



REPUBLICA DE GUINEA ECUATORIAL

PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN GUINEA ECUATORIAL

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

PERIODO ENERO 2010- DICIEMBRE 2011

Fecha de presentación: 12 de Abril de 2012



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

ACNUR ONUDD
UNICEF OIT
FMA UNESCO
PNUD OMS
UNFPA BANCO MUNDIAL

Tabla de contenido

GLOSARIO.....	4
I SITUACIÓN ACTUAL.....	6
a. Participación de los interesados en el proceso de redacción del Informe	6
b. Situación actual de la epidemia	7
c. Respuesta política y programática.....	8
• Respuesta política	9
• Respuesta programática	10
• Prevención.....	12
• Tratamiento /cuidado y apoyo.....	13
• Sistema de vigilancia, monitoreo y evaluación.....	13
• Actividades de la Sociedad civil /Asociaciones de PVVIH/Sector Privado/Cooperación.	14
d. Datos de los indicadores sobre el VIH/sida en la República de Guinea Ecuatorial (Tabla general)	16
II PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA.	26
a. Prevalencia en la población general.....	26
b. Prevalencia en Mujeres embarazadas	26
c. Prevalencia en Poblaciones más expuestas	27
d. Coinfección TB/VIH.....	27
e. Diagnóstico de nuevos casos.....	28
f. Conocimientos, actitudes y prácticas.....	28
g. Conclusión	29
III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DEL SIDA	30
3.1 Ejecución del Programa Nacional.....	30
- Prevención.....	30
- Otros indicadores de prevención	35
- Tratamiento Antirretroviral.....	36

- INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE LOS COMPROMISOS Y POLÍTICAS NACIONALES	43
IV. PRÁCTICAS ÓPTIMAS.....	46
V. GUINEA ECUATORIAL: PROBLEMAS ENCONTRADOS EN EL PNLS 2010-2011 Y MEDIDAS CORRECTORAS	48
VI. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS.....	57
VII. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACION.....	58
- MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	58
a) Visión general del sistema actual de vigilancia y evaluación	58
b) Obstáculos encontrados a la hora de implementar un sistema integral de M+E.....	58
c) Acciones correctoras	58
d) Desarrollo de capacidades y asistencia técnica.	59
ANEXO 1.	61
ANEXO 2. Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional.....	63
Progreso en el Desarrollo de Políticas/Estrategias e Implementación	63
TABLA ICPN - FUNCIONARIOS DE GOBIERNO.....	66
ANEXO 3. Equipo de Redacción del informe GARP 2012	68
ANEXO 4. Lista de Participantes al Proceso de Elaboración del Informe	69
ANEXO 5: Lista de Participantes al Proceso de Validación del Informe	70

GLOSARIO

AMUSIDA	Asociación de Mujeres de lucha contra el sida
ARV	Antirretrovirales
BAD	Banco Africano de Desarrollo
CAP	Comportamientos- Actitudes y Prácticas
CCC	Comunicación por el Cambio en los Comportamientos
CCS	Comunicación por el cambio social
CDT	Centro de Diagnóstico y Tratamiento
CPN	Consulta de Atención Pre-natal
CPT	Centro Provincial de Tratamiento
CRCE	Centro de Referencia de Control de Endemias
CTA	Centro de Tratamiento Ambulatorio
ESEVIGUE	Estudio sobre las barreras y facilitadores socioculturales y económicos de la accesibilidad y utilización del servicio de diagnóstico del VIH
FM	Fondo Mundial
FDS	Fondo para el Desarrollo Social
FNUAP	Fondo de Naciones Unidas para las Poblaciones
FONGsida	Federación de ONG de lucha contra el sida
GARPR	Global Aids Response Progress Reporting (Informe mundial de avances en la lucha contra el sida)
HNV	Huérfanos, Niños Vulnerables
HSH	Hombres que tienen sexo con Hombres
IAP	Indicadores de Alerta Precoz
ICPN	Instrumento de observación de los compromisos y de las políticas nacionales
INSESO	Instituto Nacional de Seguridad Social
IEC	Información, Educación, Comunicación
IO	Infecciones Oportunistas
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III
IST	Infecciones Sexualmente Transmisibles
ME	Marco Estratégico
M&E	Monitoreo y Evaluación
MINISABS	Ministerio de Sanidad y Bienestar Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PNLS	Programa Nacional de Lucha contra el Sida
PNLT	Programa Nacional de lucha contra la Tuberculosis
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
TS	Trabajadoras sexuales /Trabajadores del Sexo
PTMH	Prevención de la Transmisión Vertical de la madre al Hijo.
PVVIH	Persona que viven con el VIH

RGE	República de Guinea Ecuatorial
SC	Sociedad Civil
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
SIS	Sistema de Información Sanitaria
SNU	Sistema de Naciones Unidas
TARV	Tratamiento Antirretroviral
UDI	Usuario de droga inyectable
UNDAF	Marco de Asistencia al Desarrollo de Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UREI	Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

I SITUACIÓN ACTUAL

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

En 2001 se realizó la histórica Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNGASS) para evaluar los avances logrados y se adoptó una Declaración Política que incluyó nuevos compromisos y nuevos objetivos. En 2006, tuvo lugar una nueva Declaración Política sobre el VIH/sida, la cual, junto con la Declaración de Compromiso de 2001, constituyen la base de la *Declaración Política de 2001*. Esta Declaración se hace eco del consenso mundial para alcanzar el Objetivo del Milenio número 6: Detener y empezar a invertir el curso de la epidemia del VIH/sida para 2015.

Los objetivos clave de la Declaración Política de 2011 son:

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

El informe sobre los avances de los países en materia de VIH/sida se realiza cada dos años. En el caso de la República de Guinea Ecuatorial (RGE) el primer informe UNGASS fue elaborado en 2010. Este segundo informe 2012 (GARPR por sus siglas en inglés) se inscribe nuevamente en el marco del compromiso que involucra al Gobierno y a todos los sectores del país en la lucha contra la epidemia.

La elaboración del informe GARPR 2012, como fiel medidor de las acciones emprendidas en aras de luchar contra la epidemia, requirió de una fase preparatoria, compuesta por 7 pasos a seguir llamada “**Fase Preparatoria GARPR 2012**”, que se inició en Marzo 2012. Durante toda esa fase, el equipo técnico nacional designado para la recogida de datos trabajó intensamente en el terreno. Posteriormente se eligieron 7 personas representantes de los diferentes sectores para constituir el equipo de redacción liderado por el Director General Multisectorial de lucha contra el sida. Este equipo estuvo constituido por los directores de los Programas Nacionales de lucha contra el sida (PNLS) y de la tuberculosis (PNLT) y representantes de la Federación de ONG, de la cooperación bilateral y multilateral y del Sistema de las Naciones Unidas. El equipo estuvo encargado de analizar los datos y de elaborar el borrador del informe, con el apoyo de una experta internacional.

Toda la información recogida para medir el ICPN proviene de fuentes oficiales a nivel nacional¹, informes de las instituciones estatales, paraestatales y ONG (Anexo 1).

La validación del borrador del informe final se realizó el 11 de Abril del 2012 con la participación de los representantes de todos los sectores del país.

b. Situación actual de la epidemia

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

Los estudios de prevalencia en la población de 15-49 años han mostrado un incremento de las tasas de infección entre 1989 (1.1%) y 1997 (3.48%) la cual se mantiene elevada en 2004 (3.2%). El estudio de 2004 reveló que la prevalencia fue de 3,4% en mujeres y de 2,9% en los hombres y que la diferencia entre el medio rural y urbano no fueron significativas (3.1% y 3.3% respectivamente). En jóvenes entre 15-24 años, la tasa de seroreactividad fue de 1,08% (0.3% en jóvenes de 15-19 a y 2.3% en jóvenes entre 20-24 años). Las tasas más elevadas se encontró en hombres y mujeres entre 30-34 años (8% y 7.9% respectivamente) y los hombres entre 40-44 años (10%). No hay nuevos estudios de prevalencia que correspondan al período del informe.

La situación más preocupante corresponde a las tasas de VIH en mujeres embarazadas. Esta tasa se ha incrementado progresivamente pasando de 1.49% en 1997 a 7.3% en 2008. La encuesta de 2008 mostró que el 36% de las gestantes encuestadas eran adolescentes (10-19 años) con una tasa de infección a VIH de 4.43%. Los grupos más vulnerables se revelaron las mujeres entre 35 y 39 años (13%), las embarazadas que trabajan como comerciantes (19.7%) y las agricultoras (15.4%). La prevalencia de VIH era superior en la región Insular (9.2%) comparativamente a la región Continental (6%). Con estos datos, se podría conjeturar que la tasa de VIH en la población general también podría haber aumentado. De acuerdo a los datos de vigilancia centinela, la tasa de infección en mujeres embarazadas fue de 6% en 2009, 5.1% en 2010 y 6.3% en 2011 en la región Continental² (No se dispone de datos de la Región Insular).

Un estudio de seroprevalencia realizado en el personal uniformado mostró una tasa de seroprevalencia de 10.1% en 2008. Lamentablemente, no se han realizado estudios de prevalencia en otras poblaciones de alto riesgo como las trabajadoras sexuales, los HSH los usuarios de droga inyectable, ni las personas privadas de libertad.

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

En cuanto al número de casos, desde 1999 se ha observado un incremento de la seroreactividad de la primera prueba pasando de 205 casos diagnosticados en 1999 a

¹ Excepto la EDS, de la cual se utilizaron los datos preliminares

² Programa de Salud Reproductiva. Base de datos 2009, 2010 y 2011

4080 en 2008, para un total acumulado de cerca de 20.000 casos³. No se dispone de información precisa para los años 2009-2011. La estimación del número de casos confirmados acumulados en 2011 (Spectrum), es de aproximadamente 20000 casos en adultos y 2600 en niños.

En 2011 se esperaban en promedio 1893 nuevas infecciones en adultos y 434 en niños. Sin embargo, solamente en el primer semestre de 2011 se identificaron un total de 1696 casos con la prueba rápida con una seropositividad general de 14.7% siendo superior al promedio en las provincias de Bioko Norte (Malabo), Litoral y Wele Nzas⁴. (Tabla 1.1)

Tabla 1.1 Distribución de los test de VIH distribuidos por provincias en el primer semestre de 2011

	Total de pruebas	Positivos	%
Bioko Norte	2992	534	17.8
Bioko Sur	320	22	6.9
Litoral	3187	485	15.2
Centro Sur	1090	135	12.4
Wele Nzas	1887	293	15.5
Kie Ntem	1753	225	12.8
Annobon	306	2	0.7
TOTAL	11535	1696	14.7

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

En la RGE existe un subregistro importante de datos sobre las personas fallecidas por sida. Tampoco se dispone de información sobre el número de niños huérfanos vulnerables. Según las estimaciones con Spectrum, la población de niños huérfanos de padre y/o de madre a causa del sida sería de alrededor de 6018 en 2011.

En cuanto a los conocimientos y comportamientos relativos al VIH/sida un estudio de CAP realizado en la población estudiantil de 15-25 años y los datos preliminares de la EDS I realizados en 2011, muestran un bajo conocimiento en materia de prevención del VIH y un porcentaje reducido de jóvenes utiliza el preservativo (13.7%) en relaciones sexuales de alto riesgo.

c. Respuesta política y programática

Cuadro 1.1 Políticas/ Estrategias/ Planes/ Programas/ Proyectos de Lucha contra el VIH/SIDA	Año
Plan Estratégico 2009-2013 (espera validación)	2009
Plan de Urgencia 2009-2010 –Sector Salud	2009
Proyecto de Continuidad de Servicios- FM	2010

³ PNLs: Estimación puesto que no se dispone de datos completos del 2006

⁴ Informe Semestral de supervisión y monitoreo de las actividades del PNLs, 2011

- **Respuesta política**

En RGE, el VIH/sida sigue siendo un importante problema de salud pública que requiere compromiso político del más alto nivel. Las actividades del

Proyecto Fortalecimiento del Programa Nacional de lucha contra el VIH/sida 2011-2015 (FDS)	2010
Orden Ministerial que regula la acreditación de centros sanitarios nacionales para el manejo integral de pacientes con el VUH/sida (espera validación)	2011
Circular que prohíbe la obligatoriedad de realizar la prueba de VIH para acceder a cualquier tipo de documentación ya sea para nativos y extranjeros	2011

Gobierno han estado orientadas a crear un ambiente favorable a la lucha contra el sida a través de un marco legal que tiene en cuenta los aspectos institucionales, la prevención, el tratamiento y el respeto de las PVVIH, así como la aprobación de planes estratégicos y planes de urgencia. De 2009-2011 se ha elaborado el Marco Estratégico 2009-2013 (ME) y 3 proyectos, así como una Orden Ministerial con referencia al TARV y una circular que hace referencia a la reducción del estigma y la discriminación (Cuadro 1.1)

Los principios en los que se basa la respuesta mencionados en el último ME son:

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

Los Ejes estratégicos son:

1. Refuerzo Institucional de la Coordinación de la Respuesta y de la Movilización de recursos
2. Acceso Universal al reconocimiento del VIH y a la Prevención
3. Acceso universal al Seguimiento, Tratamiento y Apoyo de las PVVIH adulto/niño
4. Acceso Universal de Grupos vulnerables al Apoyo Integral con Enfoque de Género
5. Transversal: Refuerzo de la Multisectorialidad, Descentralización y Alianzas
6. Transversal: Refuerzo de las Capacidades Nacionales

Los objetivos estratégicos son:

1. Favorecer la puesta en marcha de un Marco institucional de gestión y de coordinación eficaz, en el principio de los Tres "Unos", para hacer frente a la epidemia del VIH/SIDA, que funciona en un ambiente favorable a la multisectorialidad y a la apropiación, cumpliendo con el 90% de las acciones programadas.
2. Promover que un mayor número de personas conozca su estado serológico y que el 80% de la población adopte comportamientos de riesgo mínimo para el VIH (sexo seguro, abstinencia, bioseguridad, etc.).
3. Reducir en 25% la prevalencia del VIH en jóvenes entre 10-24 años
4. Reducir el número de niños infectados por la vía vertical de madre a hijo en 50%.
5. Eliminar el riesgo de infección por VIH a través de las transfusiones sanguíneas
6. Mejorar la calidad de vida de las PVVIH y reducir en 50% la mortalidad asociada al VIH/sida en adultos y niños.
7. Reducir el impacto bio-psicosocial y económico del VIH/SIDA en PVVIH, mujeres y niños huérfanos vulnerables (NHV)

8. Ampliar la respuesta al VIH/SIDA a través del incremento en 50% de la participación de los sectores del Gobierno (Parlamento, Ministerios), la Sociedad Civil (Asociaciones de PVVIH, y otras) y del sector privado del nivel central al nivel periférico; a través de Alianzas Estratégicas Nacionales y asegurando una buena coordinación con otros programas nacionales conexos.
9. Reforzar las capacidades nacionales a fin de que el 90% de los procedimientos de Gestión, Vigilancia Epidemiológica, Monitoreo, Evaluación; Prevención; Tratamiento; Investigación; Protección y Apoyo Bio-Psicosocial y Económico sean aplicados en los ejes correspondientes y en los 3 niveles de intervención: central, intermedio y periférico.

La Multisectorialidad comprende

- a) Las 7 Células Sectoriales constituidas por uno o varios ministerios como sigue: 1) Sanidad y Bienestar Social. 2) Educación, Ciencia; Juventud y Deportes. 3) Defensa; Seguridad Nacional; Interior y Corporaciones Locales. 4) Planificación y Desarrollo Económico; Economía y Finanzas; Hacienda y Presupuesto; Asuntos Exteriores, Cooperación Internacional y Francofonía. 5) Trabajo y Seguridad Social; Función Pública, Justicia y Culto; Minas y Energía e Industria y Comercio. 6) Asuntos Sociales y Promoción de la Mujer; Agricultura y Ganadería, Infraestructuras y Bosques, Pesca y Medio Ambiente. 7) Información, Turismo y Cultura; Comunicación y transporte (actualizar nombre de ministerios)
- b) La Sociedad civil representada por las ONG vinculadas a la lucha contra el VIH, las asociaciones de las PVVIH; las organizaciones religiosas y las asociaciones de periodistas.
- c) Las agencias de Naciones Unidas y las agencias bilaterales y multilaterales de cooperación
- d) El sector privado
- e) La sinergia con los programas de salud pública que comparten con el programa de VIH estrategias de prevención y de tratamiento.

En el año 2011, a raíz de las dificultades encontradas con respecto a la PTMH a nivel nacional, muchos ha sido los esfuerzos desplegados por el Gobierno para paliar esta situación, entre ellos el Lanzamiento de la Campaña Nacional de Prevención de la Transmisión del VIH de la madre al hijo, liderada por la Primera Dama de la Nación.

Con el objetivo de disminuir el estigma y la discriminación social del VIH, se promulgó una circular en la que se prohíbe la obligatoriedad de la realización del test de VIH para acceder a cualquier tipo de documentación ya sea para nativos o para extranjeros.

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

- **Respuesta programática**

La epidemia del VIH en la RGE, requiere de esfuerzos contundentes y eficaces, motivo por el cual la planificación y programación juegan un rol importante. Se han establecido prioridades encaminadas a las actividades de prevención del VIH, incluyendo la prevención de la transmisión madre –hijo, el tratamiento de las personas infectadas, así como el conocimiento de la epidemia a nivel nacional.

En el período comprendido entre 1990 – 2002, las prioridades del PNLS se orientaron sobre todo hacia la prevención del VIH. A partir del 2003 se procedió a la puesta en marcha del TARV y a la ampliación de la respuesta a varios sectores del país con la finalidad de controlar el progreso de la epidemia. A partir de 1988 se iniciaron las giras periódicas de supervisión de las actividades; y desde el 2009, el país cuenta con un sistema nacional de M&E.

De junio 2005 a Septiembre 2011, el país contó con el apoyo del proyecto del Fondo Mundial (FM) Ronda 4. Luego del cierre de este proyecto, se activó a nivel del programa nacional una unidad de gestión, formada por tres componentes (aprovisionamiento, IEC y M&E), la cual daría respuesta a una problemática garantizando la compra de ARV y los posteriores estudios de consumo para evitar rupturas de stock.

Cuadro 1.2: Principales Acciones del PNLS y de las Células Sectoriales con el apoyo del SNU la Cooperación Bilateral , ONG y el sector privado 2009-2011	Año de inicio
Planificación /Coordinación Nacional	
Creación de la Unidad de gestión, formada por tres componentes: aprovisionamiento, IEC y M&E	2011
Prevención	
Actualización de la Estrategia de PTMH	2009
Actualización de protocolos de Diagnóstico del VIH	2009
Campañas / talleres de información, formación	2010 2011
Construcción y equipamiento de 1 banco de sangre	2011
Formación de pares educadores /sensibilización en escuelas y en medio comunitario	2010 2011
Formación del personal sanitario y ONG en PTMH	2010
Formación del personal sanitario sobre el protocolo de diagnóstico actualizado (3 pruebas en acto único)	2010
Campaña nacional PTMH	2011
Tratamiento ARV /Coinfección TB/VIH	
Creación de 4 CTA en la región continental del país para el tratamiento con ARV, manejo de IO y seguimiento de PVVIH.	2009 2011
Creación del Comité de Coordinación TB/VIH	2010
Actualización del protocolo ARV adultos y adolescentes	2010
Equipamiento de laboratorios de provincia con máquinas de CD4	2011
Formación del personal sanitario de las UREI en TARV pediátrico	2011
Apoyo a niños huérfanos vulnerables	
Apoyo puntual a niños huérfanos	2009
Refuerzo de la participación de la sociedad civil	
Redinamización de la Federación de ONG (FONGsida)	2009
Estudios /Vigilancia /Monitoreo /Evaluación	
Manual Nacional de Seguimiento y Evacuación del VIH	2009
Informe de Acceso Universal	2009
Informe UNGASS	2010
Protocolo nacional de vigilancia centinela (espera validación)	2010
Estudio ESEVIGUE	2011
Protocolo nacional de IAP (Encuesta IAP para la fármaco-resistencia)	2011
Encuesta de Demografía y Salud (pendiente informe)	2011

final)	
Encuesta CAP en jóvenes escolares	2011

De 2009-2011 las principales actividades han estado orientadas a la prevención, la descentralización y extensión del TARV, la vigilancia y monitoreo al mismo tiempo que se refuerza la coordinación (Cuadro 1.2)

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

- **Prevención**

Seguridad transfusional

A finales del 2009, el 100% de las unidades de sangre eran tamizadas para el VIH pero no se disponía de un plan de garantía de calidad externo. Para remediar esta situación, el Gobierno pondrá a disposición de los usuarios un Banco de sangre recién construido y equipado, cuya operatividad está prevista para el año 2012.

Consejería y Prueba

En 2010 se formó al personal sanitario sobre el protocolo de diagnóstico actualizado (3 pruebas en acto único). En el primer semestre de 2011, se registró un total de 11535 pruebas del VIH.

ITS

Del 2010 al 2011 se mantiene el mismo protocolo del diagnóstico sindrómico y tratamiento de las ITS. No se han registrado nuevas actividades.

IEC/CCC

En 2011, se han realizado varias campañas de sensibilización en las comunidades, dentro de las que podemos mencionar la Campaña Nacional de la Primera Dama sobre PTMH, dirigida a mujeres, estudiantes y militares (8365 participantes)⁵.

Por otro lado, el sector privado continúa mostrando mucha apertura a las actividades educativas sobre el VIH/sida impartidas por las ONG, ya que todas las actividades realizadas por las mismas han sido financiadas por ese sector. En este marco, l'ONG AMUSIDA realizó otra campaña dirigida a los empleados del sector privado (1025 jóvenes y adultos sensibilizados)⁶.

Las intervenciones con las trabajadoras sexuales no están todavía documentadas. Se conoce que se realizaron otras acciones de prevención por parte del sector de la SC pero no existe un sistema de colecta de información de las actividades.

Curriculum escolar

En 2007, el Ministerio de Educación elaboró un curriculum sobre la educación sexual. En 2010 se elaboró un proyecto para la puesta en marcha del curriculum pero hasta el momento no dispone de financiamiento. Es así como ninguna escuela está impartiendo educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida lo cual explicaría en parte los bajos conocimientos sobre el VIH, así como los comportamientos de alto riesgo en los jóvenes, revelados por las encuestas de CAP y EDS de 2011.

⁵ PNLS - Informe de La Campaña de la primera Dama - 2011

⁶ AMUSIDA - Informe de actividades 2011

PTMH

En 2011, el país cuenta con 61 estructuras que dispensan atención prenatal. Entre ellas, 30 realizan el test y 20 prestan el servicio completo para la PTMH. En el periodo 2000-2011, existe un aumento progresivo de mujeres embarazadas que realizan la prueba en primera CPN, pasando de 199 en el año 2000 a 4698 en el año 2008. En los años siguientes, el número de pruebas en mujeres embarazadas sigue aumentando. Solamente en la Región Continental, 4708 mujeres embarazadas realizaron la prueba en 2009, 5927 en 2010 y 6695 en 2011. No se dispone de información de la Región Insular.

A nivel de los 4 centros de tratamiento con ARV se realizan test de VIH a los hijos de madres infectadas y seguimiento hasta los 18 meses.

Hasta la fecha la estrategia de PTMH aprobada en el 2009, tiene una aplicación insuficiente, a pesar de la disponibilidad de medicamentos para su aplicación y de la presencia de un personal formado.

- **Tratamiento /cuidado y apoyo**

TARV

En 2011 se creó el primer Centro Provincial de Tratamiento (CPT) para alcanzar un total de 5 centros que prestan el servicio de TARV. En 2010 un total de 2432 PVVIH recibieron TARV y este número prácticamente dobló en 2011 con 4597 PVVIH beneficiarios, de los cuales, 91 son niños. En 2011, además, se encuentran registrados 2146 PVVIH adultos y 48 niños en seguimiento⁷.

TB/VIH

El tratamiento de la coinfección TB/VIH se realiza desde 2004. Las actividades de coordinación entre los 2 programas (PNLS y PNLT) se han fortalecido desde 2010. Al menos se realiza esporádicamente giras conjuntas de colecta de información y se ha integrado el tema TB/VIH en todos los planes de formación de los 2 programas.

Huérfanos niños vulnerables (HNV)

Las actividades en beneficio de los HNV son todavía incipientes. La ONG AMUSIDA ha brindado apoyo alimentario a niños huérfanos a domicilio y en una escuela.

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

En 2009 se aprobó el Manual Nacional de seguimiento y evaluación. Sin embargo, hasta el momento no ha sido posible su implementación debido a la falta de recursos humanos y financieros.

En 2010 se actualizó el protocolo nacional de vigilancia centinela en centros de control prenatal y está pendiente su validación.

En 2011, la ONG Camino realizó una encuesta CAP en los establecimientos educativos. Los resultados de estos estudios han permitido conocer mejor el comportamiento de la epidemia y fijar los datos de base para planificar las intervenciones. El PNLS realiza giras de observación y de supervisión que incluye la colecta de datos de primeras

⁷ PNLS Informe de la situación de la epidemia del VIH/sida en la RGE, 2011

pruebas positivas en los distintos grupos: sospechosos, voluntarios, donantes, embarazadas, pacientes con tuberculosis y otros. En 2011 se realizó la última encuesta demografía y salud (EDS I) y el informe final está en elaboración.

En 2011 se validó el primer protocolo nacional de los Indicadores de Alerta Precoz (IAP) para la farmacovigilancia del VIH y se puso en marcha la evaluación de los IAP en centros de tratamiento seleccionados.

- **Actividades de la Sociedad civil /Asociaciones de PVVIH/Sector Privado/Cooperación**

En la RGE, las organizaciones de la sociedad civil siguen siendo muy escasas o están inactivas. En 2009 se creó la Federación Nacional de ONG (FONGsida). En 2011 están activas apenas 6 ONG de las cuales una sola corresponde a una asociación de PVVIH.

Entre 2010 y 2011 sus actividades principales han estado orientadas a la prevención del VIH en jóvenes. Sin embargo, las actividades con las trabajadoras sexuales (TS) siguen siendo muy limitadas así como con los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y otras poblaciones de alto riesgo.

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

La cooperación bilateral tales como la Cooperación española (ISCI-III-CRCE y FRS), la Cooperación cubana y USAID, así como el Sistema de Naciones Unidas (PNUD, OMS, UNICEF, FNUAP) apoyan a nivel técnico y financiero las acciones de prevención del VIH, tratamiento, atención y cuidado de PVVIH y la reactivación del sistema de vigilancia. El BAD apoya la construcción y equipamiento de laboratorios y la seguridad transfusional. Ni ONUSIDA, ni el Banco Mundial están presentes en Guinea Ecuatorial.

En 2011 se firmó un compromiso y acuerdo de trabajo conjunto entre el MINISABS y UNICEF, con el objetivo de realizar actividades conjuntas para la PTMH.

El proyecto del Fondo Mundial Ronda 4 (GNQ-405-G=1-H) se ejecutó de julio 2005 a junio 2010 y fue posible un año de extensión para garantizar la continuidad del servicio de tratamiento. El proyecto se cerró en septiembre 2011 y ninguna otra subvención del Fondo Mundial es posible para la República de Guinea Ecuatorial debido a que está clasificada dentro de los países con ingresos altos.

En **resumen**, a pesar de la limitación en los datos disponibles, se observa que el número de casos positivos identificados cada año es superior a lo esperado. Los motivos que explicarían esta situación serían:

- La falta de una autoridad nacional que coordine la respuesta.
- La insuficiencia de los programas de prevención destinados a:
 - Trabajadoras sexuales y sus clientes (se incluyen los trabajadores inmigrantes de las empresas internacionales, las cuales han proliferado en los últimos años).
 - Jóvenes y mujeres comerciantes, con múltiples parejas sexuales o víctimas de la violencia sexual.

- Personas con comportamientos de alto riesgo (HSH que corresponden a 2% de la población masculina 15-49 años, cap 2006).
- Personas que viven con el VIH/sida, sin TARV y sus parejas sexuales
- La falta de programas destinados a modificar ciertos comportamientos como el sexo intergeneracional (niñas/jóvenes menores de 18 años con hombres mayores en 10 años o más con tasas de VIH de 8-10%), lo cual explicaría en parte las tasas elevadas de infección a VIH en las embarazadas de 15-19 años (7% en 2009).
- El abandono del tratamiento y falta de seguimiento de pacientes bajo TARV por parte del programa.
- La aún baja cobertura del programa de prevención de la transmisión madre- hijo (19% en 2010).

Las recomendaciones propuestas en la reunión de validación del informe son:

1. Constituir un equipo técnico multidisciplinario intersectorial de lucha contra el VIH
2. Incrementar las actividades de IEC y CCC dirigidas a todos los grupos de edad y en todos los ámbitos del país. Producir un programa integrado de comunicación y marketing social orientado a jóvenes y grupos de alto riesgo
3. Aumentar la accesibilidad al preservativo a través de actividades coordinadas multisectoriales
4. Formar los miembros de las organizaciones religiosas en prevención del VIH/sida
5. Involucrar las ONG en el trabajo de los centros de TARV y reforzar las actividades de rescate de pacientes que abandonan el TARV
6. Formar auxiliares de TARV. Recuperar el personal auxiliar comunitario formado existente en los servicios de atención primaria de salud.
7. Buena distribución y asegurar la permanencia del personal formado para asegurar un efecto multiplicador eficaz
8. Reforzar las estructuras de control prenatal. Mejorar la coordinación inter-programas
9. Equipar los centros de PTMH con equipamiento para diagnóstico virológico (PCR)
10. Reforzar la consejería dirigidas a pacientes PVVIH y sus parejas
11. Mejorar la coordinación entre los programas TB/VIH. Revisar y actualizar los registros
12. Mejorar el sistema de vigilancia centinela en todos los grupos meta

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

OBJETIVOS	N°	INDICADORES	Fuente	UNGASS 2010		GARPR 2012		OBSERVACIÓN					
				N°	%	N°	%						
1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015	1.1	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15-24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH <i>(Ind. ODM)</i>	MINSABS/ISCIII/ Proyecto FM Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006 ONG Camino (apoya USAID) Encuesta CAP sobre el VIH (Malabo), 2011		(2006) 2%	(2011) 15-24 años N= 492 D= 4824	(2011) 10.2	2006: determina un índice de conocimientos en población de 15-49 años y comprende 7 variables (de las cuales 3 de UNGASS) El indicador ha sido medido "conocimiento alto" (4 o más variables sobre 7). 2011: Encuesta CAP en centros educativos de Malabo en población de 15-24 a. No hay información sobre el indicador integrado ni por edad ni sexo. Los datos corresponden a cada pregunta por separado. Mide al menos 4/5 respuestas correctas					
						15-19 años N= 384 D= 4320	8.9		20-24 años N= 84 D= 504	16.7			
	1.2	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	MINSABS/ISCIII/ Proyecto FM Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006 ONG Camino (apoya USAID) Encuesta CAP sobre el VIH (Malabo), 2011	(2006) Promedio Total: 16.6°		(2011) Total N= 1090 D= 5870	(2011) 18.6	2006 Proxy: Estudio de CAP mide la edad promedio (media) de inicio de relaciones sexuales en persona encuestadas de 15-49 años y por grupos de edad diferentes a UNGASS: 15-20 años y de 21-30 años 2011 Proxy: Estudio de CAP en Malabo en población estudiantil 15-24 años. El indicador mide la edad de inicio de la relación sexual antes de los 14 años . No hay datos por edad.					
				15-20a 15 años		Mujeres: N= 565 D= 2760	20.5		21-30a 16 años		Hombres: N= 524 D= 3105	16.9	15-24 años N=960

OBJETIVOS	N°	INDICADORES	Fuente	UNGASS 2010		GARPR 2012		OBSERVACIÓN
				N°	%	N°	%	
						D= 3936 15-19 años N= 840 D= 3108	27.0	
						20-24 años N= 120 D= 828	14.5	
	1.3	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	MINSABS/ISCIII/ Proyecto FM Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006 MINISABS, MINPLAN/EDS Tablas preliminares 2011		(2006) 38,2 %	(2011) Total N=1105 D=5400 Mujeres 15-49 N= 472 D=3575 Hombres 15-49 N= 633 D= 1825	(2011) 20.4 M= 13.2 Por edad: 15-24=16.0 15-19=15.3 20-24=16.6 25-29=15.9 30-39=12.4 40-49=6.6 H= 34.7 Por edad: 15-24=35.3 15-19=23.7 20-24=49.0 25-29=55.8 30-39=38.6 40-49=26.1	2011: EDS informe preliminar.
	1.4	Porcentaje de adultos de 15 a 49 años de	MINSABS/ISCIII/ Proyecto FM		(2006) 24,3	(2011) Total :	(2011) 16.4	2011: EDS informe preliminar

OBJETIVOS	N°	INDICADORES	Fuente	UNGASS 2010		GARPR 2012		OBSERVACIÓN
				N°	%	N°	%	
		edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual (Ind. ODM)	Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006 MINISABS, MINPLAN/EDS Tablas preliminares 2011			N= 181 D= 1105 Mujeres 15-49 N= 58 D= 472 Hombres 15-49 N= 134 D= 633	M: 12.3 15-24=15.0 15-19=14.3 20-24=15.6 25-29=11.1 30-39= 8.0 40-49=10.4 H: 21.2% 15-24=35.1 15-19=25.6 20-24=40.5 25-29=20.8 30-39=16.5 40-49= 3.4	
	1.5	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	MINSABS/ISCI/ Proyecto FM Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006 ONG Camino (apoya USAID) Encuesta CAP sobre el VIH (Malabo), 2011	(2006) Total test N= 472 D=1449	(2006) 32.5	(2011) Total test N= 1036 D= 4808 Mujeres N= 524 D= 2236 Hombres N= 512 D= 2568	(2011) 21.5 23.4 19.9	2006 Proxy: El indicador mide el hecho de haberse sometido a la prueba del VIH "alguna vez" y conoce el resultado 2011: Proxy: El indicador mide en población estudiantil el hecho de haberse sometido a la prueba al menos una vez (sin precisar si conoce el resultado). Además, 52.7% dicen "no recordar" si se realizaron la prueba
	1.6	Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que	MINSABS/PNLS /OMS: Encuesta	(2008) Total	(2008) Total	(2009) Vigilancia	(2009) 8.8	2008: Encuesta realizada en 5 distritos: 2 centros de la

OBJETIVOS	N°	INDICADORES	Fuente	UNGASS 2010		GARPR 2012		OBSERVACIÓN
				N°	%	N°	%	
		vive con el VIH (<i>Ind. ODM</i>)	de seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas Guinea Ecuatorial 2008	15-24a N= 58 D= 978	15-24a 5.9	Centinela N= 276 D= 3140	7.0	región insular (Malabo y Luba) y 3 de la región Continental (Bata, Ebebiyong y Evinayong).
			PNLS / Informe de la gira de supervisión para recolectar datos del Acceso Universal, 2009	15-19a N= 23 D= 526	15-19a 4.4	15-19 N= 123 D= 1756	11.5	2009: Estudio de Vigilancia centinela 2009 en la Región Continental. De acuerdo a la base de datos del Programa de Salud Reproductiva, la prevalencia en mujeres embarazadas es de 6.3% en 2011 en la Región Continental
	1.7	Porcentaje de trabajadoras sexuales a quienes les llegaron programas de prevención del VIH ^{8,9}	Ministerio de Asuntos Sociales y Promoción de la mujer/UNICEF 2003	(2003) N=60 D= 5791	1.0	ND	ND	2003: Seminario 2009-2011: Actividades no documentadas
	1.8	Porcentaje de trabajadoras sexuales que declara haber usado un preservativo con su último cliente.	MINSABS/ISCIII/ Proyecto FM Encuesta CAP sobre Nupcialidad Actividad Sexual VIH/SIDA y ETS 2006		(2006) 26.5	(2011) 15-24 años N= 439 D= 3204	(2011) 13.7	2006 Proxy: La encuesta CAP toma en cuenta el uso de condón en clientes de TS. 2011 Proxy: Este indicador toma en cuenta el uso de condón en jóvenes 15-24 años en su última relación sexual con "pareja comercial"
						15-19 N= 350 D=2664	13.1	

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

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

OBJETIVOS	N°	INDICADORES	Fuente	UNGASS 2010		GARPR 2012		OBSERVACIÓN
				N°	%	N°	%	
			ONG Camino (apoya USAID) Encuesta CAP sobre el VIH (Malabo), 2011			20-24 N= 89 D= 540	16.5	
	1.9	Porcentaje de trabajadoras sexuales que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados						Actividades no documentadas
	1.10	Porcentaje de trabajadoras sexuales que vive con el VIH						Estudio no realizado
	1.11	Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) a quienes les llegaron programas de prevención del VIH						La Encuesta CAP 2006 muestra que el 2% de la población 15-49a se declara homosexual. En 2011 el 15.4% declara al menos una experiencia homosexual (14.9% en los varones)
	1.12	Porcentaje de HSH que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina.						No hay datos
	1.13	Porcentaje de HSH que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados						No hay datos
	1.14	Porcentaje de HSH que vive con el VIH						Estudio no realizado

OBJETIVOS	N°	INDICADORES	Fuente	UNGASS 2010		GARPR 2012		OBSERVACIÓN
				N°	%	N°	%	
2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015	2.1	Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año						No hay actividades
	2.2	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual						Estudio no realizado
	2.3	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó						Estudio no realizado
	2.4	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados						No hay datos
	2.5	Prevalencia del VIH en usuarios de drogas inyectables						Estudio no realizado

OBJETIVOS	N°	INDICADORES	Fuente	UNGASS 2010		GARPR 2012		OBSERVACIÓN
				N°	%	N°	%	
3. Eliminar la transmisión materno infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas	3.1	Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil	MINSABS/PNLS /Proyecto del Fondo Mundial Informe Anual 2007, 2008, 2009 PNLS/OMS Informe del Acceso Universal 2010	(2009) Total N= 365 D= 870	(2009) 41.9	(2010) Total N= 282 D= 1500	(2010) 19.0	La medición anual del indicador se realizó utilizando el modelo de estimación de Spectrum para el denominador Para 2009, la población de mujeres embarazadas en tratamiento se calculó con una proyección en base a los 3 primeros trimestres. 2010: En el país se continúa utilizando la monoterapia. El denominador se ha incrementado por el cambio del protocolo
				Monoterapia N= 137 D= 870	15.7	Monoterapia N= 149 D= 1500	9.9	
				Triterapia N= 228 D= 870	26.2	Opción A N= 51 D= 1500	3.4	
				Monoterapia N= 199 D= 865	(2008) 23.0	Opción B N= 27 D= 1500	1.8	
	3.2	Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento	Base de datos UREI Malabo 2009-2011			2009-2011 N= 31 D= 129	2009-2011 24.0	2011: El país no dispone aún de equipamiento para realizar esta medición (PCR) Con el protocolo actual, se realiza la prueba serológica a los 6 meses de edad. El indicador mide la prueba a los 6 meses Datos de Malabo acumulativo de 2009 a 2011.
	3.3	Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas	PNLS Spectrum		(2008) 11%	(2011) Sin profilaxis: CD4: <200 CD4:200-350 CD4: >350	(2011) 37% 27% 15%	2011: El calculo se ha realizado tomando en cuenta todas las probabilidades

OBJETIVOS	N°	INDICADORES	Fuente	UNGASS 2010		GARPR 2012		OBSERVACIÓN
				N°	%	N°	%	
		en los últimos doce meses (TMH modelada)				Nevirapina ARV: Opción A Opción B	12% 2% 2%	
4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015	4.1	Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente reciben terapia antirretroviral <i>(Ind. ODM)</i>	MINSABS/PNLS/ Proyecto del Fondo Mundial Informe de actividades 2008 PNLS/Informe sobre el Acceso Universal 2010 PNLS/ Resumen de los indicadores del programa de lucha contra el sida, 2011	(2008) Adultos N= 1219 D= 3108	(2008) 39.2	(2010) Total N= 2477 D= 8569 Adultos N= 2432 D= 6594 Niños 0-14a N= 45 D= 1975 (2011) Total N= 4688 D= 9771 Adultos N= 4597 D= 7630 Niños 0-14a N= 91 D= 2141	(2010) 28.9 36.8 2.2 (2011) 47.9 60.2 4.2	2008 y 1010: La medición del indicador se realizó utilizando el modelo de estimación de Spectrum, para el denominador (CD4 <350)
	4.2	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con	MINSABS/PNLS/ Proyecto del Fondo Mundial.	2003-07 N= 695 D= 993	2003-07 69.0	(2010) N= 234 D= 310	(2010) 75.5%	2010 Proxy: Medido sobre la base de la encuesta IAP en una muestra aleatoria de una

OBJETIVOS	N°	INDICADORES	Fuente	UNGASS 2010		GARPR 2012		OBSERVACIÓN
				N°	%	N°	%	
		el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral	Informe 2008 PNLs/Informe Final de la encuesta Indicadores de Alerta Precoz (IAP) 2010			2003-2009 N= 730 D= 2542	2003-2009 28.7%	cohorte de pacientes que iniciaron tratamiento en 2010 para conocer el % de abandono del tratamiento, dando como resultado 24.5%. (El indicador mide la diferencia)
5. Reducir en un 50% el número de muertes por tuberculosis (TB) entre las personas que viven con el VIH para 2015	5.1	Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tiene TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	PNLT: Informe de la evolución de casos nuevos de coinfección por año- 1994-2008 PNLT/Informe anual de control de Tuberculosis 2009, 2010 PNLS/Informe sobre el Acceso Universal 2010	(2007) N= 109 D= 892 (2008) N= 96 D= 917	(2007) 12.2 (2008) 10.4	(2009) N=66 D=944 (2010) TB/VIH N=69 D=971	(2010) 7% (2009) 7%	2007-2008 Proxy : Información de pacientes con coinfección tratados por TB y referidos a las UREI. El denominador se ha medido a través de las estimaciones de OMS para coinfección. 2009-2010: Los datos corresponden a los dos programas (El informe de Acceso universal menciona 5% pero se debe a la falta de datos)
6. Alcanzar un nivel significativo del gasto mundial anual (US\$22-24 billones) en países bajos y medianos ingresos	6.1	Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuentes de financiación				(2005-2011) F.M USD 7'629.143 (2011) OMS 41347	(2010) Gasto Nacional 710.303 (2011) 939.672	(Datos parciales)

OBJETIVOS	N°	INDICADORES	Fuente	UNGASS 2010		GARPR 2012		OBSERVACIÓN
				N°	%	N°	%	
7. Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo	7.1	Instrumento de observación de los compromisos y políticas nacionales (prevención, tratamiento, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, cuestiones de género, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación y M&E						Ver anexo 2 (ICPN)
	7.2	Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses	Informes del Ministerio de la Promoción de la Mujer, 2010 y 2011					2010: Se registraron 68 casos de Violencia sexual y 428 de violencia física 2011: Se registraron 45 casos de Violencia sexual y 264 de violencia física
	7.3	Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad <i>(Ind. ODM)</i>						No hay estudios. Con Spectrum se estima en 6018 el número de NHV en 2011
	7.4	Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses						No hay datos

II PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA.

En Guinea Ecuatorial el VIH/sida sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. Cada año, se identifican en promedio entre 1600-4800 casos. En 2011 el número de personas que viven con la infección se estima a alrededor de 19905 casos en adultos (Mínimo 17292; Máximo 28900) y 2604 en niños (Min. 2057- Max. 3551).

Por las características del VIH, el país sigue estando clasificado dentro de los países con *epidemia generalizada*, con un predominio del subtipo de VIH-1 (97.4%)¹⁰. La vía más frecuente de transmisión es la heterosexual seguida por la transmisión vertical madre-hijo y las transfusiones. En la última década, las mujeres están más infectadas que los hombres pero la diferencia no es significativa.

a. Prevalencia en la población general

La prevalencia del VIH ha pasado de 1.1% entre 1989 y 1992¹¹, a 3.48% en 1997¹² y 3.2% en 2004 (IC 95% 2.0 -4.4%)¹³.

El último estudio de prevalencia de 2004 reveló que la tasa de seroreactividad fue ligeramente mayor en el medio urbano (3.3%) con respecto al medio rural (3.1%) y en mujeres (3.4%) con respecto a los hombres (2.9%). La diferencia tampoco fue significativa por regiones, encontrándose el 2,7% (IC 95% 1,4 – 4,0%) en la Región Continental y el 4,6% (IC 95% 2,5 – 6,6%) en la Región Insular. El grupo de edad más afectado estaba entre 30-34 años con una prevalencia de 7.9%, así como los hombres entre 40-44 años con un 10%. En jóvenes de 15-24 años la tasa de seroreactividad fue de 1.08% (0.3% en jóvenes de 15-19 años y 2.3% en jóvenes entre 20-24 años). Las personas con cortes tradicionales tenían hasta 8 veces más probabilidades de tener VIH que las personas que no han hecho uso de ésta disciplina y en el caso de haber padecido alguna ITS, tenían casi 3 veces más probabilidades de tener VIH que las personas que no han padecido ninguna ITS

b. Prevalencia en Mujeres embarazadas

La seroprevalencia en mujeres embarazadas se ha incrementado dramáticamente pasando de 1.49% en 1997 a 7.3% en 2008 (IC 6.0 – 8.8)¹⁴.

El estudio de 2008 reveló que el grupo mas afectado fue el de 35-39 años con el 13% de seroreactividad y el grupo de 25-29 años con el 10.4%. Se encontró además un porcentaje muy elevado de madres adolescentes (36% de las embarazadas encuestadas tenía entre 10 y 19 años). Las niñas -adolescentes embarazadas entre 10-14 años mostraron una seroprevalencia de 6.7%, casi el doble comparativamente a 2003 (3.9%), así como también las adolescentes embarazadas de 15-19 años (4.4%),

¹⁰ MSBS/ISCI. Encuesta de seroprevalencia, 2004

¹¹ MINSABS/ISCI/UE: Situación de la epidemia de sida en Guinea Ecuatorial 2000

¹² Proyecto de Salud Reproductiva e Infantil, Fase 1, 2007

¹³ MSBS/ISCI. Encuesta de seroprevalencia, 2004

¹⁴ PNLS/OMS. Estudio de vigilancia epidemiológica, 2008

para un promedio de 5.9% en las jóvenes de 15-24 años.. Además, la tasa de seroprevalencia fue superior en la región Insular (9.2%) comparativamente con la región Continental (6%). Igualmente se encontró que la prevalencia era superior en la zona urbana (7.9%) con respecto a la zona rural (4.9%). La seroprevalencia es inversamente proporcional al nivel de educación siendo más elevada en gestantes sin formación (11.1% IC 3.1-26.1) comparativamente con las gestantes con educación primaria (7.9%), secundaria (6.8%) y nivel superior (3.8%). De acuerdo a la profesión, las gestantes más vulnerables para el VIH son las comerciantes (19.7%), seguidas de las agricultoras (15.4%), las empresarias (13%) y las amas de casa (8.6%). El grupo con menor tasa de seropositividad fueron las jóvenes estudiantes (3.1%).

Los estudios de vigilancia epidemiológica muestran desde hace varios años una prevalencia del VIH en mujeres embarazadas que oscila entre 10 y 11% a expensas sobre todo de la Región Insular. En la Región Continental las tasas en los últimos 3 años son en promedio entre 6-9%.

Es importante recalcar el contexto de alta vulnerabilidad para las mujeres, especialmente jóvenes, quienes debido a la extrema pobreza y la falta de educación son fácilmente víctimas de la explotación sexual y del sexo intergeneracional (hombres 10 o más años mayores). Hay que recordar que los hombres ecuatoguineanos entre 30-44 años tienen tasas de seroprevalencia entre 8-10% y de acuerdo a la última EDS 2011 (datos preliminares), la utilización del preservativo en este grupo poblacional es muy baja. Las intervenciones en jóvenes también han sido insuficientes.

c. Prevalencia en Poblaciones más expuestas

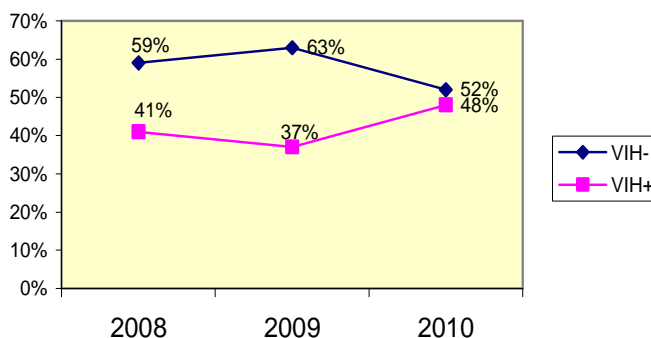
El contexto actual de la RGE muestra una excesiva tasa de inmigración y de migración interna de trabajadores, esencialmente hombres solos, quienes utilizarían los servicios de trabajadoras sexuales formales e informales (Ejemplo, las comerciantes) lo cual podría incidir en el aumento del número de casos de VIH. Lamentablemente, aun no existen estudios de prevalencia disponible en las trabajadoras sexuales. Tampoco el país dispone de estudios sobre la prevalencia del VIH en otras poblaciones más expuestas como los HSH, los utilizadores de droga inyectable y las personas privadas de libertad. A esto se suma la falta de intervenciones apropiadas en estos grupos de alto riesgo.

La población uniformada constituye igualmente una población de alto riesgo. En 2008 se ha llevado a cabo una encuesta en la Isla de Bioko, encontrándose una tasa de seroprevalencia de 10.1% (Oficiales superiores 11%; Oficiales subalternos 9.1%; Suboficiales 13.5%).

d. Coinfección TB/VIH

La prevalencia de la coinfección TB/VIH se ha incrementado en los últimos años pasando de 41% en 2008 a 48% en 2010 aunque se observa

Grafico N° 2.1 Tendencia de la coinfección TB/VIH en Guinea Ecuatorial 2008-2010



una reducción en 2009 (Gráfico N°2.1).

e. Diagnóstico de nuevos casos

A través de la colecta de datos de rutina, anualmente se obtenía información sobre el número de test de VIH realizados y los resultados, distribuidos por grupo de población. El número de casos identificados se ha ido incrementando progresivamente conforme a la mejora en el acceso a la prueba de VIH y a las campañas nacionales. De 1999 al 2011 se han diagnosticado cerca de 20000 casos de VIH en el país, de los cuales, mas de 8000 casos fueron identificados gracias a la campaña nacional de la prueba en 2007 y al año siguiente. Actualmente, a través de las actividades de rutina se identifican anualmente entre 3000-4800 casos. Las tasas de seroreactividad se incrementaron pasando de 9.9% en 1999 a 16.7% en 2005, para estabilizarse entre 15-16.5% en los últimos años. En los años 2009-2011, no se dispone de información adecuada por la falta de un buen sistema de colecta de información.

El mayor número de casos nuevos diagnosticados se encuentra en los pacientes que acuden a los servicios de salud y se sospecha VIH, seguidos por los voluntarios para realizarse la prueba y las embarazadas.

f. Conocimientos, actitudes y prácticas

En Guinea Ecuatorial se han realizado varios estudios que muestran que el nivel de conocimientos en la población general sobre la transmisión del VIH/sida y como protegerse es aún insuficiente.

A la luz de los resultados observados en el informe preliminar de CAP en la población estudiantil de Malabo realizado en 2011 bajo la iniciativa de la ONG Camino y con el apoyo de USAID, apenas el 10.2% de los jóvenes entre 15-24 años tiene un conocimiento integrado sobre como prevenir el VIH y rechazan las ideas falsas sobre los mecanismos de transmisión. Muy pocos conocen que existe la posibilidad de transmisión de madre a hijo (21%); que la abstinencia reduce el riesgo de infección (34.2%) así como también la fidelidad (36.5%) y la utilización del preservativo (50%). Los jóvenes declaran además varios comportamientos de alto riesgo. Así, cerca del 100% ha tenido ya relaciones sexuales, de los cuales, el 18.6% tuvo su primera experiencia antes de los 14 años y apenas el 7.6% utilizó el preservativo en la primera relación sexual; También se ha constatado que un mayor porcentaje de alumnos (29,4%) manifiestan que mantendrían una relación sexual coital sin condón, aun conociendo el riesgo que supone; el 49.5% declara que ha tenido al menos una pareja comercial en los últimos 12 meses y entre ellos, no mas del 13.7% utilizó el preservativo. Apenas el 21.5% se ha realizado alguna vez la prueba del VIH.

Los datos preliminares de la última EDS I muestran que apenas el 53% de los jóvenes entre 15-24 años declaran que el riesgo de contraer la infección se puede reducir con la utilización del preservativo y limitándose a una sola pareja no infectada.

En relación a los HSH, el estudio de CAP 2006 en población de 15-49 años mostró que el 2% de la población sexualmente activa se declaraba homosexual. En cambio, el estudio de CAP realizado en 2011 muestra que 14.5% de los jóvenes estudiantes varones declaran haber tenido experiencias de carácter homosexual.

No existen estudios de CAP en poblaciones de alto riesgo para el VIH/sida

g. Conclusión

Conforme a los datos disponibles, se puede concluir que en Guinea Ecuatorial el VIH/sida continua siendo un grave problema de salud pública que afecta a toda la población y en particular a las mujeres y los jóvenes.

La falta de estudios sobre la situación del VIH en poblaciones de alto riesgo, como las trabajadoras sexuales constituye un problema mayor e impide tomar decisiones para reducir el riesgo de infección en ese grupo así como en los clientes (personal uniformado, inmigrantes, transportistas, etc.).

El sexo intergeneracional expone a las jóvenes de 10-19 años a la infección por VIH, en vista de las altas tasas de prevalencia en hombres mayores de 30 años.

Los comportamientos de alto riesgo en los jóvenes como la no utilización del preservativo y parejas múltiples, permiten la propagación de la epidemia y el aumento de madres adolescentes infectadas.

La falta de programas dirigidos a grupos poblaciones con altas tasas de infección conocida (mujeres comerciantes, agricultoras, etc.) así como también, la falta de seguimiento de las personas con VIH y el abandono del tratamiento constituyen un problema grave que contribuye a la propagación de la epidemia en sus parejas sexuales.

La asignación de recursos financieros y los recursos humanos capacitados son muy insuficientes. A esto se suma las altas tasas de rotación del escaso personal formado.

Las rupturas de stock de los preservativos debidas entre otros a los excesivos tramites burocráticos para su compra, permitirá seguramente la propagación del virus entre la población sexualmente activa.

Los resultados de la encuesta demográfica y salud junto con la aprobación y puesta en marcha del marco estratégico de lucha contra las ITS/VIH/sida 2009-2013 permitirán implementar acciones más eficaces que ayuden a detener esta epidemia. Esto será posible siempre y cuando exista el compromiso político y financiero del gobierno nacional y la voluntad firme de dar una respuesta inmediata a la epidemia para evitar hipotecar el futuro de los niños y jóvenes ecuatoguineanos.

III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DEL SIDA

3.1 Ejecución del Programa Nacional

- Prevención

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

❖ Prevención del VIH en la población general

N°	Indicador	2003-2009	2010-2011
1.1	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 25 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH*	(2006) 15-49 años 2%	(2011) 15-24=10.2 15-19= 8.0 20-24=16.6
1.2	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	(2006) Promedio 16.6	(2011) <14 años 18.6%
1.3	Porcentaje de adultos de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	(2006) 38.2%	(2011) T= 20.4% M= 13.2% H= 34.7%
1.4	Porcentaje de adultos de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual*	(2006) 24.3%	(2011) T= 16.4% M= 12.2% H= 21.2%
1.5	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	(2006) 32.5%	(2011) Proxy 21.5
1.6	Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que vive con el VIH*	Seroprevalencia 15-24a 5.9% 15-19a 4.4% 20-24a 7.7%	(2009) 8.8

De acuerdo a la encuesta CAP (Camino/USAID, 2011) realizada en jóvenes estudiantes, apenas el 10.2% tiene conocimientos integrados sobre el VIH/sida. El informe preliminar de la EDS I de 2011 muestra que el porcentaje de adultos que han tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses ha disminuido comparativamente a 2006 (20.4% y 38.2% respectivamente). Sin embargo, en estas mismas personas se ha reducido el porcentaje que utiliza el preservativo pasando de 24.3% en 2006 a 16.4% en 2011 (12.2% en mujeres y 21.2% en hombres). Se espera la publicación de todos los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) para poder contar con nuevos datos.

Entre 2005-2010 el PNLS, ha realizado actividades de IEC y distribución de preservativos con el apoyo del proyecto del Fondo Mundial (2005-2010).

En cuanto a las **actividades de IEC**, el informe final del proyecto del FM muestra que en total se formaron 632 pares educadores y se realizó la sensibilización de 164413

jóvenes sobre el VIH/sida¹⁵ con la participación de las organizaciones de la sociedad civil como CAMINO, SportLinkPlus y Cruz Roja de Guinea Ecuatorial. Las actividades se realizaron directamente en las escuelas o a través de actividades deportivas en poblaciones de jóvenes no escolarizados y de animaciones públicas sobre el VIH/sida en las ciudades de Malabo y Bata durante eventos especiales.

De acuerdo al mismo informe, se conoce que se distribuyeron 671706 **preservativos** durante las actividades de IEC. Es importante señalar que existe ruptura de stock de preservativos en el país.

En 2011, la Dirección General de Coordinación Multisectorial junto con PNLs y las ONG organizó la Campaña Nacional de la Primera Dama sobre PTMH. En total se formaron 510 pares educadores (estudiantes, mujeres, militares) y 54 voluntarios de todos los distritos del país (excepto Annobon) (Tabla 2.1). En el transcurso de la campaña se sensibilizó a un total de 8365 personas de la población general y personas en uniforme. Durante esta campaña también se repartió 5000 preservativos.

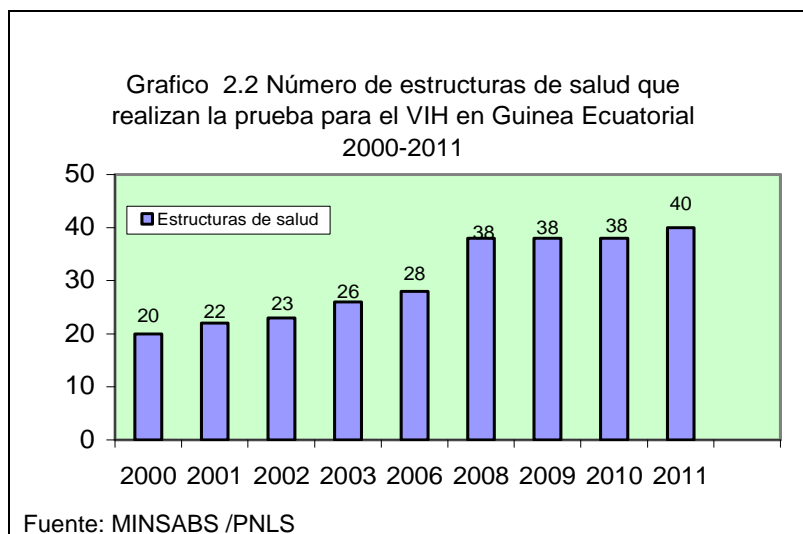
La ONG ONUSIDA, con el apoyo financiero del sector privado ha sensibilizado 1200 jóvenes. Cabe destacar el papel de la asociación de personas que viven con el VIH en la prevención del VIH en el medio laboral.

La Red de periodistas de lucha contra el VIH/sida realiza actividades de acompañamiento de todas las acciones de prevención y reforzamiento de capacidades del personal de los medios de comunicación.

Tabla 2.1 Resumen del numero de pares educadores formados durante la CAMPAÑA DE LA 1ª DAMA SOBRE PTMH-2011	
Distritos	Total
Malabo	38
Luba	32
Baney	31
Riaba	31
Bata	38
Mbini	31
Kogo	32
Niefang	33
Evinayon G	32
Micomiseng	32
Nsok Nsomo	31
Ebebiyin	34
Acurenam	33
Akonibe	35
Nsork	32
Mongomo	36
Añinsok	33
TOTAL	54

¹⁵ PNUD: Grant Final Report. Global Fund HIV- Grant GNQ-405-GH1-H, Equatorial Guinea, July 2005 to September 2011.

En lo que concierne a la **prueba de VIH**, el estudio de CAP realizado en 2006 en población 15-49 años Guinea Ecuatorial mostró que el 32.5% de la población entre 15-49 años se había realizado “alguna vez la prueba y retirado los resultados. Desde 2005 a 2010, el proyecto del Fondo Mundial consejería realizó actividades de consejería voluntaria y prueba y se utiliza la “hoja de consentimiento informado”



Desde el año 2000, se han incorporado progresivamente más estructuras de salud, tanto públicas como centros de seguro social y clínicas privadas, para realizar la consejería pre-test, la prueba del VIH y la consejería post-test. En 2009-2010, se cuenta con 38 estructuras sanitarias que realizan consejería pre-test y la prueba del VIH, lo que ha permitido un aumento progresivo de las personas que conoce su estado serológico.

En 2011 se han integrado 2 nuevos centros en Bata por lo que el país actualmente cuenta con un total de 40 estructuras sanitarias que realizan consejería y prueba sobre 63 centros de salud existentes (63.5%) (Gráfico 2.2).

El nuevo Protocolo de Diagnóstico y Seguimiento por Laboratorio del VIH fue actualizado en 2009. En 2010, se realizó el reforzamiento de la consejería a través de la formación de los auxiliares de todos los centros sanitarios del país.

A pesar de las dificultades encontradas para la puesta en marcha de la consejería y la prueba a nivel nacional, el número de pruebas anuales del VIH en la población general se incrementó progresivamente pasando de 2077 en 1999 a 25208 en el 2008. Debido a la falta de un sistema funcional de colecta de datos, no se dispone de información documentada para 2009-2011 en esa población. Desde el cierre del proyecto del FM muy esporádicamente se realizan las giras de supervisión y la colecta de datos por falta de recursos financieros.

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

N°	Indicador	2003-2009	2010-2011
1.7	Porcentaje de trabajadoras sexuales al que le han llegado programas de prevención	(2003) 1.0%	ND
1.8	Porcentaje de trabajadoras sexuales que declara haber usado un preservativo con su último cliente	(2006) 26.5	(2011) Proxy 13.7
1.9	Porcentaje de trabajadoras sexuales que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	ND	ND
1.10	Porcentaje de trabajadoras sexuales que vive con el VIH	ND	ND

En 2006, la encuesta CAP mostró que el 38% de las personas declaró haber tenido más de una pareja sexual en el último año, incluyendo PS. En 2011, de acuerdo al

estudio de CAP en jóvenes, 49.5% declaran haber tenido relaciones sexuales de tipo comercial y apenas 17.8% utilizó el preservativo.

Hasta el momento, y debido sobre todo a tabúes y limitaciones en la comprensión del mundo de la prostitución, el programa nacional no ha planificado actividades con las PS, salvo algunas esporádicas. Así, en 2003, el Ministerio de Asuntos Sociales y Promoción de la Mujer en coordinación con UNICEF organizaron un seminario dirigido a 60 trabajadoras sexuales. Hasta el final del 2011, no se dispone de información sobre las actividades de consejería ni la frecuencia de pruebas del VIH en las PS.

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

N°	Indicador	2003-2009	2010-2011
1.11	Porcentaje de HSH al que le han llegado programas de prevención	ND	ND
1.12	Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	ND	ND
1.13	Porcentaje de HSH que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	ND	ND
1.14	Porcentaje de HSH que vive con el VIH	ND	ND

El estudio de CAP, 2006, muestra que el 2% de la población encuestada manifestó haber tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo. En 2011, el 14.9% de jóvenes varones estudiantes declara haber tenido este tipo de experiencia. En la RGE no se han desarrollado actividades dirigidas a HSH.

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

N°	Indicador	2003-2009	2010-2011
2.1	Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por UDI por año	ND	ND
2.2	Porcentaje de UDI que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	ND	ND
2.3	Porcentaje de UDI que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	ND	ND
2.4	Porcentaje de UDI que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	ND	ND
2.5	Porcentaje de UDI que vive con el VIH	ND	ND

Hasta 2011, ningún estudio o actividad ha sido desarrollado para atender a esta población.

Objetivo 3. Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida

N°	Indicador	2003-2009	2010-2011
3.1	Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil	(2009) 41.9% (2008) 20.4% (2007) 22.9%	(2010) 19.0% Monoterapia= 9.9% Opción A= 3.4% Opción B= 1.8% TARV = 3.6%

3.2	Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento	ND	(2009-2011) 24% Proxy
3.3	Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses (TMH modelada)	(2008) 11%	(2011) CD4: <200 = 37% CD4:200-350 = 27% CD4: >350 = 15% Monoterapia = 12% ARV opción A = 2% ARV opción B = 2%

❖ Prevención de la Transmisión Materno-Infantil

La seroprevalencia en la mujer embarazada se sitúa en 7,3% (año 2008), con un 7,7% en edades más jóvenes (15-24 años).

La prevención de la transmisión madre-hijo del VIH constituye una prioridad para Guinea Ecuatorial. Desde 1990, se ha llevado a cabo varias acciones:

- En 1990, el MINSABSA dio inicio a las primeras actividades de PTMH
- Desde 1998, las mujeres embarazadas tenían la posibilidad de realizarse la prueba para el VIH en 7 centros centinelas del país.
- En 2003 se elaboró la primera Estrategia de Prevención de la Transmisión Materno.
- Se ha incrementado el número de profesionales en salud, formado en manejo de la prevención de la transmisión vertical del VIH de la madre al hijo, según el Protocolo Nacional actualizado en 2009, basado en la triterapia, según las recomendaciones internacionales.
- Se ha realizado la formación de médicos pediatras en los centros de tratamiento, tras la actualización del protocolo anterior
- Se están desarrollando campañas de sensibilización a favor de la prevención de la transmisión vertical del VIH, promovido por la Primera Dama de la Nación.
- Los servicios de prevención de la transmisión vertical se han incrementado progresivamente, llegando a 20 centros sanitarios que ofrecen varios servicios como el test, la profilaxis y leche maternizada gratuitamente a todos los niños nacidos de madres seropositivos de VIH.

Todas estas medidas han ayudado a mejorar el diagnóstico del VIH en madres embarazadas, la profilaxis con ARV y el manejo del niño nacido de madre seropositiva y del niño infectado:

La introducción de la estrategia PTMH ha permitido un aumento considerable de aceptación de la prueba del VIH, pasando de 485 mujeres embarazadas en 2002, a 4698 en 2008 a nivel nacional. Solamente la Región Continental, registra 4708 en 2009, 5927 pruebas en 2010 y 6695 en 2011. No hay datos de la Región Insular.

De acuerdo a las observaciones de supervisión, se ha constatado que en los centros de salud se continúa priorizando la monoterapia. Además, a pesar de todos los esfuerzos en mejorar la calidad de la PTMH, se observa una reducción de la cobertura de la profilaxis con ARV en madres VIH+ pasando de 41.9% en 2009 a 19% en 2010. Esta diferencia se podría explicar por el cambio de protocolo, la alta rotación del personal formado y por el subregistro.

❖ Diagnóstico infantil precoz

En Guinea Ecuatorial no existe aún el equipamiento necesario para realizar el diagnóstico precoz en los niños nacidos de madres VIH+

❖ Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)

De acuerdo a Spectrum, en 2009, el 11% de los niños nacidos de madres VIH+ se infectaron. En 2011, si las mujeres embarazadas VIH+ no reciben ninguna profilaxis y tienen un CD4 de <200, el 37% de los niños podría infectarse. Este porcentaje es de 27% para un CD4 de 200-350 y de 15% para un CD4 >350

- Otros indicadores de prevención

❖ Seguridad Hematológica

Si bien el indicador de seguridad hematológica no forma más parte del informe de los avances en la lucha contra el sida 2012, se ha creído conveniente mostrar lo que se han realizado en esta materia.

Desde 2007, el país no disponía de ningún plan de control de calidad externo. En 2009, la sangre era tamizada 100% para VIH virus de la hepatitis B (HBV), hepatitis C (HCV) y Sífilis pero no existía un plan de garantía de calidad externo. Tampoco existían bancos de sangre. En ese mismo año, el país contaba con 22 estructuras que realizan transfusiones sanguíneas, de las cuales 18 son públicas.

En vista de la inseguridad transfusional existente en el país, el MINSABS /PNLS con el apoyo de la OMS, puso en marcha el Plan Estratégico Nacional de Medicina Transfusional. También se actualizó el Protocolo Nacional de Transfusiones Sanguíneas y la Política Nacional de Transfusión Sanguínea. Todos estos documentos se validaron técnicamente y aprobaron en **2010**. Dentro del mismo marco, se ha empezado la construcción del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea en Bata con una antena en Malabo, financiados por el proyecto Banco Africano de Desarrollo (BAD) Salud II. También se han formado técnicos superiores de laboratorio y directores médicos.

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

En marzo 2007, en el marco de la reforma educativa de la RGE, se elaboró, un documento denominado "La Reforma Curricular de Guinea Ecuatorial: Análisis y Documentación", desarrollado por el Ministerio de Educación, Ciencia y Deportes, la Agencia Española de Cooperación y UNICEF. Se elaboraron guías didácticas y se formó a 130 docentes. En el marco del proyecto del Fondo Mundial se formaron otros docentes. En 2011 se elaboró un proyecto para la implementación del curriculum en las escuelas. Sin embargo, aún se espera la validación del Ministerio de Educación y Ciencias, para que se pueda introducir oficialmente el temario de educación sexual en el currículo escolar de Guinea Ecuatorial.

Hasta 2011, ningún docente ha impartido educación sobre el VIH en las escuelas.

- **Tratamiento Antirretroviral**

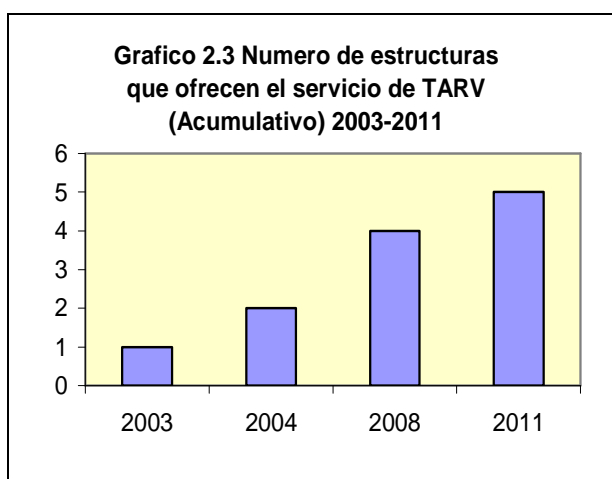
Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015

N°	Indicador	2003-2009	2010-2011
4.1	Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente reciben terapia antirretroviral (<i>Ind. ODM</i>)	(2008) 39.2%	(2011) 47.9% Adultos: 60.2 Niños: 4.2
4.2	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral	(2003-2007) 69.9%	(2010) 75.5% (2003-2009) 29%

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

En 2011, se estima en 20000 el número de seropositivos y alrededor de 7.500 pacientes adultos y 2.200 niños estimados que tenían que estar en tratamiento.

A finales del año 2003 el Gobierno de la República de Guinea Ecuatorial inicia la regulación e implementación del tratamiento ARV. Para el efecto, el PNLs puso en marcha la Unidad de Referencia para las Enfermedades Infecciosas (UREI).



Para dar cumplimiento a la estrategia

del acceso universal, se ha aumentado progresivamente el número de centros de tratamiento, pasando de 2 centros en 2004 (UREI) a 4 centros a finales de 2009 con la creación de 2 Centros de tratamiento ambulatorio en Bata (CTA). Durante el 2011 se han integrado un centro provincial de tratamiento (CPT), llegando a 5 el total de centros de TARV de los cuales 2, ofrecen y el servicio de manejo integral (UREI). (Gráfico 2.3)

El proceso de extensión del manejo integral en las provincias (CPT) dio comienzo en 2009, tras haber identificado y asegurado las bases mínimas para el manejo y seguimiento de las personas que viven con el VIH en los centros de tratamiento ambulatorio (CTA) de Bata. En 2010 el proceso fue marcado por tres aspectos:

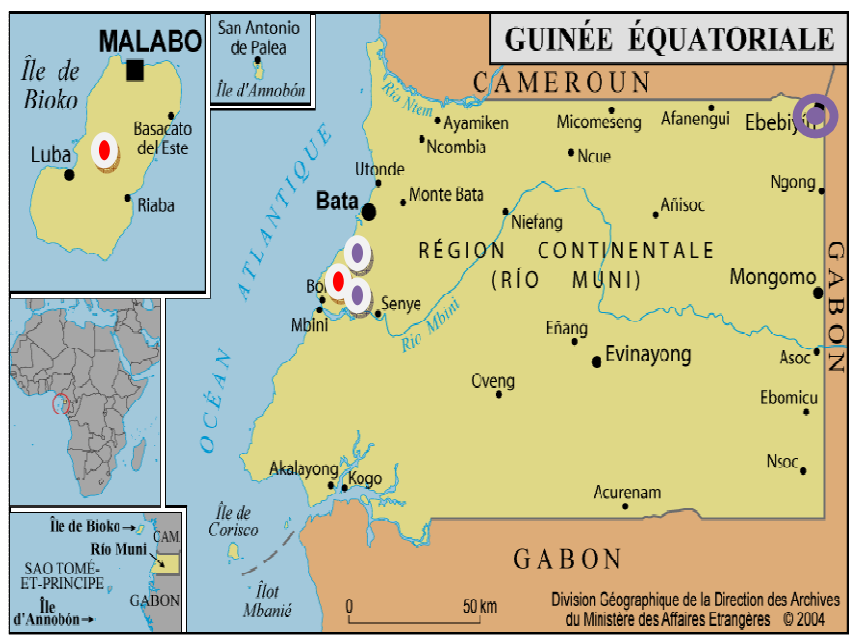
- Organización de un foro nacional para analizar la puesta en marcha de la extensión del manejo integral de VIH en el nivel periférico.
- Reuniones entre el PNLs y las autoridades locales para el estudio de la pertinencia de la extensión, la elaboración de los planes de acción y apoyo para mejorar la gestión del programa de VIH desde su nivel mediante la creación de un grupo local de gestión y coordinación de las actividades de VIH.
- Formaciones teóricas al personal (clínicos, consejeros y técnicos de laboratorio) de los hospitales provinciales y acompañamiento in situ, proceso éste que está siendo implementado hasta ahora.

Con el propósito de conocer el alcance de este proceso de extensión del manejo integral de VIH, el PNLs está constituyendo equipos técnicos integrado en las

provincias por personal de programas afines al de sida, los cuales evaluarán diferentes aspectos relacionados con el desarrollo de todas las áreas integradas en el manejo integral (Diagnóstico, Consejería, Tratamiento, PTMH, etc.) dicha evaluación permitirá tener la situación actual del proceso y elaborar un plan de mejora sobre las deficiencias observadas.

A finales de 2010, el proceso de extensión se implementó en la provincia de Kie-Ntem, concretamente en el hospital de Ebibeyin, con una serie de capacitaciones relacionadas con el manejo integral. En julio de 2011, el hospital inició su actividad como centro provincial de tratamiento ARV, con la entrega del primer lote de medicamentos ARV y de medicamentos para IO. Actualmente habrían entonces 4 centros en la Región Continental y 1 centro en la región insular. Dos otros CPT ofrecerán sus servicios de TARV en 2012.

Mapa con la distribución de los centros de TARV, Guinea Ecuatorial 2011

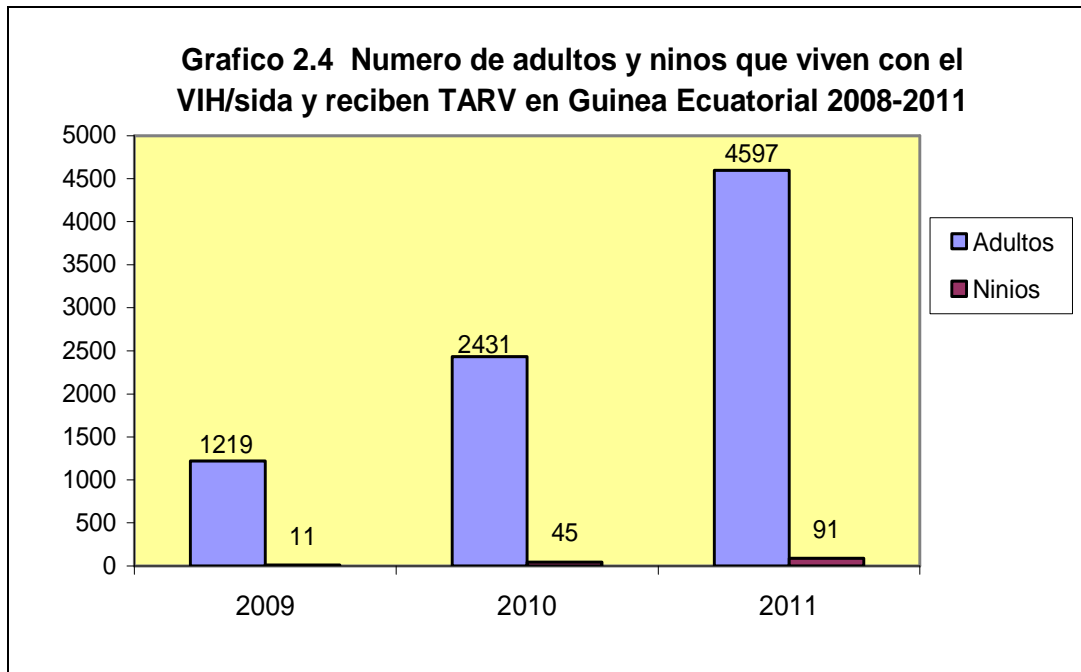


CTA  UREI  CPT 

En cuanto a los recursos humanos, de 2004 a 2008 apenas 3 médicos eran prescriptores de ARV. En 2011, el país disponía ya de 84 profesionales formados.

En 2011 se aprobó el nuevo protocolo terapéutico que sigue las orientaciones de la OMS, 2010. Además, existen dos nuevos protocolos: Protocolo Nacional de Indicadores de Alerta Precoz y el Protocolo Nacional de Monitoreo de la Fármaco resistencia ARV 2009 que han sido aprobados por el MINSABS.

Como resultado de todas las acciones, desde finales de 2003 se ha incrementado progresivamente el número de personas que viven con el VIH/sida en tratamiento en las diferentes estructuras del país. En la actualidad 4.597 pacientes adultos y 91 niños se benefician del TARV (Gráfico 2.4)



Este logro a nivel terapéutico ha sido posible gracias a varios factores entre los que se cuentan:

- La voluntad política del Gobierno, en ofrecer el tratamiento ARV de forma gratuita a todos los ciudadanos infectados. Es importante recalcar que se han incrementado las asignaciones presupuestarias del Estado al Programa Nacional de Lucha contra el VIH/sida, para la compra de medicamentos ARV, especialmente desde el cierre del proyecto del FM en junio 2011.
- El cumplimiento de la estrategia del acceso universal, mediante el aumento progresivo del número de centros de tratamiento
- La integración de la Atención Primaria de Salud en el programa de manejo integral de las personas que viven con el VIH.
- Incremento del número de prescriptores de ARV, pasando de 3 entre 2004 y 2008 a 12 en el año 2010 y 17 en 2011.

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

A finales del 2011 se realizó la encuesta IAP en una muestra aleatoria de 310 pacientes que iniciaron el tratamiento en 2010 y se encontró que al menos 75.5% continuaban el tratamiento y 24.5% había abandonado el tratamiento sin conocerse las verdaderas causas de este abandono, puesto que el programa no cuenta con actividades ni registros de rescate de perdidos de vista.

Objetivo 5. Reducir en un 50% el número de muertes por tuberculosis (TB) entre las personas que viven con el VIH para 2015

N°	Indicador	2003-2009	2010-2011
5.1	Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tiene TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	(2008) 10.4% (2007) 12.2%	(2009) 7% (2010) 7%

❖ **Gestión coordinada del tratamiento de la Tuberculosis y el VIH**

El porcentaje de pacientes con coinfección tuberculosis/VIH en tratamiento se ha reducido progresivamente pasando de 12.2% en 2007 a 7% en 2009 y 2010. Esta reducción se ha producido a pesar de los esfuerzos de integración del programa TB con el programa de VIH. Desde 2010 se han reforzado las actividades TB/VIH como sigue

a) Actividades de coordinación entre los dos programas PNLT y PNLS:

- Nivel central: Se ha creado un comité de coordinación par llevar a cabo las actividades de colaboración TB/VIH en un marco formal establecido.
- Nivel medio: La coordinación entre ambos programas, sigue siendo deficiente a nivel Regional, lo que obstaculiza la colaboración entre los dos Programas TB/VIH.
- Nivel periférico: al contrario, a nivel periférico se está consiguiendo un avance significativo en la unificación de las funciones del personal encargada de las actividades de TB y VIH.

b) Implementación de actividades conjuntas

- Giras de supervisión: desde el año 2010 se realizan giras de supervisión conjunta entre los dos programas, aunque no de manera regular, por falta de financiación. Esta actividad ha permitido mejorar sobre todo la colecta de datos en el terreno.
- Formación de personal: los dos programas están trabajando en la integración de actividades formativas, es decir, una formación organizada por Tuberculosis, se integra el componente VIH y, viceversa.
- El uso del mismo personal en la periferia: Se ha evitado la duplicidad de funciones, y se ha favorecido la integración de actividades en la periferia, para paliar la falta de personal que adolecen algunos centros sanitarios.

c) Armonización del manejo de casos de coinfección entre los dos programas

En 2010, el equipo técnico retuvo las siguientes recomendaciones generales en cuanto al manejo de los pacientes coinfectados:

1. El tratamiento de la Tuberculosis activa en paciente con infección por VIH debe seguir básicamente los mismos principios que en pacientes sin VIH
2. Tras el diagnóstico de tuberculosis activa hay que iniciar de manera inmediata y prioritaria el tratamiento dirigido a ésta.
3. Iniciar Tratamiento Antirretroviral (TARV) en todos los pacientes VIH positivos con diagnóstico de tuberculosis activa, independientemente del nivel de CD4 (Tabla 2.2)
4. Iniciar primero el tratamiento para la Tuberculosis, seguido por el TARV, tan pronto como sea posible
5. Utilizar Efavirenz (EFV) como el No Nucleósido (NN) de elección en pacientes que inician TARV estando ya con Tratamiento antituberculoso.

6. La rifampicina debe ser incluida como fármaco fundamental del tratamiento anti tuberculoso en los pacientes que ya recibían previamente TAR
7. Iniciar inmediatamente el cotrimoxazol a dosis profilácticas para *Pneumocystis jiroveci*, dada su asociación a disminuir la mortalidad.
8. De ser posible, manejar el tratamiento antituberculoso como Directamente Observado
9. El grupo técnico teniendo en cuenta las consideraciones de los diferentes estudios publicados con respecto al inicio de TAR, consideró como pauta a seguir la que se presenta en la siguiente tabla a la hora del momento de inicio del tratamiento en un paciente coinfectado.

Tabla 2.2 Tiempo sugerido por el equipo técnico de inicio del TARV en pacientes coinfectados VIH/TB de acuerdo a nivel de CD4 en Guinea Ecuatorial, 2010

Conteo de CD4 en cell/ul	¿Cuándo iniciar TAR?
<200	Tan pronto como sea posible: tras 2 semanas de haber iniciado antituberculosos
>200-500	De 8-12 semanas después del inicio de Anti TB
>500	Diferir TAR hasta fin de Tto Anti TB*

Los protocolos recomendados por la comisión técnica se resumen en la Tabla 2.3

Tabla 2.3 Protocolos ARV que se recomienda por la comisión técnica para tratar a pacientes con coinfección e Guinea Ecuatorial, 2010

Recomendados	Alternativos
TDF+FTC+EFV	1.- AZT+3TC+EFV
TDF+3TC+EFV	2.- TDF+FTC+NVP
	3.- AZT+3TC+ABC + TDF
	4.- D4T+3TC+EFV
	5.- AZT (o D4T) + 3TC+ TDF

- b) Diagnóstico

Los establecimientos sanitarios del primer nivel cuentan con más conocimientos y competencia clínicos en el diagnóstico y el tratamiento de casos de TB coinfectados, lo que incluye remitir más tempranamente a los pacientes cuando proceda. Esto ha permitido una mejor identificación de los casos de coinfección (48% en 2010).
- c) Tratamiento

En los establecimientos de salud periféricos de entornos con alta prevalencia del VIH, los profesionales sanitarios ya se instauran tempranamente un tratamiento antituberculoso empírico en los pacientes con un cuadro grave que se considere debido a un caso de coinfección.
- d) Estrategia de DOTS comunitario

Para la implementación de la estrategia Dots comunitario, se ha formado a los Directores de hospitales, Responsables clínicos y equipos de APS de cada Centro y Puesto de Salud, en el manejo y seguimiento de casos de TB en la comunidad, eso permitió la mejora del éxito terapéutico cosechado.

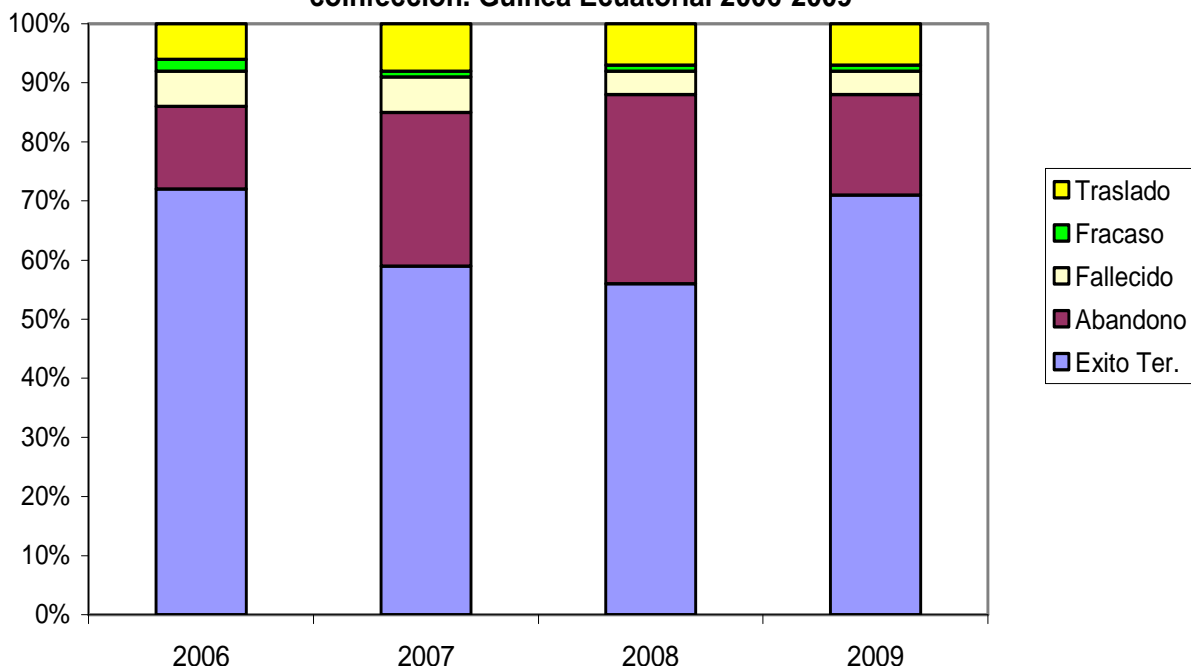
El porcentaje de pacientes con tuberculosis que se realizan el test se ha incrementado progresivamente en los últimos 3 años (33% en 2008, 46% en 2009 y 55% en 2010)

Sin embargo, el número de pacientes con coinfección tuberculosis/VIH en tratamiento se ha reducido entre 2008 y 2010 (96 en 2008, 66 en 2009 y 69 en 2010).

El éxito terapéutico se ha reducido entre 2007 y 2008 para volver a ser de alrededor de 71% en 2009, similar a 2006 (72%). El porcentaje de fracaso terapéutico se mantiene muy bajo, en alrededor del 1-2%. En cambio, el abandono terapéutico fue muy importante también en 2007 y 2008 (Gráfico 2.5) Las explicaciones pueden ser la salida progresiva de la cooperación española al PNLT lo cual conllevó el retiro de incentivos al personal.

En la actualidad el Gobierno asume los costos de la estructura de salud y apoya la compra de reactivos para diagnóstico y los medicamentos. La falta de recursos financieros se hace sentir sobre todo para las actividades de prevención (IEC/CCC), formación del personal, seguimiento de los pacientes, rescate de abandonos, monitoreo y evaluación.

Gráfico 2.5 Evolucion del éxito terapéutico del tratamiento de TB incluida la coinfección. Guinea Ecuatorial 2006-2009



Desde 2011, el PNLT recibe apoyo técnico y financiero de una manera puntual de la OMS. También está en negociaciones con la cooperación española para retomar el financiamiento de algunas actividades.

Objetivo 6. Alcanzar un nivel significativo del gasto mundial anual (US\$22-24 billones) en países bajos y medianos ingresos

N°	Indicador	2003-2009	2010-2011
6.1	Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuentes de financiación (USD)	(2005-2011) F.M USD 7'629.143 (2011) OMS 41347	Gasto Nacional (2010) 710.303 (2011) 939.672

No se cuenta con toda la información referente a las contribuciones del Estado para la lucha contra el VIH/sida. Desde la introducción del TARV en Guinea Ecuatorial en 2003, el Gobierno ha contribuido con medicamentos.

El Fondo Mundial ha contribuido con una subvención de USD 7.6M del periodo junio 2005 a julio del 2011 en materia de prevención, tratamiento y apoyo. A partir del cierre de este proyecto, el Gobierno asume el 100% de los gastos del diagnóstico y tratamiento de las personas que viven con el VIH/sida.

7. Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo

N°	Indicador	2003-2009	2010-2011
7.1	Instrumento de observación de los compromisos y políticas nacionales (prevención, tratamiento, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, cuestiones de género, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación y Monitoreo y Evaluación)	Ver ICPN	Ver ICPN
7.2	Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses	ND	ND
7.3	Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad (<i>Ind. ODM</i>)	ND	ND
7.4	Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses	ND	ND

❖ Instrumento de observación de los compromisos y políticas nacionales

Medir la implementación de las políticas/estrategias y leyes entorno al VIH es un indicador de suma importancia, hay que tener presente que reducir o eliminar el estigma y la discriminación, conseguir que se respeten los derechos humanos de las PVVIH, cumplir o implementar las estrategias favorece obtener buenos indicadores y sobre todo mejorar la calidad de vida de las personas infectadas y afectadas. La opinión de las personas del gobierno y de otras organizaciones no gubernamentales, es un fiel medidor de las acciones que se han llevado a cabo y de las pendientes.

Para conocer el proceso para obtener el resultado del ICPN, ver Anexo 1. Para conocer los detalles del análisis del ICPN ver Anexo 2.

- INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE LOS COMPROMISOS Y POLÍTICAS NACIONALES

Tabla 2.4 ICPN
Parte A Funcionarios del Gobierno

Indicador	Fuente	Promedio 2009	%	Promedio 2011	%	
Promedio de calificación acerca los esfuerzos de planificación estratégica de los programas relacionados con el VIH	Encuesta ICPN	2,5	25%	8,0	80%	
Promedio de calificación acerca del apoyo político al programa del VIH		5,3	53%	8,5	85%	
Promedio de calificación acerca los esfuerzos realizados por el respeto y protección de los derechos humanos de las PVVIH mediante la aplicación de leyes en 2011					2,5	25%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH		3,0	30%	6,0	60%	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de ejecución de los programas de prevención del VIH		4,3	43%	5,0	50%	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos hacia la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH		5,0	50%	7,0	70%	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables		0	-	2,0	20%	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del VIH		2,0	20%	2,0	20%	

Tabla 2.5 ICPN
Representantes de las organizaciones de la sociedad civil, los organismos de cooperación bilateral y las organizaciones de las UN : Parte B

Indicador	Fuente	Promedio 2009	%	Promedio 2011	%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil	Encuesta	6,0	60%	1,6	16,6%
Promedio de calificación acerca del esfuerzo por hacer cumplir las políticas, las leyes y reglamentaciones existentes		4,5	45%	0	-
Promedio de calificación acerca del esfuerzo de implementación de políticas, leyes y regulaciones relacionadas con los derechos humanos en 2011		5,0	50%	3,3	33,3%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la ejecución de los		8,3	83%	4,0	40%

programas de prevención del VIH	ICPN				
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos en la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH		1,3	13%	5,0	50%

❖ Análisis de la Tendencia de Datos Claves del NCPI desde el 2009

En el año 2011, la calificación acerca los esfuerzos de planificación estratégica de los programas relacionados con el VIH aumentó a un 80%, esto es debido se han tenido varios logros como la gratuidad de los medicamentos ARV, y de pruebas relacionadas con el VIH (test de VIH y CD4), la actualización del Marco estratégico 2009-2013 de lucha contra el VIH/sida, y la elaboración del Proyecto para Reforzar las Capacidades del Programa en la Lucha contra el VIH 2010 – 2015 elaborado por el MINISABS para el FDS.

Igualmente se valora mejor el esfuerzo político al programa del VIH y a la prevención, aunque consideran que la ejecución de los programas de prevención no es muy satisfactoria.

Parte A

Indicador	Fuente	Promedio 2009	%	Promedio 2011	%
Promedio de calificación acerca los esfuerzos de planificación estratégica de los programas relacionados con el VIH	Encuesta ICPN	2,5	25%	8,0	80%
Promedio de calificación acerca del apoyo político al programa del VIH		5,3	53%	8,5	85%

También hubo diferencia significativa referente a la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo. Esto se debe a que se valoran bastante los importantes logros en el apoyo a los niños expuestos al VIH con leche artificial, el aumento de la cobertura de tratamiento ARV a otras provincias (extensión del TARV), el comienzo del tratamiento del VIH pediátrico y la existencia de fondos disponibles destinado la compra de ARV.

Indicador	Fuente	Promedio 2009	%	Promedio 2011	%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos hacia la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH	Encuesta ICPN	5,0	50%	7,0	70%

Existe tratamiento para la coinfección VIH/TB, mayor acceso al diagnóstico del VIH y al tratamiento de las IO

No ha habido diferencias entre la valoración que se hace con respecto a los esfuerzos para la vigilancia y evaluación y el apoyo a los niños huérfanos (20% en 2009 y 2011)

Parte B					
Indicador	Fuente	Promedio 2009	%	Promedio 2011	%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil en 2009 y 2011	Encuesta ICPN	6,0	60%	1,6	16,6%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH		8,3	83%	4,0	40%

En cambio los encuestados en la parte B consideran que la participación de la sociedad civil ha disminuido, habiendo gran diferencia respecto al 2009. De igual manera ha habido una disminución con respecto a la calificación acerca de los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH.

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

No se dispone de datos sobre el indicador. En 2010 MINASPROM registró 68 casos de Violencia sexual y 428 de violencia física y en 2011, se registraron 45 casos de Violencia sexual y 264 de violencia física.

❖ **Asistencia escolar a los huérfanos**

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

El nuevo marco 2009-2013, ha previsto varias intervenciones de apoyo, aunque no clarifica las organizaciones o entidades que podrían ocuparse de la atención integral de estos niños.

La ONG AMUSIDA está realizando varias actividades a favor de niños huérfanos en Guinea Ecuatorial. Un total de 10 niños han recibido apoyo a domicilio a través de la entrega mensual de un paquete alimentario. A finales de 2011, AMUSIDA organizó una Cena de Gala a favor de 45 niños huérfanos de Annobón

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

No hay datos.

IV. PRÁCTICAS ÓPTIMAS.

En los últimos dos años (2010-2011), el programa multisectorial de lucha contra el VIH/sida en Guinea Ecuatorial ha desarrollado nuevas experiencias e implementado nuevas estrategias con la finalidad de lograr los objetivos del país en materia de reducción de nuevas infecciones, tratamiento y apoyo de las personas que viven con el VIH/sida. A continuación, un resumen de los logros del programa y los factores o practicas que han contribuido a ese éxito.

Logros del programa	Factores /Prácticas que han contribuido al éxito
1. Liderazgo político del más alto nivel	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención del Jefe de Estado durante la cumbre de la Unión Africana en la ciudad de Sipopo en 2011 - Intervención de la Primera Dama de la Nación durante la reunión de las Primeras Damas de África en la cumbre de la Unión Africana en la ciudad de Sipopo - Intervención pública de la Primera Dama de la Nación durante la campaña de sensibilización de la prevención de VIH de la madre al hijo en el mes de abril - Intervención pública del Vice Primer Ministro Tercero. Ministro de Sanidad – Encargado del Sector Social y Derechos Humanos durante el día mundial de lucha contra el VIH/sida en 2011, y el día internacional de la Tuberculosis marzo de 2012.
2. Políticas de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - Plan marco estratégico de lucha contra el VIH/sida 2009 – 2013 - Plan de urgencias de lucha contra el VIH-sida 2009-2010. - Documento de fortalecimiento del programa nacional de lucha contra el VIH/sida - Nuevo protocolo nacional de diagnóstico de VIH - Guía de practica clínica en seguimiento y tratamiento de adultos y adolescentes viviendo con el VIH/sida - Orden ministerial que regula la extensión del manejo integral de las personas que viven con el VIH en todo el territorio nacional - Protocolo del nueva estrategia de PTMH. - El oficio procedente de la primatura al Vice Primer Ministro Tercero en la que se insta al ministerio de sanidad para tomar acciones inmediatas y pertinentes para frenar la propagación de VIH en la República de Guinea Ecuatorial - El alto compromiso político del gobierno, tomando en cuenta la TB en el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario y en el Fondo Social (fondos que vienen a completar las donaciones del gobierno)
3. Prevención: Mas personas conocen el VIH/sida. Más personas conocen su status serológico.	<ul style="list-style-type: none"> - Actualización del nuevo protocolo de diagnóstico y formación del personal de los laboratorios en el manejo del nuevo algoritmo del acto único. - Intervenciones de las ONGs afines en la sensibilización de los jóvenes y adolescentes, mujeres, personal en uniforme y la población en general
4. Prevención: Más Mujeres en edad de procrear conocen sobre la transmisión madre-hijo y se realizan el test	<ul style="list-style-type: none"> - Actualización y formación de formadores en el nuevo protocolo de la prevención del VIH de la madre al hijo. - Formación de pares educadoras mujeres - Campañas de sensibilización a mujeres sobre el VIH/sida y la PTMH

Logros del programa	Factores /Prácticas que han contribuido al éxito
5. Progreso en el número de PVVIH adultos en TARV	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión, validación de la guía de practica clínica en seguimiento y tratamiento de adultos y adolescentes viviendo con el VIH/sida - Incremento de los centros que dispensan los medicamentos antirretrovirales de dos a cinco centros. - La disponibilidad del equipo de asesores del ISCII para la política de la extensión del manejo clínico de las personas que viven con el VIH - Financiamiento de los medicamentos asegurado por parte del Gobierno nacional
6. Integrando TB y VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Existe una voluntad política de reforzar la lucha contra la tuberculosis: Compra de reactivos y medicamentos de TB, elaboración de un plan estratégico que recoge actividades de coinfección - Colaboración de los programas TB/VIH sobre el terreno (formación del personal, test de VIH en los enfermos tuberculosos) - Implicación de la comunidad: DOTS Comunitaria/familiar. - Partenariado público y privado: CDT relevante del sector privado/confesional
7. Plan nacional de monitoreo y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración , validación de la nueva guía de monitoreo y evaluación - Formación del personal - Actualización de la base de datos de las UREI y de las CTAS
8. Personal de salud capacitado	<ul style="list-style-type: none"> - Profesionales formados en prescripción de ARV - Formación de formadores sobre la nueva estrategia de la PTMH.
9. Infraestructura: Nuevos centros de salud creados	<ul style="list-style-type: none"> - Desde hace varios años el gobierno esta trabajando en mejora de las infraestructuras sanitarias en todo el ámbito nacional
10. Multisectorialidad reforzada	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de socios comprometidos (OMS, Cooperación española : ISCIII y FRS) - Sociedad civil reforzada en su rol, planificando y solicitando financiamiento para sus actividades - Presencia de una red de ONG - Organizaciones basadas en la fe interesadas en apoyar la lucha contra la epidemia - Una red de socios públicos y privados (Laboratorio Castroverde, Centro Médico La Paz, y Empresas Petrolíferas)

V. GUINEA ECUATORIAL: PROBLEMAS ENCONTRADOS EN EL PNL5 2010-2011 Y MEDIDAS CORRECTORAS

Objetivos	N°	Indicador	Problemas encontrados	Medidas correctoras
Objetivo 1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales de VIH para el 2015 <i>Población general</i>	1.1	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 25 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH*	<ul style="list-style-type: none"> - No existen en el país un plan integral de comunicación y marketing (PICM) - Deficiencia de las actividades de prevención dirigidas a la población sexualmente activa. - Financiación insuficiente para cubrir las actividades de sensibilización 	<ul style="list-style-type: none"> - Se refuerza la idea de elaborar y poner en marcha un plan integral de comunicación y marketing (PICM) con los siguientes componentes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Estudio de problemas y necesidades en cada grupo poblacional 2. Identificación de preferencias en los canales de comunicación 3. Identificación de los tipos/estrategias de comunicación a utilizar (IEC, CCC, CCS) 4. Elaboración de un plan integral de comunicación y marketing que busca como fin último el cambio en el comportamiento y que tiene en cuenta a cada grupo en situación de vulnerabilidad (jóvenes 10-24 años, embarazadas, grupos más expuestos, personas con ITS...) 5. Elaboración de mensajes clave y canales de comunicación adecuados para cada grupo. - Reforzar las capacidades técnicas y financieras de la Sociedad Civil en acciones de prevención en todos los grupos poblacionales 10-49 años. - Mejorar los conocimientos del personal sanitario, de los medios de comunicación social y de ONGs en materia de prevención.
	1.2	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de un plan de marketing social de preservativos en el país. - Falta de promoción de las mejores comportamientos positivos sobre el inicio tardío de las relaciones sexuales, la fidelidad y la utilización del preservativo 	
	1.3	Porcentaje de adultos de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de estudios orientados a conocer mejor el comportamiento de la epidemia en los jóvenes, incluido el sexo intergeneracional 	
	1.4	Porcentaje de personas adultas de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual*	<ul style="list-style-type: none"> - No se han normalizado el currículum y los módulos de VIH en las escuelas. 	

Objetivos	N°	Indicador	Problemas encontrados	Medidas correctoras
				<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar las relaciones entre el PNL y los medios de comunicación social para la mejora en la divulgación de la información relacionada al VIH. - Priorizar las intervenciones hacia la población comprendida entre 10-19 años (visto el alto porcentaje de embarazos en menores de 15 años y la temprana edad de inicio de la actividad sexual en mujeres) con mensajes orientados hacia la prevención del embarazo en adolescente/no deseado y de ITS/VIH y que promuevan la toma de decisiones reflexionada sobre las ventajas de: retardar el inicio de la actividad sexual, reducir en el número de parejas sexuales y utilizar del preservativo. - Implementación de estrategias de proximidad y CCC dirigido a jóvenes de 10-24 años dentro y fuera de las escuelas - Crear alianzas con las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones de la subregión. - Agilizar la publicación de los datos relacionados con la VIH incluidos en la EDS.
	1.5	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Sigue habiendo una falta de interés por crear centros/servicios de Asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH fuera de los servicios de salud convencionales. - La falta de integración de la estrategia de 	<ul style="list-style-type: none"> - Crear espacios y centros (urbanos y rurales) para el asesoramiento y pruebas voluntarias a la población. - Realizar un análisis de situación sobre el funcionamiento de los servicios de

Objetivos	N°	Indicador	Problemas encontrados	Medidas correctoras
			<p>la OMS sobre la Pruebas de VIH ofrecidas por los proveedores de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasta ahora no se ha elaborado la Guía Integral de Consejería. - Poca formación del personal en asesoramiento y pruebas del VIH en los centros de diagnóstico. - Baja cobertura de los centros sanitarios de diagnóstico del VIH (sobre todo los centros de salud) 	<p>consejería.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La elaboración y puesta en marcha de una Guía rápida en Consejería que pueda ser aplicada en todos los servicios de salud con diagnóstico del VIH - Integrar más centros de salud en la red de los centros de diagnóstico de VIH.
	1.6	Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH*	<ul style="list-style-type: none"> - Sigue habiendo mayor proliferación de las conductas de riesgo de contraer el VIH en la población de 15-24 años. - Falta de desarrollo de ONGs y asociaciones que trabajan con los jóvenes en la prevención de la infección del VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar más centros de salud en la red de los centros de diagnóstico de VIH. - Implementar espacios/unidades de salud amigos de los jóvenes integrados en los centros de salud existentes
	1.7	Porcentaje de trabajadoras sexuales al que le han llegado programas de prevención	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta ahora sigue habiendo ausencia de actividades estructuradas de intervención en poblaciones más expuestas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar un proyecto de investigación para la realización de estudios específicos en poblaciones más expuesta (trabajadoras sexuales).
	1.8	Porcentaje de trabajadoras sexuales que declara haber usado un preservativo con su último cliente	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de organizaciones de la sociedad civil dedicada a la atención a las trabajadoras sexuales , así como de otros grupos de alto riesgo identificadas en el último estudio de seroprevalencia en mujeres embarazadas del año 2008 (comerciantes, agricultoras, empresarias) 	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar apoyo técnico y financiero a las ONGs cuyas actividades vayan dirigidas a poblaciones más expuestas.
	1.9	Porcentaje de trabajadoras sexuales que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	<ul style="list-style-type: none"> - quienes tendrían múltiples parejas sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar una legislación que regule la actividad de las trabajadoras sexuales

Objetivos	N°	Indicador	Problemas encontrados	Medidas correctoras
	1.10	Porcentaje de trabajadoras sexuales que vive con el VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de una legislación que regule la actividad las trabajadoras sexuales - Ausencia de estudios y de intervenciones orientadas a HSH 	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar apoyo técnico y financiero a las ONG interesadas en trabajar con HSH.
	1.11	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH.		
	1.12	Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina		
	1.13	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados		
	1.14	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH		
Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015	2.1	Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de estudios y de intervenciones orientadas a UDI 	<ul style="list-style-type: none"> - Contratar asesoría externa para el desarrollo de estudios orientados al análisis de situación (su identificación) de los UDI. - Elaborar proyectos que impulsen acciones dirigidas a las poblaciones de UDI. - Fomentar y apoyar a las ONGs para llevar a cabo intervenciones en IDU
	2.2	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual		
	2.3	Porcentaje de usuarios de		

Objetivos	N°	Indicador	Problemas encontrados	Medidas correctoras
		drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó		
	2.4	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados		
	2.5	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH		
Objetivo 3. Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida	3.1	Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil	- El número de centros que prestan los servicios de salud reproductiva sigue siendo insuficientes, por lo tanto, poca accesibilidad de la población a los servicios prenatales y de PTMH.	- Continuar con la aceleración de de la extensión de los servicios de PTMH a nivel nacional, incrementando el número de centros que prestan servicios de calidad de atención prenatal y PTMH.
	3.2	Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento.	- Recursos humanos insuficientemente capacitados en la prestación de servicios de atención prenatal, parto y el puerperio y falta de integración de las parteras tradicionales al programa, todo ello repercute en:	- Continuar con la formación del personal de atención prenatal en el nuevo protocolo de la PTMH. - Asegurar el seguimiento y supervisión de la aplicación de la estrategia en todos los niveles.
	3.3	Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)	<ul style="list-style-type: none"> o Baja cobertura de los servicios de atención prenatal, parto y posnatal. o Baja cobertura de los servicios de despistaje en mujeres embarazadas. o Baja cobertura de mujeres seropositivas que reciben tratamiento ARV para la PTMH. 	- La integración de los servicios de despistaje y de consejería en todos los servicios de atención prenatal, parto y posnatal para la madre y su pareja. - Apoyar a las ONG que puedan intervenir en

Objetivos	N°	Indicador	Problemas encontrados	Medidas correctoras
			<ul style="list-style-type: none"> - Falta de un mecanismo establecido de supervisión y seguimiento periódico de la aplicación de la estrategia en los diferentes niveles. - Falta de seguimiento /acompañamiento de las parejas infectadas. - Las deficiencias en el seguimiento de los RN de madres seropositivas. - Falta de un test de determinación de pruebas virológicas (PCR). 	<ul style="list-style-type: none"> - el nivel comunitario para el rescate de madres seropositivas y sus niños. - Actualizar el protocolo de la PTMH según las recomendaciones de la OMS 2010. - Instalar máquinas de PCR en Bata y Malabo para el diagnóstico precoz de los niños nacidos de madres seropositivas.
Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015	4.1	Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretroviral	<ul style="list-style-type: none"> - Baja cobertura de TARV, sobre todo en niños y alto número de abandonos de pacientes en seguimiento y en tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implicación de todos los centros de salud y puestos de salud en el seguimiento de PVVIH. Se tratara de implementar un sistema adecuado de referencia y contrarreferencia de pacientes. - Se necesita la financiación de proyecto con al Fondo para el Desarrollo Social en 2010 relacionadas con las actividades basadas en la adherencia, que permita dar respuesta a la baja cobertura del tratamiento ARV en Guinea Ecuatorial. Incluye un proceso de extensión del manejo integral de VIH/SIDA. - Reforzar en funcionamiento de la Federación de ONGs en la lucha contra el VIH/SIDA para la mayor integración y el refuerzo de las capacidades de la sociedad civil y las personas que viven con el VIH/SIDA para realizar el apoyo psicosocial, comunitario y la prevención positiva - Implementación de las actividades de difusión de la Ley sobre la protección de los
	4.2	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de un sistema de rescate de abandonos al tratamiento en los centros de tratamiento - Incremento de conductas que favorecen la estigmatización en los servicios de salud y en la comunidad. - Falta de medidas de acompañamiento para la aplicación de la ley sobre la protección de los derechos de las PVVIH. - La falta de puesta en marcha de la agenda de ruta sobre los resultados de los Indicadores de Alerta Precoz para la Farmacoresistencia del VIH a los ARV - Insuficientes actividades de prevención del VIH en parejas de PVVIH en 	

Objetivos	N°	Indicador	Problemas encontrados	Medidas correctoras
			seguimiento	<p>derechos de las personas viviendo con el VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poner en marcha la agenda (hoja de ruta) para la mejora de los factores que influyen en la farmacorresistencia del VIH a los ARV. - Reforzar las actividades de prevención positiva, sobre todo en PVVIH que no están bajo TARV
<p>Objetivo 5. Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015</p>	5.1	<p>Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que padecen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Baja capacidad de gestión y de coordinación de las actividades de lucha contra la tuberculosis: <ul style="list-style-type: none"> o Insuficiencia en la organización y la estructuración del programa. o Insuficiencia de recursos humanos en cantidad y calidad en todos los niveles o Baja cobertura de la estrategia DOTS o Red de laboratorio no organizado o Insuficiencia en la detección y el manejo de los casos de tuberculosis con consecuencias: baja tasa de detección (23%), baja tasa de éxito terapéutico (71%) y tasa elevada de abandono de tratamiento (17%, cohorte de 2009). o Debilidad del sistema de aprovisionamiento y de gestión de los medicamentos antituberculosos y consumibles de laboratorio o Insuficiencia en la planificación y gestión de las actividades de colaboración TB/VIH; dando como resultado insuficiencia en el manejo de casos de co – infección TB/VIH; baja 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar el funcionamiento del órgano de coordinación de los dos programa para la armonización de las actividades (de gestión, supervisión y asistenciales). - Reforzar el sistema de rescate de los pacientes co infectados coordinados entre los dos programas. - Establecer los servicios de despistaje y consejería pre, post test y de seguimiento en todos los centros de atención al paciente con tuberculosis. - Completar con Juan

Objetivos	N°	Indicador	Problemas encontrados	Medidas correctoras
			<p>proporción de enfermos tuberculosos examinados por VIH (60% en 2010; bajo acceso a la prevención con cotromoxazol y TARV)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia de actividades de IEC, de abogacía, de sensibilización, de comunicación y de movilización social para la lucha contra la Tuberculosis. - Mecanismos de seguimiento de DOTS comunitario débiles - Debilidad del sistema de seguimiento - Evaluación (Ausencia de un plan y de Instrumentos de gestión y de seguimiento de los enfermos; insuficiencia de datos sobre la TB/VIH y la TB en los niños; falta de medios logísticos; insuficiencia de supervisiones de los CDT. - Investigación operacional poco desarrollada. - Deficiencia en el seguimiento de los pacientes con coinfección TB/VIH. - Deficiencias en la consejería pre, post test y consejería de acompañamiento que favorece el bajo porcentaje de pacientes tuberculosos que aceptan la realización del test rápido de VIH y viceversa. - Gestión inadecuada de los recursos 	
Objetivo 7. Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo	7.1	Instrumentos de observación de los compromisos y las políticas nacionales (prevención, tratamiento, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, cuestiones de género, programas en el lugar de trabajo, estigma y		Ver ICPN

Objetivos	N°	Indicador	Problemas encontrados	Medidas correctoras
		discriminación y Monitoreo y Evaluación)		
	7.2	Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiencias de centros de atención de víctimas de la violencia doméstica. - Deficiencia en la formación del personal especializada en los problemas relacionados con la violencia doméstica. - Centralización de los servicios de atención de la violencia doméstica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar las capacidades del recurso humano del programa VIH en la detección y orientación de casos de violencia física, violencia sexual y trata de mujeres por la explotación sexual, hacia los programas de protección, rehabilitación y reinserción. - Crear un mecanismo de coordinación entre el programa de VIH y los centros de atención a víctimas de la violencia - Crear centros públicos de atención a la violencia doméstica.
	7.3	Asistencia escolar actual por parte de huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad*	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de intervenciones en NHV descritas en el primer marco estratégico. Por el momento, no se constata ninguna intervención por parte institucional para este grupo poblacional - El sistema de protección de la infancia Sigue siendo precario, a pesar de las resoluciones ratificadas por el país en este contexto. - Debilidad en la capacidad de desarrollar encuestas específicas que permitan conocer la situación de los niños huérfanos y niños vulnerables. - Pocas organizaciones dedicadas a la atención holística de HNV que implique un apoyo a nivel escolar, nutricional, sanitario y psicosocial 	<ul style="list-style-type: none"> - Se espera la asignación de recursos a los Ministerios para la protección y atención holística de los NHV y otras intervenciones orientadas a la prevención del VIH. - Continuar con la encuesta de niños huérfanos y otros niños vulnerables iniciada en 2009. - Reforzar las acciones de las ONG interesadas en trabajar con HNV
	7.4	Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de coordinación financiera con los departamentos de gestión económica. - Insuficientes asociaciones y entidades en apoyo a las familias más desfavorecidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la coordinación entre el PNLs y las instituciones de gestión económica. - Crear y apoyar asociaciones y entidades que apoyan económicamente a las familias más desfavorecidas.

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

En el marco de cooperación del SNNUU en el país se realizan esfuerzos en acuerdo con el país por establecer un marco programático y se identifican áreas de cooperación prioritarias.

En este sentido en el año 2011, se han apoyado varias actividades, entre las que están la iniciación de las primeras intervenciones en el campo de la farmacoresistencia al VIH, el reforzamiento de la estrategia de PTMH a través de supervisiones y apoyo técnico y financiero, apoyo en las jornadas de promoción de la salud y campañas de sensibilización

Uno de los donantes claves en GE desde el año 2005, fue el proyecto del FM, que desarrollo sus actividades desde Julio 2005 hasta 30 de Junio 2011.

INSTITUCIÓN	Ejecución del proyecto hasta el 30/06/2010 (fase 1+2)	Continuación de Servicios (del 1/07/10 al 30/06/11)	Ejecución consolidada (del 1/07/05 al 30/06/11)	%
CAMINO	67.155,51	-	67.155,51	0,88
CRUZ ROJA	70.544,15	-	70.544,15	0,92
IEC/abogacia	5.537,92	-	5.537,92	0,07
PNLS	194.422,17	19.070,28	175.351,89	2,30
SPORTLINK PLUS	43.085,83	-	43.085,83	0,56
ISCIH	76.390,30	-	76.390,30	1,00
UNICEF	73.200,17	-	73.200,17	0,96
UNFPA	133.705,06	-	133.705,06	1,75
WHO	69.349,38	-	69.349,38	0,91
UNDP	6.302.202,71	583.325,64	6.885.528,35	90,25
FONGSIDA	29.294,74	-	29.294,74	0,38
Total	7.064.887,94	564.255,36	7.629.143,30	100,00

Contabilizando las cantidades utilizadas tanto durante el periodo llamado de continuidad de servicios como para el cierre de actividades¹⁶ la utilización de recursos sobre el total disponible de la subvención habrá sido del 7.830.561,74 USD (79,7% del monto total de la subvención).

En el año 2011, la OMS ha desembolsado un total de 41347,53 USD en actividades múltiples relacionadas con el VIH

¹⁶ Son previsiones pues en el momento de elaborar el presente informe se están ejecutando las actividades de cierre

VII. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACION

- MONITOREO Y EVALUACIÓN

El análisis de esta sección se basa entre otros en el ICPN

a) Visión general del sistema actual de vigilancia y evaluación

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

*Una autoridad

*Un marco estratégico

*Un sistema de Seguimiento y Evaluación.

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

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

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

La implementación del manual de Seguimiento y Evaluación de VIH/SIDA ha tenido muchas dificultades en el seno del MINSABS, por falta de recursos capaces de sostener dichas actividades. Cabe recordar que la implementación del sistema en 2008, 2009 hasta Junio de 2010 fue financiado con los fondos del proyecto Fondo Mundial .

Desde 2011 la implementación del sistema de S/E VIH/SIDA decae por problemas de recursos humanos y financieros, ya que el proyecto FM estaba finalizando y se encontraba en la fase de cierre. Falta de recursos financieros, el SIS y el PNLS no pudieron asegurar las actividades de Seguimiento y Evaluación. Además se evidenció la falta de personal formado para tal fin.

c) Acciones correctoras

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

1. Integrar a los técnicos nacionales que trabajaban en el proyecto FM, componente VIH en el PNLS.

2. Crear una base de datos en las dos unidades de tratamiento.

3. Contratar a un consultor internacional para el diseño de una base de datos informatizado nacional y formar al personal que va a manejar la base de datos.

4. Formar al personal sobre Seguimiento y Evaluación en todos los niveles.
5. Realizar supervisiones formativas.
6. Mobilizar fondos para la implementación del Plan Marco Estratégico/Plan de trabajo del PNLS.

d) Desarrollo de capacidades y asistencia técnica.

Asistencia técnica:

El PNLS en coordinación con los socios técnicos existentes en el país, elaboran cada año, las actividades prioritarias que permitan el alcance de los objetivos del programa y que necesitan asistencia técnica.

Las áreas prioritarias de intervención recogidas en este marco de acción son:

a. En el área *Refuerzo institucional de la coordinación de la respuesta y movilización de recursos*

1. Validación del plan marco estratégico de lucha contra el VIH-SIDA 2009 – 2013
2. Asesoría técnica para el taller de reforzamiento del funcionamiento y organización del Programa Nacional de Lucha contra el Sida.
3. Apoyo técnico para la elaboración y revisión del manual de aprovisionamiento y compras de insumos relacionados con el VIH.

b. Acceso universal al reconocimiento del VIH y la prevención.

1. Asistencia técnica para la elaboración del protocolo de diagnóstico ofrecido por los prestadores de la salud, según las recomendaciones de la OMS.
2. Apoyo técnico para el estudio de las poblaciones más expuestas/riesgo al VIH (HSH, TS, etc.).
3. Apoyo técnico para la creación de grupos de autoapoyo de PVVIH para la mejora de la adherencia.
4. Apoyo técnico para el refuerzo de las capacidades de las ONG de lucha contra el SIDA para mejorar el desarrollo de las actividades de prevención. Y apoyo.

c. Acceso universal al seguimiento, tratamiento y apoyo de las PVVIH adultos y niños

1. Apoyo técnico para la elaboración del Protocolo Nacional de la Farmacorresistencia (determinación del genotipado).
2. Apoyo técnico para la formación del personal para la puesta en marcha del protocolo nacional de manejo de VIH/SIDA en adultos y adolescentes.
3. Apoyo técnico para la creación de bases de datos en los centros de tratamiento, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.
4. Apoyo técnico para la actualización del Protocolo nacional de la PTMH según las recomendaciones de la OMS.

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

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

a) CNS o equivalente: Sí

b) PNS: Sí

c) Otras: Ministerio de Educación, Ministerio de Asuntos Sociales y Promoción de la mujer; Ministerio de Obras Públicas; Ministerio de Trabajo.

2) Con aportaciones de Ministerios:

-Educación Sí

-Salud Sí

-Trabajo: Si

- Relaciones Exteriores: No

-Organizaciones de la sociedad civil: Sí

-Personas que viven con el VIH: No (Limitaciones geográficas)

-Sector privado: Sí

-Organizaciones de las Naciones Unidas: Sí

-Organizaciones bilaterales: Sí

-ONG internacionales: Sí

- Otras No

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

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

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

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

Nombre / cargo: Dr. Edelmiro Castaño Bizantino; Director General de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el sida:

Fecha: 12 Abril 2012.

Firma:

Dirección: Ministerio de Sanidad y Bienestar Social

Correo electrónico: edelcas53@yahoo.es

Teléfono: 00 240 222 278262

Nombre / cargo: Dr. Nemesio Abeso; Director del Programa Nacional de Lucha contra el sida (PNLS)

Fecha: 12 Abril 2012 .

Firma:

Dirección:

Correo electrónico: nemesioa@yahoo.es

Teléfono: 00 240 222 253252

ANEXO 1.

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

FASE PREPARATORIA GARP 2012

- Envío de la comunicación oficial al Ministerio de Sanidad y Bienestar Social sobre la elaboración del informe GARP 2012.
- Reunión de coordinación y planificación de la fase preparatoria con los diferentes actores para la elaboración del informe GARP 2012. Este encuentro estuvo liderado por el Director General de Coordinación Multisectorial, y contó con la participación de representantes de varios sectores implicados en la lucha contra el VIH/sida. Se constituyó un equipo nacional multisectorial encargado de discutir y analizar los términos de referencia de lo que sería el llamado proceso GARP 2012, ó fase preparatoria.
- Sesiones de Trabajo de los técnicos nacionales con la Consultora Internacional.
- Recolección de datos en el terreno por el Equipo Técnico Nacional de Trabajo.
- Reunión de presentación y análisis de los datos recolectados en el terreno.
- Elaboración de la parte narrativa del informe (equipo de redacción).
- Proceso para obtener el resultado del ICPN:
 - ✓ Taller con los participantes para acordar el proceso de recopilación de los datos donde se hizo la designación de dos coordinadores técnicos (uno para la parte A; otro para la parte B), así como la identificación de las diferentes personas a entrevistar siguiendo las directrices de GARPR 2012.
 - ✓ Composición del equipo nacional de trabajo
 - ✓ Realización de las entrevistas
 - ✓ Análisis de los resultados de las entrevistas (Indicador No 7.1: Instrumento de Observación de los Compromisos y Políticas Nacionales - ICPN)
 - ✓ Taller de análisis y validación de los resultados
 - ✓ Entrada y presentación de datos
- Taller de Presentación del Informe GARPR 2012 (borrador) y Validación, con la participación de los actores claves de los sector gubernamental, sociedad civil, PVVIH, sector privado y SNU, realizado el 11 de Abril del 2012.
- Distribución por e-mail de la versión final a los actores clave para la última revisión.

Durante parte del proceso Guinea Ecuatorial contó con el apoyo técnico de DAT/AOC/ONUSIDA a través de una consultora internacional para la redacción, análisis y del informe.

Desde el inicio de la fase preparatoria se nomino un equipo de redacción encargado de trabajar en coordinación con la consultora internacional en la escritura del informe, (tabla a)

La participación de todos los sectores ha sido indispensable, la coordinación y dirección ha estado representada por el Director General de Coordinación Multisectorial de lucha contra el Sida, bajo cuyo liderazgo se encontraron los colaboradores siguientes:

- 1) Sector gubernamental
 - Ministerio de Sanidad y Bienestar Social a través de los representantes de los diferentes programas (Programa Nacional de lucha contra el VIH/sida; Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Servicios de Laboratorio, Sistema de Información Sanitaria, Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas, Atención Primaria de Salud.
 - Células sectoriales representada por los Ministerios de Educación, Ministerio de Información Turismo y Cultura, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior y Corporaciones Locales, Ministerio de Asuntos Sociales y Promoción de la Mujer, Ministerio de Economía, Comercio de Pequeñas y Medianas Empresas, Ministerio de Hacienda y Presupuestos, Ministerio de Planificación e Inversiones Públicas.
- 2) Sector Para-público representado por INSESO
- 3) Sociedad Civil a través de las organizaciones no gubernamentales: AMUSIDA, Cruz Roja, CAMINO, Sport Link Plus, Red de Periodistas contra el SIDA
- 4) Las PVVIH representadas por la ONG Salud Positiva.
- 5) Organismos de Cooperación Bilateral: CRCE-ISCI, Cooperación Cubana.
- 6) Sector Privado: Laboratorio Castro Verde
- 7) Sistema de las Naciones Unidas: OMS, UNICEF, FNUAP, PNUD

❖ **Políticas gubernamentales relacionadas con el VIH y el sida**

Instrumento de Observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales

Progreso en el Desarrollo de Políticas/Estrategias e Implementación

Medir la implementación de las políticas/estrategias y leyes entorno al VIH es un indicador de suma importancia, hay que tener presente que reducir o eliminar el estigma y la discriminación, conseguir que se respeten los derechos humanos de las PVVIH, cumplir o implementar las estrategias favorece obtener buenos indicadores y sobre todo mejorar la calidad de vida de las personas infectadas y afectadas. La opinión de las personas del gobierno y de otras organizaciones no gubernamentales, es un fiel medidor de las acciones que se han llevado a cabo y de las pendientes. Para conocer el proceso para obtener el resultado del ICPN.

El resultado de las entrevistas realizadas correspondientes a la apreciación de la respuesta nacional al VIH en 2011 arroja lo siguiente:

Parte A: responden los funcionarios del gobierno.

Esta parte abarca:

- I. Plan estratégico
- II. Apoyo y liderazgo políticos
- III. Derechos humanos
- IV. Prevención
- V. Tratamiento, atención y apoyo
- VI. Vigilancia y evaluación

Parte B: responden los representantes de las organizaciones de la sociedad civil, los organismos de cooperación bilateral y las organizaciones de las Naciones Unidas.

Esta parte abarca:

- I. Participación de la sociedad civil
- II. Apoyo y liderazgo político
- III. Derechos humanos
- IV. Prevención
- V. Tratamiento, atención y apoyo

- El promedio de calificación acerca de los esfuerzos en la planificación estratégica de los programas relacionados con el VIH fue de un 80% en el año analizado.

- Según la opinión de varios entrevistados en este acápite, el progreso en el desarrollo de políticas y estrategias, ha sido importante. Desde el 2009 se mencionan varios logros alcanzados como la gratuidad de los medicamentos ARV, y pruebas relacionadas con el VIH (test de VIH y CD4), la actualización del Marco estratégico 2009-2013 de lucha contra el VIH/sida, la elaboración del Proyecto para Reforzar las Capacidades del Programa en la Lucha contra el VIH 2010 – 2015 elaborado por el MINISABS para el FDS.

Algunas problemas quedan por resolver cuales son la validación del Marco estratégico mencionado arriba, la falta de una línea presupuestaria, dirigir estrategias a ciertos grupos de riesgos como las PS, los HSH.

Existe discrepancia sobre la existencia o no de una estrategia dirigida a ciertos grupos de riesgo (HSH, PS y prisioneros), lo que demuestra el desconocimiento al respecto.

- Promedio de calificación acerca del apoyo político al programa del VIH en fue de 85% para la parte A y de un 0% para la parte B

➤ Ha habido una participación del estado en las campañas nacionales realizadas de lucha contra el sida, y el gasto nacional que ha hecho el gobierno a favor del VIH, la promulgación de diferentes leyes a favor de las PVVIH. Sin embargo existen dificultades como es la no aprobación del proyecto elaborado en el marco del FDS. Hubo discrepancias con respecto a la parte B, pues refieren que las PVVIH no tienen participación en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental del gobierno sobre VIH, a través del apoyo político y financiero.

- Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados por el respeto y protección de los derechos humanos de las PVVIH mediante la aplicación de leyes fue de 25% para la parte A y de un 33,3% para la parte B

➤ Ambas partes coinciden que desde el 2009 se han obtenido algunos logros como es la existencia de una ley que protege los derechos humanos de las PVVIH, y la gratuidad de los ARV, pero que a pesar de que existen leyes aprobadas que protegen los derechos humanos de las PVVIH, estas no se aplican, y por otra parte existen reglamentos que suponen un obstáculo para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaz a las poblaciones claves (el decreto sobre la obligatoriedad de hacer el test de VIH para acceder a documentos en el caso de los inmigrantes). Por otra parte está pendiente hace varios años la aprobación del código de familia, lo cual favorece a las mujeres que viven con el VIH. No se realizan intervenciones con los HNV. Existe un comisionado de Derechos humanos pero es necesario su reforzamiento.

- Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH fue de un 60% en la parte A

➤ Señalan que la realización de campañas de sensibilización sobre el test voluntario y la de PTMH (ambas financiadas por el gobierno) es un ejemplo de este apoyo político. Sin se deben reforzar las actividades de prevención a nivel comunitario, facilitar el desbloqueo de fondos destinados a la prevención, y la inserción y en el currículum escolar el módulo de educación sexual, así como a nivel del sector educativo formar las capacidades técnicas para la correcta implementación de este módulo.

- Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de ejecución de los programas de prevención del VIH fue de un 50% en la parte A y de un 40% para la parte B

➤ Se consideran logros el incremento del número de personas que aceptan hacer el test de VIH, la implementación del protocolo de PTMH, la reducción del estigma y la implicación de organismos internacionales en la lucha contra el VIH. Varios problemas quedan pendientes como es el reforzamiento en calidad de las campañas de sensibilización en la comunidad, el rol del ministerio de información que hasta ahora no es suficiente, iniciar acciones de prevención dirigidas a las PS y los HSH, la introducción en el currículum escolar el módulo

de salud sexual, e involucrar de forma eficaz todos los sectores en la lucha contra el sida.

- Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados para la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH fue de 70% para la parte A y de un 50% para la parte B

- La parte A y B mencionan logros importantes como el apoyo a los niños expuestos al VIH con leche artificial, el aumento de la cobertura de tratamiento ARV a otras provincias (extensión del TARV), el comienzo del tratamiento del VIH pediátrico y la existencia de fondos disponibles destinado la compra de ARV. Existe tratamiento para la coinfección VIH/TB, mayor acceso al diagnóstico del VIH y al tratamiento de las IO.

Entre los problemas que quedan por resolver, señalan el disponer de una tecnología apropiada para hacer un diagnóstico precoz del VIH en niños (PCR), tomar acciones concretas para mejorar la adherencia de los pacientes al TARV y continuar aumentando la cobertura nacional a través de la extensión del TARV, así como la puesta en marcha del nuevo protocolo de TARV.

- Promedio de calificación acerca de los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables fue de 20% para la parte A

- No existen intervenciones en este grupo vulnerable ni estrategias trazadas, por lo que señalan la necesidad de comenzar a trabajar con estos grupos de riesgos

- Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa fue de 20%

- Dentro de los logros alcanzados podemos citar la creación de la base de datos en las unidades de tratamiento en Malabo y Bata (UREI), así como la elaboración y validación del Manual Nacional de seguimiento y Evaluación. Dificultades mencionadas son el hecho de que el programa de SIS no tiene recursos humanos en cantidad y calidad suficiente, ni mecanismos puestos en marcha para la entrega de informes regulares/datos de V+E a la unidad de V+E para incluir en la unidad nacional.

Existe discrepancia entre los funcionarios del gobierno sobre el conocimiento de la existencia o no de un plan nacional de vigilancia y evaluación para el VIH, así como de la existencia de una unidad funcional de Vigilancia y Evaluación en el país, o de un presupuesto para la implementación del plan de V+E.

- Promedio de calificación acerca de los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad Civil en el 2011 fue de 0%

- La SC participa en las reuniones de planificación y de elaboración de documentos estratégicos. Sin embargo no se incluyen sus servicios en las áreas de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionado con el VIH, ni en las tareas de V+E de la respuesta al VIH.

TABLA ICPN - FUNCIONARIOS DE GOBIERNO

Indicador	Fuente	Promedio	%	Promedio	%
		2009		2011	
Promedio de calificación acerca los esfuerzos de planificación estratégica de los programas relacionados con el VIH	Encuesta ICPN	2,5	25%	8,0	80%
Promedio de calificación acerca del apoyo político al programa del VIH		5,3	53%	8,5	85%
Promedio de calificación acerca los esfuerzos realizados por el respeto y protección de los derechos humanos de las PVVIH mediante la aplicación de leyes en 2011				2,5	25%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH		3,0	30%	6,0	60%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de ejecución de los programas de prevención del VIH		4,3	43%	5,0	50%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos hacia la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH		5,0	50%	7,0	70%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables		0	-	2,0	20%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del VIH		2,0	20%	2,0	20%

PARTE B REPRESENTANTES DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL, LOS ORGANISMOS DE COOPERACION BILATERAL Y LAS ORGANIZACIONES DE LAS NU

Indicador	Fuente	Promedio 2009	%	Promedio 2011	%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil		6,0	60%	1,6	16,6%
Promedio de calificación acerca del esfuerzo por hacer cumplir las políticas, las leyes y reglamentaciones existentes		4,5	45%	0	-
Promedio de calificación acerca del esfuerzo de implementación de políticas, leyes y regulaciones relacionadas con los derechos humanos en 2011		5,0	50%	3,3	33,3%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH		8,3	83%	4,0	40%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos en la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH	Encuesta ICPN	1,3	13%	5,0	50%

ANEXO 3. Equipo de Redacción del informe GARP 2012

Tabla a: Equipo de Redacción del informe GARP 2012	
Director General de Coordinación Multisectorial de lucha contra el Sida	Dr. Edelmiro Castaño Bizantino
Director Nacional del PNL S	Dr. Nemesio Abeso
Epidemiólogo del PNL S	Dr. Antonio María Oyono
Director Nacional del PNL T	Don Juan Eyene Acuserila
Asistente Técnico del CRCE-ISCI II	Don Manuel Nzi Nzang
Coordinador del PNL S de la Región Insular	Don Ambrosio José Monsuy
Punto Focal del Informe GARP 2012 a nivel nacional	Dra. Angela Katherine Lao Seoane
Consultora Internacional DAT/OAC/ONUSIDA	Dra. Carlet Elizabeth Ponce

ANEXO 4. Lista de Participantes al Proceso de Elaboración del Informe

SECTOR GUBERNAMENTAL	NOMBRE Y APELLIDOS	E-MAIL
1- Director General de Coordinación Multisectorial de Lucha contra el sida.	Dr. Edelmiro Castaño Bizantino	
2- Ministerio de Sanidad y Bienestar Social		
o Director Nacional del PNL	Dr. Nemesio Abeso	
o Sistema de Información Sanitaria	Don Eugenio Edu	
o Coordinador del PNL	Don Juan Eyene	
o Epidemiólogo MINISABS	Dr. Antonio Maria Oyono	
o Coordinadora Nacional del PNSR	Doña Gertrudis Nzang	
o Jefe de Vigilancia de los laboratorios	Don Juan Manuel Ndemesogo	
o APS	Doña Teodora Alene	
3- Ministerio de Educación	Don Santiago Bivini	
4- Ministerio Asuntos Sociales y Promoción de la mujer	Ester Nsue	
5- Ministerio de Justicia y Culto	DG de Justicia	
SOCIEDAD CIVIL Y OTROS SECTOR NO GUBERNAMENTALES		
ONG Salud Positiva (PVVIH)	Manuel Ndong	
ONG AMUSIDA	Marciana Avomo	
Cruz Roja	Basilio Ndong	
PVVIH	1	
ORGANISMO DE COOPERACION BILATERAL		
Asistente Técnico de VIH-CRCE-ISCI)	Manuel Nzi Nzang	
SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS		
PNUD	Bienvenido Osa	
OMS - Punto Focal GARPR 2012 OMS/GE	Dra. Angela K. Iao Seoane	
FNUAP	Dr. Héctor Salas	
Consultora Internacional DAT/AOC/ONUSIDA	Dra. Carlet Elizabeth Ponce	
Representante de la OMS en Guinea Ecuatorial	Dr. Abou Beck Gaye	

ANEXO 5: Lista de Participantes al Proceso de Validación del Informe

Tabla b: Participantes al Taller de Validación del Informe GARP 2012-04-03 Malabo 11.04.2012	
PARTICIPANTES	Nº
Director General de Coordinación Multisectorial de lucha contra el Sida	1
Director General de Salud Pública	1
Director Nacional del PNLS	1
Coordinador de la Región Insular del PNLS	1
Servicio de Epidemiología del MINSABS	1
Dirección del Programa Nacional de lucha contra la Tuberculosis (PNLT)	1
Programa de Atención Primaria de Salud	2
Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	1
SIS	2
Programa AIEPI	1
Vigilancia de los Laboratorio	1
Servicios de Registros Médicos	1
Director del Hospital Regional de Malabo	1
Punto Focal Ministerio de Asuntos Sociales y Promoción de la Mujer	1
Punto Focal Ministerio de Educación	1
Punto Focal Ministerio del Interior y Corporaciones Locales	1
Punto Focal Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	1
Punto Focal Ministerio de Asuntos Sociales y Promoción de la Mujer	1
Punto Focal Ministerio de Obras Publicas	1
ONG CAMINO	1
ONG AMUSIDA	1

INSESO-Policlínico Dr. Loeri Comba /Servicio de Laboratorio análisis clínico	1
Laboratorio Castroverde	1
Embajada China	1
Cooperación Cubana	2
CRCE-ISCIH	2
OMS	1
FNUAP	1
DAT/AOC/ONUSIDA	1
Total	33