



Informe Temático sobre el Objetivo de Desarrollo del Milenio N° 6: “Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades”

Malabo, Mayo 2014

Con el apoyo técnico de



INDICE

| | |
|--|----|
| PARTICIPANTES EN LA ELABORACION DEL INFORME TEMATICO ODM 6: “COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES” | 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 DEL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES A NIVEL MUNDIAL | 12 |
| LA SITUACIÓN DE VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES GRAVES A NIVEL DEL CONTINENTE AFRICANO | 22 |
| EVALUACIÓN DEL PROGRESO EN GUINEA ECUATORIAL HACIA EL CUMPLIMIENTO DEL ODM 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES (1990-2013)..... | 30 |
| METODOLOGIA | 31 |
| COMPONENTE VIH/SIDA..... | 32 |
| ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DEL VIH/SIDA EN GUINEA ECUATORIAL | 32 |
| 1.1 Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA..... | 33 |
| a. Indicador 6.1: Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años | 33 |
| b. Indicador 6.2: Prevalencia del VIH en las mujeres embarazadas de 15 a 24 años..... | 35 |
| c. Indicador 6.3: Tasa de utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo.35 | |
| d. Indicador 6.4: Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA. | 36 |
| 1.2 Meta 6B: Lograr para el año 2015 el acceso universal al tratamiento de VIH/SIDA para todas las personas que lo necesitan..... | 36 |
| POLITICAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS VINCULADOS CON EL COMPONENTE DE VIH/SIDA | 38 |
| a. A nivel de la prevención y diagnóstico del VIH..... | 38 |
| b. A nivel de la prevención de la transmisión vertical..... | 40 |
| c. A nivel del Tratamiento ARV | 40 |
| d. Monitoreo y Evaluación | 41 |
| DEFICIENCIAS EN EL LOGRO DE LAS METAS RELACIONADAS CON EL COMPONENTE DE VIH/SIDA | 44 |
| CONCLUSIONES RELACIONADAS AL COMPONENTE DE VIH/SIDA..... | 46 |
| RECOMENDACIONES RELACIONADAS AL COMPONENTE DE VIH/SIDA | 48 |
| COMPONENTE PALUDISMO | 50 |
| ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DEL PALUDISMO EN GUINEA ECUATORIAL | 50 |
| a. Tasa de incidencia y mortalidad asociada al paludismo..... | 51 |

| | |
|--|----|
| b. Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por telas mosquiteras impregnadas de insecticida..... | 54 |
| e. Proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con medicamentos adecuados contra el paludismo..... | 54 |
| POLITICAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS EN GUINEA ECUATORIAL VINCULADOS CON EL COMPONENTE DE PALUDISMO DEL ODM 6..... | 55 |
| a. Prevención del paludismo | 55 |
| b. Diagnostico precoz y tratamiento adecuado | 56 |
| c. IEC/CCC/Paludismo..... | 56 |
| d. Monitoreo y Evaluación | 56 |
| e. Aspectos institucionales y de abogacía..... | 56 |
| DEFICIENCIAS RELACIONADAS CON EL COMPONENTE DE PALUDISMO..... | 58 |
| CONCLUSIONES RELACIONADAS AL COMPONENTE DE PALUDISMO | 59 |
| RECOMENDACIONES PARA AVANZAR EN EL LOGRO DE LA META E INDICADORES RELACIONADAS AL COMPONENTE DE PALUDISMO..... | 60 |
| COMPONENTE TUBERCULOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES..... | 61 |
| ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DEL COMPONENTE TUBERCULOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES | 61 |
| 1.1 Indicador 6.10: Tasas de incidencia, prevalencia, mortalidad asociada a la tuberculosis..... | 61 |
| a. Incidencia | 61 |
| b. Prevalencia del Tuberculosis..... | 63 |
| c. Tasa de mortalidad por tuberculosis. | 63 |
| 1.2 Indicador 6.11: Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento bajo observación directa (DOTS)..... | 64 |
| POLITICAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS VINCULADOS CON EL COMPONENTE TUBERCULOSIS | 66 |
| DEFICIENCIAS EN EL LOGRO DE LA META RELACIONADA CON EL COMPONENTE DE TUBERCULOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES | 67 |
| CONCLUSIONES | 68 |
| RECOMENDACIONES PARA AVANZAR EN EL LOGRO DEL COMPONENTE DE TUBERCULOSIS | 69 |
| REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS | 70 |
| ANEXOS..... | 71 |

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL INFORME TEMATICO ODM 6: “COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES”

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

Antonio-María OYONO ONDO

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)
Ana Bella EKIRI NGUIE (OMS)
Daniel CONTRERAS (UNICEF)

PARTICIPANTES DE LA COOPERACION BILATERAL

Orlaida Sandy DOMÍNGUEZ (Cooperación Cubana)
Jordi GALBE LÓPEZ (AECID)

PARTICIPANTES DEL SECTOR PRIVADO

Carl MAAS (Marathon Oil E.G. Production Ltd.)
William DIM (Noble Energy)
Sese SITE (Noble Energy)

EQUIPO TECNICO GUBERNAMENTAL

Jose María SIMA MBA (MINISABS)
Valero ONDO NGUEMA (MINISABS)
Montserrat ONGUENE (MINISABS)
Clara EYEGUE(MINISABS)
Nemesio ABESO (MINISABS)
Beltrán EKUA PASIALO (MINISABS)
Camilo ELA ELA OBONO (MINISABS)
Matilde RILOHA RIVAS (MINISABS)
M^{ra} Rosario MESIE NSUE (MINISABS)
Benito Alui NKUMU OYE (MINISABS)
Camilo Ela ELA OBONO (MINISABS)
Vicente URBANO (MINISABS)
María Silvia ANGUE LÓPEZ (MINISABS)
Escolástica NSA AKIEME (MINIPLAN)
Jesús Amado BUALE (MINIPLAN)
Esther NSUE OYANA (MINASIG)
Valeriano ELA ABUA (MINASIG)
Bienvenido Luis ONDO (MINEDUC)
Marta Raquel NKARA (MINEDUC)
Elías ONDO MBANA (MININTERIOR)
Deogracias NFUBE (MINAyB)
Malela IDJABE NGADI (INEGE)
María Luisa EYI NDONG (ANGE2020)
Marcelo A. A (INSESO)

PARTICIPANTES DE ONGs

Victoriano ESTRADA (ACIGE)
Antonia NCHAMA (ACIGE)
Lucedes BORI BOATO (AMUSIDA)
Maciana AVOMO (AMUSIDA)
Luisa Etede PASIALO (CAMINO)
Celestina JONES (CAMINO)
Manuel NSUE (Salud Positiva)
Jesus NDONG (Sport Link Plus)
Basilio NDONG (Cruz Roja)
Dalmacio BENGONO (Cruz Roja)

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 toda 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 plantean 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

| | |
|--------------------|--|
| ACT | Tratamiento Combinado con Artesunate |
| ANGE | Agencia Nacional Guinea Ecuatorial 2020 |
| APS | Atención Primaria de Salud |
| ARV | Antirretroviral |
| AS + AQ | Artesunate + Amodiaquina |
| CAP | <i>Conocimientos, Aptitudes y Practicas</i> |
| CCC | Comunicación para el Cambio de Comportamiento |
| CEEAC | Comunidad Económica de los Estados de África Central |
| CPN | consulta prenatal |
| CTA | Centro de Tratamiento Ambulatorio |
| DOTS | Tratamiento Directamente Observado y Supervisado |
| EESS | Establecimientos de salud |
| EDSGE | Encuesta Demográfica y de Salud de Guinea Ecuatorial |
| EDSGE-IS | EDSGE-Informe Sintetico |
| FERS | Federación Española de Religiosas Sanitarias |
| GARPR | Global AIDS Response Progress Reporting |
| GE | Guinea Ecuatorial |
| HSH | Hombres que tienen sexo con Hombres |
| IEC | Información, Educación y Comunicación |
| ICPGE | Iniciativa de lucha contra el Paludismo en Guinea Ecuatorial |
| INEGE | Instituto Nacional de Estadísticas – Guinea Ecuatorial |
| IPA | Índice Parasitario Anual |
| ISCIH | Instituto de Salud Carlos III |
| ITS | Infeción de Transmisión Sexual |
| MCDI | Medical Care Development International |
| MEPIP | Ministerio de Economía, Planificación e Inversiones Públicas |
| MII | Mosquitera Impregnada con insecticida |
| MILD | Mosquitera Impregnada 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 |

| | |
|----------------|--|
| ODM | Objetivo de desarrollo del Milenio |
| ONG | Organismo No Gubernamental |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PCPIB | Proyecto de Control de Paludismo en la Isla de Bioko |
| PCR | Reacción en Cadena de le Polimerasa |
| PID | Pulverización Intradomiciliario |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| PNLS | Programa Nacional de lucha contra el VIH/SIDA |
| PNLP | Programa Nacional de lucha contra el Paludismo |
| PNLT | Programa nacional de lucha contra la Tuberculosis |
| PNDES | Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social |
| PPA | Prevalencia Parasitaria Anual |
| PTMH | Prevención de la transmisión del VIH de la Madre al Hijo |
| PVVIH | Persona que vive con el VIH |
| RID | Rociamiento Intradomiciliario |
| SIDA | Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida |
| SNIS | Sistema Nacional de Información Sanitaria |
| TARV | Tratamiento Antirretroviral |
| TCA | Tratamiento Combinado con Artemisina |
| TEP | Tuberculosis Extrapulmonar |
| TB' MDR | Tuberculosis Multiresistente |
| TB'VIH | Coinfección Tuberculosis/ VIH |
| TPI | Tratamiento Preventivo Intermitente |
| TPM- | Tuberculosis Pulmonar Mycobacterium negativo |
| TPM+ | Tuberculosis Pulmonar mycobacterium positivo |
| TS | Trabajadores Sexuales |
| TTF | Tuberculosos Todas Formas |
| UNFPA | Fondo de las Naciones Unidas para la Población |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia |
| UREI | Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas |
| VIH | Virus de Inmunodeficiencia Humana |

RESUMEN EJECUTIVO

Con relación a la Meta 6A del ODM 6, relativa a “haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA”, Guinea Ecuatorial ha triplicado, en los últimos 11 años, la prevalencia del VIH/SIDA en el grupo de edad de 15 a 24 años, al pasar de 1,08% en el año 2000 a 3,1% en el 2011. Lo anterior indica que de continuar esta misma tendencia el país no logrará la Meta 6A al 2015.

En términos de la prevalencia del VIH en la población de 15 a 49 años, la misma ha mostrado un aumento de las tasas de infección entre el 1989 (1,1%), 1997 (3,48%), en 2004 baja moderadamente a 3,2% y en 2011 sube hasta 6,2%. Este aumento progresivo en la tasa de prevalencia está relacionado con aspectos importantes de comportamiento sexual. Entre estos aspectos figuran la insuficiente sensibilización de la población para el cambio de comportamientos sexuales, el alto porcentaje de personas entre 15 y 49 años que declara haber tenido múltiples parejas sexuales (23,1%), y muy baja utilización de preservativos (19,8%).

En lo que se refiere a la utilización del preservativo, en Guinea Ecuatorial hace unas décadas había poca aceptación del uso del mismo, ya que para el ecuatoguineano siempre se asocia la riqueza con la familia numerosa. Después de grandes esfuerzos desplegados por el Gobierno a través de las campañas de promoción del uso de preservativos y la sensibilización en la población, sobre todo de 15 a 45 años, sobre las consecuencias que origina el sexo sin protección, la población empieza a reaccionar positivamente al respecto. Esto ha permitido que la tasa de utilización del preservativo pase del 23,3% en 2006 a 59% en 2011. Lo anterior implica que el país podrá mostrar en el 2015 los logros alcanzados en esta área.

Con relación a la proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA, el país ha mejorado al pasar de 2% en 2007 a 19% en 2011, gracias a las intervenciones del Gobierno, del Sistema de las Naciones Unidas y de las ONGs en el marco de la sensibilización a la población. Sin embargo, aún se requieren más esfuerzos en esta área.

En el marco de la Meta 6B sobre el logro para el año 2010, del acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesitan, Guinea Ecuatorial ha avanzado significativamente al pasar de 39,2% en 2008 a 28,9% en 2010 y 64,4% en 2012 en cuanto a las personas elegibles al tratamiento en los adultos. También en niños también se observa un aumento del 0,0% en 2008 a 2,2% en 2010 y 9,4% en 2012. Sin embargo, esta última tasa aún sigue siendo baja.

Guinea Ecuatorial ha realizado importantes esfuerzos en torno al VIH/SIDA. Ha implementado una serie de políticas, programas y proyectos para avanzar en esta área. El país ha adoptado el documento sobre la Estrategia de la OMS en la lucha contra el VIH/SIDA 2010-2015. El Gobierno de Guinea Ecuatorial se ha adherido al compromiso mundial para la eliminación de la transmisión vertical del VIH.

Asimismo, el país ha tomado diversas acciones positivas a los distintos niveles. Tanto al nivel de la prevención y diagnóstico del VIH, de prevención de la transmisión vertical, de tratamiento ARV y de monitoreo y evaluación.

Para llevar a cabo estas diversas acciones, el Gobierno de Guinea Ecuatorial ha contado con el apoyo de diversas Agencias del Sistema de las Naciones Unidas, de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y de otros socios.

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

No obstante los significativos esfuerzos realizados, el país aún necesita superar algunas deficiencias en términos de la financiación de todas las áreas relacionadas con el VIH/SIDA, así como de los recursos humanos suficientes y capacitados. Asimismo, el país requiere de más abogacía y sensibilización sobre el tema a nivel nacional. Falta un Marco Estratégico Multisectorial actualizado. Existe una deficiente integración de la atención de las PVVIH en el Sistema Sanitario nacional. Se necesita mejorar el funcionamiento de las Unidades de Referencia de las Enfermedades Infecciosas (UREI). Adicionalmente, hay que fortalecer la coordinación entre las ONGs y el MINISABS. Asimismo, las intervenciones específicas orientadas a los niños huérfanos por el VIH/SIDA son incipientes y no existen programas estructurados con los trabajadores sexuales (TS), y hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

En este sentido, es importante que el país pueda incorporar las recomendaciones planteadas en este Informe en materia de VIH/SIDA, a fin de fortalecer las acciones positivas que ya se llevan a cabo y poder tener mejores logros al 2015 en beneficio de la población.

En lo que se refiere al paludismo, en Guinea Ecuatorial las intervenciones de lucha contra el paludismo no se materializan de igual forma en las dos regiones (Continental e Insular).

En el marco de la lucha contra el paludismo se observan éxitos cosechados en la Isla de Bioko gracias al esfuerzo del Gobierno con el apoyo del "Proyecto de Control del Paludismo en la Isla de Bioko" (PCPIB). En la Isla de Bioko la incidencia por paludismo se ha reducido significativamente pasado de IPA=660/1.000 habitantes en 2004 a IPA=218/1.000 habitantes en 2005.

En la Región Continental, las intervenciones se han debilitado, y aun y cuando ha habido una leve reducción, aún persiste la prevalencia del paludismo en 59% de los niños de 2 a 14 años.

En términos de la mortalidad atribuible al paludismo, el país solo dispone de datos para la Isla de Bioko y no para la Región Continental. En la Isla de Bioko, la mortalidad atribuida al paludismo en niños menores de 5 años se ha reducido al pasar de una tasa de 29 por cada 100.000 habitantes en 2008 a 15 en 2012.

En lo que se refiere al uso de telas mosquiteras, un tercio de los hogares (33%) durmió bajo tela mosquitera la noche anterior a la encuesta de EDSGE-I. La utilización de las telas mosquiteras impregnadas en niños menores de 5 años se sitúa en 35%, de los cuales 23% es bajo telas mosquiteras impregnada de corta duración (MII) y 22 % bajo MILD (EDSGE-I).

La tasa de utilización de las telas mosquiteras impregnadas ha disminuido desde el año 2009 hasta el 2011 en todo el ámbito nacional. Esto podría estar relacionado con la discontinuidad de las campañas de distribución masiva de las telas mosquiteras desde el 2007.

La proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con medicamentos adecuados contra el paludismo es de 15%, cifra que aun es bastante baja.

En la lucha contra el paludismo el país ha implementado políticas, programas y proyectos como ser: la Política Nacional de Lucha contra el Paludismo; el Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el Paludismo (2009-2013); el Programa Nacional de Lucha contra el Paludismo (PNLP); el Proyecto de control del paludismo en la Isla de Bioko (PCPIB); la iniciativa de lucha contra el paludismo en Guinea Ecuatorial (ICPGE) financiado por el Fondo Mundial VIH/SIDA, Paludismo y Tuberculosis; el Proyecto apoyado por el Instituto de de Salud Carlos III de la Cooperación Española (ISCIII); el Proyecto PROSALUD que implementa sus actividades en la provincia de Centro Sur; y el Proyecto LABIOFAM.

Asimismo ha desarrollado una serie de medidas en las aéreas de: a) prevención del paludismo, b) diagnostico precoz y tratamiento adecuado, c) IEC/CCC/Paludismo, d) monitoreo y evaluación y e) aspectos institucionales y de abogacía.

El país aun enfrenta algunas deficiencias en la lucha contra el paludismo relacionadas con la deficiente asignación presupuestaria y dificultad para el desbloqueo de fondos necesarios para el relanzamiento de las intervenciones de lucha contra el paludismo en la Región Continental y Annobón; el acceso a ciertas zonas del país; la deficiente coordinación intersectorial; la falta de conocimiento de los servicios de prevención y tratamiento del paludismo; la insuficiencia de personal; el poco acceso y disponibilidad de telas mosquiteras (MII y MILD) y del Tratamiento Preventivo Intermitente (TPI) con Sulfadoxina-pirimetamina.

En Guinea Ecuatorial la incidencia de la tuberculosis se ha duplicado, pasando de 308 casos de BK+ en 2006 a 603 casos en 2012. De continuar esta tendencia, la meta 6D, “haber detenido y comenzado a reducir para el 2015 la incidencia de tuberculosis y otras enfermedades graves” no podrá ser alcanzada.

En lo que se refiere a la prevalencia de la tuberculosis, el país no dispone de datos sobre este indicador.

En términos de la tasa de mortalidad por tuberculosis, se observa que desde el año 2003, la misma ha venido bajando paulatinamente hasta el cierre del 2006 hasta el 2,92%. Esto se relaciona con la mejora del manejo de pacientes con tuberculosis, la disponibilidad de medicamentos e inicio del tratamiento de la co-infección TB/VIH.

Sin embargo, es importante destacar que la tasa de mortalidad por tuberculosis volvió a subir en 2007 a 6,9%.

El Gobierno ha realizado esfuerzos en la lucha contra la tuberculosis. Entre estos destacan la gratuidad de los servicios de atención sanitaria al enfermo con tuberculosis, la compra de medicamentos para el tratamiento y de reactivos para el diagnóstico.

Entre las posibles causas de aumento de la tuberculosis estarían, entre otras, las siguientes: a) la ausencia de un plan de formación continuo del personal del programa de lucha contra la tuberculosis; la deficiente aplicación de la Estrategia DOT comunitario; la insuficiencia de infraestructuras adaptadas a las necesidades actuales; los escasos recursos financieros y humanos disponibles y la baja participación comunitaria.

El presente Informe contiene recomendaciones constructivas para que el país pueda avanzar en las distintas áreas del ODM 6, tanto en VIH/SIDA, como en paludismo y tuberculosis y de esa manera fortalecer y ampliar las acciones positivas que ya se llevan a cabo. Esto contribuiría a que Guinea Ecuatorial tenga mejores logros al 2015 en beneficio de la población ecuatoguineana.

LA SITUACIÓN DEL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES A NIVEL MUNDIAL¹

¹ De la sección 1.A a la sección 3.E el contenido ha sido tomado del Informe "Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2012", de las Naciones Unidas de fecha Junio del 2012.

La situación a nivel mundial del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6: “Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades”²

Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Indicadores:

- 6.1 Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años
- 6.2 Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo
- 6.3 Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA
- 6.4 Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años

Meta 6B: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten

Indicador:

- 6.5 Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales

Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

Indicadores:

- 6.6 Tasas de incidencia y mortalidad asociadas al paludismo
- 6.7 Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida
- 6.8 Proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos adecuados contra el paludismo
- 6.9 Tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis
- 6.10 Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa

Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

A. Los casos de nuevas infecciones con el VIH continúan cayendo en las regiones más afectadas³

En términos generales, la cantidad de nuevas infecciones con el VIH está disminuyendo. El declive de nuevas infecciones es mayor en algunos países que en otros.

De los 33 países en los que las infecciones han disminuido, 22 están en África subsahariana, la región más afectada por la epidemia del SIDA. Las infecciones nuevas anuales en 2010 —2,7 millones de personas, de las cuales 390.000 fueron niños— supusieron un 21% menos que las registradas en el punto crítico de 1997 y un 15% por debajo de las cifras de 2001.

²El 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.

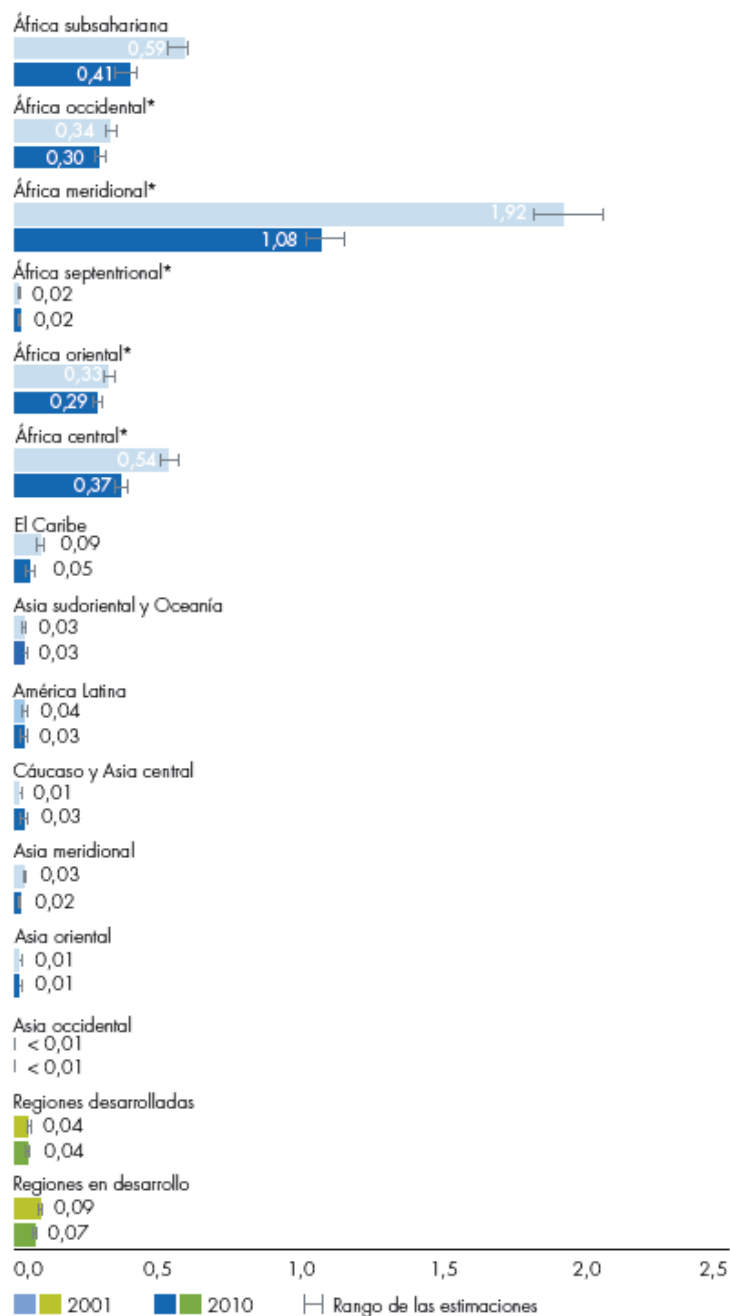
El 70% de los nuevos casos de infecciones con el VIH en 2010 se dio en África subsahariana, aunque la región representa apenas el 12% de la población mundial. La tasa de infección varía ampliamente en el continente africano, donde la subregión de África meridional sigue siendo la más afectada. En África subsahariana la transmisión heterosexual es la principal vía de infección.

El Caribe tiene la segunda incidencia regional más alta del VIH, a pesar de que la expansión de la epidemia allí se ha ralentizado desde la mitad de la década de los noventa.

Aunque la incidencia del VIH y la prevalencia son notablemente más bajas en Asia que en otros continentes, la región es la segunda en cuanto a personas con VIH, por el tamaño absoluto de su población.

En contraste con otras regiones, las nuevas infecciones con el VIH continúan creciendo en Cáucaso y Asia central. La causa principal sigue siendo el intercambio de jeringas para compartir drogas inyectables.

Gráfica 1: Tasa de incidencia del VIH (cantidad estimada de nuevas infecciones con el VIH por año por cada 100 personas de 15 a 49 años), 2001 y 2010

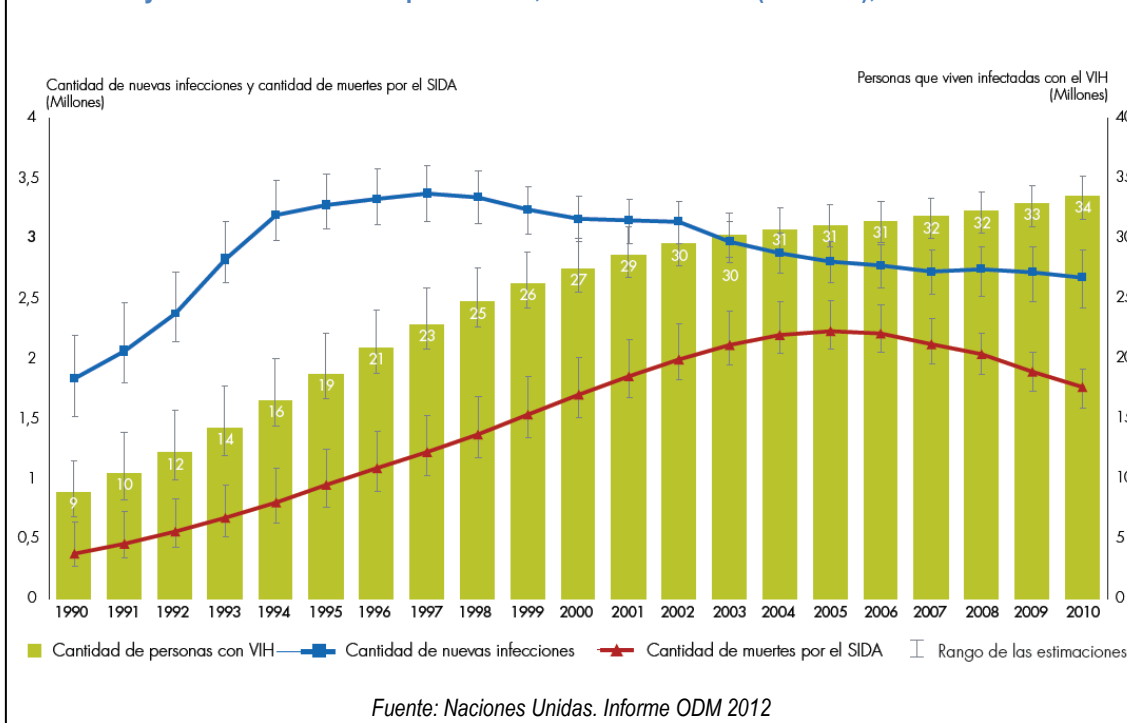


B. Cada vez hay más personas que viven infectadas con el VIH, por el menor número de muertes a causa del SIDA y por el continuado aumento de nuevas infecciones

A finales del 2010, aproximadamente 34 millones de personas vivían infectadas con el VIH, lo que representa un 17% más que en el 2001. El paulatino incremento de población que vive infectada refleja

por un lado que se produce gran cantidad de nuevas infecciones y es consecuencia, por otro, del aumento significativo, en especial en los últimos años, del acceso a tratamiento con antirretrovirales, que contribuye a salvar vidas.

Gráfica 2: Cantidad de personas que viven infectadas con el VIH, cantidad de nuevas infecciones y cantidad de muertes por el SIDA, en todo el mundo (millones), 1990-2010



La proporción de mujeres con el VIH ha permanecido estable en un 50% a nivel mundial, pese a que en África subsahariana y en el Caribe la cantidad de mujeres infectadas es desproporcionada: el 59% y el 53% respectivamente de todas las personas infectadas.

La cantidad de personas que mueren por causas relacionadas con el SIDA bajó a 1,8 millones en 2010, lo que representa una aliviada disminución del nivel máximo de 2,2 millones alcanzado en 2005. Gracias al tratamiento con antirretrovirales, desde 1995 se han evitado 2,5 millones de muertes en países de bajos y medianos ingresos.

C. El conocimiento profundo de las causas de transmisión del VIH, y sobre todo del uso del preservativo, sigue siendo bajo entre los jóvenes

Un conocimiento profundo y correcto del VIH y del SIDA es fundamental tanto para el despliegue efectivo de los servicios relacionados con el VIH como para el cambio de conducta. Esos conocimientos permanecen bajos en África subsahariana: el 26% entre las mujeres jóvenes y un 35% entre los hombres jóvenes de 15 a 24 años. En 8 de los 11 países con el número de casos más alto de nuevas infecciones en la región, la tasa de uso del preservativo era del 45% o más entre los hombres.

Ese relativo uso del preservativo entre la población contrasta con los bajos conocimientos sobre el VIH/SIDA entre los hombres y las mujeres jóvenes en esos países. El uso del preservativo permanece bajo entre las mujeres en la mayor parte de los países. Ello puede estar asociado con la limitada disponibilidad. En África subsahariana, por ejemplo, la disponibilidad es de apenas ocho preservativos por varón adulto y año.

Los niveles de acceso a análisis de VIH en la región también permanecen bajos, en especial en el grupo de hombres jóvenes, para el que no existen programas semejantes a los de salud materna para las mujeres, gracias a los cuales tienen exámenes y servicios de orientación para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo. En 9 de los 11 países considerados se realizaron pruebas a menos del 20% de los hombres.

Varias campañas de propaganda han demostrado que es posible llegar a gran cantidad de adolescentes con mensajes para prevenir la infección con el VIH e incrementar en ellos el nivel de conocimientos al respecto y orientar su comportamiento. Esas campañas son especialmente efectivas cuando se complementan con educación sexual y cuando el mensaje se adapta al tipo de comunicación utilizado por los adolescentes.

Las innovaciones tecnológicas diseñadas para mejorar los servicios de VIH y transmitir información son particularmente apropiadas para la gente joven, muchos de los cuales están conectados a través de teléfonos celulares, de la Internet y de la televisión.

Ejemplos de impacto de campañas de sensibilización

En Kenia y en Zambia, una serie de televisión cuenta la historia de varios amigos que navegan por las turbulentas aguas de la vida, del amor y del VIH en una universidad de Nairobi. Una prospección demostró que el 60% de los adultos jóvenes en Nairobi veía la serie y que el 90% de los televidentes modificó su forma de pensar con respecto a hacerse las pruebas de detección del VIH, a las relaciones prolíficas y a la estigmatización. La emisión de una serie de televisión en Trinidad y Tabago también tuvo efectos positivos. En Ucrania, en diciembre de 2009, un millón de personas siguió la primera emisión de una película de serie orientada y enfocada a la gente joven y su futuro y en la que se trataba el comportamiento de riesgo y el uso de drogas. Una evaluación mostró que un 42% de la audiencia tuvo la intención de hablar de la serie con sus amigos y que los mensajes sobre relaciones sexuales sin protección fueron claramente transmitidos.

Fuente: Naciones Unidas. Informe ODM 2012

D. La desigualdad en cuanto al acceso a la enseñanza entre los huérfanos por el SIDA y el resto se está estrechando en la mayor parte de los países

En 2009 se estimaba que cerca de 17,1 millones de niños en el mundo habían quedado huérfanos de uno o de ambos padres debido al SIDA; de ellos, 15 millones vivían en África subsahariana.

Durante las tres últimas décadas ha habido un creciente interés e inversión en la protección, cuidado y apoyo de los niños afectados por el VIH/SIDA. El seguimiento nacional del grado de información recibida muestra que esa inversión es positiva. La mayoría de los países de África subsahariana ha tenido un progreso significativo, hasta el punto de que casi se ha alcanzado la paridad en la enseñanza escolar de huérfanos a causa del SIDA y el resto de los jóvenes, de entre 10 y 14 años.

Meta 6B: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten

A. El tratamiento contra el VIH/SIDA creció a un ritmo sin igual durante 2010, pero no alcanzó la meta del acceso universal

A finales de 2010, 6,5 millones de personas estaban recibiendo tratamiento antirretroviral en los países en desarrollo. A pesar de que esto representa un incremento de más de 1,4 millones de personas desde diciembre de 2009 —el incremento anual más alto jamás registrado—, no se ha alcanzado la meta de acceso universal en 2010 por un gran margen.

Entre 2008 y 2010, cerca de 1,3 millones de nuevos casos de VIH fueron tratados con medicamentos antirretrovirales. A este ritmo, menos de 14 millones de personas recibirán tratamiento antirretroviral a finales de 2015, más de un millón menos de la meta acordada en la Reunión de alto nivel sobre el examen amplio de los progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y la Declaración política sobre el VIH/SIDA que tuvo lugar en junio de 2011. En el contexto económico actual, alcanzar la meta de 15 millones de personas tratadas con antirretrovirales parece depender especialmente de la eficiencia y efectividad de la respuesta mundial al VIH.

B. El acceso a tratamiento para personas con VIH se expande en todas las regiones excepto en una

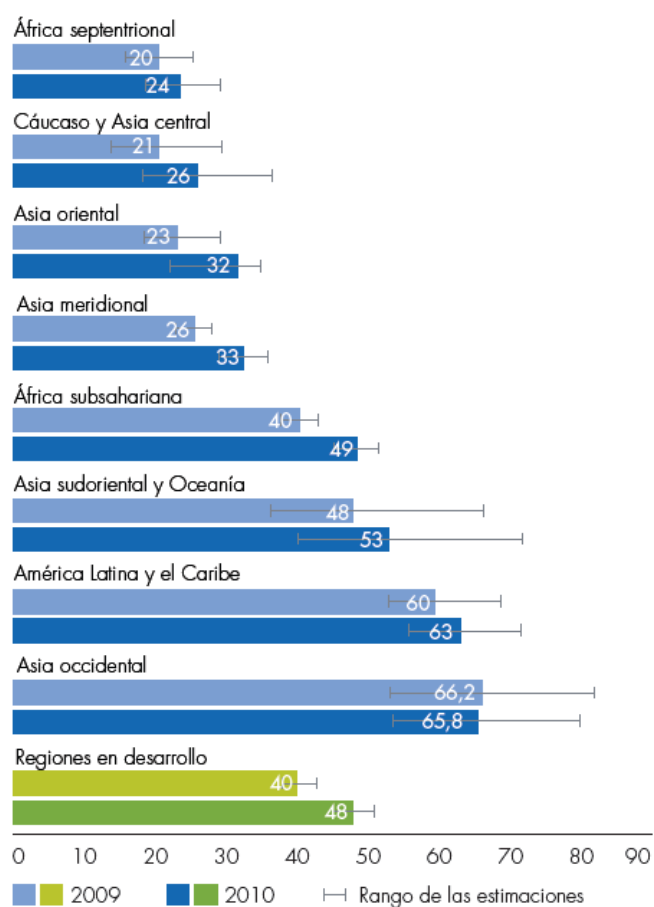
La proporción de personas con VIH que toman medicinas antirretrovirales en los países en desarrollo continuó creciendo en 2010, hasta el 48% de los 13,7 millones de personas que se estima que requieren el tratamiento. Esa proporción era del 40% en 2009. El aumento mayor en la cobertura (un 38%) se alcanzó en Asia oriental. En África subsahariana, en contraste, el tratamiento se expandió en solo un 20%. Más de un 50% de las personas que en África subsahariana precisan tomar antirretrovirales aún no reciben ese tipo de tratamiento.

Diez países, entre los que se incluyen Botswana, Namibia y Rwanda, donde la epidemia es generalizada, han logrado el acceso universal al tratamiento con antirretrovirales (definido como una cobertura de por lo menos un 80% de la población que lo necesita).

Cerca de 450.000 niños menores de 15 años recibían tratamiento con antirretrovirales a finales del 2010, bastante por encima de los 350.000 que lo recibían un año antes. Sin embargo, estos niños son solo el 22% aproximadamente de los menores de 15 años que necesitan tratamiento en las regiones en desarrollo. En 2009 el porcentaje era del 21%.

Sin tratamiento, aproximadamente un tercio de los niños nacidos de mujeres con VIH serán infectados durante el embarazo, en el momento del nacimiento o durante la lactancia. El riesgo puede ser ampliamente reducido si la mujer embarazada es tratada con antirretrovirales. Se estima que en 2010, en las regiones en desarrollo, el 48% de las mujeres con el VIH embarazadas recibió medicación antirretroviral efectiva, la cual no incluye dosis únicas de nevirapina. África subsahariana tiene aproximadamente el 92% de los 1,5 millones de mujeres embarazadas que necesitan tratamiento.

Gráfica 3: Proporción de personas con VIH que reciben tratamiento antirretrovirales*, 2009 y 2010 (porcentaje)



* La cobertura del tratamiento con antirretrovirales se mide entre personas con VIH con un recuento de células T4 (CD4) de nivel igual o por debajo de 350 por mm³.

Fuente: Naciones Unidas. Informe ODM 2012

Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

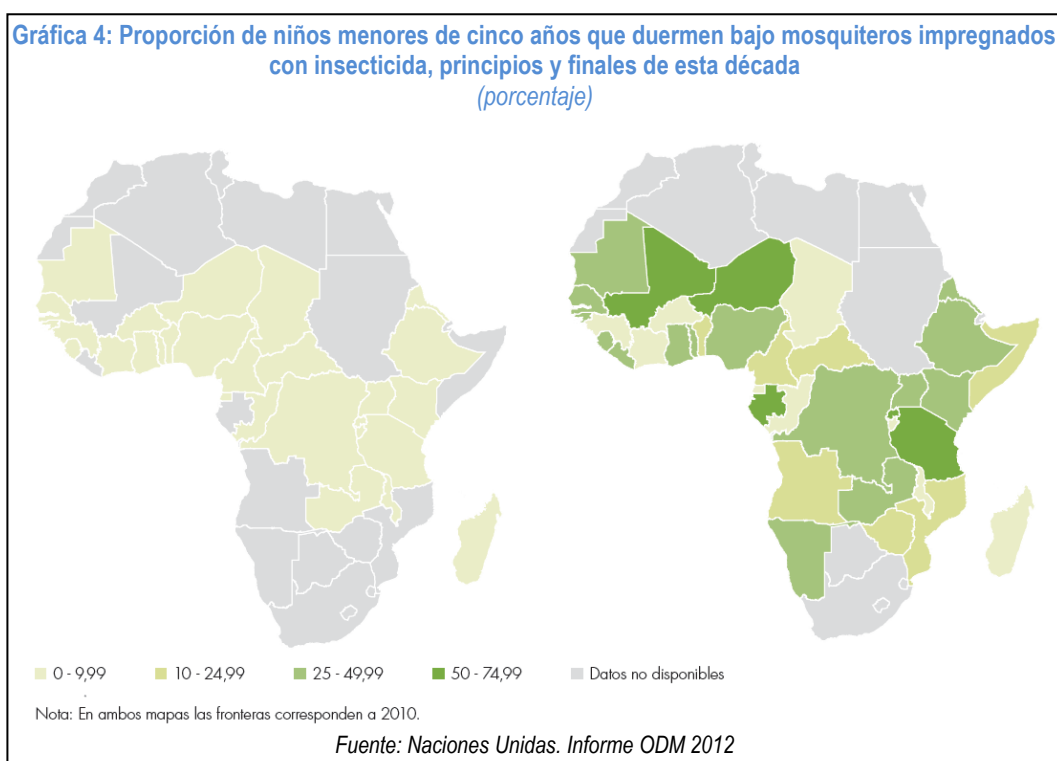
A. Ha habido un progreso significativo y dilatado en el tratamiento del paludismo

La cobertura de las poblaciones en riesgo con medidas de prevención y de control del paludismo continúa incrementándose, lo que conduce a que disminuya más la cantidad estimada de casos de paludismo y de muertes. El mapa del paludismo va reduciéndose. En 2011, otro país más, Armenia, fue declarado libre de paludismo.

Entre 2000 y 2010, se informó de una reducción del número de casos de paludismo superior al 50% en 43 de los 99 países donde está activa la enfermedad. Hubo tendencias negativas entre el 25% y el 50% en ocho países más. Se calcula que en 2010 hubo 216 millones de casos de paludismo, de los cuales aproximadamente un 81% —o 174 millones de casos— fueron en África, y que en el mismo año hubo 655.000 muertes por paludismo, de las cuales un 91% se produjo en África y un 86% en niños menores de 5 años. La incidencia estimada del paludismo en todo el mundo ha decrecido en un 17% desde el 2000, y la mortalidad específica por esta causa, en un 25%. Pese a que estas tasas de declive no fueron suficientes para alcanzar las metas internacionales acordadas para 2010 (de reducción del 50%), representan un gran logro.

B. Gracias a financiación adicional, más niños duermen bajo mosquiteros impregnados con insecticida en África subsahariana

La financiación internacional contra el paludismo ha continuado aumentando. Esta financiación ayuda a los países endémicos a mejorar notablemente en cuanto a la disponibilidad de la población de mosquiteros impregnados con insecticida. Más aún, las encuestas por hogares indican que el 96% de las personas con acceso a este tipo de mosquiteros realmente los utilizan. El porcentaje de niños de África subsahariana que duermen protegidos por mosquiteros impregnados ha tenido un crecimiento que ha pasado del 2% en 2000 a un 39% en 2010.



La cantidad de exámenes de diagnóstico rápido y de terapias combinadas a base de artemisina suministradas también es creciente. La información de las instituciones de salud que suministran estos servicios señala que el porcentaje mundial de casos que reciben exámenes parasitológicos creció de un 67% en 2005 a un 73% en 2009. El incremento más notable lo tuvo África subsahariana.

Sin embargo, hay signos preocupantes de que un impulso tan extraordinario como el que se ha llevado a cabo se está desacelerando, debido principalmente a la merma de recursos. Los fondos internacionales parecen haber alcanzado su nivel máximo de 1.900 millones en 2011, muy por debajo de los entre 5.000 y 6.000 millones requeridos para lograr el acceso universal a la prevención del paludismo y para medidas de control. Entre los países endémicos, el gasto interno dedicado al paludismo se mantiene frecuentemente a niveles insuficientes. La escasez de recursos amenaza poder alcanzar con éxito los Objetivos de Desarrollo del Milenio con respecto a salud, especialmente en África.

Otra razón de preocupación es el número creciente de países de Asia sudoriental que registraron casos de resistencia a las artemisininas, un componente vital para combatir el *Plasmodium falciparum*, que causa la forma más severa de paludismo.

C. La ola de propagación de la tuberculosis ha comenzado a retroceder

En 2010 hubo 8,8 millones de nuevos casos de tuberculosis en el mundo, incluidos 1,1 millones de casos entre personas portadoras del VIH. A escala mundial, las tasas de incidencia alcanzaron su punto máximo de 141 casos por 100.000 personas en 2002. Desde entonces, las tasas han descendido.

El número absoluto de nuevos casos también ha comenzado a retroceder, aunque muy lentamente. Desde 2006, la reducción en la tasa de incidencia ha sobrepasado la tasa de crecimiento de la población mundial. De mantenerse la tendencia, el mundo alcanzaría la meta de detener la propagación y comenzar a revertir la incidencia de la enfermedad.

D. Gracias a la campaña contra la tuberculosis se está a punto de reducir a la mitad la tasa de mortalidad de 1990

Las tasas de mortalidad por tuberculosis y de prevalencia muestran una caída en la mayoría de las regiones. Se estima que en 2010 hubo más de un millón de muertes por tuberculosis, incluidas 350.000 personas con el VIH. Las proyecciones sugieren que la meta de la estrategia Alto a la Tuberculosis, de que para 2015 se haya reducido a la mitad la tasa de mortalidad de 1990 por esa causa puede alcanzarse a nivel mundial y en varias regiones.

Las estimaciones sobre la tendencia de las tasas de prevalencia son muy inciertas, pero se calcula que 12 millones de personas padecían la enfermedad en 2010.

E. El número de pacientes con tuberculosis tratados con éxito es cada vez mayor

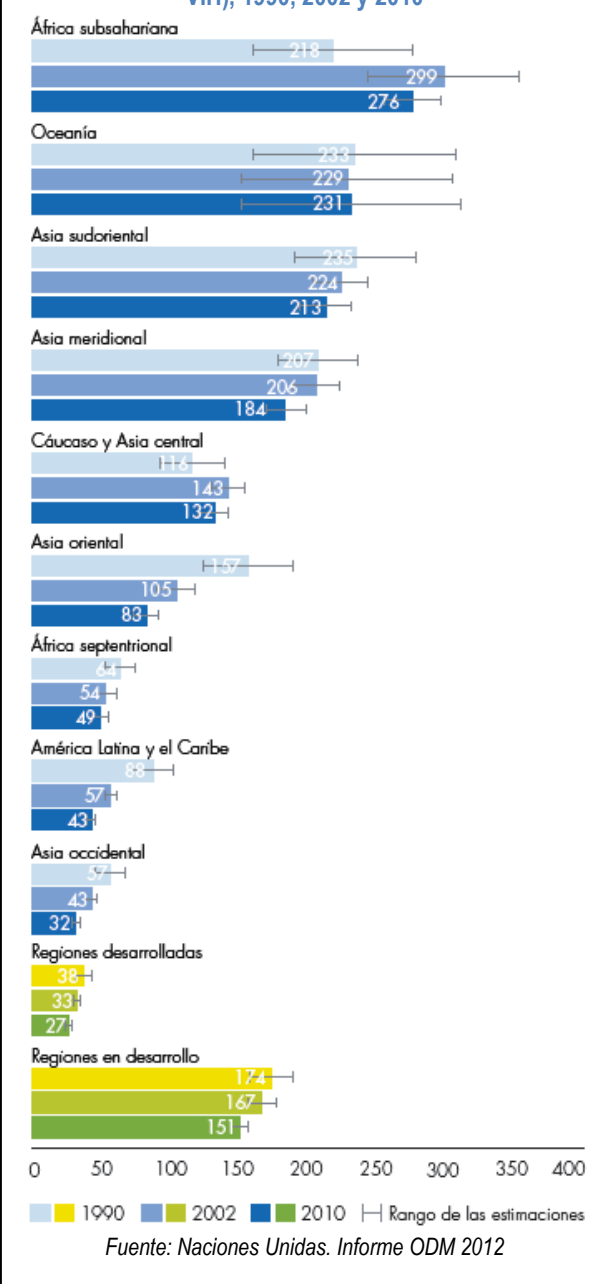
Entre 1995 y 2010 se trataron con éxito 46 millones de pacientes con tuberculosis, primero bajo la estrategia de tratamiento de observación directa y corta duración (activa desde 1995 hasta 2005), y más tarde por su sucesora la estrategia Alto a la Tuberculosis (desde 2006). El número de vidas salvadas superó los siete millones.

En 2010, la cantidad de personas oficialmente diagnosticadas como tuberculosas fue de 5,7 millones, que equivale a un 65% de nuevos casos. Entre los pacientes en el estudio por cohorte de 2009, el 87% fue tratado con éxito. Ese fue el tercer año consecutivo en el que se superó la meta de tratar exitosamente un 85% de los casos.

Pese al incremento de la cantidad de pacientes con tuberculosis con acceso a tratamiento de alta calidad, más de una tercera parte de los nuevos casos no se registra ni están amparados por la estrategia de tratamiento de observación directa y corta duración. Es preocupante que, en 2010, más de un 84% de los 290.000 casos de tuberculosis que se calcula que son resistentes a múltiples medicamentos no hayan sido diagnosticados y tratados según los protocolos sanitarios internacionales.

Más aún, hay muchos pacientes con tuberculosis que tienen además el VIH pero que desconocen su condición de seropositivos, y por consiguiente no reciben medicamentos antirretrovirales. La falta de

Gráfica 5: Cantidad de nuevos casos de tuberculosis por 100.000 habitantes (incidencia) (incluye a personas con VIH), 1990, 2002 y 2010



recursos económicos continúa siendo muy grande, pese a los esfuerzos desplegados en la década pasada.

LA SITUACIÓN DE VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES GRAVES A NIVEL DEL CONTINENTE AFRICANO⁴

⁴ Esta sección ha sido tomada de: UNDP, 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".

La situación al nivel africano del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6

En África, se han hecho logros sin precedentes en la reducción del número de adultos y niños nuevamente infectados por el VIH, en la reducción del número de personas que mueren por causas relacionadas con el SIDA y en la aplicación de los marcos normativos propicios que aceleren el progreso. Los diez países con epidemias generalizadas, incluyendo tres en África (Botswana, Namibia y Ruanda), han logrado el acceso universal a la terapia antirretroviral (cobertura de al menos el 80 por ciento de la población que lo necesita), estimulando una nueva esperanza en los países y comunidades de todo el mundo.

La cobertura de las poblaciones en situación de riesgo con la prevención de la malaria y las medidas de control siguen en aumento, dando lugar a un nuevo descenso en el número estimado de casos y muertes de malaria. Durante 2000-2010, reducción de los casos de malaria reportados de más del 50 por ciento se han registrado en 43 de los 99 países con transmisión de la malaria en curso. Tendencias a la baja de 25 a 50 por ciento se lograron en ocho más. El mundo vio a un estimado de 216 millones de episodios de paludismo en 2010, alrededor del 81 por ciento de ellos, o 174 millones, en África. Y se estima que 655.000 personas murieron de malaria en 2010, el 91 por ciento de ellos en África y el 86 por ciento de ellos fueron niños menores de 5 años.

El progreso hacia los objetivos mundiales de reducción de los casos y las muertes de tuberculosis (TB) continúa. El objetivo de detener y revertir la epidemia de tuberculosis en 2015 ya se ha alcanzado a nivel mundial. Y el número de nuevos casos ha disminuido durante varios años - en un 2,2 por ciento entre 2010 y 2011. La tasa de mortalidad por tuberculosis ha disminuido de un 41 por ciento desde 1990, y el mundo está en camino de lograr el objetivo global de una reducción del 50 por ciento en 2015. Pero la carga mundial sigue siendo enorme. En 2011, se estimaba que había 8,7 millones de casos nuevos de TB (13 por ciento coinfectados con el VIH) y 1,4 millones de personas murieron de TB, incluyendo 430 000 que eran VIH-positivos. A pesar de grandes mejoras, especialmente los importantes avances en materia de VIH / SIDA, África todavía no está en camino de reducir por mitad la mortalidad por tuberculosis en 2015.

Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

África del Sur, Este, Central y del Oeste sigue siendo la región más afectada por el VIH / SIDA, con casi 1 de cada 20 adultos (4,9 por ciento) que viven con VIH y que representan el 69 por ciento de las personas que viven con el VIH en todo el mundo. Si bien la magnitud de la enfermedad sigue siendo fundamental para la asignación de recursos, las intervenciones de política están teniendo un impacto positivo significativo.

Los nuevos datos confirman la caída de África en la prevalencia en adultos del 5,9 por ciento en 2001 al 4,9 por ciento en 2011, que ha sido impulsada en parte por un declive franco (25 por ciento) en la incidencia del VIH en 23 países del Sur, Este, Centro y Oeste de África. A pesar de los avances, la región representó el 71 por ciento de los adultos y niños infectados por primera vez en 2011, lo que subraya la importancia de reforzar la prevención regional de VIH (ONUSIDA, 2012b).

Una parte importante de la reducción de nuevas infecciones es la eliminación de dichas infecciones en los niños para el año 2015 y mantener a sus madres en vida. En 2011, 330.000 niños se infectaron, más del 90 por ciento de ellos viven en el Centro, Este, Sur y Oeste de África. En los países de altos ingresos, por el contrario, prácticamente cero niños tenían infecciones nuevas (y las muertes maternas e infantiles) debido al VIH. El acceso oportuno al tratamiento antirretroviral de calidad para las mujeres seropositivas embarazadas puede reducir la transmisión a menos del 5 por ciento y minorar la tasa de mortalidad materna e infantil (ONUSIDA, 2012a).

Una parte importante de la reducción de nuevas infecciones y lograr una generación libre del VIH centrándose en los niños y la transmisión de madre a hijo es la elección del umbral adecuado del recuento de células inmunes en la que se inicia el tratamiento antirretroviral. Las nuevas directrices de la Organización Mundial de la Salud destinadas a iniciar la terapia antirretroviral temprano reduce enfermedades oportunistas relacionadas con el SIDA y la transmisión del VIH, pero crea una necesidad para más recursos.

El número de muertes relacionadas con el SIDA comenzó a declinar a mediados de la década del 2000, ya que la terapia antirretroviral se amplió y la incidencia del VIH disminuyó constantemente desde su máximo de 1997. La disminución continuó entre 2005 y 2011, a un promedio de 32 por ciento en el Sur, Este, Centro y Oeste de África, aunque la región todavía representaba el 70 por ciento de todas las muertes relacionadas con el sida en 2011 (tabla 1).

Tabla 1 - Estadísticas de VIH/SIDA en regiones seleccionadas

| Región | Adultos viviendo con VIH (millones) | | Adultos y niños nuevas infecciones (millones) | | Prevalencia entre adultos de 15-24 años (porcentaje) | | Tasas de prevalencia en las mujer, 15-24 años (porcentaje) | | Tasas de prevalencia en los hombre, 15-24 años (porcentaje) | | Muertes relacionadas con el SIDA (millones) | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------|---|------|--|------|--|------|---|------|---|-------|
| | 2001 | 2011 | 2001 | 2011 | 2001 | 2011 | 2001 | 2011 | 2001 | 2011 | 2001 | 2011 |
| Sur, Este, Centro y Oeste de África | 20.9 | 23.3 | 2.4 | 1.8 | 5.9 | 4.9 | 5.1 | 3.1 | 2.0 | 1.3 | 1.8 | 1.2 |
| Asia del Este | 0.4 | 0.8 | <0.1 | <0.1 | 0.1 | 0.2 | 0.1 | 0.1 | 0.2 | 0.1 | < 0.1 | < 0.1 |
| América Latina | 1.2 | 1.4 | <0.1 | <0.1 | 0.4 | 0.4 | 0.1 | 0.2 | 0.1 | 0.1 | < 0.1 | < 0.1 |

Fuente: Informe Regional de África sobre los ODM 2013, pg. 72.

Indicador 6.1: Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años

El estado del VIH de los jóvenes en el Sur, Este, Centro y Oeste de África también ha cambiado para lo mejor. Durante 2001-2011, la tasa de prevalencia en las mujeres jóvenes cayó más rápido - de 5,1 por ciento al 3,1 por ciento-que la de los hombres jóvenes. Las normas sociales podrían estar impulsando esta tendencia. Los hombres no se animan a buscar ayuda y a admitir los problemas de salud, mientras que las mujeres tienen mayores tasas de pruebas y de cobertura del VIH y una mejor adherencia a los regímenes de terapia antirretroviral que los hombres. En efecto, los hombres tienen mayores tasas de mortalidad (ONUSIDA, 2012b).

El descenso global en la prevalencia y en las infecciones también está impulsado por los cambios de comportamiento. Menos personas jóvenes están teniendo relaciones sexuales a temprana edad, los jóvenes están teniendo menos parejas sexuales y las personas sexualmente activas están usando

condones consistentemente y más a menudo correctamente. El comportamiento sexual ha cambiado favorablemente en numerosos países del Sur, Este, Centro y Oeste de África con epidemias generalizadas. Los datos agregados son más escasos, pero una serie de países, como Ruanda y Lesotho, tienen una alta proporción de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años. Además, Burkina Faso, Costa de Marfil, Congo, Ghana y Zimbabwe, cada uno tenía un gran número de hombres que tuvieron múltiples parejas en los últimos 12 meses (ONUSIDA, 2012b).

Aunque se ha demostrado que el cambio de comportamiento a nivel de población reduce la prevalencia del VIH en varios países con epidemias generalizadas, vincular cambios de comportamiento a los resultados específicos de VIH sigue siendo un reto. Aunque está claro que el sexo antes de los 15 años y múltiples parejas aumentan la probabilidad de contraer el VIH, el nivel de educación bajo, las relaciones débiles de género y la pobreza tienen un impacto.

Indicador 6.2 Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo

El uso correcto y consistente de condones sigue siendo fundamental para la prevención y una de las tecnologías disponibles más eficaces para reducir la transmisión sexual del VIH. Aunque el uso del condón parece estar aumentando en varios países con alta prevalencia del VIH, las encuestas representativas a nivel nacional indican una disminución en el uso del condón en Benín y Burkina Faso, que tienen tasas de prevalencia del VIH relativamente baja (2 por ciento), y en Costa de Marfil (3,4 por ciento) y Uganda (7,2 por ciento). Si la prevención sigue siendo clave en la lucha contra el VIH, garantizar el uso correcto y consistente del condón es vital para países tanto de alta como de baja prevalencia.

Cambios favorables en el comportamiento sexual de riesgo son evidentes en muchos países, entre ellos Kenia, Malawi, Mozambique, Namibia, Nigeria y Zambia. En otros países, como Costa de Marfil y Ruanda, el comportamiento sexual riesgoso es cada vez mayor, destacando la necesidad de intensificar los esfuerzos para el cambio de comportamiento. De hecho, existen brechas significativas incluso en los conocimientos básicos sobre el VIH y su transmisión. En 26 de 31 países con una epidemia generalizada en la que encuestas representativas a nivel nacional se han llevado a cabo recientemente, menos de la mitad de las mujeres jóvenes tenían conocimientos amplios y correctos sobre el VIH (ONUSIDA, 2012b). Y las mujeres son menos propensas a insistir en el uso de preservativos, incluso cuando son conscientes de sus beneficios como una salvaguardia VIH.

Otro problema es que la demanda de preservativos podría ser afectada por otros programas de prevención. Por ejemplo, la circuncisión masculina, la profilaxis posterior a la exposición y las parejas que reciben terapia antirretroviral siendo menos infecciosos, todo eso contribuye a un menor riesgo percibido y socavan la necesidad de protección como una estrategia efectiva.

Meta 6B: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten

6.5 Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales

La terapia antirretroviral continuó en rápida expansión en 2011. Más personas lo iniciaron en 2011 que en cualquier año anterior, y la cobertura aumentó del 21 por ciento desde 2010.

Desde 1995, la terapia antirretroviral ha añadido 14 millones de años de vida en los países de ingresos bajos y medianos, incluyendo 9 millones en el Sur, Este, Centro y Oeste de África. La cobertura en África es moderadamente superior a la media mundial, con un 56 por ciento de las personas elegibles que reciben tratamiento. Botsuana, Ruanda y Namibia han logrado la cobertura universal (al menos el 80 por

ciento). El número de países con cobertura de menos del 20 por ciento se redujo de 28 en 2009 a 10 en 2011.

La cobertura de la terapia antirretroviral sigue siendo mayor para las mujeres (68 por ciento) que para los hombres (47 por ciento) en los países de bajos y medianos ingresos, lo que contribuye posiblemente en reducir las tasas de prevalencia. Pero sigue habiendo problemas. El suministro de tratamiento antirretroviral a los niños es de aproximadamente 20 por ciento. La necesidad de llegar a ninguna nueva infección hace del aumento del tratamiento del VIH un imperativo.

Un elemento fundamental en este sentido es el vínculo entre el VIH y la productividad de los trabajadores. Hasta hace poco tiempo, el VIH/SIDA se asoció con una pérdida de productividad de los trabajadores, ingresos y de bienestar (CEPA 2004). La terapia antirretroviral da lugar a importantes beneficios económicos a través de la recuperación del empleo en pacientes con VIH.

Además, la disminución de los costos de medicamentos permite que el tratamiento se entregue a más personas con los mismos recursos. En Mozambique, el seguimiento mejorado de programas ayudó a reducir los costos de la terapia antirretroviral en un 45 por ciento por persona entre 2009 y 2011. También se requieren esfuerzos para reducir aún más el costo de los medicamentos antirretrovirales (ONUSIDA, 2012b).

Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

África ha sido testigo de importantes avances en la reducción de la prevalencia, la incidencia y la mortalidad relacionadas con el paludismo y, en menor grado, la tuberculosis. La financiación internacional para el control de la malaria se mantiene en aumento, permitiendo que los países endémicos aumenten el acceso a mosquiteros impregnados con insecticida. Pero no es suficiente, dado la magnitud de la enfermedad. El aumento en la adquisición de las pruebas de diagnóstico rápido y terapias combinadas basadas en artemisinina también ayudan a reducir la malaria en África. Datos a nivel de instalación disponibles muestran que el porcentaje mundial de casos sospechosos notificados que reciben una prueba parasitológica creció de 67 por ciento en 2005 al 73 por ciento en 2009, con el mayor aumento en África.

En cuanto a la tuberculosis, se han hecho esfuerzos acelerados hacia la Estrategia Alto a la Tuberculosis, en especial para el acceso a la atención de la tuberculosis y la implementación de actividades de iniciativas colaborativas de Tuberculosis/VIH. Y los nuevos medicamentos y vacunas están en desarrollo, un componente necesario de la lucha contra la tuberculosis, mientras sigue siendo lento el progreso en la respuesta a la tuberculosis multirresistente (MDR-TB). A pesar de los avances, importantes déficits de financiación para la atención y el control de la tuberculosis siguen existiendo. Se estima que los países de ingresos bajos y medianos necesitarán hasta \$ 8 mil millones al año en 2013-2015 para mantener las ganancias recientes y seguir avanzando. A los niveles actuales de financiamiento, existe una brecha anual de \$ 3 mil millones. En 25 países africanos, los donantes internacionales son especialmente importantes, y representan más del 60 por ciento de la financiación.

Indicador 6.6 Tasas de incidencia y mortalidad asociadas al paludismo

De los 43 países africanos con transmisión de malaria en curso, 8 (Argelia, Botsuana, Cabo Verde, Namibia, Ruanda, Santo Tomé y Príncipe, Sudáfrica y Suazilandia) han reducido la incidencia de admisión de la malaria o del paludismo en al menos el 75 por ciento. Y Eritrea está en camino de reducir la admisión de al menos 75 por ciento en 2015, mientras que Madagascar y Zambia se proyectan para

reducir la admisión en un 50 a 75 por ciento en ese mismo año. En los demás países, datos incompletos o inconsistentes hicieron imposible de evaluar de forma fiable las tendencias de la malaria (OMS, 2012).

Indicador 6.7: Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida

Un total de 39 de los 43 países africanos con transmisión de la malaria en curso distribuyen de forma gratuita mosquiteros impregnados a todos los grupos de edad. En promedio, la proporción de hogares en el Sur, Este, Centro y Oeste de África que posee al menos un mosquitero aumentó dramáticamente entre 2000 y 2011, del 3 por ciento al 53 por ciento, y se mantiene a aproximadamente 53 por ciento en 2012. Por otra parte, las encuestas de hogares indican que el 96 por ciento de las personas con acceso a una mosquitera en el hogar la usan. Además, el porcentaje de la población en riesgo protegida por pulverización residual aumentó de menos del 5 por ciento en 2005 al 11 por ciento en 2010 (OMS, 2012b).

No existen datos nuevos para los niños menores de 5 años que duermen bajo mosquiteros impregnados con insecticida, pero la propiedad de uno por el hogar y el uso de ellos indican mejoras. Se estima que el 39 por ciento de los niños africanos dormían bajo mosquiteras en 2010, un aumento de 2 por ciento desde 2000.

Indicador 6.8: Proporción de niños menores de cinco años con fiebre que reciben tratamiento con medicamentos adecuados contra el paludismo

Aunque la proporción de casos sospechosos que recibieron una prueba parasitológica ha aumentado en África, según la última encuesta (2010-2011) en 12 países de África, la proporción de niños menores de 5 años que recibieron tratamiento adecuado sigue siendo menos del 40 por ciento. Además, los proveedores de salud privados representan el 30 por ciento de las pruebas de malaria, mientras que las farmacias sólo representan el 10 por ciento.

Desafortunadamente, los datos sobre el tratamiento del paludismo son escasos debido a la necesidad de realizar pruebas de diagnóstico. Sin un examen parasitológico, el paludismo no se diagnostica ni se trata adecuadamente. Mientras que la prueba está en aumento, especialmente en África (el porcentaje de pruebas en el sector público aumentó de 20 por ciento en 2005 al 47 por ciento en 2011), sigue siendo baja, y el progreso se ha ralentizado el año pasado. Además, se estima que el diagnóstico de la malaria en zonas endémicas de malaria se confirma en menos de la mitad de los pacientes probados.

Pero a contar del 2011, 41 de los 44 países africanos con informes de transmisión de la malaria en curso comunican de tener una política de diagnóstico parasitológico para todas las edades, frente a 37 países en 2010. Con la implementación de estas políticas, pruebas consistentes y mejores diagnósticos, los países africanos pueden mejorar sus esfuerzos de tratamiento, lo que reduce la incidencia de la malaria y la muerte relacionada con la malaria.

Indicador 6.9: Tasa de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis

La meta de los ODM para el 2015, de detener y revertir la incidencia de TB se ha logrado, tanto a nivel mundial como en África, y la tasa global de mortalidad por tuberculosis ha disminuido en un 41 por ciento desde 1990. El mundo es, pues, en camino para alcanzar la meta mundial de reducir en un 50 por ciento las muertes por tuberculosis en 2015. Durante 2010-2011, la incidencia de tuberculosis en África disminuyó de 3.1 por ciento, en comparación con sólo el 2.2 por ciento a nivel mundial. El ritmo anual del declive da pronóstico positivo para el logro de la meta sobre la incidencia y prevalencia. Esto, desafortunadamente, no se corresponde con las tasas de mortalidad de tuberculosis, que cayeron a un promedio anual de 1,5 por ciento en 1990-2010. Esto apunta a una falta de mejora en la adhesión a los

regímenes de tratamiento de los pacientes con tuberculosis y el número constante en el continente de los casos de TB-MDR (tuberculosis resistente y multiresistente). Además, la carga mundial de la tuberculosis sigue siendo enorme, con un estimado de 8,7 millones de casos en 2011, alrededor de una cuarta parte de ellos en África.

6.10 Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)

Despite these promising trends, more than a third of Africa's new cases go unreported and are thus not treated under DOTS. More than 84 per cent of the estimated 290,000 cases of MDR-TB in 2010 in Africa are not being diagnosed and treated according to international guidelines. Moreover, many HIV-positive TB patients do not know their HIV status, and most of them are not receiving antiretroviral therapy.

Los avances en la detección y curación de casos de TB con DOTS

La TB es generalmente una enfermedad curable. En 2010, el 85 por ciento de los nuevos casos de tuberculosis fueron tratados con éxito. Durante 1995-2011, 51 millones de personas fueron tratadas con éxito por la tuberculosis en los países que habían adoptado la estrategia DOTS / "Stop TB Strategy", salvando un estimado de 20 millones de vidas. En África, casi el 60 por ciento de los casos de tuberculosis se detectaron con éxito bajo DOTS en 2010, en comparación con menos del 50 por ciento en 1990. Del mismo modo, en 2009, alrededor del 80 por ciento de los casos detectados fueron curados, frente a menos del 70 por ciento en 1994⁵.

Algunos países han logrado importantes avances. Sudán pasó de detectar menos del 1 por ciento de los casos en 1990 a 50 por ciento en 2010. Santo Tomé y Príncipe pasó de 11 por ciento a 76 por ciento; Egipto del 11 por ciento a 64 por ciento, y Sierra Leona desde menos del 8 por ciento al 32 por ciento. Costa de Marfil, Kenia, Lesoto y Namibia individualmente detectan más del 80 por ciento de los casos desde el 2010, y Túnez y Marruecos detectan cada uno más del 90 por ciento.

A pesar de estas tendencias prometedoras, más de un tercio de los nuevos casos en África no se detectan y por tanto no son tratados bajo DOTS. Más del 84 por ciento de los 290.000 casos estimados de TB-MDR en el 2010 en África no están siendo diagnosticados y tratados de acuerdo con las directrices internacionales. Además, muchos pacientes seropositivos con tuberculosis no conocen su estatus de VIH, y la mayoría de ellos no están recibiendo la terapia antirretroviral.

La investigación, el desarrollo y la financiación de aceleran el progreso en el cuidado y control de la tuberculosis

Desde el 2000, los esfuerzos para desarrollar nuevos métodos de diagnóstico, medicamentos y vacunas se han intensificado. El Informe Global de la Tuberculosis de 2012 señala que, por primera vez en 40 años, un conjunto coordinado de nuevos fármacos anti-TB prometedores están en desarrollo. Esto incluye la evaluación de cinco compuestos nuevos, probar una nueva combinación de un régimen de tres fármacos para tratar la tuberculosis sensible a los fármacos y la TB-MDR y la realización de ensayos de 12 vacunas para la prevención de la tuberculosis. Además, la financiación para la investigación y el desarrollo alrededor de la TB aumentó de \$ 363 millones en 2005 a \$ 630 millones en 2010.

El logro de la meta del "Stop TB Partnership" de eliminar la tuberculosis para el año 2050 requiere de mejorar el diagnóstico y renovar los esfuerzos de TB-MDR, tratamientos mejores y más cortos para todas las formas de TB, el tratamiento masivo de personas con infecciones de tuberculosis latente y la

⁵ Los datos para este indicador no están disponibles antes de 1994.

vacunación masiva con una vacuna más eficaz que el bacilo de Calmette Guerin. Y la financiación, aunque en aumento, sigue siendo muy inferior a los \$ 1,4 mil millones necesario (ONUSIDA, 2012a).

Conclusión

Los avances logrados en la reducción del VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis deben ser sostenidos y acelerados. Para ello es necesario alejarse de los fondos verticales específicos para cada enfermedad. La sostenibilidad de esta financiación no está garantizada, especialmente teniendo en cuenta la crisis económica global. Además, el fortalecimiento de los sistemas sanitarios en los países africanos es un imperativo que va más allá de lo que permiten esos fondos verticales. El aumento de la financiación nacional de los sistemas de salud mejorará la propiedad y la responsabilidad.

La mejora de la condición del VIH en África es loable, pero la ampliación del acceso a la terapia antirretroviral y la adhesión a la medicación a largo plazo siguen siendo vital. Centrándose en las mujeres seropositivas embarazadas y los niños también es necesario para crear una generación libre de VIH. La malaria y la tuberculosis también han mostrado signos de disminución, pero un mayor esfuerzo es necesario para el diagnóstico de ambas enfermedades para asegurar un tratamiento efectivo.

**EVALUACIÓN DEL PROGRESO EN GUINEA
ECUATORIAL HACIA EL CUMPLIMIENTO
DEL ODM 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, EL
PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES
(1990-2013)**

METODOLOGIA

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 Informe Temático sobre el ODM 6, 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 6 relativo a combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Para la elaboración de este documento, se llevo a cabo una revisión bibliográfica sobre la temática en el país. Asimismo, se contó con la información de la EDSGE-I/2011 y con el valioso apoyo técnico de diversos expertos nacionales del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, concretamente de la Dirección Nacional del Programa Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA, la Dirección Nacional del Programa Nacional de lucha contra el Paludismo (PNLP), y del Director Nacional del Programa de Lucha contra la Tuberculosis (PNLT). Asimismo, el equipo técnico del Sistema de Naciones Unidas realizó importantes aportes. También se contó con insumos de varios actores del sector privado, de las ONGs, y de la cooperación bilateral internacional.

Al término de este documento se organizaron cuatro 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 y cuarto taller se organizó para la validación del Informe Final. En estos talleres 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.

Componente VIH/SIDA

ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DEL VIH/SIDA EN GUINEA ECUATORIAL

Las metas y los indicadores retenidos para el informe temático del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 para el componente de VIH/SIDA son los siguientes:

Cuadro No. 1: Meta e indicadores para el componente VIH/SIDA.

| Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) N°6 | |
|---|---|
| Componente VIH/SIDA | |
| Objetivos y metas extraídos de la Declaración del Milenio | Indicadores para el seguimiento de los progresos |
| Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA | <p>6.1. Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años.</p> <p>6.2. Prevalencia del VIH en las mujeres embarazadas de 15 a 24 años.</p> <p>6.3. Tasa de utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo.</p> <p>6.4. Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA.</p> <p>6.5. Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años.</p> |
| Meta 6B: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten | 6.6 Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales |

Fuente: Elaboración propia en base a: Lista oficial de los indicadores de los ODM, 15 de enero de 2008, Naciones Unidas.

1.1 Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

El comportamiento de los indicadores de seguimiento de esta Meta, ha sido como se describe a continuación.

a. Indicador 6.1: Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años

Como se muestra en el Cuadro No. 2, en el grupo de edad de 15 a 24 años la prevalencia del VIH/SIDA se ha triplicado en los últimos 11 años, al pasar de 1,08% en el año 2000 a 3,1% en el 2011. Según el Informe Nacional sobre los progresos realizados en la lucha contra el VIH/SIDA (Informe GARPR – 2013) el nivel de los conocimientos sobre el VIH es muy bajo a nivel de la población entre 15 y 24 años (18,4%), con inicio muy temprano de las relaciones sexuales. Esto tiene una relación directa con la escasa implementación de las intervenciones de prevención. Como es el caso de las pocas acciones dirigidas a los jóvenes en las escuelas y programas de prevención estructurada encaminados a los grupos considerados de alto riesgo, como las trabajadoras sexuales (TS) y los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). La estigmatización de las personas que viven con el VIH/SIDA y el poco conocimiento de dicha enfermedad por parte de la población, podría estar contribuyendo al incremento de la prevalencia.

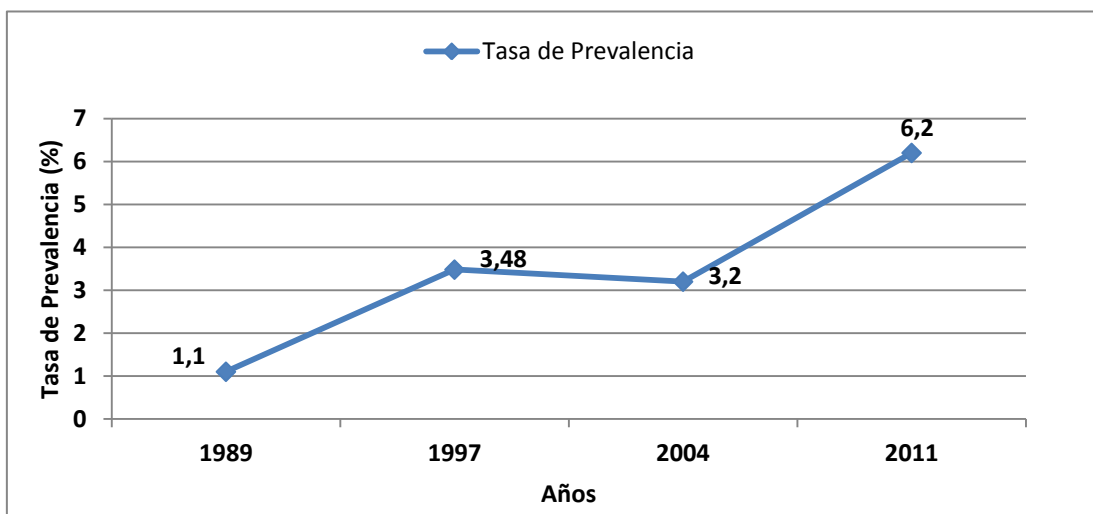
Cuadro No. 2: Prevalencia del VIH/SIDA entre las personas de de 15 a 24 años (2000 – 2011)

| Año 2000 | Año 2011 |
|----------|----------|
| 1,08% | 3,10% |

Fuente: MINSABS/UE/ISCIII :Situación de la epidemia de SIDA en Guinea Ecuatorial. Proyecto Salud Reproductiva. II Fase Junio 2000 e Informe Nacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2009.

En términos de la prevalencia del VIH en la población de 15 a 49 años, la misma ha mostrado un aumento de las tasas de infección entre el 1989 (1,1%), 1997 (3,48%), en 2004 baja moderadamente a 3,2% y en 2011 sube hasta 6,2% (Ver Gráfica No.1). Este aumento progresivo en la tasa de prevalencia está relacionado con aspectos importantes de comportamiento sexual. Entre estos aspectos figuran la insuficiente sensibilización de la población para el cambio de comportamientos sexuales, el alto porcentaje de personas entre 15 y 49 años que declara haber tenido múltiples parejas sexuales (23,1%), y muy baja utilización de preservativos (19,8%). Unido a lo anterior, solo el 31% de este grupo de edad (15-49) se ha realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses previos a la realización de la EDSGEI. Además no existen datos en el país sobre las trabajadoras sexuales (TS) y los hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Gráfico No. 1: Comportamiento de la tasa de prevalencia del VIH en la población de 15 a 49 años (1989 – 2011)



Fuente: Informe Nacional UNGASS 2010 y EDSGE-1 Informe Sintético, pagina 14.

En relación al sexo, se observa que la prevalencia del VIH es de 8,3% en mujeres de 15 a 49 años, superior a la de los hombres (3,7%). Esto se podría explicar por la práctica de la poligamia, el bajo nivel de educación, y la poca demanda de los servicios de planificación familiar por desconocimiento, entre otros.

Cuadro No. 3: Distribución de la prevalencia VIH por sexo en la población de 15 a 49 años.

| Hombres | Mujeres |
|---------|---------|
| 3,7% | 8,3% |

Fuente : EDSGEI

En relación a la prevalencia por zona de residencia, el Cuadro No. 4 muestra que la prevalencia en personas de 15 a 49 años es superior en la zona rural (8%) que en la urbana (4,8%). Este dato debe ser monitoreado durante 5 a 10 años para conocer las causas del fenómeno. No obstante algunas posibles causas podrían ser: la falta de sensibilización a la población, la carencia y poca utilización de los preservativos, y la falta de sensibilización sobre las enfermedades de transmisión sexual.

Cuadro No. 4. Distribución de la prevalencia VIH por zona de residencia en la población de 15 a 49 años

| Zona Rural | Zona Urbana |
|------------|-------------|
| 8,0% | 4,8% |

Fuente: EDSGE-I, 2011.

b. Indicador 6.2: Prevalencia del VIH en las mujeres embarazadas de 15 a 24 años

En el país no se dispone de datos para la prevalencia del VIH en las mujeres embarazadas de 15 a 24 años. Los datos que existen son para los grupos de edad de 15 a 19 y 20 a 24 años⁶ con una prevalencia de 4,4% y 7,7% respectivamente⁷. También, como se muestra en el Cuadro No. 5, existen datos de la prevalencia del VIH en las mujeres embarazadas de 15 a 49 años. Para 1997, dicha prevalencia en este grupo etario fue de 1,49%, con un marcado aumento a 7,3% en 2008.

Cuadro No. 5: Prevalencia de VIH en las mujeres embarazadas de 15 a 49 años

| Año 1997 | Año 2008 |
|----------|----------|
| 1,49% | 7,3% |

Fuente: MINISABS - Informe Nacional GARPR 2013.

Este aumento se debe a las deficientes intervenciones en el ámbito de la prevención y en sensibilización de la población, así como en los servicios de atención prenatal que no integran completamente en sus funciones la prevención de la transmisión vertical del VIH. Los datos actuales de este indicador no están recogidos en los resultados de la EDSGE-I.

c. Indicador 6.3: Tasa de utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo.

La utilización del preservativo en la población general de Guinea Ecuatorial ha cambiado. En la década de los 80 había poca aceptación del uso del preservativo en el país por considerar que incide en el crecimiento de los miembros de la familia, ya que para el ecuatoguineano siempre se asocia la riqueza con la familia numerosa.

Después de grandes esfuerzos desplegados por el Gobierno a través de las campañas de promoción del uso de preservativos y la sensibilización en la población, sobre todo de 15 a 45 años, sobre las consecuencias que origina el sexo sin protección, la población empieza a reaccionar positivamente al respecto. Esto ha permitido que la tasa de utilización del preservativo pase del 23,3% en 2006 a 59% en 2011, como muestra el Cuadro No. 6.

Cuadro No. 6: Tasa de utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo

| Años | Año 2006 | Año 2011 |
|---|----------|----------|
| Tasa de utilización de preservativo en la última relación sexual de alto riesgo | 24,3% | 59% |

Fuente: Encuesta Conocimientos, Aptitudes y Prácticas (CAP) sobre Nupcialidad, Actividad Sexual VIH/SIDA ETS (MINSABS-2006) y EDSGE1.- 2011.

⁶ PNLS y Encuesta en mujeres embarazadas 2008.

d. Indicador 6.4: Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA.

Este indicador empieza a mejorar pasando de 2% en 2007 a 19% en 2011, gracias a las intervenciones del Gobierno, del Sistema de las Naciones Unidas y de las ONGs en el marco de la sensibilización a la población. Hay que tener en cuenta que estas intervenciones deben ser reforzadas a nivel nacional.

Cuadro No. 7: Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA.

| Años | Año 2007 | Año 2011 |
|--|-----------------|-----------------|
| Proporción | | |
| Proporción de la población de 15-24 años con conocimientos amplios sobre el VIH/SIDA. | 2% | 19% * |

Fuente: Encuesta Conocimientos, Aptitudes y practicas (CAP) sobre Nupcialidad, Actividad Sexual VIH/SIDA ETS (MINSABS-2006) y EDSGE-I. 2011. Mujeres 19% y Hombres 18%.*

Para el Indicador 6.5 relacionado con la relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos por el VIH de 10 a 14 años, el país no cuenta con datos disponibles que permitan conocer el estado de la situación.

1.2 Meta 6B: Lograr para el año 2015 el acceso universal al tratamiento de VIH/SIDA para todas las personas que lo necesitan

En el marco de la Meta 6B sobre el logro para el años 2015 del acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesitan, Guinea Ecuatorial ha realizado importantes avances al pasar de 39,2% en 2008 a 28,9% en 2010 y 64,4% en 2012 en cuanto a las personas elegibles al tratamiento en los adultos. También en niños también se observa un aumento del 0,0% en 2008 a 2,2% en 2010 y 9,4% en 2012. En el país, el tratamiento ARV es una prioridad nacional.

La cobertura del tratamiento ha aumentado significativamente en adultos, pero sigue siendo bajo en niños (9,4%).

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

Cuadro No. 8: Proporción de la población portadora de VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales

| Años \ Pacientes | 2008 | 2010 | 2012 |
|------------------|--------|--------|--------|
| Adultos | 39,2 % | 28,9 % | 64,4 % |
| Niños | 0,0 % | 2,2 % | 9,4 % |

Fuente: MINSABS - Informe Nacional sobre los Progresos realizados GARPR 2008 – 2009 y 2010 – 2011).

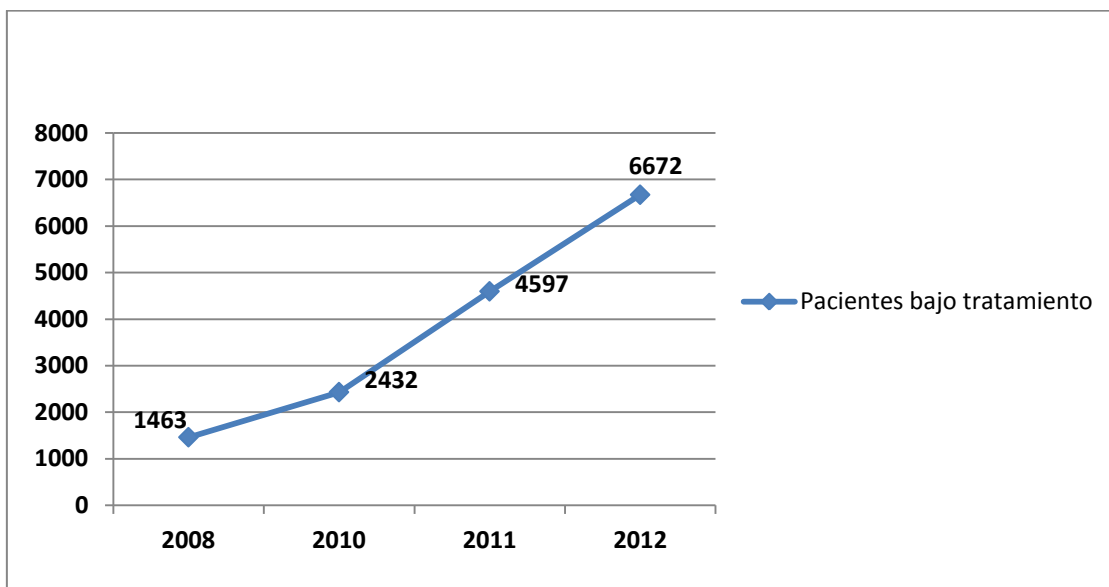
El Gobierno adquiere medicamentos ARV y otros insumos en la lucha contra el VIH/SIDA con el apoyo técnico de Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Se observa desde el 2008 a 2012 que el número de pacientes que recibe Tratamiento Antirretroviral (TARV) va aumentando. Este logro está ligado al carácter gratuito del tratamiento, a la existencia de unidades de tratamiento y a la aplicación de las recomendaciones de la OMS.

En el 2012 el porcentaje de adultos y niños con VIH/SIDA que se sabía que continuaban con el tratamiento después de empezar la terapia antirretroviral es de 61,2%, según el Informe GARPR 2013.

Como muestra la Grafica No. 2 sobre la tendencia del número de pacientes de VIH/SIDA bajo tratamiento ARV, se observa un aumento de casos de pacientes con VIH/SIDA bajo tratamiento ARV, pasando de 1.463 en 2008 a 6.672 en 2012.

Gráfico No. 2: Tendencia de pacientes con VIH bajo tratamiento ARV (2008-2012)



Fuente: MINSABS - Informe Nacional sobre los Progresos realizados (GARPR 2008 – 2009 y 2010 – 2011).

POLITICAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS VINCULADOS CON EL COMPONENTE DE VIH/SIDA

Con el fin de alcanzar las metas 6A y 6B varias intervenciones han sido realizadas a nivel nacional. A continuación se presentan las más relevantes:

- En el año 1988, se creó el Comité Nacional de Prevención y de Lucha contra las ITS y el SIDA. Asimismo, en 2001 se aprobó por Decreto el Marco Estratégico de Lucha contra el VIH/SIDA 2002-2006 y el Plan de Urgencias para la Lucha contra el VIH/SIDA del PNL. Posteriormente, varios decretos y leyes han permitido establecer un Marco Institucional, formalizar las propuestas de acción y definir las prioridades en lo que se refiere a la prevención y lucha contra el SIDA. En el 2006, en un marco del respeto de las personas que viven con el VIH/SIDA se promulgó una ley sobre la defensa de los derechos y obligaciones de las personas que viven con el VIH/SIDA. También se hizo la elaboración y validación técnica el Marco Estratégico de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el VIH/SIDA 2009 – 2013.
- Tras la retirada del Proyecto Fondo Mundial de Lucha contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria, el Gobierno elaboró un plan continuidad de los servicios que fue sometido al Fondo Mundial, el cual, estaba en vigor hasta junio 2011. Desde entonces, el Gobierno de la República de Guinea Ecuatorial ha asumido totalmente la financiación de todas las acciones relacionadas con el manejo del VIH/SIDA a nivel nacional. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha colaborado ampliamente con el Gobierno de Guinea Ecuatorial a fin de garantizar el acceso gratuito de la población necesitada a los medicamentos e insumos necesarios en la lucha contra el VIH/SIDA. El Gobierno de Guinea Ecuatorial financia la adquisición de dichos productos y el PNUD gestiona los recursos y el proceso completo de adquisición de los mismos.
- En el país se ofrece el diagnóstico y tratamiento gratuito a las personas que viven con el VIH/SIDA.
- El país ha adoptado el documento sobre la Estrategia de la OMS en la lucha contra el VIH/SIDA 2010-2015.
- El Gobierno de Guinea Ecuatorial se ha adherido al compromiso mundial para la eliminación de la transmisión vertical del VIH.
- Se ha procedido al nombramiento de un Ministro de Estado a la Presidencia, encargado de la prevención del VIH/SIDA y enfermedades sexualmente transmisibles.
- Se han realizado campañas de sensibilización sobre la prevención de la transmisión vertical del VIH de la madre al hijo promovidas por la Primera Dama de la Nación. Al mismo las ONGs también han sido involucradas en el tema.

A continuación se presentan acciones que el país ha llevado a cabo en las áreas de: a) Prevención y diagnóstico del VIH; b) Prevención de la transmisión vertical y c) A nivel del Tratamiento ARV.

a. A nivel de la prevención y diagnóstico del VIH

- Desde 2004, existe un protocolo de diagnóstico del VIH aprobado, que consiste en la realización de un test rápido y la prueba basada en la técnica de ELISA para confirmar los resultados. En el año 2009 fue actualizado dicho Protocolo según las recomendaciones de la OMS, adoptando el país la Estrategia III a base de tres test rápidos en acto único, e incluyendo la formación del personal para su aplicación a nivel nacional.

- Desde el año 2000, se han incorporado progresivamente más estructuras de Salud, como Centros de Seguro Social para realizar la consejería pre-test; la prueba del VIH y la consejería pos-test. Es así como entre 2009-2013 las pruebas de VIH se realizaron con consentimiento informado del cliente que solicita la prueba. Se estima la existencia cada vez mayor de estructuras sanitarias que realizan consejería pre-test y la prueba del VIH, lo que ha permitido un aumento progresivo de las personas que conocen su estado serológico (PNLS).
- Desde el año 2000 se han desarrollado campañas de información y de sensibilización dirigidas a la población general para promover la realización voluntaria de las pruebas de VIH y las medidas de prevención de la infección ligadas.
- El Gobierno con el apoyo del UNFPA, a través del Proyecto Información, Educación y Comunicación (IEC) está realizando charlas de sensibilización a la población sobre el cambio de comportamiento sexual con el fin de prevenir el VIH/SIDA.
- Desde el año 2003 ha comenzado el proceso de creación de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) para participar en la lucha contra el VIH/SIDA en el país.

Cuadro No. 10: Lista de las ONGs que trabajan en el país en la lucha contra el VIH/SIDA

| Nombre | Actividades | Año de creación |
|---|--|-----------------|
| CRUZ ROJA G. E. | Sensibilización sobre el VIH/SIDA de jóvenes fuera y dentro de las escuelas. Formación de pares educadores. Formación de maestros educadores. Distribución de preservativos | 1985 |
| SALUD POSITIVA | Reducir la estigmatización que sufren las PVVIH | 2003 |
| CAMINO | Prevención y sensibilización del VIH/SIDA a la población general | 2005 |
| SPORT LING PLUS | Prevención y sensibilización del VIH/SIDA a jóvenes amantes del deporte | 2006 |
| AMUSIDA | Prevención y sensibilización del VIH/SIDA a la población, sobre todo la femenina, así como apoyo a los niños huérfanos vulnerables | 2006 |
| BIRIAELAT | Prevención y sensibilización sobre VIH/SIDA | 2010 |
| BAKAMANDJA | Teatro como herramienta de sensibilización en VIH/SIDA | 2005 |
| ACIGE | Cine como herramienta de sensibilización en VIH/SIA | 2009 |
| <p><u>Nota:</u> En el país se creó FONSIDA en 2010, como una Federación de las ONGs. El fin con su creación era el de coordinar las acciones de todas las ONGs que intervienen en la lucha contra el VIH/SIDA. Actualmente ya no es operativa.</p> | | |

Fuente: PNLS

b. A nivel de la prevención de la transmisión vertical

- Hay un aumento progresivo del número de embarazadas que acuden a la consulta prenatal (CPN). Si bien el país no disponía de equipamiento para el diagnóstico precoz en 2012, un total de 288 niños han sido diagnosticados, siguiendo el protocolo nacional que recomienda iniciar con el diagnóstico del VIH al sexto mes de vida (GARPR 2013).
- A nivel de la prevención de la transmisión vertical, la consulta prenatal desempeña un papel muy importante. En lo que respecta a la oferta de servicios de la prevención vertical del VIH, aunque con deficiencias, se realizan, en alguna medida, esfuerzos para lograr la integración de la atención del paciente con el VIH en los servicios conexos, tales como la consulta prenatal, el salón de partos, salón postnatal y las consultas pediátricas.
- Con el apoyo de la Primera Dama de la Nación, se han viabilizado recursos gubernamentales para ofrecer leche maternizada gratuitamente a todos los niños nacidos de madres infectadas por el VIH.
- Se ha incrementado el número de profesionales de la salud formados en el manejo de la prevención de la transmisión vertical del VIH de la madre al hijo según el Protocolo Nacional actualizado en 2009. Actualmente dicho Protocolo está siendo evaluado y actualizado para adoptar las nuevas recomendaciones de la OMS 2013.
- Se ha mejorado el manejo clínico del niño nacido de madre seropositiva y del niño infectado mediante la formación del personal sanitario en los centros de tratamiento siguiendo el protocolo actualizado y la disponibilidad de los ARV.
- Se han establecido mecanismos de supervisión de la estrategia de la prevención de la transmisión vertical del VIH.
- El Gobierno ha asignado fondos para la compra de los medicamentos ARV para la PTMH con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- El Gobierno se ha comprometido con la eliminación de la transmisión vertical del VIH/SIDA (PTMH) al 2015, mediante la elaboración en curso de la Estrategia para Aumentar el Acceso de las Embarazadas a los Servicios Esenciales de PTMH.

c. A nivel del Tratamiento ARV

- Se ha incrementado el número de pacientes bajo tratamiento antirretroviral. El ONUSIDA estimó que a finales del año 2011 cerca de 22.000 personas vivían con el VIH, de las cuales alrededor de 5.900 tenían criterio de iniciar el tratamiento ARV. De estos, alrededor de 4,597 efectivamente lo iniciaron⁸.
- EL cumplimiento de la estrategia del acceso universal, mediante el aumento progresivo del número de centros de tratamiento. Se ha pasado de 2 centros en 2003 a 6 a finales de 2012, con la integración de los Centros Provinciales de Tratamiento (CPT) de los hospitales provinciales, así como la Atención Primaria de Salud (APS) y con Centros de Seguimiento y de Tratamiento Ambulatorio (CTA). Dicha estrategia de descentralización y extensión, aunque se está aplicando conoce algunas dificultades.

⁸ PNLS- Grafica No. 2.

- Incremento del número de prescriptores de los antirretrovirales, pasando de 3 en el año 2003 a 14 en el año 2012.
- Se ha actualizado y validado en el año 2011 el Protocolo de manejo del VIH en adultos y adolescentes siguiendo las recomendaciones más recientes de la OMS (2010).
- El Programa Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA para la mejora del manejo de las PVVIH, cuenta con el apoyo de los socios al desarrollo, como ser: la OMS, del ISCIII, de UNICEF, etc.



d. Monitoreo y Evaluación

- En 2004 se realizó una Encuesta de Seroprevalencia en la población general de 15 a 45 años por el MINSABS en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).
- En 2008 se realizó la Primera Encuesta de Seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas en Centros Centinelas.
- En 2009 el país dispone de un Manual de Monitoreo y Evaluación especificado para el seguimiento de la epidemia del VIH/SIDA.
- En 2011 se llevó a cabo los estudios sobre la fármaco-resistencia según las recomendaciones OMS, mediante el monitoreo de los indicadores de alerta precoz en los dos Centros de Tratamiento seleccionados en el país (UREI Bata y UREI de Malabo).
- En 2011 el Gobierno de Guinea Ecuatorial con el apoyo de UNFPA, del Banco Africano de Desarrollo (BAD), y el ICF, desarrolló la Primera Encuesta Demográfica y de Salud que ha permitido la obtención de los datos consensuados sobre el VIH.
- El país ha elaborado tres informes sobre la declaración de los compromisos del VIH/SIDA (UNGASS-2010 y GARPR 2012 y 2013). Por otro lado, desde el año 2009 se vienen elaborando los informes sobre el Acceso Universal a la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Apoyo.

El Cuadro No. 11 muestra de manera resumida las políticas, estrategias, planes, programas y proyectos que el país ha implementado en materia de VIH/SIDA.

Cuadro No. 11: Lista de políticas, estrategias, planes, programas y proyectos de lucha contra el VIH/SIDA.

| Políticas / Estrategias / Planes / Programas / Proyectos de lucha contra el VIH /SIDA | Año |
|---|------------|
| Decreto No. 3. Creación del Comité Nacional de Prevención y de Lucha contra las ITS y el SIDA. | 1988 |
| Primer Plan a Mediano Plazo de Lucha contra el VIH/SIDA 1993 – 1995 | 1993 |
| Segundo Plan a Mediano Plazo de Lucha contra el VIH/SIDA 1996 – 2000 | 1998 |
| Creación del Consejo Nacional de Lucha contra el VIH /SIDA y la Secretaria Ejecutiva | 2001 |
| Decreto No. 78 /2001. Aprobación del Plan de Seguimiento y Evaluación 2002 - 2006 y del Plan de Urgencias de Lucha contra el VIH/SIDA 2002 – 2003 | 2001 |
| Decreto No. 8 /2002. Nominación del Secretario Ejecutivo del PNLS | 2002 |
| Decreto No. 9 / 2002. Nominación del Director General de la CTCM del PNLS | 2002 |
| Creación de Mecanismo de Coordinación del País por una orden ministerial | 2002 |
| Orden ministerial sobre la regulación de venta y distribución de los preservativos | 2002 |
| Política Nacional de Salud | 2002 |
| Validación de la Estrategia de Prevención de la Transmisión del VIH/SDA de la madre al hijo (PTMH) | 2003 |
| Orden Ministerial No. 1 /2004 que regula el uso del test rápido y confirmación de VIH | 2004 |
| Estrategia de marketing social de preservativos | 2004 |
| Política nacional de transfusiones sanguíneas | 2005 |
| Ley No.3 /2006 sobre la Prevención y Lucha contra el VIH /SIDA, ITS y la defensa de los derechos humanos de las PVVIH | 2006 |
| Decreto de Ley sobre la gratuidad en el diagnóstico del VIH y tratamiento ARV | 2006 |
| Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social, Horizonte 2020 | 2007 |
| Plan de Urgencias de Lucha contra el VIH /SIDA 2009 - 2010 | 2009 |
| Elaboración del Proyecto Fortalecimiento del Programa Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA 2011 – 2015 (Fondo de Desarrollo Social (FDS) | 2010 |

| | |
|--|------|
| Circular que prohíbe la obligatoriedad de realizar la prueba de VIH para acceder a cualquier tipo de documentación ya sea para nativos y extranjeros | 2011 |
| Orden Ministerial que regula la acreditación de centros sanitarios nacionales para el manejo integral de pacientes con el VIH/SIDA | 2011 |
| Nombramiento del Ministro de Estado, encargado de la Prevención del VIH/SIDA y enfermedades sexualmente transmisibles | 2013 |

DEFICIENCIAS EN EL LOGRO DE LAS METAS RELACIONADAS CON EL COMPONENTE DE VIH/SIDA

Varios han sido los obstáculos/dificultades que se han experimentado para alcanzar los logros relacionados con el ODM 6, en sus metas 6A y 6B, siendo los más relevantes para el componente VIH/SIDA los siguientes

- Deficiente financiación del Gobierno para cubrir todas las áreas relacionadas con el VIH/SIDA (prevención, diagnóstico, manejo de casos y apoyo psicosocial).
- Insuficientes actividades de abogacía para garantizar la multisectorialidad en la lucha contra el VIH/SIDA con la implicación de todos los sectores a nivel nacional.
- Baja cobertura de los centros de manejo integral de casos de VIH/SIDA, la cual se prevé resolver mediante la estrategia de extensión de unidades de manejo de casos.
- Insuficientes intervenciones que frenan la transmisión vertical del VIH/SIDA.
- Escasos estudios que garantizan la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA.
- Ausencia de un marketing social de preservativos para cubrir las necesidades de prevención del VIH/SIDA en el país.
- Pocas campañas de sensibilización realizadas a nivel nacional y poca implicación en ellas de las ONGs nacionales.
- Falta de un Marco Estratégico Multisectorial actualizado.
- Los reglamentos, leyes y normas sobre las PVVIH, en base a las últimas recomendaciones de la OMS, no están actualizados.
- Deficiente integración de la atención de las PVVIH en el Sistema Sanitario nacional.
- Insuficiencia de los recursos humanos capaces de brindar una buena respuesta nacional a la epidemia del VIH/SIDA.
- Deficiente funcionamiento de las Unidades de Referencia de las Enfermedades Infecciosas (UREI) debido a la escasa supervisión y seguimiento en el terreno de sus funciones y necesidades para hacer frente a las demandas de las PVVIH.
- Cambios frecuentes de destino del personal formado.
- El sistema de monitoreo y seguimiento del PNLs sigue siendo deficiente y no está integrado en el Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS).
- Deficientes intervenciones en el marco de la prevención y sensibilización sobre el VIH/SDA.
- La poca disponibilidad de fondos para que las ONGs puedan llevar a cabo sus actividades
- La deficiente coordinación entre las ONGs y el MINISABS.

- Pocos recursos financieros para los programas de prevención y de sensibilización llevados a cabo por las células sectoriales.
- La ausencia de programas estructurados con los trabajadores sexuales (TS), y hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- Las intervenciones específicas orientadas a los niños huérfanos por el VIH/SIDA son incipientes, debido, entre otros, a la ausencia de un estudio sobre los niños y niñas infectados y afectados por el VIH/SIDA.
- Insuficientes unidades y centros de prestación de servicio de manejo integral de los casos de VIH/SIDA.

CONCLUSIONES RELACIONADAS AL COMPONENTE DE VIH/SIDA

Con relación a la Meta 6A del ODM 6, relativa a “haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA”, Guinea Ecuatorial ha triplicado, en los últimos 11 años, la prevalencia del VIH/SIDA en el grupo de edad de 15 a 24 años, al pasar de 1,08% en el año 2000 a 3,1% en el 2011. Lo anterior indica que de continuar esta misma tendencia el país no logrará la Meta 6A al 2015.

En términos de la prevalencia del VIH en la población de 15 a 49 años, la misma ha mostrado un aumento de las tasas de infección entre el 1989 (1,1%), 1997 (3,48%), en 2004 baja moderadamente a 3,2% y en 2011 sube hasta 6,2%. Este aumento progresivo en la tasa de prevalencia está relacionado con aspectos importantes de comportamiento sexual. Entre estos aspectos figuran la insuficiente sensibilización de la población para el cambio de comportamientos sexuales, el alto porcentaje de personas entre 15 y 49 años que declara haber tenido múltiples parejas sexuales (23,1%), y muy baja utilización de preservativos (19,8%).

En lo que se refiere a la utilización del preservativo, en Guinea Ecuatorial hace unas décadas había poca aceptación del uso del mismo, ya que para el ecuatoguineano siempre se asocia la riqueza con la familia numerosa. Después de grandes esfuerzos desplegados por el Gobierno a través de las campañas de promoción del uso de preservativos y la sensibilización en la población, sobre todo de 15 a 45 años, sobre las consecuencias que origina el sexo sin protección, la población empieza a reaccionar positivamente al respecto. Esto ha permitido que la tasa de utilización del preservativo pase del 23,3% en 2006 a 59% en 2011. Lo anterior implica que el país podrá mostrar en el 2015 los logros alcanzados en esta área.

Con relación a la proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA, el país ha mejorado al pasar de 2% en 2007 a 19% en 2011, gracias a las intervenciones del Gobierno, del Sistema de las Naciones Unidas y de las ONGs en el marco de la sensibilización a la población. Sin embargo, aún se requieren más esfuerzos en esta área.

En el marco de la Meta 6B sobre el logro para el años 2010, del acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesitan, Guinea Ecuatorial ha avanzado significativamente al pasar de 39,2% en 2008 a 28,9% en 2010 y 64,4% en 2012 en cuanto a las personas elegibles al tratamiento en los adultos. También en niños también se observa un aumento del 0,0% en 2008 a 2,2% en 2010 y 9,4% en 2012. Sin embargo, esta última tasa aún sigue siendo baja.

Guinea Ecuatorial ha realizado importantes esfuerzos en torno al VIH/SIDA. Ha implementado un serie de políticas, programas y proyectos para avanzar en esta área. El país ha adoptado el documento sobre la Estrategia de la OMS en la lucha contra el VIH/SIDA 2010-2015. El Gobierno de Guinea Ecuatorial se ha adherido al compromiso mundial para la eliminación de la transmisión vertical del VIH.

Asimismo, el país ha tomado diversas acciones positivas a los distintos niveles. Tanto al nivel de la prevención y diagnóstico del VIH, de prevención de la transmisión vertical, de tratamiento ARV y de monitoreo y evaluación.

Para llevar a cabo estas diversas acciones, el Gobierno de Guinea Ecuatorial ha contado con el apoyo de diversas Agencias del Sistema de las Naciones Unidas, de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y de otros socios.

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

No obstante los significativos esfuerzos realizados, el país aún necesita superar algunas deficiencias en términos de la financiación de todas las áreas relacionadas con el VIH/SIDA, así como de los recursos humanos suficientes y capacitados. Asimismo, el país requiere de más abogacía y sensibilización sobre el tema a nivel nacional. Falta un Marco Estratégico Multisectorial actualizado. Existe una deficiente integración de la atención de las PVVIH en el Sistema Sanitario nacional. Se necesita mejorar el funcionamiento de las Unidades de Referencia de las Enfermedades Infecciosas (UREI). Adicionalmente, hay que fortalecer la coordinación entre las ONGs y el MINISABS. Asimismo, las intervenciones específicas orientadas a los niños huérfanos por el VIH/SIDA son incipientes y no existen programas estructurados con los trabajadores sexuales (TS), y hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

En este sentido, es importante que el país pueda incorporar las recomendaciones planteadas a continuación en materia de VIH/SIDA, a fin de fortalecer las acciones positivas que ya se llevan a cabo y poder tener mejores logros al 2015 en beneficio de la población.

RECOMENDACIONES RELACIONADAS AL COMPONENTE DE VIH/SIDA

A continuación se plantean algunas recomendaciones que contribuirían a que Guinea Ecuatorial pueda avanzar en lo relativo a las metas e indicadores relacionados con el componente del VIH-SIDA:

- Consolidar la financiación del Gobierno para cubrir todas las áreas relacionadas con el VIH/SIDA, (prevención, diagnóstico, manejo de casos y apoyo psicosocial)
- Organizar y celebrar la Conferencia Nacional sobre el VIH/SIDA como instrumento de abogacía y coordinación para garantizar la multisectorialidad en la lucha contra el VIH/SIDA con la implicación de todos los sectores a nivel nacional.
- Incrementar la cobertura de los centros de manejo integral de casos de VIH/SIDA mediante la estrategia de extensión de las unidades de manejo de casos.
- Elevar la cobertura de los pacientes bajo tratamiento ARV en un 90% al 2015 mediante el reforzamiento de las capacidades del personal y de las unidades de manejo integral.
- Ampliar la cobertura a un 80% al 2015 de la prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA de la madre al hijo, mediante la formación continua del personal en relación al cumplimiento del protocolo de PTMH y las giras de supervisión formativa.
- Disponer de equipos de PCR para el diagnóstico precoz del VIH temprano en los niños y actualización de los instrumentos de recogida de datos en los centros prenatales.
- El protocolo de PTMH debe ser actualizado en base a las nuevas recomendaciones de la OMS de 2013.
- Implementar la vigilancia epidemiológica de segunda generación en centros de atención prenatal que incluyen todos los componentes.
- Desarrollar un programa de mercadeo social de preservativos para responder a las necesidades de prevención del VIH/SIDA a nivel nacional.
- Realizar campañas de sensibilización y prevención con el apoyo gubernamental y no gubernamental (ONGs, Sistema de las Naciones Unidas, cooperación bilateral y sector privado), a fin de implicar mucho más a la comunidad en este tema.
- Reforzar los recursos técnicos y financieros de las ONGs para asegurar el logro de sus objetivos en materia de lucha contra el VIH/SIDA.
- Elaborar, adoptar e implementar el Marco Estratégico de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el VIH/SIDA 2014 – 2018, con el fin de poder desbloquear los recursos financieros para que todas las células sectoriales sean operativas.
- Revisión de las políticas nacionales relacionadas con el VIH/SIDA.
- Continuar con el proceso de extensión del manejo integral de VIH/SIDA (diagnóstico, tratamiento y manejo psicosocial), mediante la integración inmediata de los servicios a nivel de la Atención Primaria de Salud.

- Incrementar los prescriptores de ARV en el país (adultos y pediátricos), mediante formaciones continuadas. En este sentido, es necesario realizar una formación del personal sanitario para poner en funcionamiento el centro provincial de tratamiento (CPT) del hospital provincial de Evinayong y reforzar el funcionamiento de los CPT del hospital provincial de Mongomo, Ebebiyin y otros distritos del país según lo programado en el proceso de extensión.
- El Ministerio de Sanidad y Bienestar Social debería mejorar el Sistema de Información Sanitaria para la obtención de datos de rutina sobre la epidemia y la promoción de la investigación operativa.
- Mejorar el funcionamiento de las Unidades de Referencia para el mejor manejo de los casos, a través de reuniones técnicas, supervisiones formativas y el control de calidad de las actividades.
- Aumentar la asignación del presupuesto para que los programas de prevención y sensibilización sean continuos y sostenibles en todo el ámbito nacional.
- Finalizar en 2014 el estudio sobre la situación de los niños huérfanos por el VIH/SIDA en Guinea Ecuatorial.
- Elaborar programas estructurados con los trabajadores sexuales (TS), y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Guinea Ecuatorial.
- Integración de las actividades de lucha contra el VIH/SIDA a los servicios, como ser: la formación del personal médico en VIH pediátrico, la continuidad y reforzamiento del proceso de descentralización, así como asegurar las herramientas de gestión de datos y el equipamiento.

Componente Paludismo

ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DEL PALUDISMO EN GUINEA ECUATORIAL

Cuadro No. 12: Metas e indicadores para el componente del Paludismo

| Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) N°6 | |
|---|---|
| Componente Paludismo | |
| Objetivos y Metas extraídos de la Declaración del Milenio | Indicadores para el seguimiento de los progresos |
| Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la infección de paludismo, tuberculosis y otras enfermedades graves. | 6.7. Tasa de incidencia y mortalidad asociada al paludismo. 6.8. Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida. 6.9. Proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con medicamentos adecuados contra el paludismo. |

Fuente: Elaboración propia en base a: Lista oficial de los indicadores de los ODM, 15 de enero de 2008, Naciones Unidas.

A continuación se plantea el desenvolvimiento que ha tenido la Meta 6C y sus indicadores en Guinea Ecuatorial:

De acuerdo a la Encuesta de Demografía y Salud de Guinea Ecuatorial, 2011, la prevalencia del paludismo en la Isla de Bioko, es de 48%. La diferencia por regiones es significativa, 13% en la región insular, frente 59% en la región continental.

El país ha creado el Programa Nacional de Lucha contra el Paludismo (PNLP), con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad de dicha enfermedad. Desde este momento las actividades se han llevado de forma regular, apoyadas en gran parte por el ISC III, OMS y otros.

El Gobierno de Guinea Ecuatorial con el apoyo de Marathon EG Production Ltd, Noble Energy, GE Petrol y Sonagas identificó el paludismo como un problema clave que enfrentan sus propios empleados y las comunidades locales en la Isla de Bioko. Estaba claro que la eliminación o reducción significativa de la transmisión del paludismo en la isla de Bioko reducirían tanto la enfermedad como las pérdidas económicas causadas por la misma y eso será un gran alivio en la vida de los ecuatoguineanos.

Es así como en 2004, el Gobierno de Guinea Ecuatorial en conjunto con los socios (Marathon Oil Center, Noble Energy, GEPetrol y SONAGAS), a través del Ministerio de Salud y Bienestar Social diseñaron el

"Proyecto de Control del Paludismo en la Isla de Bioko" (PCPIB), implementado por, MCDI, siendo la población que vive en la Isla de Bioko como beneficiarios directos.

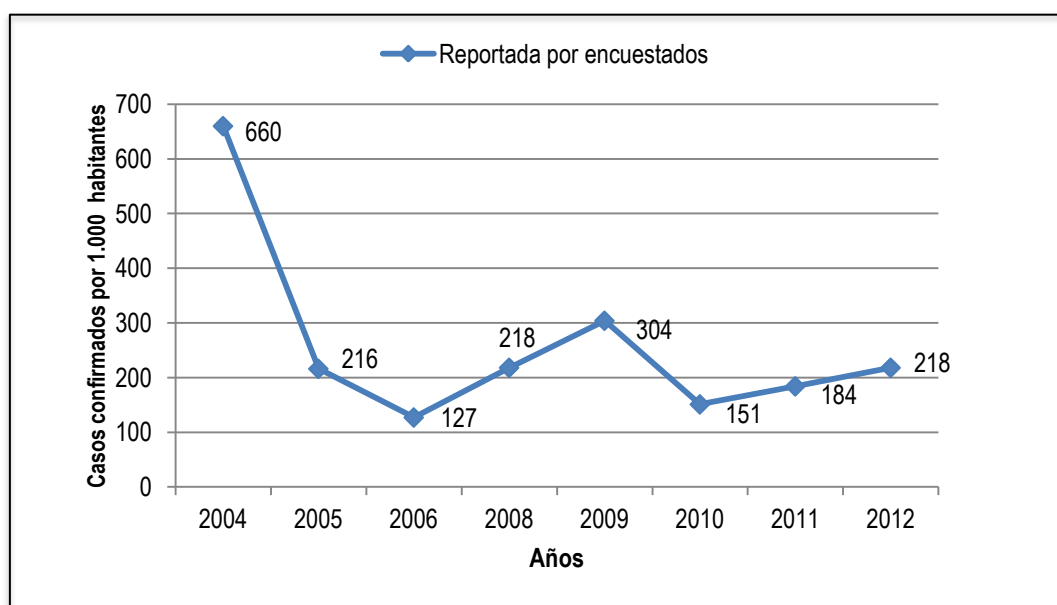
Paralelamente para la Región Continental, desde 2006, MCDI viene realizando actividades pero con el apoyo financiero del Fondo Mundial, componente paludismo y que finalizó en el 2011.

De forma bilateral, las actividades han estado coordinadas con el PNLP.

a. Tasa de incidencia y mortalidad asociada al paludismo

El Gráfico No. 3 muestra como la incidencia por paludismo se ha reducido significativamente en la Isla de Bioko. Dicha incidencia ha pasado de IPA=660/1.000 habitantes en 2004 a IPA=218/1.000 habitantes en 2005. Esta última cifra se mantiene hasta el 2012. Esta importante reducción es debido a la implementación de medidas de prevención, como es el control vectorial, a través del uso del Rociamiento Intradomiciliario (RID), la cual se refuerza con la distribución masiva de telas mosquiteras impregnadas de insecticidas de larga duración (MILD) en el año 2007.

**Gráfico No. 3 : Comportamiento de la incidencia por paludismo en la Isla de Bioko.
(2004 – 2012)**



Fuente: Informe PNLP (PCPIB – 2012)

De acuerdo a la EDSGE-I, el porcentaje de niños menores de 3 años con parasitemia del paludismo es mayor en las zonas rurales (63%) que en las zonas urbanas (30%).

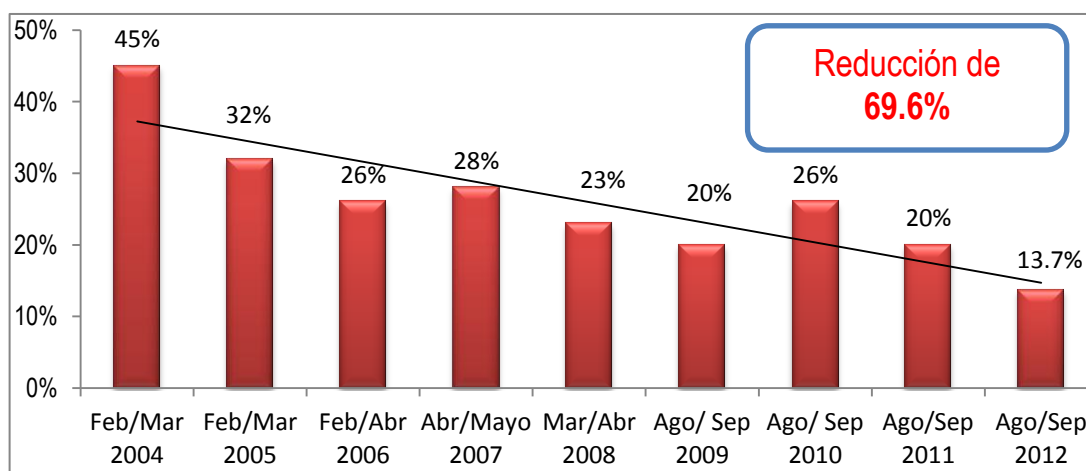
En relación a la prevalencia de la parasitemia por regiones, el Cuadro No. 13 muestra que la Región Continental tiene la tasa más elevada de parasitemia en niños menores de 5 años (59%), mientras que en la Región Insular es de 13%. Esto se relaciona con las deficientes intervenciones de lucha contra esta enfermedad en la Región Continental.

Cuadro No. 13: Distribución de la prevalencia de la parasitemia por paludismo en niños menores de 5 años por región

| REGION INSULAR | REGION CONTINENTAL |
|----------------|--------------------|
| 13% | 59% |

Fuente: EDSGE-I, 2011.

Gráfico No. 4: Prevalencia de infección Plasmodium Falciparum en niños de 2 a 14 años Isla de Bioko: 2004 – 2012



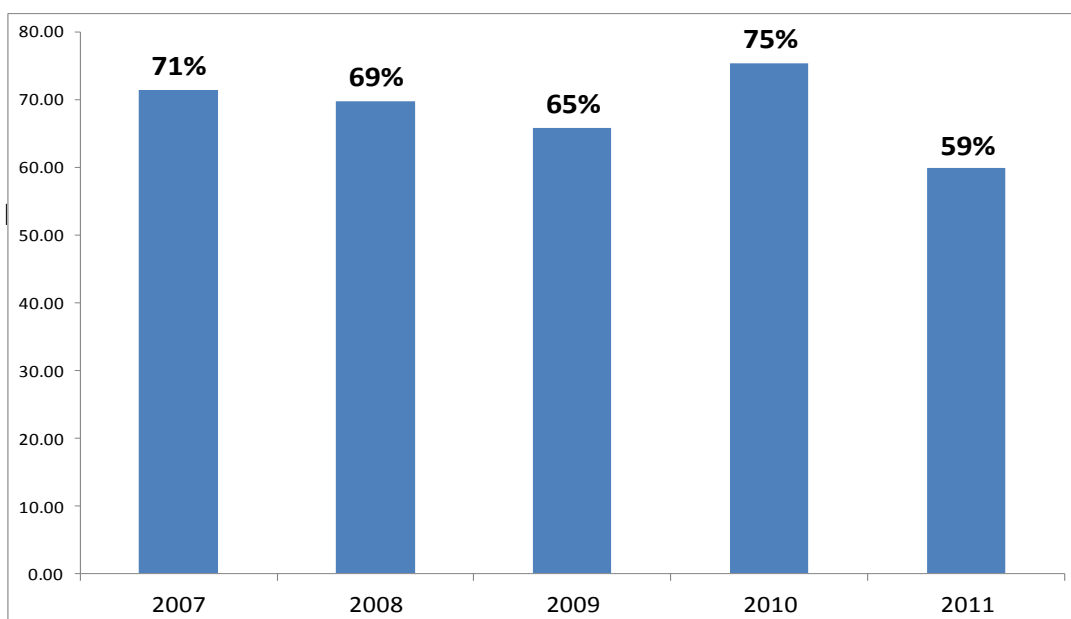
Fuente: Informe PNLN (PCPIB – 2012).

Sin embargo, en la Región Continental el panorama es diferente. Aun y cuando ha habido una reducción, aún persiste la prevalencia en 59% de los niños de 2 a 14 años como lo muestra el Gráfico No. 5. Lo anterior se debe a la deficiencia de intervenciones de lucha contra esta enfermedad en la Región Continental.



Fuente: PNLN

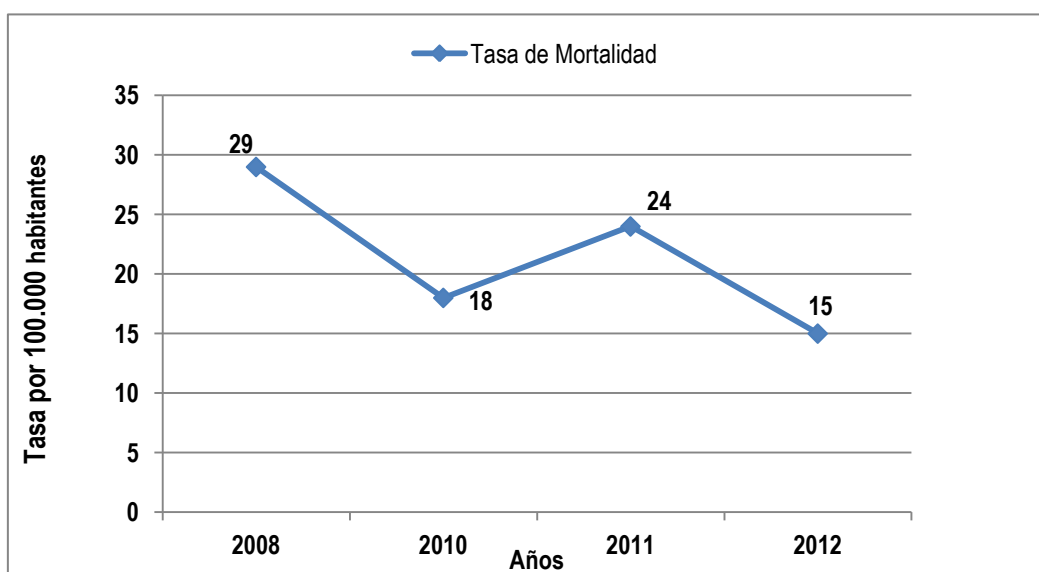
**Gráfico No. 5: Prevalencia de infección Plasmodium Falciparum en niños de 2 a 14 años
Región Continental: 2004 – 2011**



Fuente: Informe PNLP (PCPIB – 2012).

En términos de la **mortalidad atribuible al paludismo**, el país solo dispone de datos para la Isla de Bioko y no para la Región Continental. El Gráfico No. 6 muestra que la mortalidad atribuida al paludismo en niños menores de 5 años se ha reducido al pasar de una tasa de 29 por cada 100.000 habitantes en 2008 a 15 en 2012.

**Gráfico No.6: Mortalidad atribuida al paludismo en niños menores de 5 años.
Isla de Bioko (2009- 2012)**



Fuente: Informe PNLP (PCPIB – 2013 pág. 15).

b. Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por telas mosquiteras impregnadas de insecticida.

En general un tercio de los hogares (33%) durmió bajo tela mosquitera la noche anterior a la encuesta de EDSGE-I. De estos, un 22% durmió bajo telas mosquiteras impregnadas y 21% bajo telas mosquiteras impregnadas de larga duración.

La utilización de las telas mosquiteras impregnadas en niños menores de 5 años se sitúa en 35%, de los cuales 23% es bajo telas mosquiteras impregnada de corta duración (MII) y 22 % bajo MILD (EDSGE-I).

La tasa de utilización de las telas mosquiteras impregnadas ha disminuido desde el año 2009 hasta el 2011 en todo el ámbito nacional. Esto podría estar relacionado con la discontinuidad de las campañas de distribución masiva de las telas mosquiteras desde el 2007, frente a la carencia de las telas mosquiteras en el país. Esta falta origina que las personas compren telas no impregnadas en los mercados⁹.



e. Proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con medicamentos adecuados contra el paludismo.

La proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con medicamentos adecuados contra el paludismo es de 15% según la EDSGE-I.



Fuente: PNL P

⁹ PNL P.

POLITICAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS EN GUINEA ECUATORIAL VINCULADOS CON EL COMPONENTE DE PALUDISMO DEL ODM 6

Para alcanzar la Meta 6C de este ODM, relacionada con “haber detenido y comenzado a reducir para el 2015 la infección de paludismo”, Guinea Ecuatorial ha implementado diversas políticas, programas y proyectos. A continuación se mencionan algunas de ellas:

2.1. Políticas, Planes, Directrices, Manuales y Guías

- Política Nacional de Lucha contra el Paludismo.
- Plan Estratégico Nacional de lucha contra el paludismo (2009-2013).
- Directrices del Tratamiento Preventivo Intermitente (TPI).
- Manual de formación de micros copistas, control de calidad y archivos de laminas.
- Guía de tratamiento de paludismo.
- Ficha de supervisión en el manejo de casos de paludismo.

2.2. Programas.

- Programa nacional de lucha contra el paludismo (PNLP).

2.3. Proyectos.

- Proyecto de control del paludismo en la Isla de Bioko (PCPIB)
- Iniciativa de lucha contra el paludismo en Guinea Ecuatorial (ICPGE) financiado por el Fondo Mundial VIH/SIDA, Paludismo y Tuberculosis.
- Proyecto apoyado por el Instituto de Salud Carlos III de la Cooperación Española (ISCI).
- Proyecto PROSALUD que implementa sus actividades en la provincia de Centro Sur.
- Proyecto LABIOFAM.

A continuación se presenta más detalle de las diversas intervenciones que el país ha realizado en diversas áreas, en la lucha contra el paludismo:

a. Prevención del paludismo

- Rociamiento Residual Intradomiciliario (RRI), con la realización de dos rondas de RRI al año, que han permitido llegar a una cobertura 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) desde el año 2006 hasta la fecha, por el PNL.
- La lucha contra el paludismo ha sido reforzada a través de la implementación de tres importantes proyectos: el primero en la Isla de Bioko con el apoyo financiero de Marathon Oil (PCPIB), el proyecto de Iniciativa de lucha contra el paludismo en Guinea Ecuatorial (ICPGE) financiado por el Proyecto Fondo Mundial VIH/SIDA, Paludismo y Tuberculosis componente paludismo, para la Región Continental del país y el último con el apoyo de la Cooperación Española en la Isla de Annobón.

- La disponibilidad de telas mosquiteras impregnadas y accesorios para su instalación, a través de una distribución masiva entre 2007, 2008 y 2012 (Annobón).
- La implementación de las actividades de lucha contra el paludismo por la Cooperación Cubana en la Región Continental e Insular del país (LABIOFAM).

b. Diagnostico precoz y tratamiento adecuado

- La actualización del protocolo antipalúdico del país y la elaboración de la política del tratamiento de paludismo grave. Este cambio de política de tratamiento es debido a la resistencia de la cloroquina observada en más de 52% de pacientes y que se basa ahora sobre la nueva combinación Artesunate + Amodiaquin (AS+AQ).
- La creación de un archivo nacional de laminas de paludismo validados con el apoyo técnico de la OMS, para la formación de personal de laboratorio y el control de calidad.
- El abastecimiento de equipos e insumos de laboratorio para el diagnóstico del paludismo a nivel de todos los establecimientos sanitarios del ámbito nacional.
- La introducción del protocolo del Tratamiento Combinado con Artesónate (ACT) usando una presentación co-formulada de una sola pastilla y la formación de todos los proveedores de atención de salud en el nuevo protocolo en todos los hospitales y centros de salud.

c. IEC/CCC/Paludismo

- La participación de la comunidad fue implementada a través de visitas a viviendas por los Equipos de Estrategia Avanzada de RRI, asimismo, se llevaron a cabo sesiones informativas a líderes comunitarios locales y otros miembros de la comunidad.
- Programas de comunicación sobre el paludismo a través de medios masivos de comunicación, han sido desarrolladas tanto en la radio y televisión pública y privada, prensa escrita, videos, spot publicitarios, distribución de folletos, pancartas, a través de internet, etc.

d. Monitoreo y Evaluación

- Elaboración y difusión de Informe Estadístico periódico sobre el paludismo.
- Producción de rociado intradomiciliario y monitoreo del uso de insecticidas, así como el monitoreo de la garantía de calidad de rociadores.
- Realización de encuestas anuales de parasitemia en sitios centinelas.
- Realización de la primera Encuesta de Demografía y de Salud en 2011, que incluye el componente de Paludismo.
- Vigilancia de la resistencia a los insecticidas, mediante las pruebas realizadas siguiendo los procedimientos de la OMS (Bio-ensayos y análisis de sitios objetivos bioquímicos)

e. Aspectos institucionales y de abogacía

- EL Gobierno está materializando los compromisos en materia de lucha contra el paludismo, mediante la movilización de recursos financieros con un monto de 3.288.889 \$ (1.680.000.000 XAF) para reforzar y consolidar las acciones de lucha contra el paludismo.

- Los resultados observados en la lucha contra el Paludismo, sobre todo en la Isla de Bioko, en contribución a la reducción de la mortalidad materna e infantil, han sido reconocidos oficialmente por la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan, durante la 60ª Reunión del Comité Regional de la OMS para África en Malabo en el año 2010.
- La gestión del programa nacional ha sido reforzada con la formación en el exterior de ocho técnicos nacionales especializados en la lucha contra el paludismo, para mejorar la capacidad operativa en los diferentes niveles.



Fuente: PNL

DEFICIENCIAS RELACIONADAS CON EL COMPONENTE DE PALUDISMO

Se constatan varias deficiencias que han frenado el alcance de los logros relacionados con el ODM 6, en el componente paludismo, entre estas deficiencias destacan las siguientes:

- Deficiente asignación presupuestaria y dificultad para el desbloqueo de fondos necesarios para el relanzamiento de las intervenciones de lucha contra el paludismo en la Región Continental y Annobón.
- El limitado acceso geográfico a ciertas zonas de intervención de la Región Insular y Continental (Ureka, Eoko, Corisco, zonas costeras de Mbini y Kogo, etc.).
- Deficiente coordinación intersectorial en materia de lucha contra el paludismo en el país.
- Deficientes programas de IEC/CCC/Paludismo para mejorar el nivel de conocimiento de los servicios de prevención y tratamiento del paludismo.
- Insuficiente personal en el programa nacional, en cantidad y en calidad.
- Deficiente participación comunitaria en las actividades de lucha contra el paludismo.
- Baja tasa de utilización de las telas mosquiteras (MII y MILD) por parte de las mujeres embarazadas y niños menores de 5 años.
- Poca accesibilidad de las mujeres embarazadas al Tratamiento Preventivo Intermitente (TPI) con Sulfadoxina-pirimetamina para reducir la carga del paludismo durante el embarazo.

CONCLUSIONES RELACIONADAS AL COMPONENTE DE PALUDISMO

En Guinea Ecuatorial las intervenciones de lucha contra el paludismo no se materializan de igual forma en las dos regiones (Continental e Insular).

En el marco de la lucha contra el paludismo se observan éxitos cosechados en la Isla de Bioko gracias al esfuerzo del Gobierno con el apoyo del "Proyecto de Control del Paludismo en la Isla de Bioko" (PCPIB). En la Isla de Bioko la incidencia por paludismo se ha reducido significativamente pasado de IPA=660/1.000 habitantes en 2004 a IPA=218/1.000 habitantes en 2005.

En la Región Continental, las intervenciones se han debilitado, y aun y cuando ha habido una leve reducción, aún persiste la prevalencia del paludismo en 59% de los niños de 2 a 14 años.

En términos de la mortalidad atribuible al paludismo, el país solo dispone de datos para la Isla de Bioko y no para la Región Continental. En la Isla de Bioko, la mortalidad atribuida al paludismo en niños menores de 5 años se ha reducido al pasar de una tasa de 29 por cada 100.000 habitantes en 2008 a 15 en 2012.

En lo que se refiere al uso de telas mosquiteras, un tercio de los hogares (33%) durmió bajo tela mosquitera la noche anterior a la encuesta de EDSGE-I. La utilización de las telas mosquiteras impregnadas en niños menores de 5 años se sitúa en 35%, de los cuales 23% es bajo telas mosquiteras impregnada de corta duración (MII) y 22 % bajo MILD (EDSGE-I).

La tasa de utilización de las telas mosquiteras impregnadas ha disminuido desde el año 2009 hasta el 2011 en todo el ámbito nacional. Esto podría estar relacionado con la discontinuidad de las campañas de distribución masiva de las telas mosquiteras desde el 2007.

La proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con medicamentos adecuados contra el paludismo es de 15%, cifra que aun es bastante baja.

En la lucha contra el paludismo el país ha implementado políticas, programas y proyectos como ser: la Política Nacional de Lucha contra el Paludismo; el Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el Paludismo (2009-2013); el Programa Nacional de Lucha contra el Paludismo (PNLP); el Proyecto de control del paludismo en la Isla de Bioko (PCPIB); la iniciativa de lucha contra el paludismo en Guinea Ecuatorial (ICPGE) financiado por el Fondo Mundial VIH/SIDA, Paludismo y Tuberculosis; el Proyecto apoyado por el Instituto de de Salud Carlos III de la Cooperación Española (ISCI); el Proyecto PROSALUD que implementa sus actividades en la provincia de Centro Sur; y el Proyecto LABIOFAM.

Asimismo ha desarrollado una serie de medidas en las aéreas de: a) prevención del paludismo, b) diagnostico precoz y tratamiento adecuado, c) IEC/CCC/Paludismo, d) monitoreo y evaluación y aspectos institucionales y de abogacía.

El país aun enfrenta algunas deficiencias en la lucha contra el paludismo relacionadas con la deficiente asignación presupuestaria y dificultad para el desbloqueo de fondos necesarios para el relanzamiento de las intervenciones de lucha contra el paludismo en la Región Continental y Annobón; el acceso a ciertas zonas del país; la deficiente coordinación intersectorial, el falta de conocimiento de los servicios de prevención y tratamiento del paludismo; la insuficiencia de personal, el poco acceso y disponibilidad telas mosquiteras (MII y MILD) y del Tratamiento Preventivo Intermitente (TPI) con Sulfadoxina-pirimetamina.

RECOMENDACIONES PARA AVANZAR EN EL LOGRO DE LA META E INDICADORES RELACIONADAS AL COMPONENTE DE PALUDISMO

- Asignación presupuestaria y desbloqueo de fondos necesarios para el relanzamiento de las intervenciones de lucha contra el paludismo en la Región Continental y Annobón.
- Adquisición de medios de transporte adecuados (bicicletas, motocicletas, fuerabordas, cayucos, etc.), para facilitar el acceso a las zonas costeras de Mbini, Cogo y Corisco.
- Desarrollar mecanismos de coordinación intersectorial que permitan mejorar la coordinación en la lucha contra el paludismo en el país.
- Desarrollar programas de comunicación IEC/CCC/Paludismo para promover la participación comunitaria y el cambio de comportamiento de la población hacia el paludismo.
- Formación del personal del Programa en cantidad y calidad, en base a las intervenciones programadas.
- Reforzar las intervenciones que garanticen la participación comunitaria para la lucha contra el paludismo.
- Mantener y ampliar las intervenciones para garantizar que el total de la población duerma en habitaciones protegidas por medio del rociamiento intradomiciliario.
- Mantenimiento de la tasa de accesibilidad de las mujeres embarazadas al tratamiento preventivo intermitente con Artesunate + Amodiaquinq en un 80%, como parte integral de un paquete de intervenciones para reducir la carga o peso del paludismo durante el embarazo.

Componente Tuberculosis y otras enfermedades

ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DEL COMPONENTE TUBERCULOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES

Cuadro No. 14: Metas e indicadores para el componente tuberculosis

| Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) N°6 | |
|--|---|
| Componente: Tuberculosis | |
| Objetivos y Metas extraídos de la Declaración del Milenio | Indicadores para el seguimiento de los progresos |
| META 6D: Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la incidencia de paludismo, tuberculosis y otras enfermedades graves. | 6.10 Tasa de incidencia, prevalencia mortalidad asociada a la tuberculosis. 6.11 Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento bajo observación directa. |

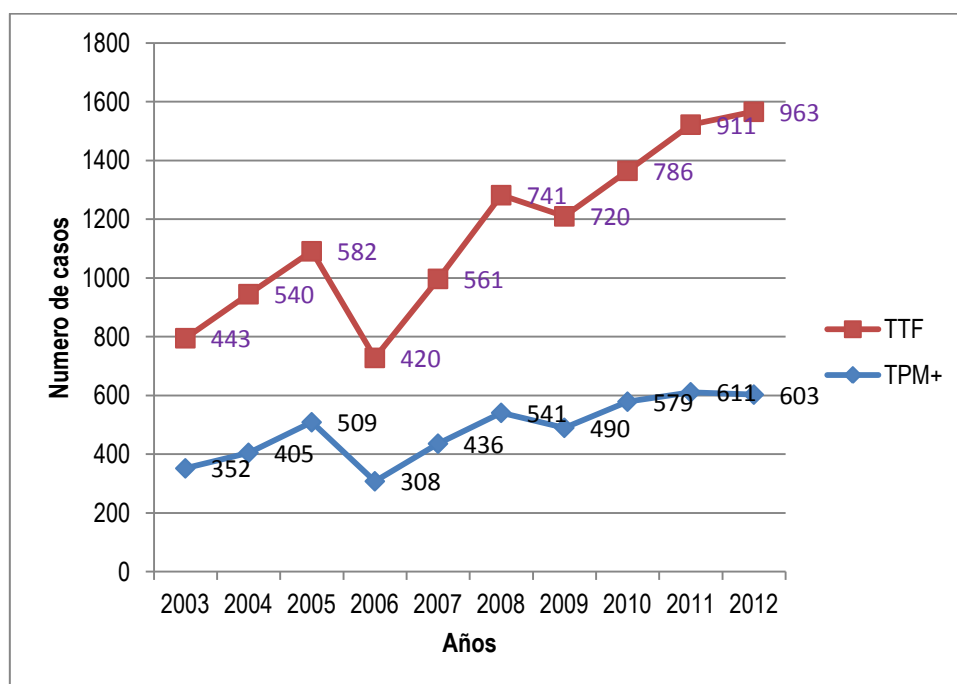
Fuente: Elaboración propia en base a: Lista oficial de los indicadores de los ODM, 15 de enero de 2008, Naciones Unidas.

1.1 Indicador 6.10: Tasas de incidencia, prevalencia, mortalidad asociada a la tuberculosis

a. Incidencia

Tal y como muestra el Grafico No. 7, en Guinea Ecuatorial la incidencia de la tuberculosis se ha duplicado, pasando de 308 casos de BK+ en 2006 a 603 casos en 2012. Lo anterior se refiere a tuberculosis todas formas (TTF), como a tuberculosis pulmonar mycobacterium positiva (TPM+).

**Grafico No. 7 Evolución de casos de tuberculosis detectados por año.
(2003 a 2012)**

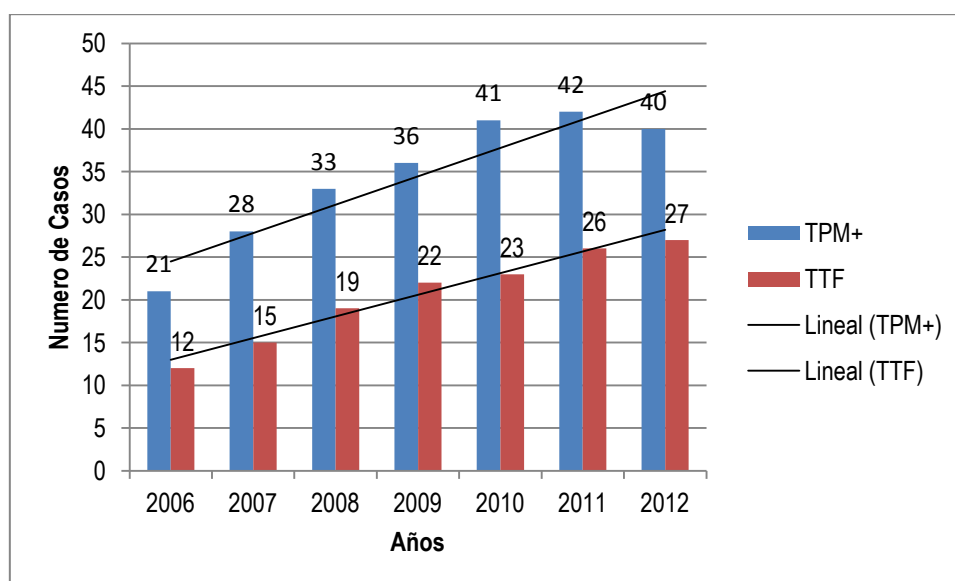


Fuente: PNL.T.

Lo anterior reflejaría una tendencia creciente vinculada que podría estar vinculada con el incremento de la prevalencia del VIH/SIDA que también ha duplicado su tendencia en el país. Esta hipótesis tendría que ser confirmada.

El Grafico No. 8 muestra la tendencia creciente en la detección de nuevos casos de tuberculosis, pasado de 12 y 21 en 2006 a 27 y 40 respectivamente en 2012.

Grafico No. 8 Evolución de la tasa de detección de nuevos casos de tuberculosis



Fuente: PNLT

A pesar del incremento de casos de tuberculosis, Guinea Ecuatorial no ha alcanzado la meta establecida por la OMS (diagnosticar al menos el 70% de los casos de TPM+), lo que significa que se debe realizar acciones para mejorar la capacidad de detección de los casos de tuberculosis.

b. Prevalencia del Tuberculosis.

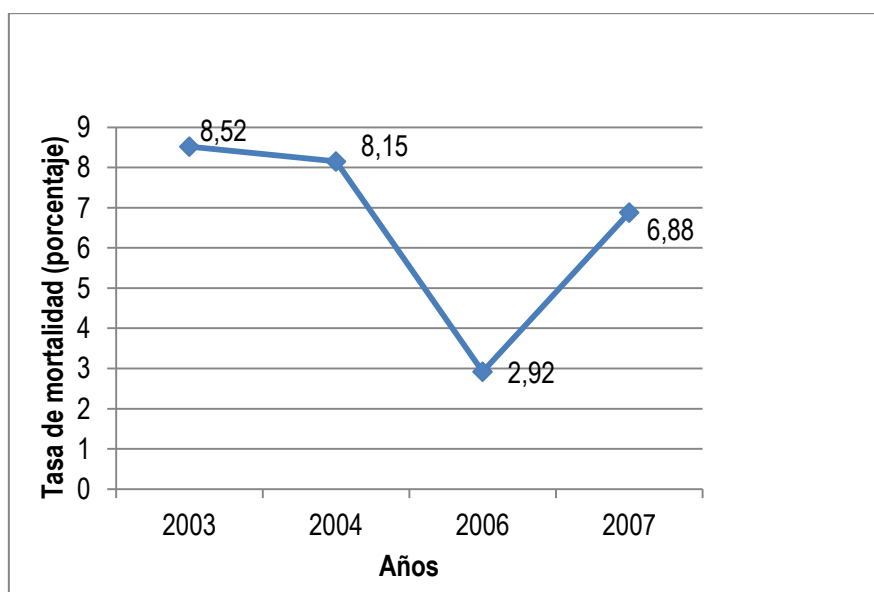
El país no dispone de datos para este indicador.

c. Tasa de mortalidad por tuberculosis.

Como muestra el Grafico No. 9, la tasa de mortalidad por tuberculosis desde el año 2003 ha venido bajando paulatinamente hasta el cierre del 2006 hasta el 2,92%. Esto se relaciona con la mejora del manejo de pacientes con tuberculosis, la disponibilidad de medicamentos e inicio del tratamiento de la co-infección TB/VIH.

Sin embargo, es importante destacar que la tasa de mortalidad por tuberculosis volvió a subir en 2007 a 6.9%.

Gráfico No. 9: Tasa de Mortalidad por Tuberculosis (2003-2007)

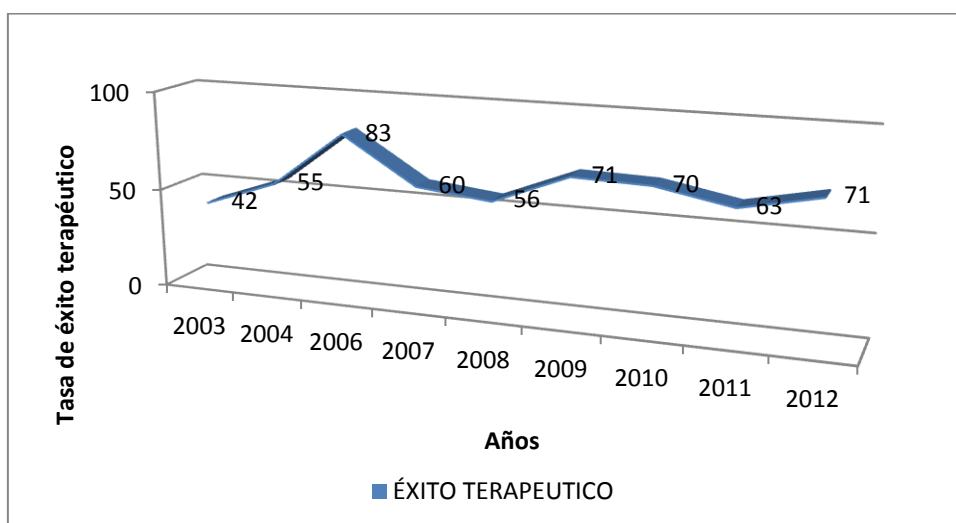


Fuente: PNL T

1.2 Indicador 6.11: Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento bajo observación directa (DOTS)

De acuerdo a la OMS, la meta debe ser tratar al menos el 85% de los casos de TPM+. El análisis de los resultados de tratamiento de los casos de tuberculosis realizado por PNL T en Guinea Ecuatorial muestra una tasa de éxito terapéutico del 71% en 2012, lo cual representa una mejora desde 2003, como se muestra en el Gráfico No.10.

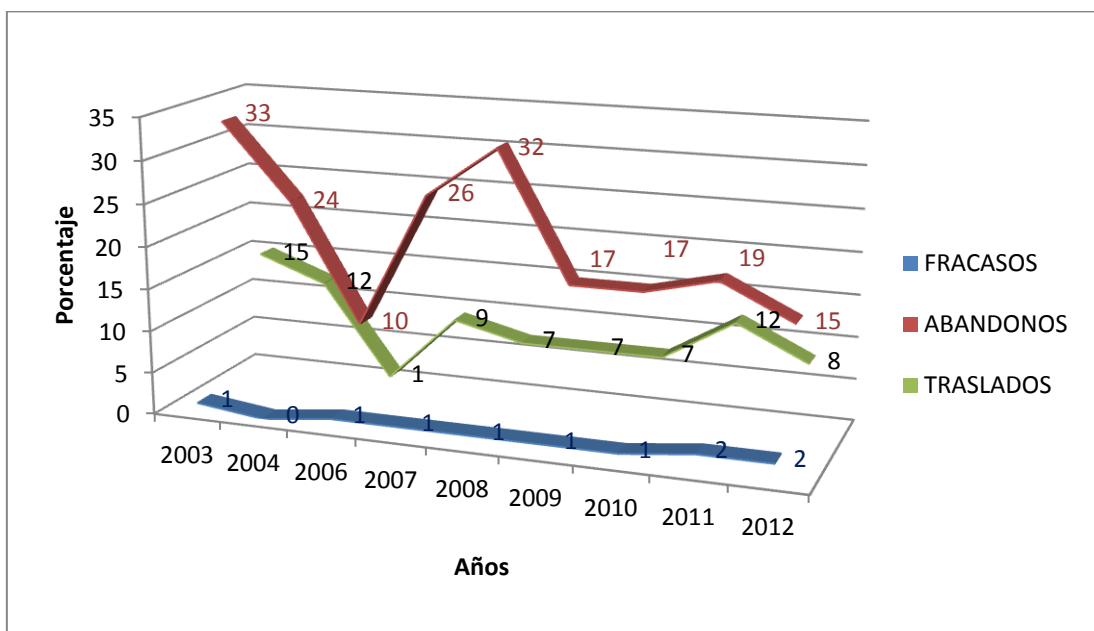
Grafica No. 10. Éxito terapéutico



Fuente: PNLT

No obstante, el país también cuenta con una elevada tasa de abandonos del tratamiento. El Grafico No. 11 muestra que esa tasa es de alrededor del 15% (mas allá del 5% recomendada por la OMS). Todo esto está relacionado con el manejo de pacientes con TB, sobre todo la disponibilidad de medicamentos y con el inicio de la implementación de la estrategia DOTS en el país.

Grafico No. 11. Obstáculos que inciden en el fracaso terapéutico¹⁰



Fuente: Documento del PNLT.

Los abandonos y traslados son los elementos que dificultan que Guinea Ecuatorial alcance la meta recomendada por la OMS, de tratar al menos el 85% de los casos de TPM+. En 2006 la tasa de traslados y abandonos disminuyeron, fenómeno relacionado con la campaña nacional de sensibilización sobre la tuberculosis que realizó el PNLT.

¹⁰ Nota sobre Grafico No. 11: :

Fracaso: se refiere a un paciente que presenta una baciloscopia de esputo positiva en el quinto mes, a pesar de un tratamiento correcto.

Abandono: se refiere a un paciente que interrumpe el tratamiento antituberculosis por más de dos meses de inicio el tratamiento.

Traslado: Se refiere a un paciente que por motivos personales o familiares haya pasado el tiempo, no más de un mes, en un centro de diagnostico y tratamiento distinto al que fuera diagnosticado.

Transferido: Un paciente es considerado como "transferido entrante" cuando ha sido registrado en tratamiento en otro registro de tuberculosis y ha sido transferido por motivos de cambio de domicilio o residencia, a otro centro de diagnostico y tratamiento para continuar el tratamiento.

POLITICAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS VINCULADOS CON EL COMPONENTE TUBERCULOSIS

- En el marco de la Meta 6D, sobre “haber detenido y comenzado a reducir para el 2015 la incidencia de tuberculosis y otras enfermedades graves”, el Gobierno de Guinea Ecuatorial ha tomado las siguientes acciones:
- Se ha elaborado un Plan Estratégico Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, para el periodo 2013-2017.
- Existe el Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis (PNLT).
- Se cuenta con la Estrategia DOTS en sus cinco componentes.
- Se ha desarrollado el Protocolo de tratamiento para la tuberculosis.
- Se cuenta con el Protocolo de diagnóstico para la tuberculosis.
- Se ha formado un equipo técnico a nivel Central y Regional en el manejo de casos de tuberculosis, con el apoyo del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) de la Cooperación Española y de la Unión Internacional de lucha contra la Tuberculosis.
- Se ha reforzado las infraestructuras hospitalarias y su equipamiento (salas de hospitalización y laboratorios equipados con microscopio para la baciloscopia), etc.
- Se ha iniciado a nivel de la comunidad la estrategia de tratamiento bajo observación directa (DOTS Comunitaria/Familiar) en 2010.
- Se han creado mecanismos de buena colaboración de los programas TB/VIH sobre el terreno (formación del personal, test de VIH en los enfermos tuberculosos, reuniones de coordinación, etc.)
- Se ha reforzado el apoyo técnico de la OMS, de la Cooperación española a través del ISCIII. Asimismo, se ha contado con un apoyo puntual de la Federación Española de Religiosas Sanitarias (FERS), mediante la puesta a disposición de expertos, para la implementación de las actividades.
- Se ha establecido la gratuidad en los servicios de atención sanitaria gracias a la subvención del Gobierno. Estos servicios incluyen consultas, diagnóstico, tratamiento, hospitalización incluyendo la alimentación.

DEFICIENCIAS EN EL LOGRO DE LA META RELACIONADA CON EL COMPONENTE DE TUBERCULOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES

Se constatan varios obstáculos que han frenado el alcance de los logros relacionados con el ODM 6, en el componente tuberculosis, entre ellos destacan los siguientes:

- El abandono del tratamiento de la tuberculosis (15%), sumado al aumento de la incidencia del VIH/SIDA con una tasa de prevalencia del VIH de 6,2%. podría repercutir en el aumento de los casos de tuberculosis en el país. De hecho el Informe GARPR del 2010 hace referencia a un aumento de la co-infección TB-VIH al 48% .
- El Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis (PNLT) cuenta con un escaso personal para realizar las actividades. Asimismo no cuenta con recursos financieros y logísticos para alcanzar los objetivos planteados.
- La antigua estrategia de lucha contra la tuberculosis ya es obsoleta en relación a la situación epidemiológica de la tuberculosis, la cual ha cambiado totalmente en el país.
- En los últimos años, las actividades llevadas a cabo en la lucha contra la tuberculosis, son acciones puntuales y parciales, como la compra de medicamentos y reactivos. Faltan otras intervenciones tales como la sensibilización, el rescate de los abandonos, la estrategia DOTS comunitario, entre otros.
- La infra notificación de casos, debido a escasas actividades de información, educación y comunicación sobre el tema de tuberculosis en la población.
- El movimiento migratorio, tanto interno como externo, que se registra en los últimos años en el país, aunado otros indicadores socioeconómicos, crean el fenómeno de hacinamiento en muchos hogares, situación que favorece el contagio de la tuberculosis, y por ende el aumento de los casos de la enfermedad.
- Deficientes actividades de supervisión ligado a los escasos recursos que dispone el PNLT.
- Los laboratorios disponibles pueden ofrecer a la población solamente la prueba de baciloscopia, que solo diagnostica el 65% de los casos de tuberculosis con expectoración.
- La accesibilidad a los servicios de tuberculosis queda limitada por: roturas de stock de medicamentos, medios de diagnósticos limitados en la mayor parte de hospitales que no disponen de aparatos de RX, de laboratorio de cultivo de Mycobacterium tuberculosis y de la prueba de sensibilidad a los fármacos de tuberculosis.
- La insuficiencia de infraestructuras específicas para el manejo de los pacientes con tuberculosis.

CONCLUSIONES

En Guinea Ecuatorial la incidencia de la tuberculosis se ha duplicado, pasando de 308 casos de BK+ en 2006 a 603 casos en 2012. De continuar esta tendencia, la meta 6D, haber detenido y comenzado a reducir para el 2015 la incidencia de tuberculosis y otras enfermedades graves no podrá ser alcanzada.

En lo que se refiere a la prevalencia de la tuberculosis, el país no dispone de datos sobre este indicador.

En términos de la tasa de mortalidad por tuberculosis, se observa que desde el año 2003, la misma ha venido bajando paulatinamente hasta el cierre del 2006 hasta el 2.92%. Esto se relaciona con la mejora del manejo de pacientes con tuberculosis, la disponibilidad de medicamentos y inicio del tratamiento de la co-infección TB/VIH.

Sin embargo, es importante destacar que la tasa de mortalidad por tuberculosis volvió a subir en 2007 a 6.9%.

El Gobierno ha realizado esfuerzos en la lucha contra la tuberculosis. Entre estos destacan la gratuidad de los servicios de atención sanitaria al enfermo con tuberculosis, la compra de medicamentos para el tratamiento y de reactivos para el diagnóstico.

Entre las posibles causas de aumento de la tuberculosis estarían, entre otras, las siguientes: a) la ausencia de un plan de formación continuo del personal del programa de lucha contra la tuberculosis; la deficiente aplicación de la Estrategia DOT comunitario; la insuficiencia de infraestructuras adaptadas a las necesidades actuales; los escasos recursos financieros y humanos disponibles y la baja participación comunitaria.

RECOMENDACIONES PARA AVANZAR EN EL LOGRO DEL COMPONENTE DE TUBERCULOSIS

Entre las acciones que deberían tomar en el país para mejorar en el componente de tuberculosis, están las siguientes:

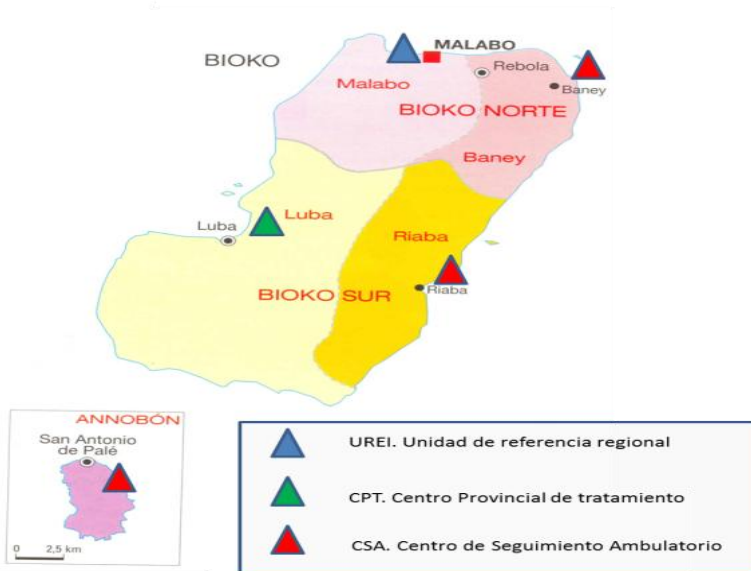
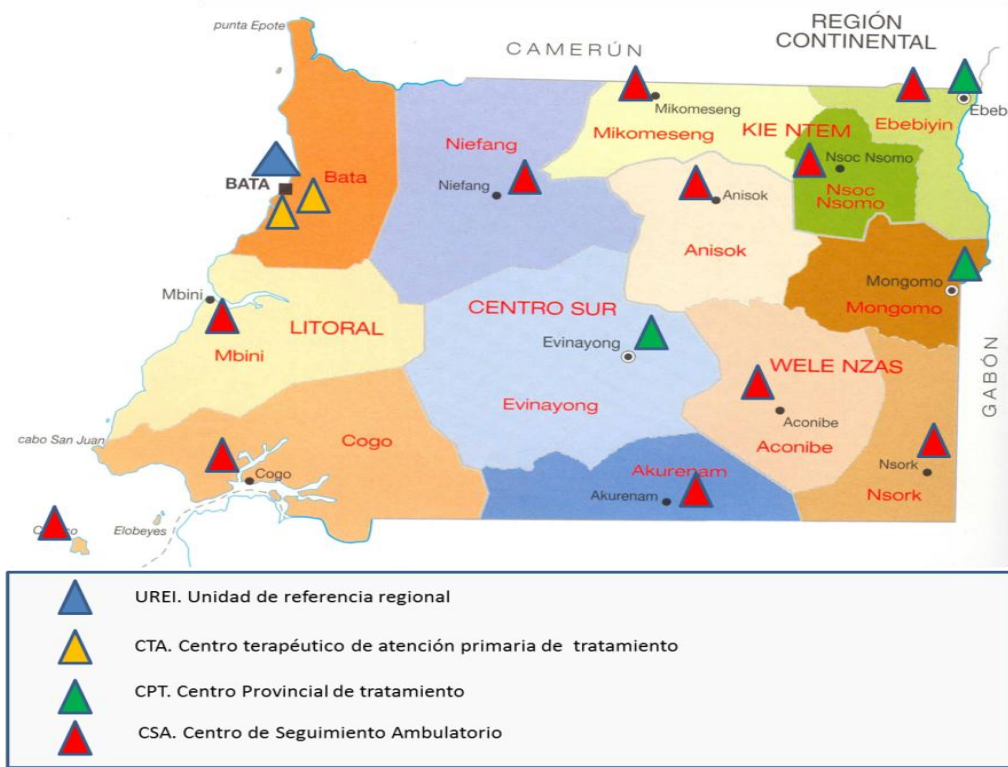
- Aplicar la estrategia DOTS en sus cinco componentes:
 - Elevar el compromiso político en la lucha contra la tuberculosis.
 - Elevar la calidad de diagnóstico de baciloscopia y otros medios de diagnóstico.
 - Garantizar la gestión logística de medicamentos antituberculosos.
 - Garantizar el seguimiento de enfermos con tuberculosis, a través del tratamiento de corta duración.
 - Revisar y actualizar los instrumentos de gestión, para garantizar el monitoreo y la evaluación de las actividades.
- Reforzar las capacidades técnicas y operativas (recursos humanos y materiales), para la ejecución de las actividades de lucha y seguimiento de la tuberculosis a nivel nacional.
- Implementar el Plan Estratégico de Lucha contra la Tuberculosis de acorde a la situación epidemiológica actual.
- Movilizar los recursos necesarios a través del Programa Nacional de Inversiones Públicas del Gobierno solicitando el desbloqueo de los fondos a tiempo para financiar el Plan Estratégico de lucha contra la tuberculosis aprobado para el periodo 2013 a 2017.
- Reforzar las actividades de IEC/CCC sobre el tema de tuberculosis en la población.
- Creación y puesta en marcha de Comités de Coordinación en diferentes niveles de atención sanitaria, para la integración de los servicios de salud, de TB y VIH/SIDA en el paquete de actividades por nivel.
- Continuar con la implementación de las actividades de desarrollo rural para disminuir los movimientos migratorios que se dan desde las zonas rurales hacia las ciudades grandes debido a la falta de empleo en el área rural. Asimismo, es importante, mantener la ejecución de la Política de Viviendas para todos propugnado por el Gobierno.
- Realizar supervisiones periódicas de las actividades del programa.
- Disponer a nivel nacional de insumos en los laboratorios de referencia para el cultivo de Mycobacterium y, la prueba de sensibilidad a los fármacos de tuberculosis.
- Dotar a los servicios de tuberculosis de los hospitales distritales, del ámbito nacional de stock de medicamentos, medios de diagnóstico, aparatos de Rx y otros insumos necesarios para el buen manejo de los casos de tuberculosis.
- Dotar y equipar infraestructuras específicas para integral de los casos de la tuberculosis en los servicios de salud.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

- Gobierno de Guinea Ecuatorial, Informe de la Evaluación Especial sobre las 10 metas contra el VIH/SIDA definidas en la Reunión de Alto Nivel del 2011, 2013.
- Gobierno de Guinea Ecuatorial, Informe Nacional sobre los logros realizados en la lucha contra el VIH/SIDA, Periodo 2010-2011.
- 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.
- 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.
- 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.
- OMS, Informes nacionales de UNGASS, Guinea Ecuatorial, Periodo 2008- 2009.
- OMS, Informe nacional GARPR 2011, Guinea Ecuatorial.
- Plan Nacional de Lucha contra la Tuberculosis (PNLT), Informe de la gira de supervisión de las actividades de la Estrategia DOTS, Julio 2013.
- Plan Estratégico de lucha contra la tuberculosis. Guinea Ecuatorial 2010 – 2014.
- Plan Nacional de Lucha contra el Paludismo (PNLP) y Proyecto de Control de Paludismo en la Isla de Bioko (PCPIB), Informe, 2012-2013.
- 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: Distribución geográfica de los centros sanitarios que manejan el VIH en Guinea Ecuatorial.



Fuente: PNLS

Anexo II: Tabla comparativa de indicadores de paludismo, Guinea Ecuatorial 2009-2012.

| AÑO | PPA (%) (encuesta en niños de 2-14 Años) | | IPA/1000hbt | | Cobertura de MILD (%) | | Cobertura de PID (%) | | 2 o + tomas de TPI /ultimo embarazo (%) | | TIE | | N=Anemia en – de 5años | | Mortalidad atribuible a paludismo | |
|------|---|-------|-------------|-------|-----------------------|-------|----------------------|-------|---|-------|-------|-------|------------------------|-------|-----------------------------------|-------|
| | Bioko | Cont. | Bioko | Cont. | Bioko | Cont. | Bioko | Cont. | Bioko | Cont. | Bioko | Cont. | Bioko | Cont. | Bioko | Cont. |
| 2009 | 20% | 65% | 304 | ND | 47% | 48% | 85% | 92% | 30% | 21% | 438 | ND | ND | ND | 29 | ND |
| 2010 | 26% | 75% | 151 | ND | 32% | 39% | 84% | 100% | 34% | 30% | 180 | ND | 2.7 | ND | 18 | ND |
| 2011 | 20% | 59% | 184 | ND | 18% | 37% | 83% | 67% | 28% | 27% | 75 | ND | 2.6 | ND | 24 | ND |
| 2012 | 13.7% | ND | 218 | ND | | ND | | ND | | ND | 14 | ND | | ND | 15 | ND |

Cont.= continente ND= no disponible

Fuente: PCPIB, 2013.

Anexo III: Lista de indicadores actualizados sobre paludismo

| Indicador | Valor del Indicador | Año | Ámbito | Fuente del Indicador |
|---|----------------------------|------------|---------------|--|
| Tasa de Incidencia del paludismo en niños de 6 a 59 meses | 156 por 1,000 | 2012 | Isla de Bioko | SNIS PNLCP |
| Tasa de Mortalidad por Paludismo | 35 por 100,000 | 2012 | Isla de Bioko | SNIS PNLCP |
| Proporción de niños menores de 5 años que duermen bajo una tela mosquitera impregnada con insecticida de larga duración | 14% | 2012 | Isla de Bioko | Encuesta Anual de Indicadores de Paludismo |
| Proporción de niños de 5 años con fiebre que recibieron tratamiento antipalúdico adecuado contra el paludismo | 15% | 2012 | | EDSGE |
| Proporción de hogares con al menos una tela mosquitera impregnada con insecticida | 25.3% | 2012 | Isla de Bioko | Encuesta Anual de Indicadores de Paludismo |
| Numero de gentes de IEC/CCC capacitados en prevención de paludismo | 13,948 | 2012 | Isla de Bioko | Sistema de Monitoreo del BIMCP II |
| Proporción de mujeres embarazadas que han dormido bajo una tela mosquitera la noche anterior a la encuesta | 23.30% | 2011 | Isla de Bioko | Encuesta Anual de Indicadores de Paludismo |
| Proporción de establecimientos sanitarios que ofrecen tratamiento antipalúdico adecuado | 100% | 2012 | Isla de Bioko | Sistema de Monitoreo del BIMCP II |

Fuente: PNLCP – PCPIB