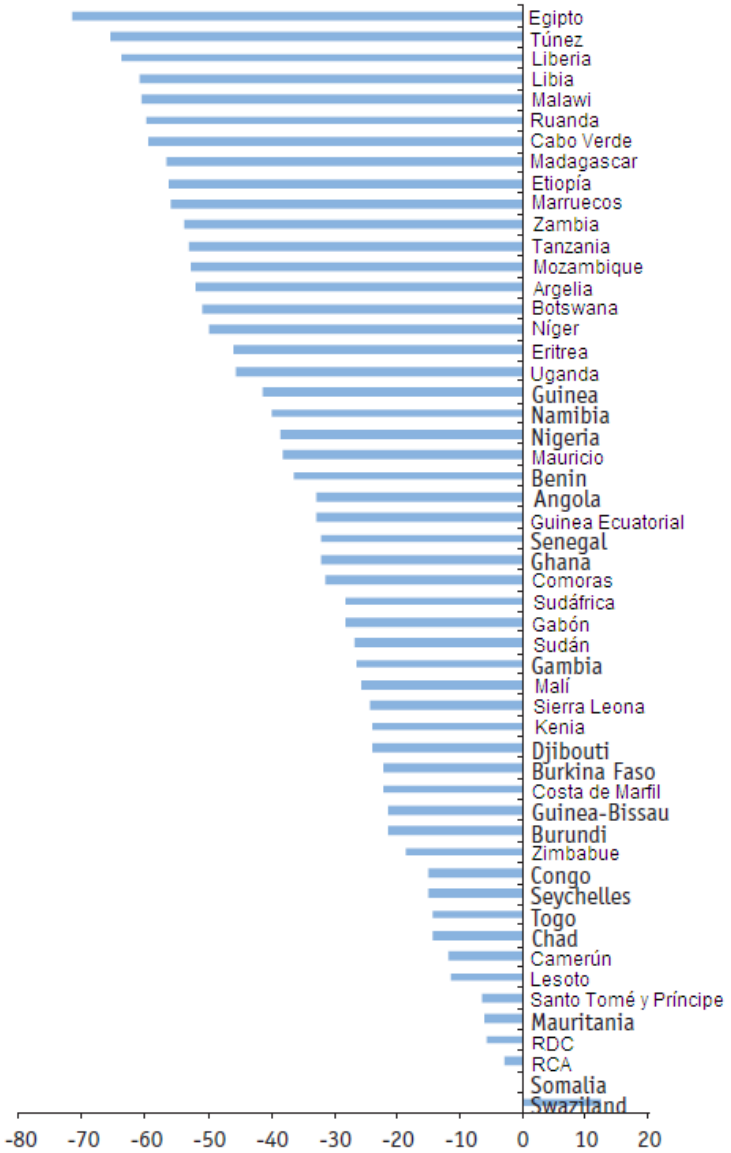
Muertes de menores de cinco años por enfermedades infecciosas se pueden prevenir, y muchos de los principales descensos en muertas de menores de cinco años en el mundo estuvieron relacionados con los esfuerzos ampliados contra las enfermedades infecciosas (UNICEF, 2012).

Indicador 4.2: Tasa de mortalidad infantil

La mayoría de las muertes relacionadas con los niños ocurren durante el primer año de vida

La tasa de mortalidad infantil mide el número de niños que mueren antes de cumplir un año por cada 1.000 nacidos vivos en el mismo año. En África, alrededor de un 65 por ciento de las muertes de menores de cinco años se producen dentro de este primer año. Muertes neonatales, que son las muertes en los primeros 28 días después del nacimiento, representan más de la mitad de este porcentaje. Además, las tasas de mortalidad infantil en África han disminuido más lentamente que las tasas de mortalidad de menores de cinco años.

Grafica 4.3 Reducción de la tasa de mortalidad infantil, 1990-2010 (%)



Fuente: UNDP, UNECA, AU, ADBG, Informe Regional de África sobre los ODM 2013, pg. 53.

Complicaciones relacionadas al nacimiento explican una parte significativa de las muertes

La mayoría de las muertes neonatales resultan de complicaciones relacionadas con el parto prematuro o durante el parto. Dar a luz en el hogar sin un proveer médico calificado deja a las mujeres y los bebés en mayor riesgo de estas complicaciones. Por lo tanto el acceso a los cuidados de salud durante el embarazo y el parto es esencial para mejorar tanto la salud materna como infantil. Mejorar la calidad y el acceso a la atención primaria de salud durante el embarazo y el parto aumenta enormemente la supervivencia neonatal.

África está reduciendo la tasa de mortalidad infantil gradualmente. Su tasa de mortalidad infantil se redujo de 90 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 60 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2011. Dieciséis países han reducido la mortalidad infantil en más de la mitad en el periodo de 1990-2011[6].

Diecisiete países han reducido sus tasas de mortalidad infantil de 25 a 50 por ciento, mientras que 14 países redujeron sus tasas en un 10-25 por ciento. Cuatro países con la mayor tasa de mortalidad infantil (más de 100 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) son Sierra Leona (119), la República Democrática del Congo (111), Somalia (108) y la República Centroafricana (108) siendo todos estados frágiles.

Si bien el progreso de la mortalidad infantil en África se puede atribuirse a un mayor enfoque en intervenciones de alto impacto, el fortalecimiento de los sistemas de salud (sobre todo a nivel de la comunidad) y el aumento de la atención política, se necesitan más esfuerzos para acelerar este proceso. La mayor parte de las muertes de menores de cinco años se produce durante el período neonatal, y las intervenciones de salud necesarias para abordar las principales causas de las muertes neonatales difieren en general de las necesarias para hacer frente a otras causas de muertes de menores de cinco años.

[6] Egipto, Argelia, Botswana, Cabo Verde, Etiopía, Liberia, Libia, Madagascar, Malawi, Marruecos, Mozambique, Níger, Ruanda, Túnez, Tanzania y Zambia.

Indicador 4.3: Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión

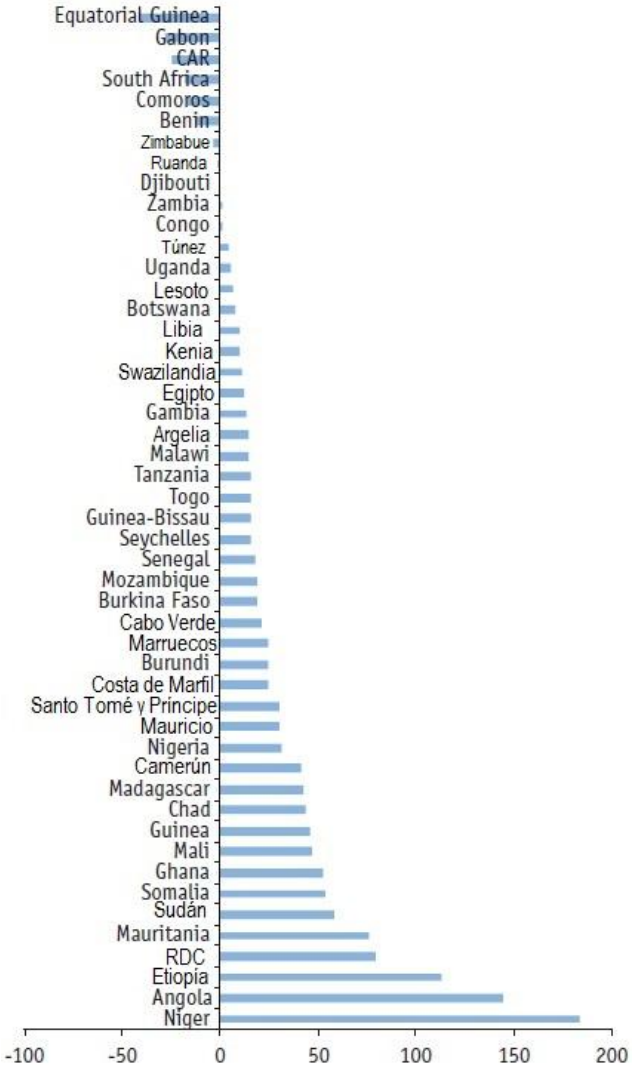
Este indicador mide el porcentaje de niños menores de 1 año que han recibido al menos una dosis de la vacuna contra el sarampión. Los niños deben ser vacunados contra el sarampión a la edad de nueve meses.

Vacunación contra el sarampión es una de las intervenciones costo-efectivas comprobadas y un indicador clave en el Objetivo 4.

Veintiún países vacunaron más de 90 por ciento de su población contra el sarampión en 2010, y sólo dos (Chad y Somalia) cubren menos de la mitad de su población. Los cinco principales países que ampliaron su cobertura de inmunización contra el sarampión de al menos 30 puntos porcentuales entre 1990 y 2010 fueron Angola, Níger, Etiopía, Sudán y Ghana (gráfica 4.4).

Hay que tener en cuenta que la vacunación contra el sarampión es una inmunización de dosis única en comparación con otros (como las vacunas contra la difteria, la tos ferina y el tétanos), por lo que es relativamente fácil de lograr una mayor cobertura.

Grafica 4.4: Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión, 1990-2010 (variación porcentual)



Fuente UNDP, UNECA, AU, ADBG, Informe Regional de África sobre los ODM 2013, pg. 54.

Conclusión

En general, los países africanos han avanzado considerablemente hacia el logro del Objetivo 4. Y, en particular África del Sur, del Este, Central y Occidental, una región históricamente con ejecución débil, ha visto una disminución más rápida de su tasa de mortalidad de menores de cinco años, con la duplicación anual de la tasa de reducción entre 1990-2000 y 2000-2011. Sin embargo, el progreso actual no es suficiente, y el logro del Objetivo es improbable en África. El progreso lento del continente en la reducción de la mortalidad neonatal ha sido un obstáculo en el progreso en la reducción de la mortalidad infantil en general.

Ampliando las intervenciones probadas, rentables y de alto impacto, y con la reducción sistemática de los cuellos de botella en los sistemas de salud y la mejora de los determinantes sociales de la salud, África puede reducir la mortalidad infantil. Intervenciones de alto impacto incluyen mantener a los bebés recién nacidos calientes, fomentar la lactancia temprana, exclusiva y continua, ampliar la cobertura de mosquiteros tratados con insecticidas y el uso de la terapia de rehidratación oral para la diarrea, vacunas, suplementos de vitamina A y desparasitación.

EVALUACIÓN DEL PROGRESO EN GUINEA ECUATORIAL HACIA EL CUMPLIMIENTO DEL ODM 4: REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

(1990-2013)

EVALUACIÓN DEL PROGRESO EN GUINEA ECUATORIAL HACIA EL CUMPLIMIENTO DEL ODM 4: REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

En el año 2000 Guinea Ecuatorial, como Estado miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), participó en la Cumbre del Milenio en la que se adoptó la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2015. En dicha Cumbre, el país se comprometió a realizar los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales incluyen 21 metas y 60 indicadores en los temas de: Pobreza, Salud, Educación, Igualdad de Género, Sostenibilidad de Medio Ambiente y la de una Alianza Mundial para el Desarrollo. Para lograr las metas establecidas para 2015, Guinea Ecuatorial ha alineado sus políticas y planes de desarrollo de acuerdo a estos Objetivos, lo que ha sido materializado en: una Estrategia Económica Nacional a mediano plazo (1997-2001) y en un Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social al Horizonte 2020. En el año 2011, se llevó a cabo en Guinea Ecuatorial la Primera Encuesta Demográfica y Salud (EDSGE-2011), la cual ha servido de base para valorar el progreso en el logro de la Reducción de la Mortalidad de los Niños y Niñas menores de 5 años, tal como lo expone el ODM 4.

En Guinea Ecuatorial, desde el año 2005 se han elaborado dos Informes Nacionales, 2005 y 2009, sobre la evaluación del progreso de Guinea Ecuatorial hacia el cumplimiento de los ODM. Ambos procesos han contado con la voluntad política del Gobierno de Guinea Ecuatorial y con el apoyo del Sistema de las Naciones Unidas. El presente Informe, evalúa el nivel de progreso del país en relación, particularmente, al ODM 4, en el periodo 1990-2013. Para la elaboración del presente Informe, y con vistas al fortalecimiento de las capacidades nacionales, se contó con el apoyo de un consultor ecuatoguineano, quien trabajo con el apoyo de diversos expertos gubernamentales ecuatoguineanos, así como con el aporte de técnicos de las Agencias del Sistema de las Naciones Unidas, y de otros actores claves del sector privado, ONGs y otras cooperaciones bilaterales.

Según el último Censo de Población y Viviendas del año 2001, la población de Guinea Ecuatorial es de 1.014.999 habitantes, de los cuales 265.670 (26%) viven en la región insular donde se ubica Malabo, la capital política; 749.529 (74%) residen en la región continental. Las mujeres representan un 52,5% de la población total, la esperanza de vida es de 59,3 años. Los datos de la EDSGE-I 2011 demuestran que la tasa de mortalidad infantil es de 65 por cada 1.000 nacidos vivos; la tasa de mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años ha bajado de 182 por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 113 por cada 1.000 nacidos vivos en 2011.

A nivel nacional, durante el período más reciente (2006-2011), por cada 1.000 niños y niñas nacidos vivos, se registraron 65 casos de muertes de Mortalidad Infantil. Globalmente, uno de cada nueve niños y niñas aproximadamente no llega a su quinto aniversario. Aunque la tasa de mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años sigue siendo alta, la EDSGE-I/2011 demuestra que se ha producido una significativa disminución durante los 15 años anteriores a la encuesta, sea 175 a 113 por cada 1.000 nacidos vivos (ver tabla 1).

Según la EDSGE-I/2011, la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años calculada para los 10 años anteriores a la encuesta, es mucho menor en las zonas urbanas 116 por cada 1.000 nacidos vivos, que en las rurales 140 por cada 1.000 nacidos vivos. Por su parte, es menor en la región insular (Isla de Bioko) 118 por cada 1.000 nacidos vivos que en la Región Continental 132 por cada 1.000 nacidos vivos. La cobertura vacunal contra el sarampión es de 44%.

Este Informe da cuenta de los avances y retos que persisten en el país para el logro del ODM 4. Es de destacar los importantes progresos que ha hecho Guinea Ecuatorial en la reducción de la mortalidad infantil. La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años bajo de 182 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 113 por cada 1.000 nacidos vivos en 2007-2011. La tasa de mortalidad infantil bajo de 123 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 65 por cada 1.000 nacidos vivos. En cuanto a la vacunación contra el sarampión se sitúa en 44% al 2011. Sin embargo, hay que señalar que en el país se han reducido significativamente las intervenciones y actividades de lucha contra el paludismo en la parte continental del país, tras el cierre de la Iniciativa Control de Paludismo en Noviembre de 2011, lo que

incide negativamente en la salud de los niños y niñas. Cabe señalar que en la provincia de Annobón, estos esfuerzos de lucha contra el paludismo son incipientes.

En términos de la disponibilidad de los datos, existen limitaciones para contar con una base de datos socio-sanitario que sea actualizada de manera sistemática y de forma permanente. De hecho las fuentes de información para la elaboración de este Informe se agrupan principalmente en la EDSGE-2011.

Sin embargo, aún con las limitaciones antes mencionadas, ha sido posible determinar cómo se ha comportado el país a lo largo de los 15 años anteriores a la EDSGE-2011 en la búsqueda del cumplimiento de los ODM. La tabla 1 sobre la Tasa de Mortalidad Infantil (página 24) muestra claramente la tendencia en el cumplimiento de la meta y la evolución de los indicadores.

Hay varios indicadores que se pueden mostrar con satisfacción, en los cuales hay muchas posibilidades que se cumplan en 2015. Existen otros que, si bien muestran una tendencia positiva hacia el cumplimiento, requieren acelerar el ritmo del esfuerzo institucional y financiero así como la participación comunitaria para que puedan ser alcanzados.

Si no se involucra el Gobierno, el Sistema de las Naciones Unidas, la sociedad civil, el sector privado, la cooperación bilateral y la población en general será imposible alcanzar la meta. Se requiere, entre otros, cambios en el engranaje del sistema nacional de salud con el fin de mejorar la calidad de atención ofrecida a las mujeres embarazadas y a los menores de 5 años, y el fortalecimiento de las actividades de los programas vinculados con el ODM 4, para propiciar su consecución. Igualmente, el logro esperado demanda una sociedad consciente e implicada en las actividades realizadas para su beneficio, siendo activos promotores y participes en las mismas. Entre esas acciones destacan la necesidad de la elaboración un plan de aceleración de los ODM, el cumplimiento del esquema de vacunación nacional, la implicación de la comunidad en actividades de prevención de las enfermedades prevalentes en la infancia, como el paludismo, la diarrea, la neumonía, el VIH/SIDA, entre otros.

METODOLOGÍA

Como consecuencia de la solicitud de asistencia por parte del Gobierno de Guinea Ecuatorial al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para la elaboración del cuaderno del ODM 4, el PNUD en coordinación con el Ministerio de Economía, Planificación e Inversiones Públicas (MEPIP), contrató los servicios de un consultor nacional para realizar las tareas necesarias para la elaboración de un documento sintético sobre la situación actual, los avances realizados y los retos de Guinea Ecuatorial hacia el cumplimiento en 2015 del ODM 4 relativo a la Reducción de Mortalidad de los Niños y Niñas menores de 5 años.

Para la elaboración de este documento, se contó con la EDSGE-I/2011, con el valioso apoyo técnico de Ministerio de Sanidad y Bienestar Social concretamente las Direcciones Generales de Salud Pública, Salud Familiar y sus equipos técnicos. Asimismo, el equipo técnico del Sistema de Naciones Unidas realizó importantes aportes. También se contó con insumos de varios actores del sector privado, de ONGs, y de la cooperación bilateral internacional.

Al término de este documento se organizaron tres talleres de validación, dos para el primer borrador del Informe en el cual participó el equipo técnico del Sistema de las Naciones Unidas y el consultor nacional. Un tercer taller se organizó para la validación del Informe Final. En dicho taller participaron el consultor nacional, funcionarios representantes del Gobierno de Guinea Ecuatorial, el equipo técnico del Sistema de las Naciones Unidas, así como representantes de organizaciones de la sociedad civil, del sector privado y de la cooperación bilateral.

I. ANALISIS DE LA EVOLUCIÓN DEL ODM 4 EN GUINEA ECUATORIAL

Los datos de la EDSGE-I muestran que en los últimos quince años la mortalidad infantil y la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años han disminuido significativamente. En este periodo, se observa una significativa disminución de la mortalidad infantil que pasa de 104 por cada 1.000 nacidos vivos a 65 en el periodo de 2007-2011. La disminución de la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años en el mismo periodo fue menos significativa 148 por cada 1.000 nacidos vivos a 113, alcanzando así una disminución global de 24%.

1.1 Meta 4A: Reducir en 2 terceras partes entre 1990 y 2015 la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años

Para el seguimiento de los progresos en esta meta, los indicadores son los siguientes[7]: Tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años, Tasa de mortalidad infantil y la Proporción de niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión. La EDSGE-I 2011 sirve de base para la evaluación de la tendencia y la situación actual del cumplimiento de la meta. Según la base de datos del Banco Mundial[8] en 1990, la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años era de 182 por cada 1.000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad infantil era de 123 por cada 1.000 nacidos vivos y se alcanzó un 81% de niños y niñas entre 1 y 2 años vacunados contra el sarampión.

Metas e Indicadores del ODM 4

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) Nº 4	
Objetivos y metas extraídos de la Declaración del Milenio	Indicadores para el seguimiento de los progresos
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años	
Meta 4A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años	4.1. Tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años 4.2. Tasa de mortalidad infantil 4.3. Proporción de niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión

Fuente: Naciones Unidas. Lista oficial de los indicadores de los ODM, 15 de enero de 2008.

a. Indicador 4.1: Tasa de Mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años

Las tasas de mortalidad infantil y en menores de 5 años son calculadas, en el país, por periodos quinquenales de 1997-2002; 2002-2007; 2007-2011. La mortalidad en menores de 5 años de edad concierne a los niños y niñas con probabilidad de morir entre el nacimiento y el quinto año de vida. En Guinea Ecuatorial, la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años en 1990 era de 182 por cada 1.000 nacidos vivos[9]. Entre 1997 a 2002 las muertes se redujeron a 175 niños y niñas por cada 1.000 nacidos vivos. Para el periodo 2007-2011 la tasa descendió hasta 113 por cada 1.000 nacidos vivos.

b. Indicador 4.2: Tasa de mortalidad infantil

La mortalidad infantil comprende el periodo de vida de los niños y niñas que mueren de 0 a 11 meses. Las muertes que se presentan entre los neonatos se asocian con las condiciones y desarrollo del

[7] Naciones Unidas. Listado oficial de los indicadores de los ODM. 15 de Enero 2008.
[8] Base de datos del Banco Mundial (www.databank.worldbank.org/).
[9] Base de datos del Banco Mundial (www.databank.worldbank.org/).

embarazo y el parto. En tanto que las sucedidas en el lactante se relacionan con las enfermedades prevalentes en la infancia, la alimentación además de las condiciones de habitabilidad y salubridad que lo pueden hacer más o menos vulnerable. En ese primer año de vida, los niños y niñas tienden a ser más susceptibles desde el punto de vista biológico y social.

En 1990, la tasa de mortalidad infantil era de 123 por cada 1.000 nacidos vivos. Para el periodo 1997-2002, la tasa de mortalidad infantil alcanzaba los 109 niños y niñas por cada 1.000 nacidos vivos; mientras que, para el período 2007-2011, esa tasa descendió hasta 65 casos de muerte por cada 1.000 nacidos vivos. Lo anterior significa una reducción de 47,15% con respecto al año base, a un ritmo promedio anual de 2,24%.

Para los lactantes, la condición que más podría haber impactado de manera positiva en la disminución de la mortalidad es la inmunización. Esto puede estar vinculado con determinadas medidas preventivas y acciones que han cobrado fuerza en los últimos años, las cuales han impulsado a favor de los neonatos y post neonatales, entre ellas, la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la implementación la extensión de Cobertura de Rociamiento Residual Intradomiciliario (RRI), así como la implementación de campañas masivas de vacunación.

c. Indicador 4.3: Proporción de niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión

La propagación del sarampión está vinculada con la circulación del virus y el estado inmunológico deficiente de las personas. En Guinea Ecuatorial, en el periodo 1997-2011, se han conocido varios casos de sarampión, sin embargo los datos obtenidos en la EDSGE-2011 no dan una clara tendencia de la proporción de los niños y niñas y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión. De hecho, los datos relacionados con la vacuna contra el sarampión al igual que las demás vacunas, se obtuvieron en base a las declaraciones de las madres y los carnets de vacunación de los niños y niñas.

Según la EDSGE-I, entre los niños y niñas que recibieron todas las vacunas, el 24% estaban vacunados según el calendario recomendado, es decir, antes de la edad de 12 meses, según las dos fuentes de información (Carnet de vacunación y los informes de las madres). Además, la proporción de niños y niñas de un año vacunados contra el sarampión es relativamente baja. Sólo menos de tres niños y niñas de cada diez (27%), de 12 meses, han recibido la vacuna contra el sarampión. Uno de cada cuatro niños y niñas (25%) no fue vacunado. Esta proporción, podía haber sido mayor de no ser por la falta de implementación y aplicación de ciertas acciones por el Gobierno sobre todo en la parte continental del país. En esta parte del país, ha habido una serie de disfunciones que han afectado la

evolución de la proporción de los niños y niñas vacunados contra el sarampión, tales como: los escasos programas de sensibilización, el difícil acceso a los puestos de vacunación en las zonas rurales, insuficientes medios logísticos para la implementación de la estrategia avanzada etc. La cobertura, contra el sarampión es de 44%, según la EDSGE-I.

Tabla 1: Tasa de Mortalidad neonatal, infantil y en niños y niñas menores de 5 años

Guinea Ecuatorial: Tasas de mortalidad neonatal, post-neonatal, infantil, post-infantil y en la niñez para períodos quinquenales					
Periodo	**Mortalidad neonatal** (Por cada 1.000 nacidos vivos)	**Mortalidad post-neonatal** (Por cada 1.000 nacidos vivos)	**Mortalidad infantil** (Por cada 1.000 nacidos vivos)	**Mortalidad post-infantil** (Por cada 1.000 nacidos vivos)	**Mortalidad de Niños y niñas menores de 5 años** (Por cada 1.000 nacidos vivos)
2007-2011	33	32	65	51	113
2002-2007	51	52	104	49	148
1997-2002	48	61	109	74	175
1990*	n/a	n/a	123	n/a	182

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la EDSGE-I 2011 y la Base de datos del Banco Mundial (www.databank.worldbank.org/)

1.2 Tendencia de la mortalidad en niños y niñas menores de 5 años 1990-2011.

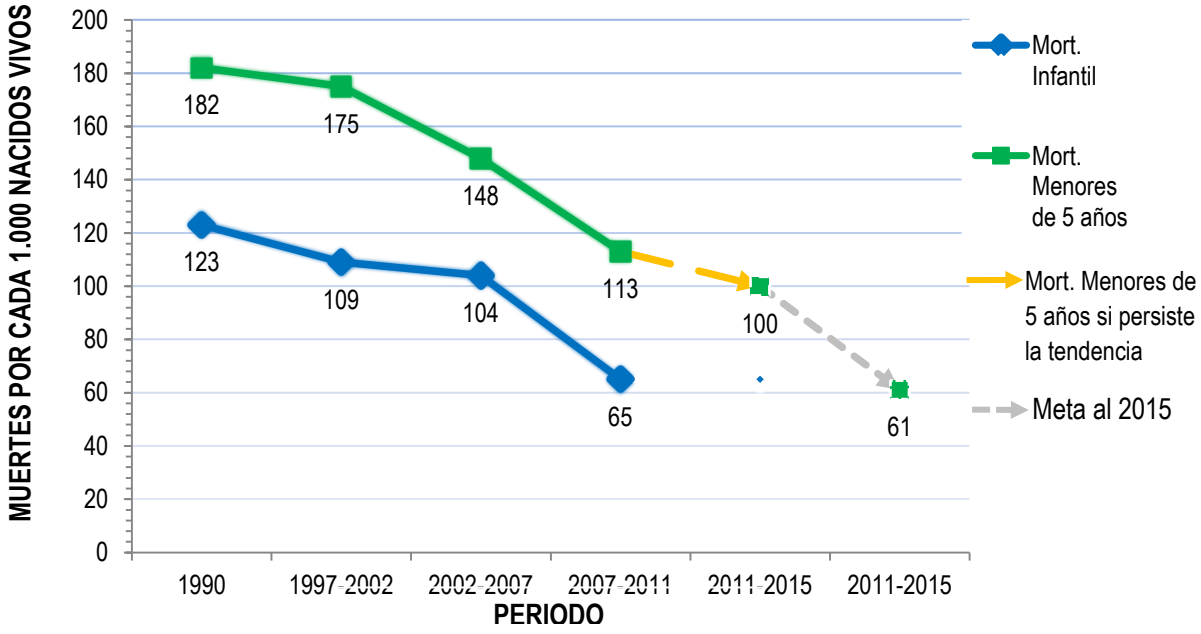
La tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años se ha reducido en 38% en el periodo de 1990-2011, al pasar de 182 por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 113 por cada 1.000 nacidos vivos en 2011. Lo anterior representa una reducción promedio de 1,8% anual. De continuar con esta tendencia, para el año 2015, la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años sería de 100 por cada 1.000 nacidos vivos. Esto representaría un esfuerzo importante por parte del país, pero no lograría llegar a 61 por cada 1.000 nacidos vivos, como se establece en la eta al 2015. Por consiguiente, Guinea Ecuatorial no estaría logrando esta meta para 2015 si se mantiene la tendencia observada hasta ahora (ver Tabla 2). La meta se lograría solo si el país acelera la tendencia que ha presentado en este indicador.

Tabla 2: Tendencia de la mortalidad en niños y niñas menores de 5 años

Indicador	Año base 1990	1997-2002	2002-2007	2007-2011	Meta 2015	Brecha para alcanzar la meta al 2015
(Por cada 1.000 nacidos vivos)						
TM<5 años	182	175	148	113	61	52

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la EDSGE-I 2011 y la Base de datos del Banco Mundial (www.databank.worldbank.org/)

Grafico 1: Tendencia de la mortalidad infantil y la mortalidad en niños y niñas menores de 5 años.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la EDSGE-I 2011 y la Base de datos del Banco Mundial (www.databank.worldbank.org/)

1.3 Tasa de mortalidad infantil por región geográfica, nivel educativo de la madre y características socio-económicas del hogar.

a. Área de residencia

El análisis de los datos de la EDSGE-I revela que el nivel de la mortalidad de los niños y niñas también varía según la región geográfica. La tasa de mortalidad infantil es ligeramente superior en la región continental que en la región insular, con 84 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el continente frente a 81 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en la región insular. La tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años también son más bajas en la región insular que en el continente, con 132 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en la región continental, frente a 118 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en la región insular. Cualquiera que sea el tipo de mortalidad, los datos muestran una relación inversa entre los índices de mortalidad y el nivel de educación de la madre. En efecto, las tasas de mortalidad bajan drásticamente cuando el nivel de educación de la madre es mayor.

b. Nivel educativo de la madre

En los últimos diez años antes de la encuesta, la tasa de mortalidad infantil era de 33 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en niños y niñas cuyas madres tenían un alto nivel de educación, y de 115 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en aquellos niños y niñas cuyas madres no tenían ninguna educación. Los niños y niñas cuyas madres tienen nivel de educación primaria tuvieron una tasa de mortalidad infantil de 83 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, o sea un 27,8% menos de probabilidades de morir que los hijos de madres sin educación. En cuanto a la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años, las disparidades persisten a favor de los niños y niñas de madres con educación. La tasa de mortalidad de los niños y niñas de madres sin educación es de 165 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, frente a 115 muertes por cada 1.000 nacidos vivos con madres que tienen nivel secundario y 59 muertes por cada 1.000 nacidos vivos de madres con educación superior.

c. Características Socio-Económicas

Los resultados de la encuesta muestran claramente que, independientemente del tipo de mortalidad, excepto la mortalidad post-neonatal, la tasa es más alta en los hogares más pobres que en hogares más ricos (ver Tabla 3).

Tabla 3: Tasa de Mortalidad Infantil por región geográfica y por Características Socio-Económicas.

Guinea Ecuatorial 2011: Tasas de mortalidad neonatal, post-neonatal, infantil, post-infantil y mortalidad de niños y niñas menores de 5 años para el período de diez años antes de la encuesta, por características socioeconómicas.						
Característica		Mortalidad neonatal (NN)	Mortalidad post-neonatal (PNN)[1]	Mortalidad infantil ($_1q_0$)	Mortalidad post-infantil ($_4q_1$)	Mortalidad en la niñez ($_5q_0$)
Residencia	Urbana	35	41	77	43	116
	Rural	47	42	89	56	140
Región	Insular	38	43	81	40	118
	Continental	43	41	84	53	132
Nivel de instrucción de la Madre	Sin instrucción	65	50	115	56	165
	Primaria	43	39	83	69	146
	Secundaria	38	43	81	37	115
	Superior	22	11	33	27	59
Quintil de riqueza	Inferior	56	32	89	65	148
	Segundo	54	26	79	60	135
	Intermedio	29	52	80	52	128
	Cuarto	44	48	92	54	142
	Superior	34	42	76	33	107

[1] Calculada como la diferencia entre la tasa de mortalidad infantil y la neonatal.

Fuente: EDSGE-I 2011; página 101.

II. POLITICAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS EN GUINEA ECUATORIAL VINCULADOS CON EL ODM 4

El Gobierno de Guinea Ecuatorial en su afán de lograr la meta establecida para 2015 ha reforzado los programas vinculados con el ODM 4. Se ha aprobado el Decreto Núm. 78/2001 de fecha 29 de Octubre por el que se aprueban el Plan Marco Estratégico y el Plan de Urgencia de Lucha contra el SIDA en Guinea Ecuatorial y la Ley Núm. 3/2005 de fecha 9 de Mayo sobre la Prevención y la Lucha contra las Infecciones de Transmisión Sexual/VIH/SIDA y la Defensa de los Derechos Humanos de las Personas afectadas. También se han reforzado los Programas Nacionales de Lucha contra el Paludismo (PNLP), el Programa Nacional de Lucha contra el Sida (PNLS), y el Programa Ampliado de Vacunación (PAV).

El Gobierno de Guinea Ecuatorial con el apoyo del Sistema de las Naciones Unidas, la Cooperación Internacional, las ONGs y el Sector Privado ejecuta y financia los Programas y Proyectos vinculadas con el ODM 4. Según la Ley de Presupuestos Generales del Estado, los presupuestos designados para la ejecución de las actividades de estos programas, a excepción del Programa Nacional de Lucha contra el Paludismo (PNLP), no son directamente destinados a los programas sino a sus Direcciones Generales, como la de Salud Pública (DGSP), de Prevención Sanitaria y Bienestar Social y de Salud Familiar (DGSF), pertenecientes al Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (MINISABS).

Tabla 4: Presupuesto anual 2013 para programas vinculados con el ODM 4

DIRECCIÓN	TOTAL EN FRANCOS CFAS	EQUIVALENCIA EN US$
Dirección General de Coordinación de Lucha contra el VIH/SIDA	1.442.081.000	2.884.162
Dirección General de Salud Publica	1.056.764.000	2.113.528
Dirección General de Salud Familiar	1.030.880.000	2.061.760

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del MINISABS y del Ministerio de Hacienda y Presupuestos.

2.1 Políticas desarrolladas vinculadas con el ODM 4

El Ministerio de Sanidad y Bienestar Social es la institución titular de las políticas vinculadas con el ODM 4 desarrolladas en Guinea Ecuatorial y que sirven de marco para los programas y proyectos que se desarrollan en esta área, de los cuales, el Gobierno de Guinea Ecuatorial es el principal financiador. Abajo se citan las más destacadas:

- Política Nacional de Salud del Niño
- Política Nacional de Salud Reproductiva
- Política Nacional de Nutrición

2.2 Programas desarrollados vinculados con el ODM 4

a. Programa Nacional de Nutrición y Alimentación de los Niños y Niñas

El Programa Nacional de Nutrición y Alimentación de los Infantes, tiene como institución titular al Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, la financiación proviene íntegramente del Gobierno de Guinea Ecuatorial. Sus principales objetivos son: erradicar la malnutrición crónica y la malnutrición aguda.

Según la EDSGE-I la malnutrición es uno de los principales problemas de salud que afectan a los niños y niñas en los países en vía de desarrollo, en general, y en Guinea Ecuatorial en particular. Según la definición de la OMS, la malnutrición se caracteriza por un "estado patológico resultante de la deficiencia o del exceso, relativo o absoluto, de uno o varios nutrientes esenciales"[10]. Este estado es el resultado de ya sea una alimentación inadecuada, como de un entorno sanitario deficiente o de ambos.

[10] EDSGE-I/2011, página 141.

Las prácticas inadecuadas de alimentación se refieren, no sólo a la calidad y cantidad de alimentos dados a los niños y niñas, sino también a las etapas de su introducción.

La malnutrición incluye a la vez la desnutrición y la sobrealimentación. La desnutrición se debe a la dieta continuamente insuficiente en relación a las necesidades alimentarias, a la mala absorción y / o el uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos. Esto se traduce por una pérdida de peso corporal. La sobrealimentación es un estado crónico de absorción de alimentos en cantidad excesiva en comparación con las necesidades nutricionales, y engendra una sobrecarga ponderada y/o una obesidad. Los análisis de los datos concernientes a la alimentación de los niños y niñas nacidos en los cinco años anteriores a la EDSGE-I indican que en el caso de Guinea Ecuatorial: un tercio de los niños y niñas de 0-59 meses (26%) sufren de desnutrición crónica (el 9% de forma severa), el 10% sufren de desnutrición aguda (el 3% de forma severa) y el 6% presentan una insuficiencia de peso (el 1% de forma severa) (ver anexo I).

b. Programa Nacional de Lucha Contra el Paludismo.

El Programa Nacional de Lucha contra el Paludismo, opera desde 1988, bajo la financiación del Gobierno y del Sector Privado, especialmente de Marathon EG Production Ltd.y con la colaboración del Sistema de las Naciones Unidas, y otras colaboraciones bilaterales. Las actividades implementadas en el programa tienen como principal beneficiario a la población en general, pero con especial énfasis a las mujeres embarazadas y a los niños y niñas menores de 5 años. Según la Dirección Nacional de Lucha contra el Paludismo (DNLP) el presupuesto es quinquenal y asciende aproximadamente a los 17,6 Millares de Francos CFA, o sea alrededor de USD 35,2 Millones. Este presupuesto, sólo cubre las actividades de la región insular. La falta de financiación en la parte continental y Annobón ha provocado la paralización de las actividades del programa en estas dos regiones desde 2011. Lo anterior ligado a la migración interna del continente hacia la Isla de Bioko y viceversa impacta en los logros alcanzados en la Isla de Bioko. Según la DNLP, entre los logros alcanzados por este programa, destacan los siguientes:

- La disminución de la parasitemia.
- La reducción del 98% de la tasa de inoculación entomológica (número de picaduras infectantes de mosquitos por persona).
- La reducción del 80% de la anemia en los niños y niñas menores de 5 años.

- El rociamiento Residual Intradomiciliario (RRI), dos rondas al año, ha permitido llegar a una cobertura de más del 80% de las casas rociadas, con 37.623 casas y 209.284 estructuras (habitaciones).
- La introducción del tratamiento preventivo intermitente (TPI) del paludismo en las mujeres embarazadas con la sulfadoxina-piremetamina (SP).
- Reforzamiento de la lucha contra el paludismo mediante la implementación del Proyecto de Control de Paludismo en la Isla de Bioko (PCPIB) financiado por Marathon EG Production Ltd.,
- La distribución de las telas mosquiteras impregnadas,

La estrategia de control del paludismo del PCPIB comenzó en el 2004, con Rociamiento Residual Intradomiciliario (RRI) en toda la Isla, seguido en el 2005 por la introducción del diagnóstico y tratamiento fortalecido y gratuito en todos los establecimientos públicos de salud. Dicha estrategia también incluía el apoyo a la microscopia y el uso de pruebas diagnósticas rápidas en establecimientos de salud que carecían de laboratorios; la introducción de terapia combinada a base de artemisinina (inicialmente Artesónate y sulfadoxina-piremetamina, y sustituido en 2006 a Artesónate y amodiaquina); el uso de quinina inyectable para el tratamiento del paludismo severo; el tratamiento preventivo intermitente para gestantes (TIPg); y a finales del 2007, la distribución masiva gratuita y colocación de telas mosquiteras impregnadas con insecticida de larga duración (MILD) PermaNet 2.0 (de Vestergaard-Frandsen).El proyecto ha continuado con la distribución de MILD gratuitas a las gestantes que asisten a controles prenatales en establecimientos de salud del estado. Este conjunto integrado de intervenciones de control del paludismo ha sido apoyado por una estrategia comprensiva de Información, Educación y Comunicación (IEC), y monitoreado estrechamente por encuestas anuales de indicadores del paludismo y actividades de vigilancia entomológica, realizadas en toda la Isla.

Debido a limitaciones de financiamiento, la estrategia de control del paludismo de la ICPGE en la Región Continental, fue basada en el control vectorial, donde se implementaba el RRI en dos provincias (Litoral y Kie-Ntem), y se hizo una entrega masiva de MILD en las dos provincias restantes (Centro Sur y Wele-Nzas).El RRI comenzó en 2007, con una ronda de rociamiento en la Provincia de Litoral. Esto fue seguido en el 2008 por una segunda ronda de rociamiento en Litoral, y una primera ronda en Kie-Ntem. Del 2009 al 2011, debido a una reorganización del plan de rociamiento, se hizo dos rondas de rociamiento por año en cada una de estas provincias. Se entregó MILD PermaNet 2.0 gratuitos en la Provincia de Centro Sur en 2007 y posteriormente en Wele-Nzas, en 2008. Al igual que en la Isla de Bioko, la ICPGE proporcionaba acceso gratuito al diagnóstico y tratamiento mejorado del paludismo y al TPIg. Asimismo, se reforzaron estas intervenciones con una estrategia integral de IEC, y con monitoreo y evaluación mediante encuestas anuales de indicadores del paludismo y vigilancia entomológica en las cuatro provincias de la Región Continental.

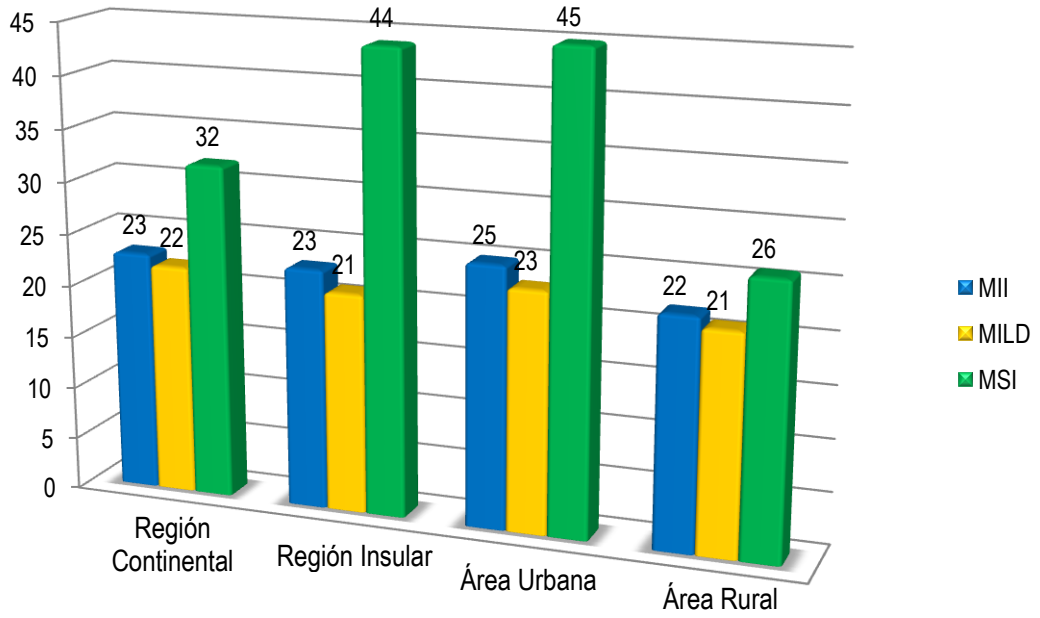
La EDSGE-I 2011 estimó que ha habido una reducción de casi 25% en la mortalidad entre niños y niñas menores de 5 años (5q0) a nivel nacional desde 2007, como resultado de estas intervenciones, y una reducción de aproximadamente 35% desde 2002. El impacto ha sido mayor en la Isla de Bioko (Región Insular), donde los recursos permitieron no solamente incrementar la cobertura de las intervenciones sino también el uso simultaneo de mosquiteras impregnadas con insecticida de larga duración y el rociamiento residual intradomiciliario en todas las áreas. Por otra parte, en la Región Continental se utilizó solamente una intervención de control vectorial en cada provincia, siendo la cobertura total más baja.

La Gráfica 2 presenta el porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que durmieron bajo tela mosquitera 1 noche antes de la EDSGE-I. Estos resultados muestran que únicamente el 35% de los niños y niñas menores de cinco años durmieron bajo una mosquitera la noche anterior a la encuesta, y sólo alrededor de uno de cada cinco (23%) ha dormido bajo una Mosquitera Impregnada con Insecticida (MII).

Por otra parte, se constata que la proporción de niños y niñas que han dormido bajo una MII es similar al de aquellos que durmieron bajo una Mosquitera con Insecticida de Larga Duración (MILD).

Desde el comienzo de la implementación del programa, este ha conocido obstáculos tales como: el difícil acceso en ciertas zonas de intervención de la Región Insular y Continental (Ureka, Corisco, zonas costeras de Mbini y Kogo, etc.); la deficiente coordinación intersectorial en materia de lucha contra el paludismo; las deficiencias de los programas de IEC/CCC/Paludismo para mejorar el nivel de conocimiento de los servicios de prevención y tratamiento del paludismo, las carencias del personal en el programa, la falta de implicación de las familias en las actividades de lucha contra el paludismo y sobre todo la paralización de las actividades por falta de financiación en la Región Continental y en Annobón, entre otros.

Gráfico 2: Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que durmieron bajo tela mosquitera una noche antes de la EDSGE-I



Fuente: Elaboración propia en base a datos EDSGE-I 2011, página 8.

c. Programa Ampliado de Vacunación (PAV)

La principal actividad del Programa Ampliado de Vacunación es proteger a la población objeto en cuanto a las enfermedades inmune prevenibles, como el sarampión y el tétano neonatal, así como la poliomielitis mediante el proceso logístico de adquisición, planificación y distribución de las vacunas en los puestos de vacunación en toda la geografía nacional. También incluye velar por las normas y procedimientos establecidos para la ejecución de las actividades de vacunación en el sistema nacional de salud con el objetivo de garantizar inmunización de los niños y niñas menores de 5 años y de las mujeres embarazadas. Este programa opera desde 1983. Desde entonces, el MINSABS es la a institución responsable. Desde la implementación de este programa, el Gobierno de Guinea Ecuatorial, la Agencia del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud (OMS), son la fuente de financiación de las actividades del programa. En los últimos años, el presupuesto anual del programa supera los 1.000 Millones de Francos CFA (2 Millones de US$). El Gobierno de Guinea Ecuatorial se ha convertido en el único financiador de la adquisición de vacunas, con el apoyo técnico y logístico de UNICEF y la OMS.

Desde la implementación del programa, en 1983, uno de los mayores logros alcanzados ha sido la ampliación del programa a todo el ámbito nacional. Se ha reforzado la gestión de vacunas a través de la instalación de cinco cámaras de frio financiadas por BG Group EG, empresa del sector privado, y ejecutado por UNICEF en colaboración con el MINISABS. Según la Dirección del PAV, el curso de la ejecución del programa desde su implementación ha encontrado obstáculos, entre los que se pueden resaltar: el lento proceso de desbloqueo de fondos para la ejecución de las actividades del programa, la insuficiencia de medios de transporte para las vacunaciones de estrategia avanzada y la posterior supervisión de las mismas, la frecuente ruptura del stock de vacunas, sobre todo a nivel nacional.

Conforme a las recomendaciones de la OMS, se considera un niño completamente vacunado, solo si antes de cumplir el primer año de vida recibe: una dosis de BCG (vacuna contra la tuberculosis) al nacer; tres dosis de DTP-HepB-Hib (vacuna contra la difteria, la tosferina, el tétanos, la hepatitis B y las infecciones causadas por Haemophilus influenza de tipo b) con intervalos entre dosis de 4 semanas; tres dosis VPO (vacuna oral contra la poliomielitis) con intervalos entre dosis de 4 semanas y una dosis de la VAS (vacuna contra el sarampión) a los nueve meses.

Desde septiembre de 2013 se utiliza una nueva vacuna que se considera como "pentavalente" que incluye la combinación de DTC (Difteria, Tétanos y Tos Ferina). Pentavalente en realidad contiene cinco antígenos contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la Hepatitis B y el Haemophilus influenza B (HIB). Además, una primera dosis de vacuna contra la poliomielitis (polio 0) viene dada en el nacimiento. De acuerdo con el programa de inmunización, estas vacunas se deben administrar a los niños y niñas antes de la edad de un año.

En la EDSGE-I, se obtuvo la información que permite evaluar la cobertura del Programa Ampliado de Vacunación (PAV) en Guinea Ecuatorial para todos los niños y niñas nacidos en los últimos 5 años. Los datos de vacunación se obtuvieron de dos fuentes: los carnets de vacunación de los niños y niñas y las declaraciones de las madres. La Tabla 3 muestra que la cobertura sigue siendo muy baja. De hecho, sólo el 26.5% de los niños y niñas de 12-23 meses fueron vacunados completamente.

La vacuna contra la polio se administra normalmente al mismo tiempo que la Pentavalente. Sin embargo, la cobertura de inmunización contra la poliomielitis es ligeramente superior (polio 0: 62%, polio 1: 64%, polio 2 50% y polio 3: 34%). La cobertura contra el sarampión es de 44% de vacunados antes de la encuesta y 40% para los vacunados antes de los 12 meses. Entre los niños y niñas que recibieron todas las vacunas, el 24% estaban vacunados según el calendario recomendado, es decir, antes de la edad de 12 meses, de acuerdo con las dos fuentes de información de la EDSGE-I. Sin embargo, la proporción de niños y niñas de 12-23 meses de edad que no recibieron las vacunas del PAV antes de los 12 meses de edad es muy alta (25%).

Tabla 6: Vacunación por fuente de información

Porcentaje de niños y niñas de 12-23 meses de edad que han recibido vacunas especificas en cualquier momento antes de la encuesta, por fuente de información (carné de vacunación o informe de la madre); y porcentaje vacunados antes de los 12 meses de edad, Guinea Ecuatorial 2011												
Fuente de información	BCG	Penta 1	Penta 2	Penta 3	Polio 0[1]	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Sarampión	Todas las vacunas básicas[2]	Ninguna vacuna	Número de niños y niñas
Vacunado/a en cualquier momento antes de la encuesta												
Carné de vacunación	36,8	33,0	32,3	30,2	32,9	34,9	33,8	31,5	27,4	26,0	0,0	197
Informe de la madre	34,2	26,0	19,7	11,9	29,1	29,5	16,4	2,3	17,0	0,5	24,9	332
Cualquier fuente	71,0	58,9	52,0	42,1	62,0	64,4	50,2	33,8	44,4	26,5	24,9	529
Vacunado/a durante el primer año de vida[3]	70,8	58,6	51,7	41,0	61,8	64,0	49,2	33,0	40,3	24,0	25,2	529

[1] Polio 0 es la vacuna contra el polio que se aplica al nacer.
[2] BCG, Sarampión y tres dosis de DPT y polio (excluyendo polio al nacer).
[3] Para quienes la información está basada en el informe de la madre, se asume que la proporción de vacunas recibidas durante el primer año es la misma que la de aquellos con carné de vacunación.

Fuente: Tomado de la EDSGE-I 2011, página 128.

d. Programa Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA

El Programa Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA (PNLS), opera desde el año 1989 y tiene como objetivo principal dar respuesta al problema actual del VIH en Guinea Ecuatorial, mediante:

- Eliminar la transmisión del VIH de la madre al niño.
- Garantizar el 85% de nacimientos de los niños y niñas libres de la infección.
- Reducir significativamente la mortalidad y morbilidad materna e infantil relacionadas con el SIDA.

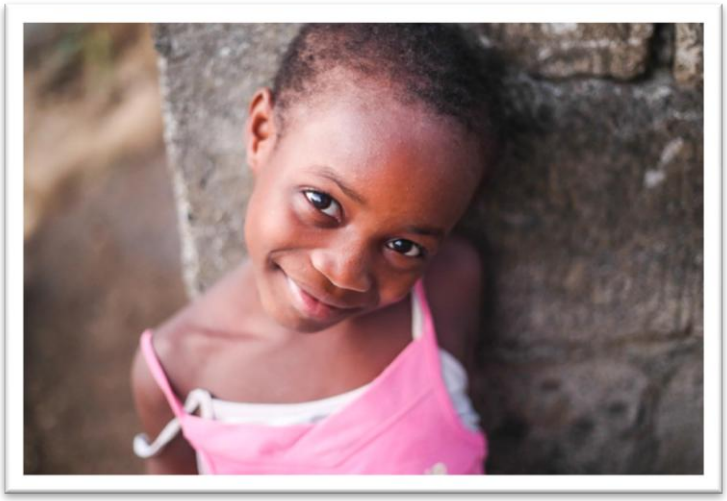
Una de las debilidades identificadas en el análisis del funcionamiento de este Programa ha sido la carencia de personal y la de no tener definidos los perfiles de trabajo y responsabilidades de cada puesto dentro del PNLS.

El PNLS es la célula sectorial perteneciente al Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, representada por el Director Nacional del PNLS. El Artículo No. 27º del Reglamento Orgánico del PNLS define el marco de funcionamiento del mismo y mediante el Decreto nº 107/2006 Artículo No.1. se toman medidas urgentes para frenar la propagación del VIH/SIDA en la República de Guinea Ecuatorial. De acuerdo a esta legislación la Célula Sectorial de lucha contra las ITS y el VIH-SIDA tiene como meta planificar las necesidades para realizar la consejería, el diagnostico oportuno, el tratamiento curativo y epidemiológico de todos los casos.

Según la Dirección Nacional del Programa Nacional de Lucha contra el SIDA, el Gobierno de Guinea Ecuatorial es el principal financiador del Programa, con contribuciones del Sistema de las Naciones Unidas y de la Cooperación Internacional. Cabe recordar que la implementación de las actividades del PNLS desde el 2005 al 2011 fueron financiadas por el Proyecto del Fondo Mundial. Desde 2011 el monitoreo de las intervenciones en lucha contra el VIH/SIDA decae por problemas de recursos humanos y financieros ya que Guinea Ecuatorial por su nivel de ingresos medio-alto, ya no cumplía los criterios de elegibilidad del proyecto del Fondo Mundial. Sin embargo, las intervenciones relacionadas con el diagnostico y tratamiento han ido en aumento, sobre todo en la población adulta. En esta área se destaca la implementación de las políticas/estrategias y leyes entorno al VIH, la gratuidad de los medicamentos antirretrovirales, la creación de las consultas y seguimiento de los niños expuestos e infectados por el VIH, la actualización del protocolo de tratamiento del niño con VIH, la mejora del monitoreo de los niños huérfanos por el VIH/SIDA, las pruebas relacionadas con el VIH, diferentes tipos de test de VIH, CD4 y recientemente la adquisición de la máquina para el conteo de la carga viral.

e. Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

La Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia de salud que surge como una herramienta adecuada para avanzar en la respuesta y solución a los problemas de los niños y niñas y niñas menores de 5 años de edad. Fue elaborada en conjunto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Esta estrategia enfoca la atención sobre los niños y niñas y no sobre la enfermedad.



También brinda una herramienta de trabajo concreta para fortalecer la integración de los servicios de salud, permitiendo que se establezcan o refuercen redes de atención entre establecimientos de salud (hospitales, centros de salud puestos de salud etc.), agentes comunitarios y otros sectores que trabajan con la infancia.

La estrategia AIEPI desde el inicio de su implementación, se marcó cinco objetivos:

- ✓ Reducir la mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años, especialmente la ocasionada por neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis, dengue, meningitis, trastornos nutricionales y enfermedades prevenibles por vacunas así como sus complicaciones.
- ✓ Reducir la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades infecciones que afectan a los niños y niñas especialmente neumonía, diarrea parásitos intestinales, meningitis, tuberculosis y la malaria.
- ✓ Garantizar una adecuada calidad en la atención de los niños y niñas menores de 5 años, tanto en los servicios de salud como en el hogar.
- ✓ Fortalecer aspectos de promoción de la salud y prevención de la niñez en la atención de los servicios de salud y en la dinámica familiar, comunitaria y local.
- ✓ Apoyar los esfuerzos dirigidos a fortalecer el desarrollo local para la atención de la salud mejorando las actitudes, habilidades y destrezas en la familia, la comunidad y los sectores para el cuidado de los niños y niñas menores de 5 años y la protección del medio ambiente.

La estrategia AIEPI se operacionaliza a través de tres componentes:

- ✓ Mejoramiento del desempeño del personal sanitario, que incluye la adaptación, la capacitación y el seguimiento posterior para la prevención y control de enfermedades infantiles.
- ✓ Fortalecimiento de los servicios de salud, para apoyar a los agentes sanitarios en sus tareas cotidianas a fin de que ofrezcan una atención de calidad a los niños y niñas menores de 5 años.
- ✓ Mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias que incluye las intervenciones en el hogar y la comunidad en beneficio de la salud de los niños y niñas.

La estrategia beneficia al niño que acude al control de niño sano, en los dos casos, ya sea que el motivo de la consulta sea por morbilidad o atención del niño sano. La estrategia contempla una secuencia ordenada de pasos que permitan al personal sanitario evaluar, clasificar y tratar diferentes problemas de salud que el niño puede presentar y que habitualmente no son detectados, al focalizar la atención sólo en el motivo de consulta expresado por los padres.

2.3 Proyectos desarrollados vinculados con el ODM 4

El desarrollo de proyectos relacionados con el ODM 4 en Guinea Ecuatorial ha contado con el apoyo del Gobierno de Guinea Ecuatorial, de las Agencias de las Naciones Unidas, del Sector Privado, de las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y de la Cooperación Bilateral presente en el país.

a. Cooperación Bilateral

En el marco de la cooperación bilateral, destacan el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrolle (AECID), quien es uno de los financiadores del proyecto de Mejora de la Calidad Asistencial de la Atención Primaria de Salud.

Asimismo, es importante resaltar el apoyo de la Brigada Médica Cubana, la cual está presente en los 18 distritos de Guinea Ecuatorial y en los dos hospitales regionales. Brinda apoyo al Ministerio de Sanidad y Bienestar Social en el seguimiento de los programas, incluidos los vinculados con el ODM 4. El sistema sanitario nacional cuenta con 8 pediatras y 4 ginecólogos de la Brigada Médica Cubana. Dicha Brigada también participa en las estrategias de vacunación, salud reproductiva y educación para la salud. Esta presentes en apoyo a las labores de higiene ambiental, vigilancia epidemiológica y en atención al VIH/SIDA, entre otros.

b. PROSALUD

El Proyecto Prosalud comenzó en Enero del 2011 con la llegada a Evinayong del equipo del mismo. La fase de realización del proyecto comenzó el 1 de marzo del 2011 y continúa hasta la fecha. Las actividades del Proyecto Prosalud cubren los tres distritos de la Provincia de Centro-Sur (Evinayong, Acurenam y Niefang), en la Región Continental de la República de Guinea Ecuatorial. El Ministerio de Minas Industrias y Energía (MMIE) es la institución titular del proyecto. BG Group EG es la principal fuente de financiación.

El objetivo principal del proyecto Prosalud es mejorar la salud materna e infantil en la Provincia de Centro Sur.

Las estrategias para conseguir estos objetivos son: mejorar el acceso a servicios sanitarios de alta calidad en los centros sanitarios, la comunicación para el cambio de comportamiento, aumentar el acceso a agua potable en los centros de salud y en las comunidades, y mejorar las instalaciones de saneamiento e higiene en los centros de salud y en las comunidades.

Los principales beneficiarios del Proyecto Prosalud son los niños y niñasmenores de cinco años, las madres embarazadas y los bebés recién nacidos.

En el año 2012, el proyecto llevó a cabo nueve capacitaciones: Parto Normal; Higiene y Saneamiento; Salud Materna e Infantil; Diagnóstico y Tratamiento del Paludismo; Diagnóstico y Tratamiento de la Pulmonía y Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea; Sistemas de Información Sanitaria; Control del Crecimiento y el Desarrollo Saludable del Niño; Gestión y Liderazgo; Capacitación de Equipos de Salud en la organización de áreas y distritos sanitarios y, finalmente, de Coordinación con las Parteras y los Curanderos Tradicionales. Cada sesión de capacitación se complementó con la distribución de materiales relevantes. Las visitas de supervisión son realizadas mensualmente.

En 2013, el proyecto tenía previsto ejecutar las siguientes actividades:

- ✓ Capacitación y supervisión de los trabajadores de la salud y los equipos de salud distritales, para la organización y administración de los hospitales, centros de salud, distritos y zonas sanitarias. Se prevén cinco capacitaciones, a saber: parto, recién nacido y post-parto, atención prenatal enfocada, gestión de casos para las principales enfermedades pediátricas, y las habituales sesiones con las parteras tradicionales y para los curanderos tradicionales.
- ✓ Dos sesiones de los Días de Salud Infantil. En ellas, se realiza el control de desarrollo de los niños, diagnostico de malaria, IRAs, vacunación, desparasitación, suplemento con vitamina A y distribución de MILD. Así mismo se realizan charlas y demostraciones sobre prevención.
- ✓ Continuar a lo largo del año con la Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) en el terreno. Asimismo, los materiales de CCC relacionados con el agua, el saneamiento y la salud materno-infantil se distribuirán a los equipos de salud todos los meses.
- ✓ Se continuará llevando a cabo el Programa Estrella de Oro en los tres distritos de Centro Sur.
- ✓ Ya que el proyecto ha llegado a su punto medio, se ha realizado una encuesta en febrero de 2014 para medir el impacto que ha tenido desde su comienzo hasta ahora.
- ✓ Se procurará el suministro de equipos y suministros esenciales para los centros de salud.

c. Mejora de la Calidad Asistencial de la Atención Primaria de Salud.

En la actualidad se ha puesto en marcha el proyecto Mejora de la Calidad Asistencial de la Atención Primaria de Salud, cuyo énfasis es en los colectivos más vulnerables, como las mujeres embarazadas y niños y niñas menores de 5 años. El periodo del proyecto es de un año 2013-2014.La institución responsable es la Fundación de Religiosos para la Salud (FRS). Según la Dirección de Programas de Cooperación de la AECID, las principales fuentes de financiación del proyecto son: la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), la Fundación de Religiosos para la Salud y el Gobierno de Guinea Ecuatorial. El presupuesto anual asciende a XAF 462.449.685 Francos CFA, es decir a US$ 924.899.

El proyecto contempla tres acciones que son consideradas como objetivos:

- Establecer procesos de calidad asistencial, supervisión y formación continua en los centros y puestos de salud, que garanticen la efectividad de la atención.
- Fortalecer el modelo de gestión de distrito sanitario, que se encuentra en su primera etapa de implementación en colaboración de FRS y el MINSABS, con procesos de supervisión, mejora continua y formación en análisis del SIS a nivel central.
- Dar un paso en la atención primaria de salud (APS) en zonas urbanas y periurbanas, poniendo en marcha una estrategia de salud en Bata, que incluya la elaboración de un censo sanitario, la formación de agentes de salud (puntos focales) y la puesta en marcha del comité distrital de salud, con participación ciudadana, incluido el modelo de distrito urbano. El proyecto beneficiaría a un total de 150.655 personas, de las cuales, 73.843 son mujeres. Los indicadores obtenidos se desglosaran en grupos de mayor vulnerabilidad: menores de 5 años, mujeres, personas con discapacidad y enfermos mentales.

La reciente implementación del proyecto y la no conclusión de los trabajos, dificultan valorar el avance obtenido y, por ende, señalar los obstáculos precisos.

III. DEFICIENCIAS EN EL LOGRO DEL ODM 4

En el proceso de elaboración del presente Informe, los actores involucrados en el mismo, identificaron las debilidades que no han permitido un mayor avance hacia el logro del ODM 4. Entre estas debilidades se pueden mencionar las siguientes:

1. La baja cobertura vacunal ocasionada por:
    - Frecuentes rupturas del stock de vacunas.
    - Insuficientes recursos humanos, materiales y financieros, en cantidad y calidad.
    - Dificultad para identificar el tamaño de la población objetivo.
    - Poca implementación de las actividades de movilización social para involucrar a la población en las actividades relacionadas con el aumento de la cobertura.
    - Deficiente conocimiento y aplicación de la ley vigente de beneficiación sanitaria.
    - Deficiente gestión del sistema de aprovisionamiento.
    - Deficiente seguimiento y evaluación en la ejecución de los proyectos y programas relacionados con la salud del niño y niña.
    - Deficiente participación comunitaria.
2. Baja implementación del protocolo de PTMH en el país, así como el limitado acceso a los servicios de PTMH.
3. Ausencia de puntos focales de PTMH en las cabeceras de provincia y distrito.
4. Inadecuada gestión en utilización de maquinas de CD4 y de test rápido de VIH.
5. Limitaciones en las capacidades técnicas del personal, y en la disposición de personal y materiales suficientes en los centros de prestación de servicios.
6. Marcada deficiencia de las intervenciones de lucha contra el paludismo en la parte continental del país desde septiembre de 2011; así como el lento proceso de movilización de recursos para la reactivación de las actividades a nivel nacional.
7. El cese del Proyecto Iniciativa de Control de Paludismo en Guinea Ecuatorial (ICPEGE) desde septiembre del 2011.
8. Dificultad de gestión de los fondos destinados a los programas para la ejecución de las actividades.
9. Limitada operacionalización de los Distritos Sanitarios a nivel nacional.
10. Ausencia de una política nacional de desarrollo infantil validada.
11. Deficiente capacidad técnica para la preparación e implementación del programa de cambio de comportamiento de salud del niño.
12. Falta de funcionamiento del Comité de Coordinación Inter Agencias (CCIA).

IV. CONCLUSIONES

Guinea Ecuatorial, en los últimos 15 años, ha logrado muy importantes avances en lo referente a la disminución de la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años. A este fin, se ha ampliado la cobertura de atención prenatal y servicios de maternidad para las mujeres, así como de control de crecimiento y atención de enfermedades en la niñez, en particular en el área urbana del país. Asimismo se han mejorado las condiciones hospitalarias. Se ha avanzado en la atención primaria de salud. Se ha logrado contar con personal ecuatoguineano especializado en salud infantil, y se ha fortalecido el programa ampliado de vacunación, entre otros.

Según los datos de la EDSGE-2011, en el período 2007-2011, el riesgo general de fallecer entre el nacimiento y los cinco años de edad se estimó en 113 por cada 1.000 nacidos vivos en Guinea Ecuatorial. Si se considera el ritmo de descenso que ha tenido este indicador en el periodo de 1990-2011, al pasar de 182 por cada 1.000 nacidos vivos a 113 por cada 1.000 nacidos vivos, la disminución es de 38% con una reducción promedio de 1,8% anual. Lo anterior demuestra que, de mantenerse esta tendencia, para el año 2015, la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años sería de 100 por cada 1.000 nacidos vivos, en lugar de 61 por cada 1.000 nacidos vivos, como se establece en la meta al 2015. Por consiguiente, Guinea Ecuatorial no estaría logrando esta meta al 2015 si se mantiene la tendencia observada hasta ahora.

En este sentido, para que Guinea Ecuatorial pueda lograr el ODM 4 al 2015, tendría que redoblar sus esfuerzos para ampliar los programas de prevención contra el paludismo tanto en el Continente como en la Isla de Bioko, así como fortalecer los servicios de PTMH a nivel nacional. Asimismo tendría que aumentar la proporción de niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión, y reducir significativamente la tasa de malnutrición crónica y enfrentar la malnutrición aguda. Lo anterior requiere de un enfoque integral de seguridad alimentaria y nutricional, que vincule la atención a las emergencias nutricionales con aquellas intervenciones orientadas a mejorar el acceso, disponibilidad y aprovechamiento de los alimentos para la población en general y para los infantes en particular.

El solvente estado económico en que se encuentra la República de Guinea Ecuatorial, la voluntad política, unida al bajo nivel poblacional del país[11] , debería constituir una oportunidad a la hora de afrontar el reto de la consecución del objetivo de reducir la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años (ODM 4). Dado los resultados observados hasta la fecha, es importante para el país aprovechar esta oportunidad, y avanzar en una gestión efectiva de los recursos humanos, financieros, materiales e institucionales asignados al alcance de este ODM, para lograr así garantizar el derecho fundamental de la vida a los niños y niñas de Guinea Ecuatorial.

[11] 1.014.999 habitantes según el último Censo General de Población y Viviendas de 2001 de Guinea Ecuatorial.

V. RECOMENDACIONES

En base a las debilidades previamente identificadas, el Gobierno de Guinea Ecuatorial, debería tomar de manera inmediata las siguientes acciones para garantizar el logro la reducción de la mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años (ODM 4):

- ✓ El MINISABS y el Ministerio de Educación y Ciencia, deberían adoptar medidas que conlleven a la presentación de evidencias claras (carnet de vacunación) de que el niño o la niña ha recibido el paquete de vacunación previo a su ingreso en el sistema nacional de educación. De no tenerlo, se debería establecer un mecanismo para que se complete la vacunación de rutina.
- ✓ El Gobierno de Guinea Ecuatorial a través del MINISABS debería apoyar al PAV para alcanzar al menos 85% de la cobertura vacunal. Lo anterior implicaría dotar al programa de suficientes recursos humanos, materiales y financieros; así como de los medios logísticos para garantizar el desplazamiento de los vacunadores para las vacunaciones de rutina, la estrategia avanzada y las supervisiones.
- ✓ Multiplicar las actividades de movilización social para involucrar a la población en las actividades relacionadas con la salud del niño para aumentar la cobertura del PAV, que conlleve a un cambio de comportamiento de las familias.
    - El MINISABS debería dotar a P.A.V de personal cualificado para ofrecer atenciones de calidad a los niños y niñas en los establecimientos sanitarios y garantizar la buena gestión del sistema de aprovisionamiento de medicamentos esenciales para asegurar la salud de los niños y niñas.
    - El Gobierno de Guinea Ecuatorial debería dar cumplimiento a la ley de beneficencia.
    - El Gobierno de Guinea Ecuatorial podría solicitar la asistencia técnica del Sistema de las Naciones Unidas para supervisar cada seis meses la ejecución de las actividades de los programas y proyectos relacionados con la salud del niño y la niña.
    - El MINISABS debería hacer propuestas al Gobierno para bajar los costes de hospitalización y medicaciones de los niños y niñas, o para la gratuidad completa de los mismos.
    - El MINISABS debería desarrollar un Plan de Recursos Humanos que garantice el reclutamiento de personal, su distribución, formación, motivación, así como el desarrollo del plan de carrera. Lo anterior con el fin de garantizar la atención segura y de calidad a las mujeres embarazadas y a los niños y niñas en los centros sanitarios. También debería asegurar un punto focal PTMH en las cabeceras de provincias y distritos.
    - El MINISABS tiene que velar por incrementar las implementaciones del protocolo del PTMH, respetando la última recomendación de la OMS de junio de 2013, así como la adecuada gestión en utilización de maquinas de CD4 y de test rápido de VIH. También debería garantizar, la extensión del acceso a los servicios de PTMH.
    - El MINISABS tiene que velar por la continuidad de las actividades de sensibilización a la población en general sobre la importancia del programa y de evitar la transmisión vertical del VIH.
    - El Gobierno de Guinea Ecuatorial debería reactivar inmediatamente las actividades de intervenciones de lucha contra el paludismo en la parte continental del país y en Annobón.
    - El Gobierno de Guinea Ecuatorial tendría que velar por la pronta implementación de la política de salud infantil, una vez que su proceso de elaboración y validación haya concluido.
    - El MINISABS debería garantizar la implementación efectiva de la operacionalización de los Distritos Sanitarios a nivel nacional.

- Es necesario operacionalizar el CCIA.
- Se requiere reforzar el SIS (sistema de información sanitaria).
- El Gobierno de Guinea Ecuatorial debería mejorar la coordinación entre programas y proyectos en todas las aéreas del ODM 4.
- El Gobierno de Guinea Ecuatorial debería mejorar y ampliar las instalaciones hospitalarias públicas a fin de garantizar la calidad asistencial en los servicios pediátricos.
- El Gobierno de Guinea Ecuatorial debería crear los mecanismos concretos necesarios para el seguimiento de la violencia sexual infantil y definir los departamentos gubernamentales que deberían estar involucrados en esta tarea.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Banco Mundial, Base de datos (www.databank.worldbank.org/)
- Gobierno de Guinea Ecuatorial y Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, Informe Nacional sobre el Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5, 6, Enero 2013.
- Gobierno de Guinea Ecuatorial y Sistema de Naciones Unidas, Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2009.
- Gobierno de Guinea Ecuatorial y Sistema de Naciones Unidas, Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2005.
- Gobierno de Guinea Ecuatorial y el Sistema de las Naciones Unidas, Informe de la revisión a mediano plazo del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas al Desarrollo (MANUD 2008-2012).
- Gobierno de Guinea Ecuatorial y el Ministerio de Hacienda y Presupuestos. Ley de Presupuestos Generales del Estado Guinea Ecuatorial 2013.
- Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, Ministerio de Planificación, Desarrollo Económico e Inversiones Públicas, UNFPA, Banco Africano de Desarrollo y ICF International, "Encuesta Demográfica y de Salud de Guinea Ecuatorial de 2011: Informe Síntesis", 2012.
- MONTROSE y PROSALUD, Informe de actividades del Proyecto PROSALUD, 2011.
- Naciones Unidas, Junio 2012. "Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2012". Nueva York.
- Naciones Unidas, Enero de 2008. "Lista oficial de los indicadores de los ODM". Nueva York.
- UNICEF, (2012): Levels & Trends in Child Mortality. Report 2012: Estimates Developed by the UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. New York.
- United Nations Development Programme, United Nations Economic Commission for Africa, African Union, and African Development Bank Group. Informe Regional de África sobre los ODM 2013, "Assessing Progress in Africa towards the Millenium Development Goals, 2013".

ANEXOS

Anexo I: Estado de nutrición de los niños y niñas

Porcentaje de los menores de cinco años clasificados como desnutridos según tres índices antropométricos de nutrición: talla por la edad, peso para la talla, y peso para la edad, según características seleccionadas, Guinea Ecuatorial 2011												
	Talla para la edad[1]			Peso para la talla				Peso para la edad				
Característica	Porcentaje por debajo de -3 DE	Porcentaje por debajo de -2 DE[2]	Promedio del valor Z (DE)	Porcentaje por debajo de -3 DE	Porcentaje por debajo de -2 DE[2]	Porcentaje por encima de +2 SD	Promedio del valor Z (DE)	Porcentaje por debajo de -3 DE	Porcentaje por debajo de -2 DE[2]	Porcentaje por encima de +2 SD	Promedio del valor Z (DE)	Número de niños y niñas
Edad en meses												
<6	3,1	15,1	(0,3)	1,6	10,1	18,2	0,5	0,8	1,9	6,2	0,1	72
6-8	5,4	8,7	0,1	6,2	6,2	10,2	0,1	4,6	7,2	13,6	0,1	50
9-11	12,5	30,3	(0,9)	6,0	11,9	13,7	0,3	7,4	14,2	8,8	(0,3)	39
12-17	9,8	25,6	(1,1)	1,2	5,8	7,5	0,2	1,5	10,4	3,2	(0,4)	136
18-23	8,4	34,3	(1,2)	0,0	0,0	13,6	0,7	0,0	6,0	3,0	(0,0)	119
24-35	14,1	33,4	(1,1)	2,1	2,1	10,9	0,8	0,4	4,3	5,2	(0,1)	252
36-47	7,8	27,6	(1,2)	2,4	2,6	5,2	0,6	0,6	4,0	1,7	(0,3)	226
48-59	7,2	18,8	(1,0)	0,0	0,2	8,8	0,7	0,3	4,6	0,8	(0,2)	201
Sexo												
Masculino	11,0	30,3	(1,2)	1,1	2,7	11,6	0,6	0,6	5,9	3,5	(0,2)	544
Femenino	7,4	22,2	(0,8)	2,3	3,6	7,9	0,5	1,3	5,2	4,0	(0,1)	550
Residencia												
Urbana	6,3	20,2	(0,8)	0,9	2,1	9,3	0,5	1,2	4,8	4,0	(0,1)	512
Rural	11,8	31,5	(1,2)	2,4	4,0	10,1	0,6	0,8	6,2	3,6	(0,2)	582
Región												
Insular	6,2	22,6	(0,9)	0,6	1,1	7,7	0,5	1,2	4,7	4,4	(0,2)	269
Continental	10,2	27,4	(1,0)	2,1	3,8	10,4	0,6	0,9	5,8	3,5	(0,1)	825
Educación de la madre												
Sin educación	12,3	45,3	(1,5)	2,9	2,9	7,4	0,7	0,0	7,4	2,6	(0,3)	80

Primaria	11,0	28,9	(1,3)	0,3	1,7	8,5	0,7	0,4	4,2	2,1	(0,2)	279
Secundaria	6,6	20,5	(0,8)	2,5	4,3	9,7	0,5	1,6	5,6	4,5	(0,1)	514
Superior	2,0	6,1	(0,3)	2,0	4,1	16,2	0,6	2,0	6,1	3,9	0,3	28
Sin información	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7
Quintil de riqueza												
Inferior	10,3	28,4	(1,1)	3,5	5,3	14,1	0,6	0,0	8,5	0,0	(0,2)	130
Segundo	9,7	28,7	(1,2)	0,0	1,6	5,3	0,7	0,0	2,5	3,9	(0,2)	144
Intermedio	13,2	35,2	(1,2)	1,2	2,6	13,5	0,8	0,0	2,7	2,3	(0,1)	198
Cuarto	10,7	26,5	(1,0)	4,0	6,5	8,1	0,3	3,5	9,3	5,2	(0,3)	276
Superior	5,1	19,0	(0,7)	0,2	0,6	9,1	0,5	0,3	4,3	4,7	(0,0)	346
Total	9,2	26,2	(1,0)	1,7	3,1	9,7	0,6	1,0	5,6	3,8	(0,2)	1.094

El cuadro está basado en niños y niñas/as que durmieron en el hogar la noche anterior a la entrevista. Cada índice se expresa en desviaciones estándar (DE) de la mediana de los Estándares de Crecimiento de los Niños y niñas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptados en 2006. Los índices en este cuadro no son comparables con aquellos basados en el previo estándar de 1977 NCHS/CDC/OMS. El cuadro está basado en niños y niñas/as con fechas válidas de nacimiento (mes y año) y mediciones válidas tanto de talla como de peso.

[1] Para los menores de 2 años la talla se mide estando recostados; y también en los pocos casos en los que la edad del niño/a no se conoce o mide menos de 85 cm; para todos los demás niños y niñas/as la talla se mide estando parados. [2] Incluye niños y niñas/as que están por debajo de -3 DE de la mediana de la población para los Estándares de Crecimiento de los Niños y niñas de la OMS. [3] Excluye niños y niñas/as cuyas madres no fueron entrevistadas.

[4] Los mellizos (trillizos, etc) primerizos son contados como primeros nacimientos porque no tienen intervalo con nacimiento previo.

[5] Incluye niños y niñas/as cuyas madres están muertas. [6] Excluye niños y niñas/as de madres que no fueron pesadas ni medidas. El estado de nutrición de la madre en términos del IMC (Índice de Masa Corporal) [7] Para las mujeres no entrevistadas, la información se toma del Cuestionario de Hogar. Excluye niños y niñas/as cuyas madres no fueron listadas en el Cuestionario de Hogar. * Basado en menos de 25 casos no ponderados

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la EDSGE-I 2011 (página 144).

Anexo II: Vacunación en el primer año de vida

Porcentaje de niños y niñas de 12-59[18-59] meses de edad al momento de la encuesta que recibieron vacunas específicas durante el primer año [primer año y medio] de vida y porcentaje con carnet de vacunación, por edad actual de los niños y niñas, Guinea Ecuatorial 2011													
Edad actual en meses	BCG	Penta 1	Penta 2	Penta 3	Polio 0[1]	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Saram-pión	Todas las vacunas básicas[2]	Ninguna vacuna	Porcentaje con carné de vacu-nación	Número de niños y niñas
12-23	70,8	58,6	51,7	41,0	61,8	64,0	49,2	33,0	40,3	24,0	25,2	37,2	529
24-35	70,8	53,5	46,7	31,0	58,4	62,6	44,9	25,4	41,3	17,1	25,5	25,7	499
36-47	66,5	55,2	45,2	32,2	57,5	59,0	42,4	23,3	37,1	15,0	31,0	23,1	460
48-59	62,4	47,8	38,2	27,3	50,9	56,0	45,1	20,9	30,6	12,6	39,2	19,1	399
Total	68,5	54,5	46,3	33,6	57,9	61,3	45,9	26,2	38,6	17,6	28,9	26,9	1.887

Nota: La información fue obtenida del carné de vacunación, o de la madre si no tenía carné. Para quienes la información está basada en el informe de la madre, se asume que la proporción de vacunas recibidas durante el primer año es la misma que la de los niños y niñas con carné, de vacunación.

[1] Polio 0 es la vacuna contra el polio que se aplica al nacer.

[2] BCG, sarampión y tres dosis de DPT/Penta y polio (excluyendo polio al nacer).

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la EDSGE-I 2011 (página 137) y del MINISABS

Anexo III: Uso de telas mosquiteras en los niños y niñas menores de 5 años

Porcentaje de menores de cinco años que durmieron la noche anterior a la encuesta bajo un mosquitera (tratada o no tratada); bajo una mosquitera impregnada con insecticida (MII); bajo un mosquitera tratado con insecticida de larga duración (MILD); y bajo una MII o en una vivienda en la cual las paredes interiores han sido rociadas contra mosquitos (RRI) en los últimos 12 meses; y entre los menores de cinco años en hogares con al menos una MII, el porcentaje que durmieron bajo una MII la noche anterior a la encuesta, por características seleccionadas, Guinea Ecuatorial 2011

	Niños y niñas menores de 5 años en todos los hogares					Niños y niñas/as menores de 5 años en hogares con por lo menos una MII[1]	
Característica	Porcentaje que durmieron bajo una mosquitera la noche anterior	Porcentaje que durmieron bajo una MII[1] la noche anterior	Porcentaje que durmieron bajo una MILD la noche anterior	Porcentaje que durmieron bajo una MII[1] la noche anterior o en una vivienda con RRI[2]	Número de niños y niñas	Porcentaje que durmieron bajo una MII[1] la noche anterior	Número de niños y niñas
Edad (en años)							
<1	39,8	24,8	23,0	56,0	601	58,9	253
1	38,0	27,7	26,8	57,3	632	58,1	302
2	30,7	19,2	18,6	53,5	606	47,1	247
3	31,6	20,7	19,3	55,0	580	56,2	214
4	32,6	22,2	21,0	54,7	540	53,4	225
Residencia							
Urbana	44,7	24,7	22,9	62,4	1.355	56,1	596
Rural	26,2	21,6	20,9	49,4	1.605	53,7	645
Región							
Insular	44,0	23,2	21,2	69,6	688	60,0	266
Continental	31,8	22,9	22,0	51,0	2.272	53,5	975
Quintil de riqueza							
Inferior	26,0	22,4	22,4	46,7	385	49,7	173
Segundo	24,4	20,9	19,6	48,2	428	51,2	175
Intermedio	27,5	20,2	20,2	53,7	512	57,7	179
Cuarto	37,8	23,0	21,7	56,5	764	53,9	327
Superior	45,0	25,9	23,7	62,6	870	58,3	387
Total	34,6	23,0	21,8	55,3	2.960	54,9	1.241

Nota: El cuadro está basado en niños y niñas/as que estuvieron en el hogar la noche antes de la entrevista..
[1] Una mosquitera impregnada con insecticida (MII) es (1) una mosquitera impregnada en fábrica que no requiere tratamiento adicional (MILD) o (2) una mosquitera pre tratada obtenida en los últimos 12 meses o (3) una mosquitera que ha sido remojado en insecticida en los últimos 12 meses
[2] El rociamiento residual intradomiciliario (RRI) se limita al rociamiento realizado por una organización del gobierno, u organización privada o no gubernamental

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la EDSGE-I 2011 y del MINISABS