

PND\$

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO SANITARIO

(2021 - 2025)



Ministerio de Sanidad y Bienestar Social
República de Guinea Ecuatorial



PLAN NACIONAL DE DESARROLLO SANITARIO (PNDS) (2021 - 2025)



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
RESUMEN NARRATIVO	9
CAPÍTULO I: PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PNDS Y ETAPAS	14
1.1. Etapas de la hoja de ruta del PNDS	14
a) <i>Análisis de situación y respuesta</i>	14
b) <i>Elaboración del PNDS</i>	14
c) <i>Elaboración del presupuesto del PNDS mediante la herramienta One Health</i>	15
1.2. Participación de los actores y socios en el proceso de elaboración del PNDS	15
1.3. Limitaciones en la elaboración del PNDS	15
CAPÍTULO II: ANÁLISIS DE SITUACIÓN	16
2.1. Perfil del país	16
2.2. Situación socioeconómica	17
2.3. Estado de salud de la población	17
2.3.1. <i>Mortalidad general y esperanza de vida</i>	17
2.3.2. <i>Salud de la madre y de la mujer</i>	17
2.3.3. <i>Morbimortalidad infantil</i>	18
2.3.4. <i>Salud de los adolescentes y jóvenes</i>	18
2.3.5. <i>Personas con patologías rehabilitables</i>	19
2.4. Perfil del Sistema Nacional de Salud	19
2.4.1. Política y Sistema Nacional de Salud	19
2.4.2. Respuesta del Sistema Nacional de Salud	19
2.4.2.1. <i>Liderazgo y gobernanza del sector salud</i>	19
2.4.2.2. <i>Recursos humanos para la salud</i>	20
2.4.2.3. <i>Infraestructuras sanitarias, equipamiento y mantenimiento</i>	20
2.4.2.4. <i>Gestión de los medicamentos y de otros productos sanitarios</i>	24
2.4.2.5. <i>Financiación de la salud</i>	25
2.4.2.6. <i>Gestión de la información sanitaria y de la investigación en salud</i>	26
2.4.2.7. <i>Prestación de los servicios de salud</i>	27

CAPÍTULO III: MARCO PROGRAMÁTICO DEL PNDS	33
3.1. Vínculo del PNDS con los planes y programas de desarrollo	33
3.1.1. <i>Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al Horizonte 2030</i>	33
3.1.2. <i>Agenda 2063 de la Unión africana (UA)</i>	34
3.1.3. <i>Organización de Coordinación de la lucha contra las Endemias en África Central (OCEAC)</i>	34
3.1.4. <i>Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social al Horizonte 2020</i>	34
3.1.5. <i>Política Nacional de Salud establecida al horizonte 2035</i>	34
3.1.6. <i>Agenda Guinea Ecuatorial al Horizonte 2035</i>	34
3.2. Marco programático del Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (2021 – 2025)	34
3.2.1. <i>Visión</i>	34
3.2.2. <i>Misión</i>	35
3.2.3. <i>Principios</i>	35
3.2.4. <i>Valores</i>	36
3.2.5. <i>Metas y objetivos</i>	36
3.2.5.1. <i>Metas</i>	36
3.2.5.2. <i>Objetivos</i>	36
3.2.6. <i>Orientaciones estratégicas de la Política Nacional de Salud</i>	37
a) <i>La mejora del acceso equitativo de la población a servicios de salud de calidad a fin de garantizar la Cobertura Sanitaria Universal (CSU)</i>	37
b) <i>El incremento de la utilización de servicios de salud de calidad por toda la población</i>	38
c) <i>La promoción de un mejor estado de salud de la población</i>	38
d) <i>El fortalecimiento de la seguridad sanitaria y de la gestión de emergencias sanitarias</i>	38
e) <i>El fortalecimiento de la gobernanza y el liderazgo en el sector salud</i>	38
3.2.7. <i>Marco lógico de resultados del PNDS</i>	38
3.2.8. <i>Programas prioritarios del PNDS</i>	42
3.2.9. <i>Resultados estratégicos del PNDS</i>	43
3.2.10. <i>Desarrollo de programas prioritarios del PNDS</i>	43
PROGRAMA 1: ACCESO EQUITATIVO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD	43

3.3. Ubicación y marco programático	44
3.4. Descripción del Programa nº1	49
PROGRAMA 2: SEGURIDAD SANITARIA, GESTIÓN DE SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES	60
3.5. Ubicación y marco programático del Programa nº 2	60
3.6. Descripción de los Subprogramas del Programa nº 2	60
PROGRAMA 3: PROMOCIÓN DE LA SALUD	63
3.7. Ubicación y marco programático del Programa nº 3	63
3.8. Descripción de los principales subprogramas del Programa nº3	70
a) <i>Paludismo</i>	70
b) <i>Tuberculosis</i>	70
c) <i>VIH / SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)</i>	71
PROGRAMA 4: REFUERZO DEL LIDERAZGO Y LA GOBERNANZA DEL SISTEMA DE SALUD	77
3.9. Ubicación y marco programático	77
3.10. Descripción de los principales subprogramas del Programa nº4	82
a) <i>La mejora del marco jurídico y legal del sector salud</i>	82
b) <i>La mejora del marco programático y de coordinación del sector salud</i>	82
c) <i>La mejora de la coordinación de las intervenciones de los socios al desarrollo y de la iniciativa privada en salud</i>	82
d) <i>La descentralización de la toma de decisiones, la gestión de recursos y el refuerzo de la participación comunitaria</i>	82
e) <i>La implementación de las reformas del sector salud</i>	82
f) <i>La implementación de la cultura de rendición de cuentas y del control de la gestión de los recursos en salud</i>	83
g) <i>La promoción del diálogo político en salud implicando a todos los actores</i>	83
h) <i>La implementación del mecanismo de seguimiento del uso de los recursos económicos asignados al sector</i>	83
i) <i>El incremento de la financiación del sector salud en el Presupuesto General del Estado</i>	83
j) <i>La ampliación de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) a toda la población</i>	84
k) <i>La adopción de medidas de mejora de la calidad de las prestaciones del INSESO que permitan evitar la dualidad de funciones</i>	84

CAPÍTULO IV: MECANISMOS DE EJECUCIÓN Y DE COORDINACIÓN DEL PNDS	87
4.1. Estructuras y órganos de coordinación y de ejecución del PNDS	87
4.1.1. Estructuras y órganos de coordinación	87
4.1.2. Coordinación de la ejecución del PNDS	88
4.2. Rol y responsabilidades de los actores y socios al desarrollo del PNDS	88
4.3. Oportunidades de éxito del PNDS	89
4.4. Condiciones de éxito y gestión de riesgos de la ejecución del PNDS	90
Cuadro nº 16: Análisis matricial de los riesgos de la implementación del PNDS	92
CAPÍTULO V: PRESUPUESTO Y MODELO DE FINANCIACIÓN DEL PNDS	94
CAPÍTULO VI: MECANISMOS DE SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PNDS	94
6.1. Marco de seguimiento y evaluación	94
6.2. Enfoque para la recogida de datos	95
6.3. Auditoría y control de gestión del PNDS	96
6.4. Enfoque para la recogida de datos	96
6.4.1. La recogida manual de datos de rutina en los establecimientos sanitarios	96
6.4.2. La recogida de datos mediante una plataforma electrónica de datos	96
BIBLIOGRAFÍA	103

ABREVIATURAS

AIEPI	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
APS	Atención Primaria de Salud
ARV	Antirretroviral
AOU	Atención Obstétrica de Urgencia
BAD	Banco Africano de Desarrollo
CPN	Control Prenatal (Atención Prenatal Enfocada)
EDSGE	Encuesta Demográfica y de Salud de Guinea Ecuatorial
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
RMS	Red Métrica Sanitaria
GE	Guinea Ecuatorial
ICPGE	Iniciativa de lucha Contra el Paludismo en Guinea Ecuatorial
ISCIH	Instituto de Salud Carlos III
INEGE	Instituto Nacional de Estadística de Guinea Ecuatorial
INSESO	Instituto Nacional de Seguridad Social
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MINSABS	Ministerio de Sanidad y Bienestar Social
SNIS	Sistema Nacional de Información Sanitaria
SIS	Sistema de Información Sanitaria
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Organización de las Naciones Unidas para la Lucha contra el SIDA
ONG	Organización No Gubernamental
PF	Planificación Familiar
PFE	Prácticas Familiares Esenciales
PIB	Producto Interior Bruto
PIP	Programa Nacional de Inversiones Públicas
PNLS	Programa Nacional de Lucha contra el SIDA
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PTMH	Prevención de la Transmisión de Madre al Hijo
PVVIH	Personas Vivientes con el VIH
TARV	Tratamiento Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TPI	Tratamiento Intermitente del Paludismo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VE	Vigilancia Epidemiológica
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

INTRODUCCIÓN

El Gobierno de la República de Guinea Ecuatorial está plenamente comprometido en la implementación del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) nº3 al horizonte 2030, que es el de *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”* y de la Agenda Guinea Ecuatorial 2035 para garantizar un acceso universal a los servicios de salud de calidad a toda la población y alcanzar una longevidad saludable.

En la materialización de este compromiso político, el Ministerio de Sanidad y Bienestar y Social (MINSABS) ha contado con el apoyo técnico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la colaboración de los demás socios al desarrollo, para realizar un análisis de la situación del Sistema Nacional de Salud (SNS) con el fin de actualizar la Política Nacional de Salud y elaborar un Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (PNDS) que guíe el marco programático en salud para los próximos cinco años.

El Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (PNDS), que cubre el periodo 2021–2025,

está vinculado con los planes y programas de desarrollo a nivel internacional, continental, regional y subregional, a saber: (i) los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al Horizonte 2030, (ii) la Agenda 2063 de la Unión africana (UA), (iii) la Organización de Coordinación de la lucha contra las Endemias en África Central (OCEAC), (iv) el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social al Horizonte 2020, (v) la Segunda Política Nacional de Salud establecida al Horizonte 2035 y (v) la Agenda Guinea Ecuatorial al Horizonte 2035.

El PNDS contempla una visión, misión y unos principios, valores, metas, objetivos y orientaciones estratégicas. Consta de cuatro programas prioritarios que llevan 13 subprogramas, 51 resultados esperados y 248 indicadores de procesos que permiten seguir la implementación de los sucesivos planes operativos anuales durante los cinco años de vida del PNDS.

El PNDS contempla también los siguientes objetivos: (i) Impulsar una gobernanza de calidad del sistema de salud para una

OBJETIVOS DEL PNDS



Gobernanza de calidad del sistema de salud



Mecanismos de gestión del Sistema Nacional de Salud reforzados



Oferta, demanda y calidad de los servicios de salud mejorados



Control de las enfermedades crónicas transmisibles i no transmisibles reforzado



Un sistema de vigilancia en salud a las enfermedades endémicas emergentes y reemergentes fortalecido



Calidad y cantidad de los recursos humanos en el sector salud



Modelo de financiación que implique el sector privado y los socios al desarrollo en salud

mayor prestación de servicios y promoción de la cultura de rendición de cuentas, (ii) reforzar la organización y los mecanismos de coordinación y de gestión del Sistema Nacional de Salud, (iii) mejorar la oferta, demanda informada, acceso y calidad de los servicios de salud de la madre y de la mujer, del niño, de los adolescentes y de los hombres, (iv) reforzar la lucha contra las enfermedades endémicas (paludismo, tuberculosis, VIH/sida, hepatitis así como las enfermedades desatendidas), (v) reforzar el control de las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, (vi) fortalecer el sistema de vigilancia en salud y respuesta a las enfermedades endémicas emergentes y reemergentes así como a otros acontecimientos de salud pública, (vii) aumentar sustancialmente la cantidad y calidad de los recursos humanos en el sector salud, privilegiando la oferta nacional, incluida la que se encuentra en la diáspora y (viii) desarrollar un modelo de financiación que implique la participación del sector privado y de los otros socios al desarrollo en salud.

Las orientaciones estratégicas del PNDS son las siguientes: (a) la mejora del acceso equitativo de la población a servicios de salud de calidad para garantizar la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), (b) el incremento de la utilización de servicios de

salud de calidad para toda la población, (c) la promoción de un mejor estado de salud de la población y (d) el fortalecimiento de la seguridad sanitaria y de la gestión de emergencias sanitarias y (e) de la gobernanza y el liderazgo en el Sistema Nacional de Salud.

La implementación del PNDS necesita la creación y puesta en marcha de un Comité de Pilotaje como órgano estratégico, con un carácter multisectorial que incluya a los socios al desarrollo del sector salud, y la creación y puesta en marcha de un Comité Técnico Nacional y de un Comité de Coordinación de los Socios al desarrollo del sector salud.

El éxito del PNDS, con todos los compromisos nacionales e internacionales en materia de salud, requiere la implicación **del Presidente de la República, Obiang Nguema Mbasogo, en calidad de primer responsable del Gobierno de la Nación**, un marco de intervención planificado, una gestión hacia resultados medibles, la disponibilidad de recursos humanos competentes y suficientes en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, un marco institucional de puesta en marcha sólido, una comunicación estratégica fuerte y una gestión de riesgos de ejecución de los programas prioritarios basada en un enfoque matricial.

RESUMEN NARRATIVO

El proceso de elaboración del Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (PNDS) por el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (MINSABS), y con el apoyo técnico de la OMS, se desarrolló sobre la base de una hoja de ruta que contempla las siguientes etapas: (i) el análisis de situación con un equipo nacional de los servicios y programas del MINSABS, (ii) la actualización de la Política Nacional de Salud del año 2002 y la elaboración del PNDS mediante talleres enfocados en los siete pilares del sistema de salud para profundizar el análisis con datos complementarios y la adopción y priorización de los problemas de salud y (iii) la elaboración del presupuesto del PNDS mediante la herramienta *One Health*, que ofrece la ventaja de facilitar la estimación de los costes reales de los programas, formular hipótesis vinculantes a las metas fijadas y los riesgos de implementación.

En materia de resultados, el análisis de situación del Sistema Nacional de Salud resaltó los siguientes problemas mayores: (i) débil liderazgo y gobernanza en la gestión del sistema de salud, (ii) falta de un Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, (iii) deficiente calidad de las infraestructuras sanitarias y equipos médicos disponibles, (iv) suministro irregular de la corriente eléctrica, agua potable, mantenimiento y pocos medios de comunicación en varios hospitales y centros de salud, (v) deficiente sistema de gestión logística de medicamentos y otros productos sanitarios, (vi) deficiente financiación de la salud, por debajo del 15% comprometido en Abuja en 2001, (vii) deficiente Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS) en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional y (viii) deficiente cobertura y utilización de servicios de atención en los diferentes niveles con miras a la meta del Programa Mayor "Salud Para Todos al Horizonte 2020".

La incidencia de las debilidades identificadas en el análisis de los siete pilares del

Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre el estado de salud de la población es preocupante con los siguientes problemas: (i) elevada mortalidad materna, (ii) Elevada mortalidad neonatal, infantil e infantojuvenil, (iii) elevada mortalidad vinculada a las enfermedades transmisibles y la persistencia de las enfermedades tropicales desatendidas, (iv) elevada mortalidad vinculada a las enfermedades crónicas no transmisibles, (v) elevada frecuencia de comportamientos de riesgo para la salud de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos y (vi) deficiente liderazgo en la coordinación y gestión del Sistema Nacional de Salud. Las causas profundas de estos problemas son: (a) la deficiente oferta de servicios de salud de calidad, (b) la poca utilización de servicios de salud disponibles por la población, (c) un entorno poco favorable a la mejora de la salud de la población, (d) una insuficiente preparación para la gestión adecuada de las epidemias y catástrofes y (e) una débil capacidad de liderazgo y de gestión de los recursos destinados al sector salud.

Las limitaciones en la elaboración del PNDS fueron sobre todo la insuficiencia de datos estadísticos -debido a la falta de realización de la segunda EDSGE en 2017 que no ha permitido disponer de indicadores actualizados para evaluar los logros alcanzados en los diferentes programas y proyectos y establecer las metas de base del PNDS en 2021.

Sobre la base de los problemas de salud y sus causas, se ha actualizado la Política Nacional de Salud adoptada en 2002 y elaborado el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (PNDS) que contempla los siguientes elementos programáticos:

1) Visión a largo plazo: que es la que el Gobierno se ha fijado en el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social y que contempla que "Todas las niñas y niños, adolescentes y jóvenes, mujeres y hombres gocen de una buena salud mediante

un acceso equitativo a servicios de calidad” y que se vincula, perfectamente, a la Agenda Guinea Ecuatorial 2035 y a la Declaración de Astaná de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud (APS) de octubre de 2018.

- 2) **Misión:** que es dotar a la República de Guinea Ecuatorial de un sistema de salud potente, resiliente y en condiciones de garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad para lograr un estado de salud óptimo que sostenga la durabilidad del crecimiento económico y el desarrollo nacional.
- 3) **Principios:** que sostienen la visión de la Política Nacional de Salud y del PNDS de acuerdo con el objetivo de Cobertura Sanitaria Universal (CSU) del ODS n°3 y de la Declaración de Astaná de 2018 sobre la APS.
- 4) **Valores:** basados en la equidad, justicia social, solidaridad nacional, sostenibilidad, ética, rigor, transparencia y democracia.
- 5) **Meta:** que es elevar el estado de salud de la población de la República de Guinea Ecuatorial al nivel más alto y equitativo, de acuerdo con los recursos disponibles para el cumplimiento de los compromisos en salud.
- 6) **Objetivos específicos que son:** (i) impulsar una gobernanza de calidad del sistema de salud para una mayor prestación de servicios y promoción de la cultura de rendición de cuentas, (ii) reforzar la organización y los mecanismos de coordinación y de gestión del Sistema Nacional de Salud, (iii) mejorar la oferta, demanda informada, acceso y calidad de los servicios de salud de la madre y de la mujer, del niño, de los adolescentes y de los hombres, (iv) reforzar la lucha contra las enfermedades endémicas (paludismo,

tuberculosis, VIH/sida, hepatitis y otras enfermedades desatendidas), (vi) reforzar el control de las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, (vii) fortalecer el sistema de vigilancia en salud y respuesta a las enfermedades endémicas emergentes y reemergentes así como de otros acontecimientos de salud pública, (viii) aumentar sustancialmente la cantidad y calidad de los recursos humanos en el sector salud, privilegiando la oferta nacional, incluida la que se encuentra en la diáspora y (ix) desarrollar un modelo de financiación que implique la participación del sector privado y de los otros socios al desarrollo en salud.

- 7) **Objetivos hacia las Metas del ODS 3 en 2030,** que pretenden (de aquí al año 2030) lograr un acceso universal a una asistencia sanitaria de calidad integrada, continua, equitativa y centrada en la persona con los siguientes propósitos: (a) reducción de la mortalidad materna de 290 a 70 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, (ii) reducción de la mortalidad neonatal de 33 a 12 por 1.000 nacidos vivos, (iii) reducción de la mortalidad infantojuvenil de 113 a 25 por 1.000 nacidos vivos, (iv) reducción de la mortalidad vinculada a las enfermedades transmisibles en un 50%, (v) reducción de la prevalencia de los factores de riesgo vinculados a las enfermedades no transmisibles en un 50%, (vi) reducción de la prevalencia de los comportamientos de riesgo en los adolescentes y jóvenes de ambos sexos en un 50%, (vii) reducción de la vulnerabilidad de la población ante las epidemias, emergencias y otros acontecimientos de salud en un 50 % y (viii) mejora del liderazgo en la coordinación y la gestión del Sistema Nacional de Salud.
- 8) **Orientaciones estratégicas que son:** (a) la mejora del acceso equitativo de la población a servicios de salud de calidad para

garantizar la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), (b) el incremento de la utilización de servicios de salud de calidad por toda la población, (c) la promoción de un mejor estado de salud de la población, (d) el fortalecimiento de la seguridad sanitaria y de la gestión de emergencias sanitarias y (e) de la gobernanza y el liderazgo en el sector salud.

El PNDS, elaborado para el periodo 2021–2025, está vinculado con los planes y programas de Desarrollo a nivel internacional, continental, regional y subregional, a saber:

- a) Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al Horizonte 2030:** (i) El ODS n°3 referente a la salud es el de “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, (ii) el ODS n 2 es el de “Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible”, (iii) el ODS n 4 es el de “Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos”, (iv) el ODS n° 5 es el de “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas” y (v) el ODS n° 6 es el de “Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos”.
- b) Agenda 2063 de la Unión africana (UA).** Las estrategias del PNDS están alineadas a las aspiraciones de una África próspera, con un crecimiento inclusivo y un desarrollo sostenible para que toda la población tenga buena salud y se beneficie de una alimentación y nutrición de calidad, accesible a todos.
- c) Organización de Coordinación de la lucha contra las Endemias en África Central (OCEAC).** Las acciones estratégicas del PNDS de lucha contra la enfermedad

están perfectamente marcadas en los lineamientos programáticos de la Organización de Coordinación de lucha contra las Endemias en África Central (OCEAC), en calidad de Agencia de ejecución de la Política Sanitaria de la CEMAC. La República de Guinea Ecuatorial, a través del MINSABS, está implicada en el proceso de elaboración del Plan Estratégico Regional de lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la hepatitis, para el período 2019–2023.

- d) Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social al Horizonte 2020.** La visión y las orientaciones estratégicas en materia de salud adoptadas en 2007, durante la II Conferencia, han sido reconducidas en la Política Nacional de Salud y el PNDS.
- e) Política Nacional de Salud establecida al Horizonte 2035.** La visión, misión, principios, v, objetivos y acciones estratégicas de la Política Nacional de Salud fijados al horizonte 2035 han sido la segunda referencia de elementos para guiar el marco programático del Plan Nacional de Desarrollo Sanitario.
- f) Agenda Guinea Ecuatorial al Horizonte 2035.** Los objetivos a largo plazo y las orientaciones estratégicas en materia de salud y bienestar, adoptadas durante la III Conferencia Económica Nacional de 2019, fueron tomadas en cuenta en la formulación de los programas prioritarios, subprogramas, resultados e indicadores del PNDS.

El PNDS está desarrollado en cuatro programas prioritarios que llevan 13 subprogramas, 51 resultados esperados y 248 indicadores de procesos que permiten seguir la implementación de los sucesivos planes anuales operativos, como se indica en el cuadro resumen de a continuación.

Cuadro resumen de los Programas prioritarios del PNDS (2021–2025)

Nº	PROGRAMAS PRIORITARIOS	SUBPROGRAMAS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
1	Acceso equitativo de la población a los servicios de salud de calidad	1. Mejora de la oferta y demanda de los servicios de salud de calidad.	4	15
		2. Mejora de los servicios de salud de la madre, mujer y del niño.	4	40
		3. Mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes.	2	10
Subtotal 1		3	10	64
2	Seguridad sanitaria, situaciones de emergencias y catástrofes y resiliencia sanitaria	1. Gestión de epidemias según las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).	2	8
		2. Gestión de catástrofes según las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).	1	3
Subtotal 2		2	3	11
3	Promoción de la salud	1. Lucha contra las enfermedades transmisibles (ET).	14	80
		2. Lucha contra las enfermedades no transmisibles (ENT).	2	12
		3. Lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas (ETD).	4	9
		4. Mejora del entorno y/o modo de vida de la población.	1	5
Subtotal 3		4	21	106
4	Refuerzo del liderazgo y de la gobernanza del sector salud	1. Refuerzo del liderazgo y rendición de cuentas en el sector salud.	7	25
		2. Mejora de la gestión financiera en salud.	4	16
		3. Fortalecimiento de la gestión de la información sanitaria.	4	16
		4. Investigación en salud.	3	10
Subtotal 3		4	18	67
TOTAL	4	13	51	248

El éxito del PNDS requiere la creación y puesta en marcha de un Comité de Pilota-je como órgano estratégico del PNDS con un carácter multisectorial y que incluya a los socios al desarrollo del sector salud, la creación y puesta en marcha del Comité Técnico Nacional del PNDS y de un Comité de Coordinación de los socios al desarrollo del sector salud.

Estas estructuras de gestión tendrán entre otras funciones: (a) apoyar el refuerzo del dispositivo institucional de las estruc-

EL PNDS TIENE 4 PROGRAMAS PRIORITARIOS
Acceso equitativo de la población a los servicios de salud de calidad
Seguridad, emergencias y catástrofes y resiliencia sanitaria
Promoción de la salud
Refuerzo de la gobernanza y liderazgo en el sector salud

turas operativas de ejecución del sistema de salud, (b) aprobar los planes de trabajo anuales de ejecución y las herramientas de gestión (procedimientos, indicadores, presupuestos...), (c) institucionalizar el seguimiento y evaluación de los planes operativos de puesta en marcha que informen y documenten a los miembros del Comité de Pilotaje del PNDS, (d) formular recomendaciones pertinentes para la mejora de la calidad de la gestión y (d) velar para la promoción de la rendición de cuentas en la gestión del Sistema Nacional de Salud.

Sobre la base del marco lógico de resultados establecido, los resultados estratégicos esperados de la implementación del PNDS, a finales de 2024, son los siguientes:

- Reducción de la mortalidad general de un 5.2 a 3%, reducción de la mortalidad materna de 290 a 145 por 100.000 nacidos vivos, reducción de la mortalidad neonatal de un 33% a un 16.5%, de la mortalidad infantil de un 65 a un 30% y de la mortalidad infantojuvenil de un 113% a un 56.5%. A nivel de paludismo, se espera la reducción del porcentaje de muertes de un 37% a un 20% en la población general y de un 28% a un 14% en niños menores de 5 años.
- Reducción de los riesgos en embarazos precoces, abortos clandestinos y en muertes maternas de niñas adolescentes a través de estrategias de comunicación apropiadas y medidas de prevención disponibles dentro y fuera de la escuela.
- Reducción de la prevalencia del VIH de un 6.2% a un 4%, incremento de la cantidad de pacientes bajo tratamiento ARV y del uso de preservativos y de la implementación del mecanismo de denuncias documentadas, sobre la discriminación y la estigmatización de las personas que viven con el VIH, y solucionadas por una procuraduría de derechos humanos.

- Reducción de la prevalencia del paludismo de un 10.9% a menos de un 5% en la isla de Bioko, de un 46.2% a un 23% en la región continental y de un 24% a un 10% en la isla de Annobón; uso de telas mosquiteras impregnadas de insecticida por el 60% de la población y el tratamiento de paludismo intermitente (TPI) que alcance al menos el 90% en todas las mujeres embarazadas.
- Consolidación de la eliminación del tétanos neonatal y de la poliomielitis mediante el refuerzo de la cobertura vacunal, alcanzando al menos el 90% para todos los antígenos. También la eliminación de la oncocercosis en la isla de Bioko y la organización de las campañas de eliminación de la filariasis linfática, la esquistosomiasis y la geohelmintiasis.
- Reducción significativa de la vulnerabilidad de la población ante epidemias, emergencias sanitarias y otros acontecimientos de salud.
- Sistema de Salud que cuente con recursos humanos suficientes y competentes, distribuidos de manera equitativa, con un mecanismo de financiación que implique al sector público, parapúblico y al privado y un sistema de gobernanza fuerte que garantice la coordinación y la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros con una cultura de rendición de cuentas.

El éxito del PNDS depende de lo siguiente: (i) una implicación personal del **Presidente de la República, Obiang Nguema Mbasogo**, (ii) un marco de intervención planificado, (iii) una gestión con resultados medibles, (iv) la disponibilidad de recursos humanos competentes, (v) un Marco institucional de puesta en marcha sólido, (v) una comunicación estratégica fuerte y (vi) una gestión de riesgos de ejecución basada en un enfoque matricial.

CAPITULO I: PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PNDS Y ETAPAS

1.1. Etapas de la hoja de ruta de PNDS

Para el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (MINSABS) ésta es su segunda experiencia de elaboración de un Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (PNDS) que asegure una gestión estratégica y operativa del Sistema Nacional de Salud. Para llevar a cabo este proceso se adopta una hoja de ruta que contempla las siguientes etapas:

a) Análisis de situación y respuesta

El proceso de elaboración se inició en 2017 con la constitución de un equipo nacional compuesto por los directores generales, jefes de servicios y directores nacionales de programas del MINSABS; y la distribución de tareas bajo el liderazgo del Ministro de Estado de Sanidad y Bienestar Social y la asesoría técnica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de un experto técnico basado en su oficina de Libreville.

La metodología de trabajo fue participativa con la distribución del personal técnico de los servicios y programas en una secretaría técnica y siete grupos de trabajo correspondientes a los siete pilares del Sistema Nacional de Salud: temáticas del trabajo de análisis de situación y de respuesta para la elaboración del presente PNDS, sobre la base de las orientaciones técnicas para la recogida de datos. A partir de esta recogida, que duró tres meses, se inició el análisis de los problemas en los siete pilares del Sistema Nacional de Salud mediante el análisis causal del árbol de problemas, con la identificación de las causas inmediatas, subyacentes y profundas, así como con la elaboración del informe preliminar de los problemas prioritarios identificados en los siete pilares.

Para reforzar la dinámica de trabajo de elaboración del análisis de situación, se reclutaron a dos consultores nacionales por un periodo de 5 meses cuya presencia agilizó, considerablemente, el proceso de organiza-

ción del primer taller nacional de validación técnica y del primer borrador en diciembre de 2018 en Luba.

b) Elaboración del PNDS

Contando con el apoyo técnico periódico del experto de la oficina de la OMS en Libreville, el proceso de elaboración se aceleró y reforzó. También con la constitución de un equipo nacional y la organización de talleres como primera acción enfocados en los siete pilares del Sistema de Salud para realizar y profundizar el análisis de situación con datos complementarios y la adopción de los problemas prioritarios de salud con sus respectivos problemas específicos y causas profundas.

La segunda acción de esta etapa fue la actualización de la Política Nacional de Salud de 2002 a las necesidades de salud de la población con objetivos alineados a los ODS en 2030 y de la Agenda Guinea Ecuatorial 2035.

La tercera acción fue la identificación y la elaboración de los programas prioritarios del PNDS para el periodo 2021–2025 que toman como referencia los lineamientos estratégicos de la Política Nacional de Salud marcados en la Agenda Guinea Ecuatorial al horizonte 2035.

La cuarta acción fue la organización, en septiembre del 2019, del taller nacional de validación técnica de los tres productos del PNDS a saber: (i) el análisis situacional del Sistema Nacional de Salud, (ii) la Política Nacional de Salud y (iii) los cuatro programas prioritarios.

La quinta acción es la presentación de los documentos del PNDS al Consejo Directivo del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social para su aprobación y adopción por el Gobierno como herramientas oficiales de referencia.

c) *Elaboración del presupuesto del PNDS mediante la herramienta One Health*

La herramienta One Health fue elegida por la OMS y otros socios al desarrollo para ayudar a los países en la elaboración y análisis de los presupuestos para programas y planes de desarrollo como el PNDS. One Health ofrece la ventaja de estimar los costes reales de los programas formulando posibles hipótesis vinculantes a las metas fijadas para un periodo y los riesgos de implementación, como por ejemplo, en el caso de las crisis económicas.

Para facilitar la estimación presupuestaria de programas como el del PNDS, objeto del presente documento, se ha elaborado y anexado un marco lógico que contempla una cuantificación de las actividades de las diferentes estrategias de los subprogramas ya vinculantes.

1.2. Participación de actores y socios en el proceso de elaboración del PNDS

La elaboración del PNDS, para el periodo 2021-2025, se ha desarrollado con un enfoque participativo mediante la implicación de varios socios en salud a saber:

- a) El Gobierno de la República de Guinea Ecuatorial a través del Ministro de Sanidad y Bienestar Social que lideró todo el proceso de elaboración del PNDS.
- b) La OMS, Unicef, UNFPA y Cooperación española que tomaron parte en todas las etapas de la elaboración y validación técnica del PNDS.
- c) Los Ministerios de Hacienda, Economía y Planificación, Asuntos Sociales e Igualdad de Género, Educación y Ciencia, Interior y Corporaciones locales, como socios en salud.

1.3. Limitaciones en la elaboración del PNDS

El PNDS es una gran oportunidad para el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social y para los socios al desarrollo para planificar y poner en marcha las cuestiones de salud marcadas en la Agenda de Guinea Ecuatorial 2035. Sin embargo, la insuficiencia de datos estadísticos, debido a la falta de realización de la segunda EDSG en 2017, no permitió disponer de indicadores actualizados para evaluar los logros alcanzados en los diferentes programas y proyectos. Esta situación dificultó seriamente el establecimiento de los indicadores de base en los programas del PNDS.

Los datos de la única EDSGE, realizada en 2011, son casi obsoletos para que sirvan como referencia de base en la planificación y toma de decisiones en salud. También, la deficiente capacidad del Sistema Nacional de Información Sanitaria, caracterizada por la ausencia de elaboración y difusión del Anuario Estadístico en Salud, del boletín epidemiológico periódico y de un diario en salud dificultaron la disponibilidad y uso de datos sanitarios de calidad en todo el proceso de elaboración del PNDS.

HOJA DE RUTA DEL PNDS (ETAPAS)

- 1 Análisis de situación y respuesta.
- 2 Grupos de trabajo de acuerdo con los 7 pilares del Sistema Nacional de Salud.
- 3 Actualización de la Política Nacional de Salud.
- 4 Elaboración de los programas prioritarios.
- 5 Taller nacional de validación de los productos del PNDS.
- 6 Presentación al Consejo Directivo del MINSABS.
- 7 Elaboración del presupuesto del PNDS.
- 8 Participación de actores y socios al desarrollo.

CAPÍTULO II: ANÁLISIS DE SITUACIÓN

2.1. Perfil del país

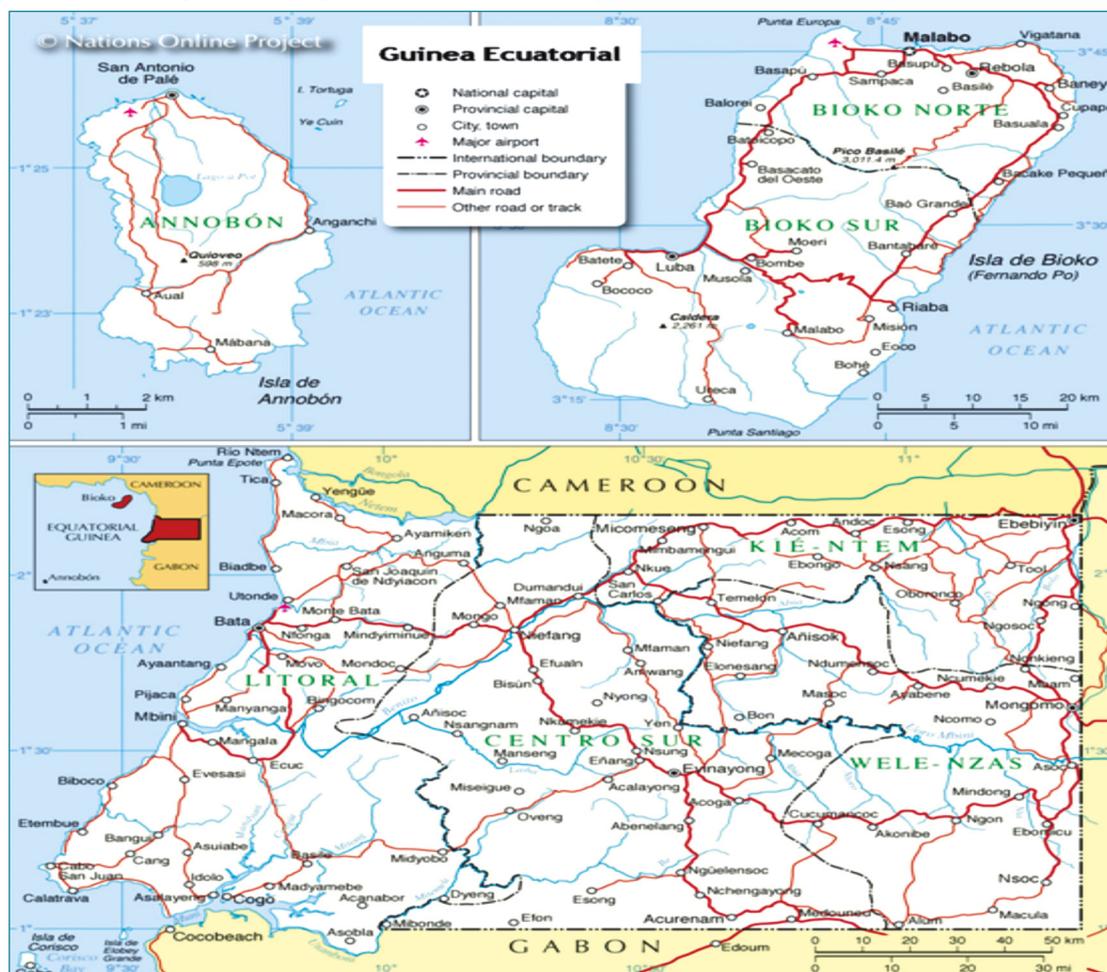
La República de Guinea Ecuatorial está situada al sur del Golfo de Guinea, al Oeste de África Central. Ocupa el 0,09% de la superficie del continente africano, con sus 28.051,46 km² repartidos entre dos regiones claramente distintas: una de continental y otra de insular. El país está dividido en 2 regiones, 8 provincias, 19 distritos, 36 municipios, 63 distritos urbanos, 416 comunidades de vecinos y 835 consejos de poblado.

Los resultados del IV Censo General de Población y Viviendas de 2015 revelan que

la población residente en la República de Guinea Ecuatorial está formada por cinco grupos étnicos principales: Fang, Bubi, Ndowe, Bisio y Annobonés y suma un total de 1.225.377 habitantes, con el 52,4% de hombres y el 47,6% de mujeres; el 12,4% representa a los expatriados.

La mayor parte de la población está concentrada en las provincias de Litoral y Bioko Norte, que albergan el 30.0% y el 24.5%, respectivamente. Los principales puntos de atracción son los distritos de Malabo y Bata, como capitales política y económica del país.

Gráfica 1: Mapa de la República de Guinea Ecuatorial



2.2. Situación socioeconómica

La explotación petrolífera es la principal fuente de ingresos del país y contribuye con un 76.1% en el promedio del PIB, desde 1997. El crecimiento de la economía nacional se explica, esencialmente, por la producción petrolífera en aumento continuo, haciendo pasar la economía del ciclo de “lo okume” al ciclo de “lo oro negro”. Sin embargo, el PIB ha sido débil en los últimos años debido, en gran parte, a un declive tendencial del predominante sector de los hidrocarburos con efectos en la inversión pública y resultando en una profunda contracción del extenso sector de la construcción y de la Administración Pública (18).

2.3. Estado de salud de la población

2.3.1. Mortalidad general y esperanza de vida

La tasa de mortalidad general de los adultos (15-49 años), para el período 2001-2011, es del 5.2‰, siendo 4.0‰ para las mujeres y 6.4‰ para los hombres. En los hombres, las tasas pasan del 3.9‰ (15-19 años), la 5.1‰ (30-34 años) y a un máximo del 12.5‰ a las edades de 45 a 49 años. Entre las mujeres, las tasas varían del 2.9‰ (15-19 años), al 5.3‰ (30-34 años), hasta un máximo del 7.6‰ entre aquéllas con edades comprendidas entre los 45 y 49 años). La esperanza de vida al nacer es de 59 años (23).

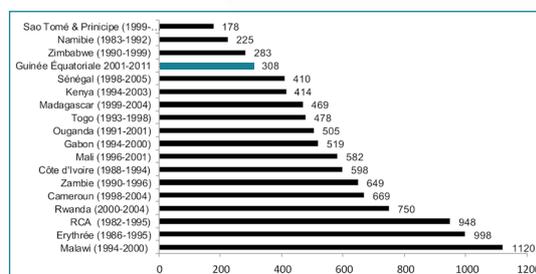
2.3.2. Salud de la madre y de la mujer

En la República de Guinea Ecuatorial, la fecundidad de las mujeres sigue siendo elevada con 5.1 de hijos por mujer, convirtiéndose en una de las más elevadas de África Central. También es de las más precoces con 176 nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años, con una tasa de fecundidad general (TFG) que se estima en 181 nacimientos por 1.000 mujeres en edad fértil y una tasa bruta de natalidad (TBN) que se estima

en 36 nacimientos por cada 1.000 personas (23).

Los resultados del Censo General de Población y de Viviendas de 1994 estimaron la tasa de mortalidad materna en 352 por 100.000 nacidos vivos. La EDSGE – 2011 estimó la misma tasa en 308 por 100.000 nacidos vivos; y más tarde la OMS y la UNFPA, durante la evaluación de los ODM en 2013, realizaron una estimación ajustada situando dicha tasa en 290/100.000 nacidos vivos. Estos últimos datos situaron a la República de Guinea Ecuatorial entre los países de África subsahariana que están logrando una mayor reducción de la mortalidad materna, alcanzando el ODM n°5 en 2015 (14), como se indica en la siguiente gráfica.

Gráfica 1: Mapa de la República de Guinea Ecuatorial



Fuente: EDSGE- I/2011

Los resultados de la evaluación de la disponibilidad, utilización y calidad de los servicios de Atención Obstétrica de Urgencia (AOU), de 2016 en Guinea Ecuatorial, indican que las muertes maternas son por causas directas: hemorragias (30.46%), embarazos ectópicos (22.15%), preeclampsia y eclampsia (15.23%), trabajos de parto prolongado/distócico (14.16%), complicaciones en los abortos (9.37%), sepsis puerperal (2.13%) y otras complicaciones obstétricas (5.22%); y por causas indirectas durante el embarazo como el paludismo, anemia, VIH/sida, tuberculosis y hepatitis (20).

El fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS), basado en la operacionalización del distrito sanitario que incluye a la AOU, debe formar parte de las prioridades en salud materna y neonatal para impulsar el acceso universal a los servicios de salud materna y neonatal de calidad, a todos los niveles de la pirámide sanitaria.

La situación del cáncer cervicouterino (CCU) es igualmente preocupante, aunque con una cierta reducción de la prevalencia que pasó del 6.1% en 2007 al 4.72% en 2016, basándonos en resultados de rutina de dos proyectos de detección precoz, prevención y tratamiento del CCU llevados a cabo en este periodo en el país (2).

2.3.3. Morbimortalidad infantil

En función de ciertas características socio-demográficas, la tasa de mortalidad perinatal se estima en general en un 37‰, con variaciones, situándola en un 35‰ para el grupo de edad 15-19 años y alcanzando un 113‰ en las madres de 40 a 49 años de edad (23). El riesgo de mortalidad perinatal es 1.7 veces mayor cuando el intervalo desde el embarazo anterior es inferior a 15 meses. El riesgo de mortalidad perinatal es de 35.5‰, siendo menor en la región insular que en la continental (32‰ frente al 39‰) (23).

La EDSGE-2011 sitúa en 33‰ la mortalidad neonatal, en 65‰ la mortalidad infantil y en 113‰ la mortalidad infantojuvenil en el mismo periodo (23). El paludismo, las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas y el VIH/sida son las principales causas de mortalidad infantil (23).

De los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la EDSGE, el 12% tenía bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) y durante las dos semanas anteriores a la encuesta, el 6% de los niños menores de 5 años sufría de infecciones respiratorias agu-

das (IRA) y el 32% de los niños tenía fiebre y el 21% diarreas (23).

La mayoría de los niños/as nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta (81%) fue amamantado. Sólo el 21% recibió la lactancia materna en la primera hora al nacer y el 60% recibió alimentos antes de ser amamantados. La misma fuente indica que sólo el 7% de niños/as menores de 6 meses recibieron la lactancia materna exclusiva y el 52% entre 6-9 meses recibieron alimentos complementarios (23).

Entre los niños/as menores de cinco años, el 26% tiene bajo peso en relación con su edad y, por lo tanto, sufren de retrasos en su crecimiento o padecen de desnutrición crónica; y el 3% sufre de malnutrición aguda (23). El retraso de crecimiento de forma severa se sitúa en un 9% de los casos. Cabe resaltar, por otra parte, que la malnutrición crónica es más frecuente en áreas rurales (32%) que en las zonas urbanas (20%) (23).

Los datos de rutina de PAV de 2016 indican una baja cobertura de la Pentavalente, situándola en un 35%, la polio en un 31%, para la tercera dosis, y la del sarampión en un 29%. Los resultados de la evaluación externa independiente del 2016, reflejan que solo el 24% de los niños ha sido completamente vacunado (16). Los datos de la PAV indican el aumento de la cobertura vacunal alcanzando el 46% en la pentavalente, el 34% en la de la polio, y el 39% en la del sarampión, durante el año 2018.

2.3.4. Salud de los adolescentes y jóvenes

La salud de los jóvenes y adolescentes está caracterizada por una fecundidad que aumenta rápidamente con la edad, pasando del 12% a los 15 años al 60% a los 19 años, siendo mayor en las zonas rurales con un 53% y en la región continental del país con un 48%. Según la EDSGE-I de 2011, más de dos adolescentes de cada 5 (43%) ya han iniciado su vida reproductiva, de ellos el

37% han tenido al menos un hijo y el 6% de las adolescentes están embarazadas por primera vez. La misma fuente indica que el 14% de las mujeres de entre 25 a 49 años ya habían tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años (23).

En relación con la sexualidad de los adolescentes, la edad media de la primera relación sexual es de 16 años para las mujeres de entre 25 a 49 años y de 18 años en los hombres del mismo rango de edad. Hay poca diferencia entre la zona rural, con 17 años en las mujeres y 18 años en los hombres, y las zonas urbanas, con un promedio de 18.1 años en los hombres y 16.9 años en las mujeres (23).

Se constata, en la actualidad, una tendencia al aumento del consumo de alcohol, drogas y tabaco entre los adolescentes y jóvenes. Esta es una situación de alta preocupación por las consecuencias que conlleva para el Sistema Nacional de Salud y para la comunidad en general.

En materia del VIH, la prevalencia global es del 6,2%, el nivel de conocimiento en jóvenes de entre 15 y 24 años se sitúa en un 18% en los hombres y un 19% en las mujeres; el uso de preservativos en las últimas relaciones sexuales de riesgo es de un 29.1% para los hombres y 23.5% para las mujeres (23).

2.3.5. Personas con patologías rehabilitables

Los datos estadísticos de rutina del Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS) del año 2016, indican que las patologías objeto de rehabilitación forman parte de los problemas específicos, tales como las enfermedades degenerativas del sistema óseo-músculo-articular (SOMA) que son las de mayor incidencia en la población con 1.534 casos y que representan un 68.0%, seguidas de las encefalopatías con 166 casos y un 7.4%, y el retraso del desarrollo psicomotor con 158 casos y un 7.0% (7).

2.4. Perfil del Sistema Nacional de Salud

2.4.1. Política y Sistema Nacional de Salud

En base a la Política Nacional de Salud adoptada en 2002 y durante la II Conferencia Económica Nacional celebrada en noviembre de 2007, se aprobaron seis objetivos estratégicos en el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social al Horizonte 2020: : (i) reforzar la organización y los mecanismos de coordinación y de gestión del sistema de salud, (ii) mejorar la oferta, la demanda, el acceso y la calidad de los servicios, (iii) mejorar la salud de la madre y de la mujer, del niño y de los adolescentes, (iv) reforzar la lucha contra las enfermedades endémicas, (paludismo, tuberculosis, VIH/sida, filariasis y otras enfermedades desatendidas), (v) reforzar el control de las enfermedades crónicas y (vi) desarrollar el sistema de vigilancia y respuesta.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es de tipo piramidal, con estructuras administrativas y/o de gestión y estructuras de cuidados en tres niveles jerárquicos. El modelo de atención está estructurado, igualmente, en tres niveles: (i) primario, integrado por los centros y puestos de salud, (ii) secundario, integrado por los hospitales distritales y provinciales y (iii) terciario, integrado por los hospitales regionales y estructuras especializadas de atención. El sistema actual necesita ser fortalecido para consolidar los logros alcanzados y garantizar una resiliencia sanitaria ante situaciones de epidemias y urgencias.

2.4.2. Respuesta del Sistema Nacional de Salud

2.4.2.1. Liderazgo y gobernanza del Sector Salud

Desde 2002, el país cuenta con una Política Nacional de Salud para garantizar a la población el acceso equitativo a los servi-

cios de salud. No obstante, dicha política necesita una actualización para dar cumplimiento a los compromisos del Gobierno en materia de salud, cara al Objetivo de Desarrollo Sostenible nº3 (ODS) en 2030 y a la Agenda Guinea Ecuatorial 2035; en pro de mejorar la salud, así como el bienestar de la población. Por otra parte, se observa un deficiente seguimiento de las intervenciones en salud a nivel estratégico, bien sea por falta de planificación como por insuficiencia de mecanismos de coordinación.

La falta de un marco programático basado en los resultados, que sea referencia en todos los niveles del sistema de salud, debilita seriamente la planificación, el seguimiento y la evaluación por el poco uso de indicadores para la toma de decisiones adecuadas. Cabe resaltar que una de las consecuencias es la falta de planes para la operacionalización del distrito sanitario.

El Liderazgo y la gobernanza del sistema de salud presentan los siguientes problemas que se encuentran en el cuadro nº 1.

Cuadro nº 1: Problemas prioritarios del liderazgo y de la gobernanza del sistema de salud

DÉBIL LIDERAZGO Y GOBERNANZA DEL SISTEMA DE SALUD QUE SE JUSTIFICA POR

- Deficientes disposiciones legales y jurídicas en la gestión del sistema de salud.
- Deficiente marco programático y de gestión del sistema de salud.
- Deficiente coordinación de las intervenciones de los socios al desarrollo y de la iniciativa privada en salud.
- Deficiente descentralización de la gestión de los recursos y de la toma de decisión en salud.
- Deficiente aplicación de las reformas del sector salud.

>>

>>

- Deficiente mecanismo de rendición de cuentas y de control de la gestión en salud.
- Deficiente participación en el diálogo político en salud (ONGs, asociaciones, sector privado).

2.4.2.2. Recursos humanos para la salud

Los recursos humanos son el activo del sistema de salud ya que de ellos depende la utilización eficiente y eficaz de los demás recursos para alcanzar la salud y el bienestar de la población. Consciente de esta realidad, el Gobierno de la República de Guinea Ecuatorial está desplegando esfuerzos en la formación inicial y continua de los profesionales sanitarios, a través de instituciones nacionales e internacionales de formación y mediante la implementación de los planes y programas de formación en la UNGE y en el MINSABS.

En el marco de la implementación de estos programas, se ha logrado formar en los últimos 15 años a médicos generalistas, médicos especialistas, licenciados en Enfermería, diplomados universitarios en Enfermería, asistentes técnicos sanitarios, PhD en Ciencias Sociales, master en Salud Pública, master en Gestión de Datos, master en Investigación clínica, master en Salud Global, master en Auditoria Clínica, master en Gestión de Recursos Humanos, master en Administración Hospitalaria, auxiliares sanitarios en diferentes ramas (Enfermería, Laboratorio, Farmacia, Estadística), entre otros (1).

El sistema sanitario nacional cuenta con 2.222 profesionales de la salud en 2018, como indica el cuadro nº2. Por otra parte, la densidad del personal de salud es de 1.81 por 1000 habitantes, un porcentaje muy bajo si se quiere alcanzar el ODS nº 3 en 2030 si lo comparamos con el 4.45 por

1000 habitantes que recomienda la OMS. Esta baja densidad de personal de la salud respecto a la población se justifica por la insuficiencia cuantitativa de profesionales

formados y empleados por el Ministerio de la Función Pública y Reforma Administrativa para el sector salud.

Cuadro n° 2: Distribución del personal sanitario según categoría profesional, regiones y provincias en 2015

REGIONES PROVINCIAS	POBLACIÓN	CATEGORÍA PROFESIONAL											TOTAL
		MÉDICOS	FARMACÉUTICOS	ESTOMATÓLOGOS	D.U.E	ATS	COMADRONAS	BIÓLOGOS	LICIENCI. ENFERM.	TÉC. GRAL.	AUX. SANITARIOS	AUX. ENF. COMUT.	
Región Insular	340.362	46	4	4	23	62	36	1	6	19	484	10	695
Bioko Norte	300.374	42	4	4	23	60	30	1	4	19	430	6	623
Bioko Sur	34.674	3	0	0	0	1	3	0	2	0	33	4	46
Annobón	5.314	1	0	0	0	1	3	0	0	0	21	0	26
Región Continental	885.015	64	3	2	133	99	68	1	94	14	828	221	1.527
Litoral	367.348	49	3	2	115	70	29	1	86	12	364	48	779
Centro Sur	141.986	4	0	0	2	9	13	0	2	0	95	43	168
WeleNzas	192.017	5	0	0	10	11	11	0	6	1	218	56	318
KieNtem	183.664	6	0	0	6	9	15	0	0	1	151	74	262
Total nacional	1.225.377	110	7	6	156	161	104	2	100	33	1312	231	2.222

Fuente: Censo del personal sanitario realizado por la Función Pública.

La distribución del personal sanitario por categorías, en el presente cuadro, indica poca cantidad de profesionales, con solo 4.95% de médicos, 0.31% de farmacéuticos, 0.27% de estomatólogos, 0.09% de biólogos, 7.0% de diplomados universitarios en Enfermería, 7.24% de asistentes técnicos sanitarios, 4.68% de comadronas, 4.50% de licenciados en Enfermería, 1.48% de técnicos en general, 50.04% de auxiliares sanitarios y 10.39% de auxiliares de Enfermería Comunitaria (7). Estos porcentajes revelan la insuficiencia cuantitativa del personal, evidenciado por una ratio de personal sanitario por habitante todavía muy baja ya que es solo de un médico por cada 11.140 habitantes, un licenciado en Enfermería por 12.254 habitantes, un diplomado universitario en Enfermería por 7.855 habitantes y una comadrona por 11.782 habitantes (7).

La distribución geográfica del mismo personal entre las categorías profesionales sufre una gran disparidad en las dos regiones, con una mayor concentración en las ciudades de Malabo y Bata, en detrimento de los demás distritos que presentan amplias necesidades para ofrecer servicios de salud de calidad.

A pesar de los esfuerzos realizados por el Gobierno en materia de formación de profesionales en salud, el MINSABS no dispone de un plan de formación de recursos humanos, ni de mecanismos de coordinación con el Ministerio de Hacienda, Economía y Planificación, Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte, ni con el Ministerio de la Función Pública, para garantizar la disponibilidad de un personal competente que cubra las necesidades de los centros de prestación de servicios de salud, en todos los niveles.

Por otra parte, cabe resaltar que la estructura orgánica del MINSABS, como instrumento legal que establece las bases organizacionales y funcionales del Departamento, no

se ajusta a las necesidades actuales. Por eso, su actualización a muy corto plazo es necesaria para asumir las funciones de liderazgo en la planificación, la coordinación, el monitoreo y la evaluación del personal sanitario y asegurar el funcionamiento óptimo de las estructuras en los diferentes niveles de la pirámide sanitaria nacional.

Los problemas prioritarios en la gestión de los recursos humanos se encuentran en el siguiente cuadro nº 3.

Cuadro nº 3: Problemas prioritarios de gestión de los recursos humanos en salud (RHS)

FALTA DE UN PLAN NACIONAL DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD QUE SE JUSTIFICA POR LO SIGUIENTE

- Ausencia de planes de previsión y de formación del personal para todas las categorías.
- Falta de evaluación periódica del personal sanitario en todos los niveles del sistema de salud.
- Insuficiencia (cuantitativa y cualitativa) de personal en todos los servicios y programas.
- Deficiente funcionamiento de la estructura orgánica del MINSABS en todos los niveles.

2.4.2.3. Infraestructuras sanitarias, equipamiento y mantenimiento

La República de Guinea Ecuatorial dispone de un mapa geográfico bien proporcionado en infraestructuras sanitarias, comparado con el tamaño de la población, con 18 hospitales públicos, 109 centros de salud y 387 puestos de salud. Aunque gran parte de estas dos últimas categorías no funcionan por falta de personal, equipos y medicamentos esenciales. A pesar de estos esfuerzos, el desarrollo de infraestructuras en el sector salud no cuenta todavía con normas establecidas de acuerdo con las necesidades y el tamaño de la población.

La deficiente coordinación y concertación entre el MINSABS, el Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo y la Oficina Nacional de Geoproyectos, en tanto que responsables de la concepción, ejecución, seguimiento y control de las obras sanitarias, hace que el MINSABS (en calidad de beneficiario directo) reciba entregas de obras y equipos que a veces no reúnen todas las condiciones técnicas requeridas. La falta de un mapa sanitario constituye otra debilidad de gran importancia en el desarrollo de unas infraestructuras que cumplan con las normas requeridas en los próximos años.

La gestión de la concepción de las infraestructuras sanitarias, la adquisición de equipos y de materiales, así como el mantenimiento preventivo y correctivo no están siempre basados en normas y estándares internacionales, lo que genera, a veces, serios problemas de funcionamiento. La mayor parte de las infraestructuras cuentan con un mantenimiento que se limita a la limpieza en general.

La ausencia de inventarios físicos de los equipos y materiales instalados no permite tampoco obtener datos reales sobre el stock y el estado físico de los mismos. A esto se agrega la falta de una política en materia de adquisición y de mantenimiento de equipos biomédicos, a nivel nacional.

En relación con el abastecimiento de agua potable en los establecimientos sanitarios, se registra un suministro irregular con interrupciones bruscas y duraderas; una situación que obliga a los establecimientos a abastecerse mediante pozos tradicionales, a pesar de la existencia de plantas de tratamiento y de la red urbana existente de agua potable en las cabeceras distritales.

Por otra parte, se observa poca disponibilidad de medios de comunicación en muchos establecimientos sanitarios (teléfonos, internet, radio frecuencia) para garantizar el

intercambio entre profesionales y decisores y asegurar una constante mejora de la cadena para la referencia y contrarreferencia de pacientes.

La Dirección General de Infraestructuras Sanitarias y Logística no dispone de técnicos medios y superiores en materia de gestión técnica, logística y mantenimiento de equipos biomédicos, a tal extremo que las posibilidades de esta unidad se ven limitadas para garantizar el cumplimiento de su cometido (coordinación, planificación, ejecución, supervisión y control de las infraestructuras y equipos).

La mejora de las infraestructuras sanitarias, equipos y servicios esenciales, requiere centrarse en los problemas del presente cuadro nº 4.

Cuadro nº 4: Problemas de Infraestructuras, equipamiento, mantenimiento y servicios esenciales

DEFICIENTE CANTIDAD Y CALIDAD DE EQUIPOS BIOMÉDICOS Y DE INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS DISPONIBLES QUE SE JUSTIFICA POR LO SIGUIENTE

- Capacidad técnica limitada de la Dirección General de Infraestructuras Sanitarias y Logística.
- Adquisición verticalizada de equipos por la mayor parte de programas y servicios del MINSABS.
- Suministro irregular de agua potable en varios hospitales y centros de salud.
- Suministro irregular de la corriente eléctrica en algunos establecimientos sanitarios.
- Deficientes medios de comunicación (teléfonos, internet, radio frecuencia) y de materiales audiovisuales en los establecimientos sanitarios y en la comunidad.
- Deficientes sistemas de mantenimiento de los establecimientos sanitarios y de los equipos biomédicos.

2.4.2.4. *Gestión de los medicamentos y de otros productos sanitarios*

En materia de gestión de medicamentos y de otros productos sanitarios, existen varios instrumentos legales como la Ley nº 4/1985, de fecha 24 de octubre, que crea el Servicio Nacional de Medicina Tradicional, la Ley número 3 / 2003, de fecha 18 de noviembre, que regula el ejercicio farmacéutico en el país, la Orden Ministerial nº 1/2016 que regula el control de las importaciones y el precio de medicamentos y el Decreto nº 73/2018, de fecha 18 de abril, para la homologación y el registro de los medicamentos. Existe también una Política Farmacéutica Nacional pendiente de aprobación y una Lista Nacional de Medicamentos Esenciales, actualizada en 2018.

Hoy en día, el país cuenta con muy pocos profesionales con titulación de licenciatura en Farmacia y no existe un plan de formación inicial y continúa de profesionales del sector farmacéutico. La actividad de farmacia está siendo llevada a cabo por técnicos y auxiliares de farmacia y, mayoritariamente, por auxiliares sanitarios.

El sistema carece de normas y procedimientos que respeten la cadena de gestión logística de los medicamentos y de otros productos sanitarios. No existe un comité nacional de selección de medicamentos esenciales para liderar el proceso de compras ni tampoco existe un sistema único de abastecimiento de medicamentos para los establecimientos sanitarios públicos y privados, dado que el sector farmacéutico cuenta con pocos proveedores instalados oficialmente en el país.

Por otra parte, la actual gestión de las farmacias en los hospitales públicos, por el Centro de Aprovisionamiento de Medicamentos (CENTRAMED), limita seriamente a la población el acceso a los medicamentos, debido a que estos son de marca y, por tanto,

son caros si los comparamos con el poder adquisitivo de la mayoría de los pacientes.

El país no cuenta con una industria farmacéutica, por eso, todos los productos farmacéuticos son importados sin garantías de calidad ya que además Guinea Ecuatorial no dispone de un sistema de control de calidad.

A pesar de la existencia de la Dirección Nacional de Medicina Tradicional y de la Asociación Nacional de Médicos Tradicionales de Guinea Ecuatorial (ASOMETRAGE), se observa una deficiente integración de la Medicina Tradicional en el Sistema de Salud, la ausencia de un mecanismo de control de los productos utilizados en la Medicina Tradicional y la mezcla de prácticas espiritistas que merman seriamente el ejercicio de esta rama de la medicina.

En el análisis de la gestión logística de los medicamentos y de otros productos sanitarios se detectan los problemas que se muestran en el siguiente cuadro nº 5, a resolver en el marco del presente PNDS.

Cuadro nº 5: Gestión de los medicamentos y de otros productos sanitarios

DEFICIENTE SISTEMA DE GESTIÓN LOGÍSTICA DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS QUE SE JUSTIFICA POR LO SIGUIENTE

- Frecuente ruptura de stock de los medicamentos y de otros productos sanitarios.
- Poca accesibilidad financiera de la población a los medicamentos y otros productos sanitarios.
- Falta de gestión del consumo de medicamentos y de otros productos sanitarios en los centros de prestación de servicios.
- Falta de control de la calidad de los medicamentos y de otros productos sanitarios en el país.

>>

>>

- Falta de coordinación entre el MINSABS, CENTRAMED y los importadores mayoristas de medicamentos y de otros productos sanitarios.
- Deficiente uso de la Medicina Natural y Tradicional como alternativa terapéutica.

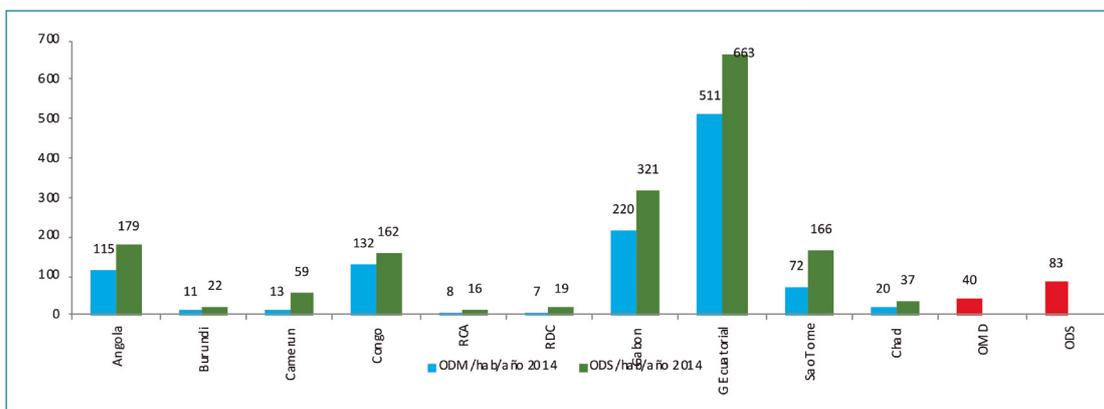
de larga duración, servicios de asistencia curativa y de rehabilitación), lo cual no permite realizar previsiones presupuestarias de gastos y de ingresos en el sector salud, para una mejor asignación presupuestaria del PIB del Estado a la financiación de la salud.

2.4.2.5. Financiación de la salud

El Sistema Sanitario Nacional no dispone de Cuentas Nacionales de Salud que recojan los conceptos de gastos y los ingresos de las funciones de salud (formación de recursos humanos, administración de la salud y de seguros médicos, servicios de prevención y de salud pública, productos sanitarios dispensados a pacientes, servicios auxiliares de atención sanitaria, servicios de atención

Según estimaciones de la OMS, en el año 2014, el gasto por habitante y por año en salud de la República de Guinea Ecuatorial fue de 663 UDS, situando al país por encima del umbral de los 86 USD recomendados por los ODS, para alcanzar la cobertura sanitaria universal (CSU). En base a esta realidad, el país está realizando elevados gastos para la salud y, sin embargo, no alcanza resultados significativos, en comparación con otros países de la subregión que están consiguiendo mejores coberturas con poca inversión.

Gráfica 1: Gastos totales en salud por habitante y por país, año 2014 en África Central



Fuente: (<http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/>)

En el año 2012, el gasto en salud financiado por el Gobierno alcanzó el 54.3% de todos los gastos contra el riesgo financiero en salud; y la parte soportada por la población fue del 45%, realizado en forma de pago directo (8). Este hecho evidencia que la población está soportando más del 20% de los gastos de salud recomendados por hogar (8).

La vigente política de recuperación de costos de prestación de servicios en los hospitales y centros de salud públicos sigue sin aplicarse con efectividad. Solo el 20% de las recaudaciones se destina al funcionamiento de los hospitales y centros de salud, mientras que el 80% se ingresa en la Tesorería del Estado (8). Esta situación dificulta la autonomía de gestión de los establecimien-

tos sanitarios públicos y afecta a la aplicación de la gratuidad de los servicios decretada por el Gobierno.

Según la misma fuente (8), el seguro médico del INSESO cubre solamente alrededor del 6,8% de la población (funcionarios públicos, los empleados y/o trabajadores de las empresas privadas afiliadas y a los afiliados particulares). Cabe precisar que el mecanismo de compra de servicios de salud como tercer pagador está poco desarrollado en el país, solamente en los establecimientos sanitarios del INSESO y en una mínima parte de las estructuras públicas y privadas de salud.

La financiación de la salud de la población se enfrenta a los siguientes problemas del presente cuadro nº 6.

Cuadro nº 6: Problemas de financiación de la salud de la población

FINANCIACIÓN DE LA SALUD DEBAJO DEL 15% COMPROMETIDO EN ABUJA QUE SE JUSTIFICA POR LO SIGUIENTE

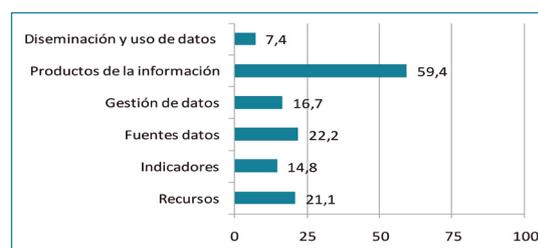
- Deficiente financiación de los planes y programas del sector salud en los diferentes niveles.
- Deficiente capacidad de control interno y auditoría de la gestión de los recursos asignados a la salud.
- Falta de mecanismos de seguimiento del uso de los recursos económicos asignados a la salud.
- Falta de mecanismos de protección de la población contra los riesgos financieros de salud.
- Deficiente calidad de prestaciones del INSESO al ser a la vez aseguradora, gestora y prestadora de servicios de atención médica.

2.4.2.6. Gestión de la información sanitaria y de la investigación en salud

Según los resultados de la evaluación llevada a cabo por el MINSABS en 2014, mediante la Red Métrica en Salud (RMS) de la OMS, el Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS) es deficiente para garantizar una gestión de calidad de la información y datos de los programas de salud.

La síntesis de esos resultados indica un SNIS caracterizado por una notoria deficiencia de información fiable sobre la situación sanitaria, con un sistema de información de rutina prácticamente ineficaz, fragmentado y no integrado. Lo que no permite informarse de manera instantánea sobre el nivel de utilización y la calidad de los servicios ni del nivel de satisfacción de los usuarios, a lo que se añaden las dificultades para la gestión de medicamentos y productos sanitarios, por falta de datos de consumo.

Gráfico Nº 3: Resultados de la evaluación de los componentes RMS del SIS



Fuente: Informe Nacional de Evaluación del SNIS, Guinea Ecuatorial 2014

En ausencia de publicaciones periódicas de anuarios de estadísticas sanitarias y de boletines epidemiológicos, el SNIS carece de instrumentos de referencia para medir su eficacia en cuanto a la recogida, tratamiento, análisis, difusión y conservación de la información producida en los diferentes niveles de la pirámide sanitaria.

La situación actual del servicio de Vigilancia Epidemiológica evidencia la carencia de recursos (humanos, materiales, logísticos y de equipamiento) tanto en cantidad como de calidad para la gestión adecuada de la información sanitaria, lo que ha propiciado la deficiente formación del personal y la poca realización de supervisiones, según la Guía de Vigilancia Integrada de la Enfermedad y Respuesta (VIER); tampoco existe un mapa que proporcione información sobre la cartografía epidemiológica del país. Esta situación es consecuencia de la baja importancia que se otorga a la gestión de la información y de los datos estadísticos sanitarios y a la actividad de vigilancia epidemiológica.

En los últimos quince años el país ha llevado a cabo pocos estudios y encuestas a nivel nacional, tales como: (a) Encuesta Nacional CAP/2010 – 2011 sobre 4 prácticas familiares esenciales, (b) Encuesta nacional sobre el estado nutricional de niños menores de 5 años, 2012, (c) EDSGE – I/2011, (d) Encuesta sobre la prevalencia de la oncocercosis en la isla de Bioko, 2013 (e) Encuesta sobre el tétanos neonatal, 2016 y (f) Evaluación externa del PAV, 2016.

A pesar de los esfuerzos desplegados por el MINSABS, con el apoyo de los Socios al desarrollo, el SNIS se enfrenta a los siguientes problemas:

Cuadro nº 7: Resumen de los problemas del Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS)

DEFICIENCIAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN SANITARIA (SNIS) EN TODOS LOS NIVELES Y QUE SE JUSTIFICAN POR LO SIGUIENTE

- Insuficientes recursos (humanos, materiales y financieros) destinados al SNIS, incluyendo a la Vigilancia Epidemiológica.

>>

>>

- Ausencia de una lista nacional de indicadores definidos y adoptados por nivel de prestación de servicios de salud.
- Datos de fuente muy limitada y de poca calidad en todos los niveles de la pirámide sanitaria.
- Deficiente diseminación y utilización de datos del SNIS que integren la Vigilancia Epidemiológica (VE).
- Deficiente marco institucional y organizacional del SNIS que integre la Vigilancia Epidemiológica.

2.4.2.7. Prestación de servicios de salud

La falta de datos sobre la disponibilidad, utilización y calidad de los servicios en los establecimientos sanitarios no permite evaluar la capacidad operativa de las estructuras sanitarias en los diferentes niveles del sector público y privado. Al no haber realizado una encuesta SARA (siglas en inglés “Service Availability and Readiness Assessment”) en el país, el equipo de trabajo del PNDS ha basado sus esfuerzos en los pocos datos de rutina disponibles y procedentes de las pocas encuestas realizadas en los 10 últimos años.

En lo referente a la Atención Primaria de Salud (APS) se sigue observando una deficiente implementación de la estrategia, según las normas de la OMS y las necesidades reales del país; cuyos servicios del primer nivel (prevención y promoción) se realizan en 225 puestos de salud sobre 384 existentes (58.5%) y 47 centros de salud, considerados operativos, sobre 109 existentes (43.11%), ofreciendo servicios de poca calidad a causa de la deficiente disponibilidad de recursos humanos (en cantidad y calidad) (20).

Los 11 hospitales distritales, como unidad de referencia del primer nivel, y los 5 hospitales provinciales, que corresponden al se-

gundo nivel de atención sanitaria, ofrecen casi el mismo paquete de servicios deficiente, debido a la baja calidad del equipamiento, las frecuentes rupturas de stock de los medicamentos e insumos, así como por la deficiente cantidad y calidad del personal.

El tercer nivel de prestación de servicios corresponde a los 2 hospitales regionales de Malabo y Bata; siendo el de Bata el hospital universitario por su rol en la formación de recursos humanos e investigación en salud. Este nivel se beneficia de la presencia de estructuras parapúblicas y privadas de atención con servicios más amplios y de mayor calidad, debido al equipamiento técnico y a la presencia de un personal cualificado que integra a especialistas en ciencias médicas para atender a casos complicados.

Respecto a la vacunación, este servicio se ofrece en los diferentes niveles de atención con un total de 62 puestos, entre los cuales 57 (91.9%) son operativos con personal formado. La adquisición de las vacunas e insumos está a cargo del Gobierno y gestionada por UNICEF, lo que ha evitado la ruptura de stock de vacunas y otros insumos desde el año 2016; y ha garantizado la cadena de frío con 9 cámaras, 70 refrigeradores y 5 congeladores, con el objetivo de asegurar una cobertura vacunal de al menos el 90%, a nivel nacional. Pese a las condiciones favorables creadas, la deficiente participación comunitaria, la insuficiencia de recursos humanos en el PAV, la irregularidad de la estrategia avanzada de vacunación, son entre otras las grandes debilidades a corregir para mejorar dicha cobertura vacunal.

Con respecto a la Planificación Familiar (PF), ésta fue regulada en 1996 a través de la Ley que autoriza el uso de los métodos anticonceptivos modernos para evitar embarazos no deseados y espaciar los nacimientos sin ninguna restricción. La adquisición de los anticonceptivos modernos e insumos de PF está a cargo del Gobierno y gestionada

por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La cobertura de los servicios de PF sigue siendo limitada en solo 23 centros de salud sobre los 47 funcionales en 2018 (48.9%) y 6 hospitales públicos sobre los 18 existentes (33,3%). La EDSGE – I de 2011 estimó las necesidades no satisfechas en PF en un 34% y en un 46% la demanda potencial en PF en el país.

En lo que atañe al control prenatal, el 100% de los hospitales del sector público y 47 centros de salud (CS) funcionales realizan el seguimiento del embarazo, respetando las normas y los procedimientos establecidos, con un personal integrado por médicos generalistas, ginecoobstetras, diplomados universitarios en Enfermería (DUE) comadronas, asistentes técnicos sanitarios en Ginecoobstetricia (ATS-G) y auxiliares de Enfermería. La misma actividad está igualmente en vigor en los establecimientos parapúblicos y privados que ofrecen servicios de salud materna y neonatal. Sin embargo, la falta de supervisiones formativas y de monitoreo periódico debilitan la calidad de los servicios prestados en todas las estructuras.

Referente a la nutrición del niño, la práctica de lactancia materna es solo del 7%, lo que expone a la mayor cantidad de niños a problemas de nutrición, conllevando a la malnutrición, con 2.565 casos reportados en 2016 (19). El programa no dispone de suficiente personal capacitado ni de un plan de seguimiento nutricional de los niños menores de 5 años ni de las mujeres embarazadas en la comunidad.

En relación con la salud reproductiva de los adolescentes y jóvenes, la capacidad de respuesta de las estructuras sanitarias ante las necesidades de estos es muy baja ya que se forma muy poco al personal sanitario y a los mismos jóvenes sobre la salud sexual y reproductiva. Esta situación evidencia la limitada disponibilidad y uso de los preservativos masculinos y femeninos y otros

métodos anticonceptivos modernos en los adolescentes y jóvenes de ambos sexos. Otras de las grandes limitaciones es la falta de promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la capa juvenil debido a la deficiente integración de la educación sexual en el currículo escolar y la falta de centros multifuncionales en salud sexual y reproductiva en la comunidad.

Para la integración de la Medicina Tradicional en la prestación de servicios, se observa una promoción deficiente de dicha rama de la medicina como alternativa terapéutica, a pesar de la amplia oferta medioambiental rica en plantas, como potencial importante para atender varias patologías. La falta de organización de los curanderos, según el perfil profesional, así como la falta de control de las recetas y de las plantas medicinales que se usan dificulta el ejercicio de la Medicina Tradicional en el país.

Con el inicio del proyecto de control del paludismo, a través del Programa Nacional financiado por el Gobierno y apoyado por el sector privado en la Isla de Bioko y por el Fondo Mundial en la región continental en el año 2004, la situación epidemiológica del país mejoró. Sin embargo, desde la retirada del Fondo Mundial en 2011, esta mejora se vio afectada debido a la disponibilidad y utilización de los servicios de lucha contra el paludismo únicamente en la Isla de Bioko en detrimento de la parte continental y de la Isla de Annobón, creando de esta manera una gran disparidad entre las dos regiones del país.

En materia de prevención, solamente un 38% de los hogares tenían en 2011 al menos una mosquitera impregnada con insecticida (MII) y un 36% una mosquitera impregnada con insecticida de larga duración (MILD) (23), a nivel nacional. Aproximadamente, seis de cada diez mujeres embarazadas (61%) han tomado antipalúdicos a título preventivo durante su último embarazo

pero sólo el 28% recibió al menos dos dosis de SP/Fansidar, durante una visita prenatal, tal como se recomienda en el marco del tratamiento preventivo intermitente (TPI) (23).

En materia de tratamiento, el 32% de los niños menores de cinco años con fiebre en las dos semanas anteriores a la EDSGE –I 2011, fueron tratados con algún antipalúdico, pero sólo el 15% lo fue con tratamiento combinado a base de Artemisinina (TCA). Casi cinco de cada diez niños (48%), de 6 a 59 meses de edad, tuvieron un resultado positivo en la prueba de diagnóstico rápido (TDR) para el paludismo.

La proporción de resultados positivos en la isla de Bioko fue sustancialmente menor (13%) que la proporción registrada en la región continental (del 59%). Esta situación puede explicarse por la discontinuidad de los servicios de lucha contra el paludismo desde el cierre del proyecto del Fondo Mundial que cubría la región continental.

Pese a los esfuerzos desplegados, la prevalencia del paludismo en niños menores de 5 años ha sido del 55.1% en la región continental, del 17.4% en la Isla de Annobón (2017) y del 6.6% en Bioko (2018). En la población general, la prevalencia es del 46.2% en la región continental (2013) y del 10.9% en la isla de Bioko (2018).

Según la OMS, la República de Guinea Ecuatorial es uno de los países más afectados por la tuberculosis de la subregión de la zona CEMAC. Entre 2006 - 2018, el número de casos diagnosticados de tuberculosis, de todas las formas, pasó de 420 a 1.366 en una población total de 1.225.367 habitantes, con un crecimiento de la incidencia estimada por la OMS del 191 por 100.000 habitantes.

Desde el año 2016, se registran casos de tuberculosis multirresistente en una proporción del 10% de casos TB nuevos y de un

30% y 60% en casos de retratamiento. La tasa de detección de tuberculosis sensible es del 58% y de tuberculosis resistente es, aproximadamente, del 18%. Desde 2016 se reportan casos de tuberculosis extremadamente resistente (XDR) (7).

La cobertura diagnóstica con Baciloscopia (1ª línea) alcanza, en 2019, el 66% de los distritos y con Xpert es disponible solo en los dos hospitales regionales para un 11% de los pacientes nuevos y un 51% de los pacientes tratados en el país. Hasta en la actualidad, el país no cuenta con diagnóstico de resistencias de 2ª línea, pese a que el régimen de elección para multidrogoresistencia (MDR) es el corto (“Bangladesh”) (7).

Pese a la tasa de coinfección VIH/TB del 36% (2018), las actividades de control de tuberculosis entre las PVVIH son insuficientes. Por ejemplo, no se ofrece tratamiento preventivo con Isoniazida (TPI) (7).

La prevalencia general del VIH en la población se ha duplicado en los últimos 10 años alcanzando un 6,2% (8,3% en mujeres y 3,7% en hombres), en edades de 15 - 59 años, con un 1,2% en los jóvenes de 15 - 19 años y un 3,1% en los jóvenes de 15 - 24 años. Esta preocupante situación pone la capa juvenil en situación de riesgo en ausencia de medidas eficaces para la prevención. Según los datos estimados por ONUSIDA (2018), la cantidad de personas que viven con VIH (PVVIH) es de 62.300 de las cuales solo 21.686 (35%) están bajo tratamiento.

Los servicios de lucha contra el VIH/sida y otras Infecciones de transmisión sexual (ITS) son totalmente gratuitos en la República de Guinea Ecuatorial, financiados con fondos propios del Gobierno. Las actividades de sensibilización, prevención y lucha multisectorial del VIH/sida y las ITS constituyen los principales servicios que se prestan a la población y se basan, principalmente, en

mensajes educativos a través de los medios de comunicación, charlas educativas en las escuelas y en las comunidades y distribución de folletos, afiches y pancartas. Las actividades de prevención están fortalecidas por la distribución gratuita de preservativos a la población. La implicación de los demás sectores sociales es uno de los logros que se está alcanzando en la lucha multisectorial contra el VIH/Sida, con una mayor implicación del Cuerpo Castrense y demás departamentos sectoriales a nivel nacional.

Por otra parte, la prevención de la transmisión vertical del VIH es la estrategia aplicada para cortar la cadena de transmisión del virus de la madre infectada al niño, en las diferentes etapas. En la República de Guinea Ecuatorial, la estrategia ha sido iniciada desde el año 2003 con la monoterapia que fue, posteriormente, cambiada con la triterapia, mediante la actualización de protocolos de tratamiento, la formación del personal, la adquisición y distribución de ARV y otros insumos.

En el proceso de aplicación se siguen las nuevas directrices terapéuticas de la OMS, relativas al VIH de junio de 2013 y que recomiendan: (i) iniciar temprano el tratamiento, (ii) tratar todos los niños y jóvenes que viven con el VIH, las mujeres embarazadas y lactantes e (iii) integrar los servicios vinculados al VIH a otros servicios de salud para mantener la sinergia de acción y potenciar la eficacia de la gestión. Se está llevando a cabo la estrategia de eliminación de la transmisión vertical, que cubre el 100% de los hospitales públicos y el 65% de los centros de salud, sin registrar una ruptura de stock en los últimos cinco años.

A nivel de prestación de servicios clínicos, solamente el 27.7% de los hospitales públicos ofrecen servicios completos a los pacientes con VIH/Sida (consulta médica/consejería, distribución de medicamentos ARV y otros, seguimiento biológico, reporte

de datos de rutina), de los cuales el 60% tiene categoría de centros provinciales de tratamiento (CPT) y el 40% son denominados unidades de referencia de enfermedades infecciosas (UREI). Estos dos últimos mencionados se ubican en los dos hospitales regionales de Malabo y Bata (7). En los últimos cinco años, se ha extendido también el paquete básico de tratamiento en algunos establecimientos sanitarios públicos y parapúblicos, incluyendo los hospitales de la Seguridad Social (7).

Aunque el Gobierno asume el 100% de los gastos de manejo del VIH/Sida, con una cobertura del tratamiento para adultos, que ha pasado del 39% en 2008 al 75% en 2012, se siguen registrando muchas debilidades en la prevención que es la única vía para revertir la tendencia.

Respecto a la Lucha contra el VIH/Sida y otras ITS, el programa dispone de servicios gratuitos y financiados por el Gobierno con fondos del Estado; siendo la sensibilización, prevención y lucha multisectorial, los principales servicios que se prestan a la población. En términos de cobertura, solo 5 de los 18 hospitales públicos (27.7%) ofrecen servicios completos a los pacientes con VIH/Sida; de los cuales 3 (60%) tienen categoría de centros provinciales de tratamiento (CPT) y 2 (40%) son unidades de referencia de enfermedades infecciosas (UREI), los cuales se ubican en los hospitales regionales de Malabo y Bata.

El servicio de prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH) se presta en los 18 hospitales y 47 centros de salud funcionales, a nivel nacional, mediante la aplicación de protocolos de tratamiento, la formación del personal, la adquisición y distribución de antiretrovirales (ARV) y de otros insumos. Sin embargo, la falta de mecanismos de seguimiento de los niños nacidos de madres con VIH no permite controlar la eficacia de la intervención a los 2 meses de vida de di-

chos niños a través de la técnica de laboratorio del análisis de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

A pesar de los esfuerzos desplegados por el Gobierno, las dificultades que merman el funcionamiento del Programa de lucha contra el VIH/Sida se centran, principalmente, en lo siguiente: (i) deficiente sensibilización y movilización social en la lucha contra el VIH/Sida, (ii) falta de un programa de marketing social para el fomento del uso de preservativos, (iii) baja cobertura de servicios de tratamiento ARV a nivel nacional respecto a la demanda, (iv) deficiente formación del personal, (v) falta de investigación operativa en materia de VIH/Sida, (vi) deficiente gestión de datos sobre VIH/Sida y (vii) deficiente equipamiento para el diagnóstico y seguimiento biológico de los pacientes.

La atención sanitaria centrada en la persona está muy limitada en relación a las enfermedades crónicas no transmisibles, debido a los deficientes mecanismos de captación, seguimiento y control de nuevos casos, el deficiente funcionamiento de los equipos móviles de los distritos, el limitado acceso de muchos pacientes de bajos recursos a los centros sanitarios públicos, la prolongada ruptura de stock de medicamentos esenciales en muchos centros de atención sanitaria y la deficiente calidad de la asistencia sanitaria.

El manejo de las enfermedades tropicales desatendidas está basada en varios programas (trpanosomiasis humana africana, oncocercosis, esquistosomiasis, geohelmintiasis, filariasis linfática, loasis y W. bancrofti) cuyos servicios son gratuitos.

El sistema de Vigilancia Epidemiológica se caracteriza por la deficiente capacidad de detección precoz, alerta, notificación y respuesta por sobre todo la aplicación insuficiente de la Guía de Vigilancia, la escasa cantidad de recursos humanos cualificados,

la poca motivación y dedicación exclusiva del personal a las actividades de vigilancia, los escasos medios de comunicación (técnicos y logísticos), la frecuente ruptura de stock de los materiales, reactivos, productos farmacéuticos y otros insumos, así como la falta de supervisión formativa de los puntos focales para la Vigilancia Epidemiológica en los distritos sanitarios.

En cuanto a la promoción y márketing social de la salud se constatan una serie de debilidades que dificultan la implementación de dichos componentes para generar la demanda de servicios de salud en los diferentes niveles, debido a la falta de: (a) un plan estratégico de comunicación que incluya la información y sensibilización, (b) planes operativos adoptados, (c) estructuras y recursos capaces de implementar los planes, (d) utilización de canales de comunicación y (e) la poca participación de las autoridades comunitarias en la sensibilización de la población.

En vista a las limitaciones descritas, el Gobierno y socios al desarrollo han desplegado esfuerzos y recursos para revertir la situación; y pese a dichos esfuerzos, la prestación de servicios de salud en todos los niveles se enfrenta a los problemas que se encuentran en el cuadro de la siguiente página.

Cuadro n° 8: Resumen de los problemas de prestación de servicios de salud

DEFICIENTE COBERTURA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN LOS DIFERENTES NIVELES CON MIRAS A LA META DE SALUD PARA TODOS, EN 2020, QUE SE JUSTIFICA POR LO SIGUIENTE

- Limitada oferta de servicios de salud de calidad en los diferentes niveles de la pirámide sanitaria.
- Deficiente utilización de los servicios de salud materna, neonatal, infantil y en adolescentes y hombres.
- Deficiente demanda de servicios de salud de calidad en todos los niveles de la pirámide sanitaria.
- Deficiente disponibilidad y utilización de servicios de lucha contra las enfermedades transmisibles.
- Deficiente control de las enfermedades no transmisibles y tropicales desatendidas.
- Deficiente capacidad operativa de los servicios de los laboratorios biomédicos y de transfusión de sangre disponibles.
- Deficiente capacidad de respuesta nacional en materia de Vigilancia Epidemiológica (VE).
- Deficiente manejo de pacientes con cáncer, de accidentes de tráfico y de situaciones de emergencia /o catástrofes.
- Deficiente consideración del papel de la Enfermería en la promoción de la cobertura sanitaria universal.

CAPÍTULO III: MARCO PROGRAMÁTICO DEL PNDS

3.1. Vínculo del PNDS con los planes y programas de desarrollo

3.1.1. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al Horizonte 2030

Los indicadores de las metas fijadas por la Política Nacional de Salud al horizonte 2030 que guían los resultados del PNDS están perfectamente reflejados en el ODS n°3 referente a la salud que es el de “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Por otro lado, la necesidad del enfoque multisectorial de los principales determinantes de salud en la implementación del PNDS impone una amplia toma en consideración de los demás ODS vinculantes como: (i) poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sustentable (ODS n° 2), (ii) garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de



aprendizaje durante toda la vida para todos (ODS n° 4), (iii) lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas (ODS n° 5) y (iv) garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sustentable y el saneamiento para todos (ODS n° 6).

Cuadro n°9: Relación entre ejes estratégicos del PNDS y metas del ODS n° 3

N°	EJES ESTRATÉGICOS DEL PNDS	METAS ODS N° 3
1	La promoción del acceso equitativo a servicios de salud de calidad que garanticen una cobertura sanitaria universal (CSU)	3.8.1
2	El incremento del uso de servicios de salud de calidad para toda la población	3.1.1, 3.1.2, 3.2.1, 3.2.2, 3.7.1, 3.8.1, 3.a.1, 3.b.1
3	La promoción de un entorno favorable para la salud de la población	3.5.1, 3.5.2, 3.9.2, 3.b.3, 3.a.1
4	El fortalecimiento de la seguridad sanitaria y de la gestión de las urgencias sanitarias	3.3.1, 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4, 3.3.5, 3.d.1
5	El fortalecimiento de la gobernanza y del liderazgo en salud	3.8.1, 3.8.2

3.1.2. Agenda 2063 de la Unión africana (UA)

Las estrategias del PNDS se inscriben en la materialización del sueño de la Unión Africana (UA) en su Agenda 2063 de contar con una África cuya prosperidad esté basada en un crecimiento inclusivo y un desarrollo sostenible, teniendo una población en buena salud y que se beneficie de una alimentación y nutrición de calidad y accesible para todos. Con el presente PNDS, Guinea Ecuatorial pretende alinearse a los orientaciones estratégicas de la UA con el fin de desarrollar y administrar, de forma duradera, su sistema de salud y estableciendo programas y proyectos en las instituciones convenientes para alcanzar los objetivos de desarrollo en materia de salud.

3.1.3. Organización de Coordinación de la lucha contra las Endemias en África Central (OCEAC)

Las acciones del PNDS de lucha contra la enfermedad están perfectamente marcadas en los lineamientos programáticos de la Organización de Coordinación de lucha contra las Endemias en África Central (OCEAC), en calidad de agencia de ejecución de la política sanitaria de la CEMAC. En esta perspectiva, Guinea Ecuatorial a través del MINSABS, está plenamente implicada en el proceso de elaboración del Plan Estratégico Regional de lucha contra el VIH/Sida, la tuberculosis y la hepatitis para el período 2019 - 2023, entre otras acciones en curso en el marco de la integración regional en salud.

3.1.4. Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social al Horizonte 2020

El Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social al Horizonte 2020, adoptado en 2007 durante su II Conferencia, que contempla cambios significativos en la distribución de los ingresos, la diversificación eco-

nómica y el desarrollo de un sector social capaz de mejorar el bienestar de toda la población, ha sido también una herramienta de referencia para la elaboración del presente PNDS.

3.1.5. Política Nacional de Salud establecida al horizonte 2035

La visión, misión, los principios, valores y los objetivos de las acciones estratégicas de la Política Nacional de Salud, fijados al horizonte 2035, también han guiado el marco programático del Plan Nacional de Desarrollo Sanitario.

3.1.6. Agenda Guinea Ecuatorial al Horizonte 2035

Los objetivos a largo plazo y las orientaciones estratégicas en materia de salud y bienestar, adoptadas durante la III Conferencia Económica Nacional de 2019, han sido ampliamente tomados en cuenta en la formulación de los programas prioritarios, subprogramas, resultados e indicadores del PNDS.

3.2. Marco programático del Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (2021 – 2025)

3.2.1. Visión

La visión del PNDS es la que el Gobierno se ha fijado en la Política Nacional de Salud al horizonte 2035, que contempla que *“Todas las niñas y niños, adolescentes y jóvenes, mujeres y hombres gocen de una buena salud, mediante un acceso equitativo a servicios de calidad”*.

Esta visión se vincula a la Declaración de Astaná de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud (APS), de octubre de 2018, asegurando al país lo siguiente:

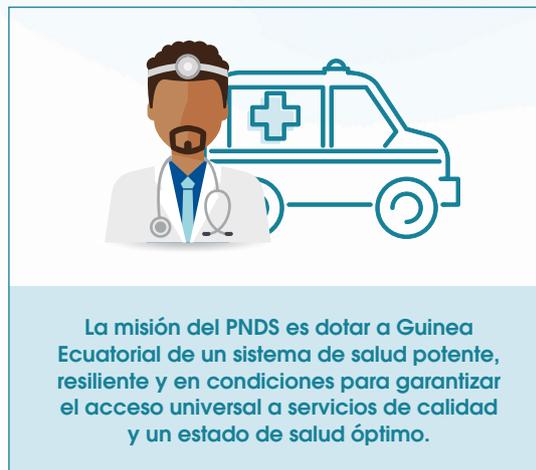
- Un sistema de salud sólido que dé prioridad a la promoción y protección de la salud y al bienestar de las personas, tanto a nivel comunitario como individual.
- Un sistema de salud que dé prioridad a la Atención Primaria de Salud (APS) y a unos servicios de mayor calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas las partes.
- Un sistema de salud que dé prioridad a servicios de salud prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales competentes, motivados y comprometidos.
- Una gobernanza de la salud en un entorno propicio y favorable, en la que los individuos y la comunidad estén empoderados y colaboren para la consolidación y la mejora de la salud y del bienestar.
- Una gobernanza de la salud junto con los socios al desarrollo implicados y que participen al desarrollo de las políticas sectoriales, estrategias y planes operativos de salud.

3.2.2. Misión

La misión del PNDS es dotar a la República de Guinea Ecuatorial de un sistema de salud potente, resiliente y en condiciones de garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad y un estado de salud óptimo, para sostener la durabilidad del crecimiento económico y el desarrollo social sostenible.

3.2.3. Principios

Los principios del PNDS son los de la visión de la Política Nacional de Salud, de acuerdo con el objetivo de Cobertura Sanitaria Universal (CSU) del ODS n°3 y de la Declaración de Astaná de 2018 sobre la APS, a saber:



- 1) Promoción de la buena gobernanza en salud, a través del apoyo político de alto nivel a la promoción y protección de la salud de la población, con la implicación del Presidente de la República de Guinea Ecuatorial como la más alta autoridad del Estado.
- 2) Toma de decisiones políticas en pro de la salud en todos los sectores, reafirmando la función y responsabilidad primaria del Gobierno en todos los niveles y en la promoción y protección del derecho de todas las personas al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr.
- 3) Participación al diálogo político en salud con el fin de maximizar la movilización y uso de recursos, la armonización de las intervenciones y el seguimiento y monitoreo de planes de intervención.
- 4) Descentralización de la gestión de los recursos y de la toma de decisiones en los distintos niveles del sistema de salud, a través de la operacionalización del distrito sanitario.
- 5) Desarrollo de un marco programático y de gestión común para todas las partes con mayor implicación de la población en el desarrollo de políticas y programas de salud.

- 6) Desarrollo de un plan de recursos humanos en salud que ponga énfasis en la formación, distribución y motivación del personal para mejorar la calidad de los servicios en los diferentes niveles.
- 7) Fomento de una Atención Primaria sostenible con inversiones y mejores infraestructuras que dé prioridad a la prevención de las enfermedades y que potencie los servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y una atención paliativa, accesibles a todos.
- 8) Promoción de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) en colaboración con todas las partes interesadas y el empoderamiento de la comunidad para incrementar el uso de servicios de salud de calidad equitativamente accesibles a la población.
- 9) Toma en consideración de los determinantes económicos, socioculturales y medioambientales de la salud, para reducir los factores de riesgo en la salud y para velar por su incorporación en todas las políticas sectoriales ya vinculantes.
- 10) Participación de todas las partes en el logro de la salud para todos, a fin de no dejar a nadie atrás, fomentando la transparencia y un enfoque participativo.
- 11) Desarrollo de enfoques coherentes e incluyentes para ampliar la APS como pilar de la CSU en las emergencias, garantizando la continuidad de la atención y la prestación de servicios esenciales, en consonancia con los principios humanitarios.

3.2.4. Valores

El PNDS respeta los valores de equidad, justicia social, solidaridad nacional, sostenibilidad, ética, rigor, transparencia y democracia en todas las etapas de planificación y de puesta en marcha.

3.2.5. Metas y objetivos

3.2.5.1. Meta

Elevar el estado de salud de la población de la República de Guinea Ecuatorial al nivel más alto y equitativo de acuerdo con los recursos disponibles para el cumplimiento de los compromisos en salud.

3.2.5.2. Objetivos

a) Objetivos generales

- Combatir la pobreza y promover la mejora sostenida del estado de salud de la población ecuatoguineana.
- Promover estrategias que permitan a la población alcanzar una longevidad saludable.
- Promover la cultura de rendición de cuentas en la gobernanza del Sistema Nacional de Salud (SNS).

b) Objetivos específicos

Los objetivos estratégicos que fueron aprobados en el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social “Guinea Ecuatorial al Horizonte 2020” siguen siendo pertinentes para que sean reforzados y reconducidos en el presente PNDS, a saber:

- Impulsar una gobernanza de calidad del sistema de salud para una mayor prestación de servicios y promoción de la cultura de rendición de cuentas.
- Reforzar la organización y los mecanismos de coordinación y de gestión del Sistema Nacional de Salud.
- Mejorar la oferta, la demanda informada, el acceso y la calidad de los servicios de salud de la madre y de la mujer, del niño, de los adolescentes y de los hombres.

- Reforzar la lucha contra las enfermedades endémicas (paludismo, tuberculosis, VIH/Sida, hepatitis y otras enfermedades desatendidas).
- Reforzar el control de las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles.
- Fortalecer el sistema de vigilancia en salud y respuesta a las enfermedades endémicas emergentes y reemergentes así como de otros acontecimientos de salud pública.
- Aumentar, sustancialmente, la cantidad y calidad de los recursos humanos en el sector salud, privilegiando la oferta nacional, incluida la que se encuentra en la diáspora.
- Desarrollar un modelo de financiación que implique la participación del sector privado y de otros socios al desarrollo en salud.

c) Objetivos hacia las metas del ODS 3 en 2030.

Asegurar un acceso universal a una asistencia sanitaria de calidad integrada, continua, equitativa y centrada en la persona con el siguiente propósito:

- 1) Reducir la mortalidad materna de 290 a 140 muertes por 100.000 nacidos vivos.
- 2) Reducir la mortalidad neonatal de 33 a 16.5 por 1.000 nacidos vivos.
- 3) Reducir la mortalidad infanto-juvenil de 113 a 56.5 por 1.000 nacidos vivos.
- 4) Reducir en un 50% la mortalidad vinculada a las enfermedades transmisibles.
- 5) Reducir en un 50% la prevalencia de factores de riesgo vinculados a las enfermedades no transmisibles.

- 6) Reducir en un 50% la prevalencia de comportamientos de riesgo en los adolescentes y jóvenes de ambos sexos.
- 7) Reducir en un 50% el nivel de vulnerabilidad de la población ante las epidemias, urgencias y otros acontecimientos de salud.
- 8) Mejorar el liderazgo en la coordinación y la gestión global del Sistema Nacional de Salud.

3.2.6. Orientaciones estratégicas de la Política Nacional de Salud

a) La mejora del acceso equitativo de la población a servicios de salud de calidad a fin de garantizar la Cobertura Sanitaria Universal (CSU)

El acceso a los servicios constituye la base de la implementación de la CSU para garantizar a cada persona, sin dependencia de su lugar de residencia o de su nivel socioeconómico, tener acceso a servicios de salud de calidad que estén integrados a la vez, continuos y globales, a través de un mecanismo de seguro de enfermedad. Se trata de conseguir una mejora del acceso financiero y equitativo de la población a los servicios de salud, reduciendo progresivamente los pagos directos y los riesgos financieros de la salud con un fortalecimiento de los programas existentes de salud de la madre, niño, adolescentes y jóvenes, y de la creación de un programa de cuidados de salud para los discapacitados y personas de tercera edad.

Para ello, se llevarán a cabo las siguientes acciones: (a) la elaboración y aplicación de un mapa sanitario que permita una mejor distribución de las infraestructuras sanitarias, equipos técnicos, recursos humanos formados, medicamentos y otros insumos; (b) el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS) con la oferta de servicios esenciales de calidad accesibles a toda la población y (c) la elaboración y aplicación

de una política hospitalaria que establezca las normas y herramientas de atención curativa en los diferentes niveles de referencia.

b) El incremento de la utilización de servicios de salud de calidad para toda la población

La realización de esta estrategia pasa por lo siguiente: (a) el incremento de la disponibilidad de servicios de salud de calidad con un paquete completo, (b) la puesta en marcha de mecanismos de aplicación de la gratuidad de los servicios de atención, establecida por el Gobierno, (c) la ampliación de la cobertura nacional del seguro de enfermedad y (e) la elaboración y aplicación de un plan de comunicación para el cambio de comportamiento en salud.

c) La promoción de un mejor estado de salud de la población

Se trata de potenciar un entorno favorable para la prevención y tratamiento de las enfermedades transmisibles, no transmisibles y tropicales desatendidas mediante acciones multisectoriales e interinstitucionales en salud. Para ello, es necesario disponer de recursos humanos competentes en cantidad suficiente y bien distribuidos, de directrices y normas y/o protocolos actualizados y de insumos necesarios para mejorar la atención, la promoción de la colaboración multisectorial para la mejora de las condiciones de higiene y saneamiento de calidad, la mejora del suministro del agua potable a la población, la promoción de la práctica del deporte y de la educación física, así como las prácticas alimentarias saludables.

d) El fortalecimiento de la seguridad sanitaria y de la gestión de emergencias sanitarias

Este eje estratégico contempla las siguientes acciones: (a) la formación de recursos humanos y la adquisición de equipos técnicos

y logísticos para la preparación y respuesta a epidemias y acontecimientos de salud, de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), (b) la mejora de la disponibilidad de servicios de salud esenciales de vigilancia en todas las zonas fronterizas y centros sanitarios de vigilancia de enfermedades y acontecimientos de salud pública, (c) la mejora de la capacidad de diagnóstico de los laboratorios que incluya la operacionalización del Laboratorio de referencia de Baney para la confirmación rápida de epidemias, (d) la elaboración y aplicación de un plan de comunicación sobre las emergencias/urgencias y acontecimientos de salud pública y (e) la mejora de la disponibilidad y calidad de la información estadística sobre las enfermedades de declaración obligatoria y acontecimientos de salud pública.

e) El fortalecimiento de la gobernanza y el liderazgo en el Sector salud

Las acciones a llevar a cabo son las siguientes: (a) la mejora de las disposiciones jurídicas y legales en salud, (b) la mejora del marco programático y de gestión de los recursos en el sector salud, (c) la coordinación de las intervenciones de los socios al desarrollo y de la iniciativa privada en salud, (d) la descentralización de la gestión de los recursos en salud hacia la región, provincia y el distrito sanitario, (e) la potenciación del sistema de información sanitaria, (f) el desarrollo de la cultura de rendición de cuentas en los diferentes niveles de gestión de recursos económicos asignados al sector salud y (g) el fortalecimiento de los recursos humanos en gestión.

3.2.7. Marco lógico de resultados del PNDS

Los resultados, a mediano y largo plazo, los indicadores de metas, los medios de verificación y los riegos de implementación se encuentran en el presente cuadro n°10 del marco lógico de resultados del PNDS.

Cuadro n° 10: Marco lógico de resultados del Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (2021- 2025)

JIERARQUÍA DE RESULTADOS E INDICADORES	METAS		MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RIESGOS
	INICIO 2021	HORIZONTE 2025		
A. Morbilidad y mortalidad				
1) Mortalidad general				
Tasa de mortalidad general	5,2‰	3‰	Informe anual y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
% de muertes por paludismo en la población general	37%	20%	Informe anual y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
% de muertes por paludismo en niños menores de 5 años	28%	14%	Informe anual y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
2) Mortalidad materna				
Tasa de mortalidad materna (290/100.000 nacidos vivos)	290	145	EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
3) Mortalidad neonatal				
Tasa de mortalidad neonatal (menos de 28 días)	33‰	16,5‰	EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
4) Mortalidad infantil				
Tasa de mortalidad infantil	65‰	30‰	EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
Tasa de mortalidad infanto-juvenil	113‰	56,5‰	EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
5) Morbi - mortalidad por enfermedades transmisibles(ET)	ND	50%	EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
PALUDISMO				
Porcentaje de usuarios de telas mosquiteras impregnadas de insecticida	ND	60%	Informe anual y EDSGEI	Insuficiencia de recursos económicos
Porcentaje de mujeres embarazadas con al menos 3 dosis de TPI	ND	90%	Informe anual y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
Porcentaje de individuos con conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) para prevenir el paludismo	ND	70%	Encuesta CAP y EDSGE	No aplicación plan de monitoreo PNL
Porcentaje de pacientes con test rápido de detección del paludismo y con tratamiento adecuado	ND	90%	Informe anual y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
Disponibilidad de la vacuna contra el paludismo	ND	En proceso	Certificación de la OMS	Deficiente aplicación plan de investigación
Prevalencia del paludismo en la isla de Bioko	10,9%	5%	Informe anual y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
Prevalencia del Paludismo en la Región continental	46.2%	23%	Informe anual y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
% de parasitemia en la Isla de Annobón	24%	10%	Informe anual y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos

JIERARQUÍA DE RESULTADOS E INDICADORES	METAS		MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RIESGOS
	INICIO 2021	HORIZONTE 2025		
TUBERCULOSIS				
Porcentaje de detección de TB sensible en adultos	58%	75%	Estudios periódicos y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
Porcentaje de adultos con TB tratados	78%	90%	Estudios periódicos y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
Porcentaje de casos tratados de TB - MR en adultos	86%	93%	Estudios periódicos y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
Porcentaje de pacientes con coinfección bajo TARV	73%	93%	Estudios periódicos y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
VIH/SIDA				
Porcentaje de personas que reciben TARV (datos PNLS)	40%	90%	Estudios periódicos y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
Porcentaje de denuncias sobre VIH/Sida documentadas y solucionadas por la Procuraduría de Derechos Humanos	ND	50%	Informe anual y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
Prevalencia del VIH reducida a la mitad (EDSGE/2011)	6,2%	4%	Informe anual y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
B. Prevalencia de factores de riesgo por enfermedades no transmisibles (ENT) reducida el 50%				
Prevalencia de factores de riesgo por comportamientos (tabaco, alcohol, alimentación, actividad física)	ND	50%	Estudios periódicos y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
Prevalencia de factores de riesgo biológicos (hipertensión arterial, obesidad, diabetes e hipercolesterolemia)	ND	50%	Estudios periódicos y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
C. Prevalencia de comportamientos de riesgo en adolescentes y jóvenes de ambos sexos reducida el 50%				
Estrategia nacional de comunicación para la prevención de embarazos e ITS en adolescentes disponible	ND	Existe	Informes periódicos	Aplicación plan operativo PNDS
Existencia de una política y programa nacional de salud escolar y universitaria	ND	Existe	Informes periódicos	Insuficiencia de recursos económicos
% de adolescentes escolarizados y no escolarizados con conocimientos en prevención de embarazos, ITS y otros riesgos	ND	60%	Estudios periódicos y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
% de Adolescentes escolarizados y no que usan preservativos en relaciones sexuales de riesgo	ND	60%	Estudios periódicos y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos

JIERARQUÍA DE RESULTADOS E INDICADORES	METAS		MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RIESGOS
	INICIO 2021	HORIZONTE 2025		
D. Vulnerabilidad de la población ante epidemias, emergencias sanitarias y otros acontecimientos de salud reducida en un 50 %				
Existencia de un plan de vigilancia, alerta y respuesta a las emergencias sanitarias	ND	Existe	Informes periódicos	Insuficiencia de recursos económicos
Existencia de una política y plan nacional de prevención y de lucha contra las epidemias	ND	Existe	Informes periódicos	Insuficiencia de recursos económicos
Existencia de un reglamento sanitario internacional actualizado y aplicado	ND	Existe	Informes periódicos	Insuficiencia de recursos económicos
% de distritos sanitarios que notifiquen las EDO en el tiempo requerido (diario, semanal y mensual)	ND	Existe	Informes periódicos	Insuficiencia de recursos económicos
% de estructuras de VE que apliquen el RSI	ND	Existe	Informes periódicos	Insuficiencia de recursos económicos
% de casos sospechosos de enfermedades objeto de vigilancia investigados y confirmados	ND	Existe	Informes de rutina y estudios epidemiológicos	Insuficiencia de recursos económicos
Existencia de un servicio nacional de lucha contra el cáncer	ND	Existe	Informes periódicos	Insuficiencia de recursos económicos
E. Liderazgo de coordinación y gestión de recursos fortalecidos en todos los niveles del sistema de salud				
Nº de profesionales de salud formados en temas jurídicos	ND	60%	Estudios periódicos y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
% del Presupuesto del Estado asignado al sector salud	ND	20%	Estudios periódicos	Crisis económica
Existencia de mecanismos de seguimiento de recursos económicos asignados al sector salud	ND	Existe	Estudios periódicos	Falta de aplicación del Plan de seguimiento del PNDS
% de incremento de la cobertura en enfermedad en la población	7%	50%	Estudios periódicos y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
Existencia de Cuentas Nacionales de Salud (CNS)	ND	Existe	Estudios periódicos	Falta de aplicación plan operativo PNDS
Existencia de SNIS operativo en todos los niveles	ND	Existe	Informes periódicos y EDSGE	Insuficiencia de recursos económicos
Existencia de un comité de coordinación de los socios al desarrollo del sector salud	ND	Existe	Informes periódicos	Falta de aplicación del Plan de seguimiento del PNDS

3.2.8. Programas prioritarios del PNDS

El PNDS cuenta con cuatro programas prioritarios desglosados en 13 subprogramas, 51 resultados esperados y 248 indicadores de procesos que están desarrollados en el cuadro nº 11 de la siguiente página.

EL PNDS CUENTA CON CUATRO PROGRAMAS PRIORITARIOS DESGLOSADOS EN

**13 SUBPROGRAMAS
52 RESULTADOS ESPERADOS
248 INDICADORES DE PROCESOS**

Nº	PROGRAMAS PRIORITARIOS	SUBPROGRAMAS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
1	Acceso equitativo de la población a los servicios de salud de calidad	4. Mejora de la oferta y demanda de los servicios de salud de calidad.	4	15
		5. Mejora de los servicios de salud de la madre, mujer y del niño.	4	40
		6. Mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva de Adolescentes y Jóvenes.	2	10
Subtotal 1		3	10	64
2	Seguridad sanitaria, situaciones de emergencias y catástrofes y de resiliencia sanitaria	3. Gestión de epidemias según las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).	2	8
		4. Gestión de catástrofes según las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)	1	3
Subtotal 2		2	3	11
3	Promoción de la salud	4. Lucha contra las enfermedades transmisibles (ET).	14	80
		5. Lucha contra las enfermedades no transmisibles (ENT).	2	12
		6. Lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas (ETD).	4	9
		7. Mejora del entorno y/o modo de vida de la población.	1	5
Subtotal 3		4	21	106
4	Refuerzo del liderazgo y de la gobernanza del sector salud	5. Refuerzo del liderazgo y de la rendición de cuentas en el sector salud.	7	25
		6. Mejora de la gestión financiera en el sector salud.	4	16
		3. Fortalecimiento de la gestión de la información sanitaria.	4	16
		8. Investigación en salud.	3	10
Subtotal 4		4	18	67
Total General		4	51	248

3.2.9. Resultados estratégicos del PNDS

Sobre la base del marco lógico de resultados del cuadro anterior, los resultados estratégicos esperados de la exitosa implementación de PNDS, a finales de 2025, son los siguientes:

- 1) Reducción de la mortalidad general que pasará del 5.2 al 3‰, reducción de la mortalidad materna de 290 a 145 por 100 000 nacidos vivos, reducción de la mortalidad neonatal del 33‰ a 16.5‰, de la mortalidad infantil del 65 al 30‰ y de la mortalidad infanto-juvenil del 113‰ al 56.5‰. Al nivel del paludismo, se busca la reducción del porcentaje de muertes por paludismo del 37% al 20%, en la población general, y del 28% al 14% en los niños menores de 5 años.
- 2) Reducción de los riesgos de embarazos precoces, abortos clandestinos y de muertes maternas en niñas adolescentes mediante estrategias de comunicación apropiadas y medidas de prevención disponibles dentro y fuera de la escuela.
- 3) Reducción de la prevalencia del VIH del 6.2% al 4%, incremento de la cantidad de pacientes bajo tratamiento ARV y del uso de preservativos y de la implementación de mecanismos de denuncias documentadas sobre la discriminación y la estigmatización de las personas que viven con el VIH y solucionadas por una procuraduría de derechos humanos.
- 4) Reducción de la prevalencia del paludismo del 10.9% a menos del 5% en la isla de Bioko, del 46.2% al 23% en la región continental y del 24% al 10% en la Isla de Annobón; uso de telas mosquiteras impregnadas de insecticida por el 60% de la población y el tratamiento de paludismo intermitente (TPI) que alcance al menos el 90% en todas las mujeres embarazadas.
- 5) Consolidación de la eliminación del tétanos neonatal y de la poliomielitis, mediante el refuerzo de la cobertura vacunal, alcanzando al menos el 90% por todos los antígenos. También la eliminación de la oncocercosis en la Isla de Bioko y la organización de las campañas de eliminación de la filariasis linfática, la esquistosomiasis y la geohelmintiasis.
- 6) Reducción significativa de la vulnerabilidad de la población ante epidemias, emergencias sanitarias y otros acontecimientos de salud y control de las enfermedades crónicas no transmisibles que constituyan verdaderos problemas de salud pública en el país.
- 7) Un sistema de salud que cuente con recursos humanos suficientes y competentes distribuidos de manera equitativa, que cuente con un mecanismo de financiación que implique al sector público, parapúblico y privado y un sistema de gobernanza fuerte que garantice la coordinación y la gestión de recursos humanos, materiales y financieros con una cultura de rendición de cuentas.

3.2.10. Desarrollo de Programas prioritarios del PNDS

Los cuatro programas prioritarios del PNDS están desarrollados en el presente documento, respetando la lógica vertical y la lógica horizontal de planificación basada en los resultados, para el periodo de 2021 - 2025.

PROGRAMA 1:
ACCESO EQUITATIVO DE LA POBLACION A LOS SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD

3.3. Ubicación y marco programático

El Programa 1 que se desarrolla en las siguientes páginas constituye la piedra angular de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) y se compone de tres subprogramas, a saber:

- **Subprograma 1:** Mejora de la oferta y demanda de los servicios de salud de calidad.
- **Subprograma 2:** Mejora de los servicios de salud a la madre, la mujer y al niño.
- **Subprograma 3:** Mejora de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y de los jóvenes.

El marco lógico de la siguiente página establece los 10 resultados esperados, los 59 indicadores y sus correspondientes metas, a alcanzar durante los cinco años, cubiertos por el PNDS. Cabe indicar que la falta de indicadores de base en varios resultados esperados ha dificultado las proyecciones del nivel de progreso deseado, en el periodo (2021 – 2025), se esperarán los resultados de la EDGE – II y de otros estudios y encuestas que se realicen en el año 1 de implementación del PNDS.

EL PRIMER PROGRAMA PRIORITARIO DEL PND TIENE COMO OBJETIVO LOGRAR EL ACCESO EQUITATIVO DE LA POBLACIÓN A SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD.

A TRAVÉS DE 3 SUBPROGRAMAS:



Mejora de la oferta y de la demanda de servicios de salud de calidad



Mejora de los servicios de salud para la madre, la mujer y el niño



Mejora de la salud sexual y reproductiva a los adolescentes y jóvenes

Cuadro n° 12: marco lógico del Programa 1: acceso equitativo de la población a servicios de salud de calidad

SUBPROGRAMAS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	DATOS DE BASE	METAS AL HORIZONTE 2025				
				2021	2022	2023	2024	2025
SUBPROGRAMA 1 : Mejora de la oferta y demanda de servicios de salud de calidad	R1: Se incrementa la cobertura nacional de los servicios de salud.	1) % de puestos de salud operativos que ofrecen servicios esenciales a la base.	ND	50%	70%	75%	80%	85%
		2) % de centros de salud operativos que ofrecen el paquete esencial de servicios del primer nivel.	43,11%	65%	70%	75%	80%	85%
		3) % de hospitales con equipamiento, personal e insumos necesarios para ofrecer una atención de calidad.	20%	30%	45%	50%	55%	80%
		4) % densidad de personal sanitario por 1.000 habitantes la norma de la OMS es de 4,45%).	1,68%	2,50%	3,25%	3,50%	4,45%	4,45%
	R2: Se mejoran las competencias técnicas y la motivación del personal de salud en todos los niveles de la pirámide sanitaria.	5) Existencia de planes de formación inicial y continua y de distribución y motivación del personal de salud.	ND	X	X	X	X	X
		6) % de disminución de infecciones de heridas, postinyecciones y otras lesiones traumáticas.	ND	20%	6%	4%	3%	1%
		7) % de disminución de infecciones postoperatorias, postparto y de postaborto en los establecimientos.	ND	20%	6%	4%	3%	1%
		8) % de disminución del riesgo laboral de contaminación del personal de salud.	ND	20%	6%	4%	3%	1%
	R3: Se mejora el nivel de información, sensibilización y educación de la población en salud.	9) Existencia de un programa de comunicación y de promoción de la salud operativos.	ND	1				1
		10) N° de planes de comunicación ejecutados a nivel distrital.	ND	1	1	1	1	1
		11) Resultados de las encuestas sobre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de la población.	ND	1		1		1
	R4: Se promueve la iniciativa privada en salud mediante la apertura y puesta en marcha del Centro de Fertilidad de Oyala.	12) N° de mujeres atendidas por problemas de infertilidad y de esterilidad en el Centro de Fertilidad de Oyala.	ND					
		13) N° de niños/as nacidos a través de técnicas de reproducción asistida en el Centro de Fertilidad de Oyala.	ND					
		14) N° de profesionales nacionales formados en Ginecología y reproducción asistida a través del Centro de Fertilidad de Oyala.	ND					
		15) % de personas informadas sobre la reproducción asistida para tener hijos en Guinea Ecuatorial.	ND	40%	60%	80%	85%	90%

SUBPROGRAMAS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	DATOS DE BASE	METAS AL HORIZONTE 2025				
				2021	2022	2023	2024	2025
SUBPROGRAMA 2 : Mejora de los servicios de salud de la madre, de la mujer y del niño	R5: Se incrementa la disponibilidad y utilización de servicios integrados de CPN de calidad, que incluyen la eliminación de la transmisión del VIH.	16) % de establecimientos sanitarios que ofrecen servicios de CPN de calidad (datos rutina 2018).	51,18%	65%	75%	85%	90%	95%
		17) % de mujeres embarazadas con 1 CPN integrada de servicios de calidad.	ND	50%	70%	85%	90%	95%
		18) % de mujeres embarazadas con test del VIH.	ND	50%	70%	85%	90%	95%
		19) % de mujeres embarazadas con VIH (+) confirmado.	ND	50%	70%	85%	90%	95%
		20) % de mujeres embarazadas con 8 CPN integradas de servicios + VIH cuya última es al 9º mes.	ND	50%	70%	85%	90%	95%
		21) % de mujeres embarazadas con VIH (+) bajo ARV.	ND	50%	70%	85%	90%	95%
		22) % de mujeres embarazadas con 3 dosis de TPI para prevenir el paludismo durante el embarazo.	28%	350%	45%	55%	65%	80%
	R6: Se incrementa la disponibilidad y utilización de servicios de Atención Obstétrica de Urgencias (AOU) de calidad, que incluyen la eliminación de la transmisión del VIH.	23) Nº de establecimientos AOU por 500.000 hbtes, con 1 de AOU integral (cesárea + transfusión de sangre).	4,90	5	6	7	7	7
		24) % de partos asistidos por personal cualificado (evaluación/AOU/2016).	34,24%	50	65	75	90	95%
		25) % de partos asistidos por personal cualificado que incluye a las mujeres embarazadas con VIH.	%	50	65	75	90	95%
		26) % de parturientas con seguimiento en postparto.	44%	50	65	75	90	95%
		27) % de necesidades de AOU satisfechas (complicaciones obstétricas tratadas) (Eva/2016).	14,65%	40	60	70	85	95%
		28) % de cesáreas en los establecimientos AOU.	3,31%	3,75%	4%	5	5	5
		29) Tasa de letalidad obstétrica directa.	2,98%	2,50%	2%	1,75%	1,20%	1%
		30) % de mortalidad intranatal y neonatal muy precoz (24 horas) (evaluación/AOU/2016).	2,58%	%	%	%	%	1%
		31) % de defunciones maternas debidas a causas indirectas (evaluación/AOU/2016).	12,5%	10 %	8%	5%	2,50%	1%
32) Tasa de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos).	290					140		

SUBPROGRAMAS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	DATOS DE BASE	METAS AL HORIZONTE 2025				
				2021	2022	2023	2024	2025
SUBPROGRAMA 2 : Mejora de los servicios de salud de la madre, de la mujer y del niño	R7: Se incrementa la disponibilidad y utilización de servicios integrados de salud del niño de calidad en los establecimientos sanitarios.	33) % de establecimientos sanitarios integrados de servicios de AIEPI.	ND	20%	30%	45%	60%	70%
		34) % de niños con bajo peso al nacer (EDSGE/11).	12%	10%	8%	6%	5%	35%
		35) % de niños bajo lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses (EDSGE/11).	7%	12%	20%	25%	30%	35%
		36) % de puestos de vacunación funcionales (2018).	86%	90%	100%	100%	100%	100%
		37) % de niños completamente vacunados (BCG, HepB al nacer, VPO3, Penta3, VPI, VAA, VAS y Vita) (datos rutina/018).	45%	55%	65%	75%	85%	90%
		38) % de mujeres embarazadas vacunadas contra difteria y tétanos (DT) (datos rutina/018).	41%	51%	61%	71%	81%	90%
		39) % de niños vacunados (Penta3) (datos rutina/018).	45%	55%	65%	75%	85%	90%
		40) % de niños incompletamente vacunados (Penta1 - Penta3) (datos rutina/018).	16%	14%	12%	10%	10%	10%
		41) Tasa anualizada de PFA no Polio (2/100 000 menores de 15 años) (vigilancia activa - 018/ 7,3/100 000).	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3
		42) % de muestras adecuadas (14 días de inicio parálisis) (018).	97%	97%	97%	97%	97%	97%
		43) % de niños menores de 5 años que dormían bajo telas mosquiteras impregnadas con insecticida.	35%	40%	450%	55%	65%	75%
		44) % de niños menores de 5 años que se benefician de seguimiento nutricional y desparasitación.	ND	40%	55%	65%	70%	85%
		45) Tasa de mortalidad infantil (EDSGE/2011).	65‰	60‰	50‰	40‰	350‰	32.5‰
		46) Tasa de mortalidad infanto-juvenil (EDSGE/2011).	113‰	103‰	88‰	73‰	58‰	50‰
	R8: Se incrementa la disponibilidad y utilización de servicios de planificación familiar (PF) de calidad.	47) % Establecimientos que ofrecen servicios de planificación familiar (PF) (datos de rutina/018).	37%	45%	65%	75%	80%	85%
		48) % de mujeres de mujeres y hombres en edad fértil informados sobre la PF y sus ventajas.	DN	45%	65%	75%	80%	85%
		49) Prevalencia anticonceptiva en mujeres casadas o parejas de 15 a 49 años (EDSGE - 2011).	14%	15%	17%	19%	22%	24%
		50) % de demanda no satisfecha de PF (EDSGE-2011).	34%	30%	25%	20%	10%	5%

SUBPROGRAMAS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	DATOS DE BASE	METAS AL HORIZONTE 2025				
				2021	2022	2023	2024	2025
	R9: : Se incrementa la disponibilidad y el uso de los servicios de diagnóstico precoz, prevención y tratamiento de lesiones precancerosas y cancerosas .	51) N° de centros de diagnóstico del CCU operativos.	9	9	9	9	9	9
		52) % de mujeres y hombres informados sobre las medidas de prevención y de tratamiento del CCU.	ND	50%	60%	70%	80%	85%
		53) % de mujeres que se han sometido a la prueba IVAA de detección precoz del CCU.	ND	50%	60%	70%	80%	85%
		54) % de mujeres con IVAA positiva.	3%	3%	2,5%	2%	2%	1,5%
		55) % de mujeres con IVAA (+) tratadas con Coagulación Fría.	88%	90%	95%	95%	95%	95%
		56) N° de adolescentes de 9 a 12 años vacunadas contra el virus del cáncer cervicouterino.	ND	10.000	20.000	50.000	70.000	100.000
		57) N° de mujeres con CCU operadas con éxito.	5	40%	55%	65%	70%	85%
SUBPROGRAMA 3: Mejora de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y Jóvenes	R10: Se potencia el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos.	58) Estrategia Nacional de Comunicación para la prevención de embarazos e ITS en adolescentes disponible.	ND	1	1	1	1	1
		59) % de establecimientos sanitarios que ofrecen atención diferenciada en salud sexual y reproductiva (prevención de ITS, embarazos y otros comportamientos de riesgo).	ND	15%	35%	45%	60%	80%
		60) % de centros educativos de Primaria y Secundaria que ofrecen servicios de prevención de ITS, embarazos y otros comportamientos de riesgo).	ND	15%	35%	45%	60%	80%
		61) N° de estructuras juveniles que ofrecen atención en salud sexual y reproductiva (prevención de ITS, embarazos y otros comportamientos de riesgo).	ND	10%	20%	40%	60%	65%
		62) % de adolescentes escolarizados y no escolarizados con conocimientos exactos en prevención de embarazos, ITS y otros riesgos.	ND	15%	35%	55%	65%	80%
		63) % de adolescentes escolarizados y no escolarizados que usan preservativos en relaciones sexuales de riesgo.	ND	15%	25%	35%	45%	65%
	R11: Se refuerzan los servicios de salud escolar y universitaria a nivel nacional.	64) Existencia de una Política y un Programa Nacional de Salud Escolar y Universitaria.	ND	1	1	1	1	1
		65) Existencia de normas y herramientas sobre la salud escolar y universitaria.	ND	1	1	1	1	1
		66) % de centros educativos con puestos de salud operativos.	ND	15%	25%	35%	45%	75%

3.4. Descripción del Programa nº1

SUBPROGRAMA 1:
**MEJORA DE LA OFERTA
Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD DE CALIDAD**

La mejora de la oferta de servicios necesita el desarrollo de las siguientes acciones estratégicas: (a) la elaboración y aplicación de un plan estratégico de Atención Primaria de Salud (APS), (b) la mejora de la gestión hospitalaria, (c) la mejora de la gestión logística para el fácil acceso a los medicamentos y otros productos sanitarios, (d) el refuerzo de las capacidades operativas de servicios de laboratorio y del banco de sangre, (e) el desarrollo de un plan nacional de recursos humanos en salud, para la mejora de las competencias y la gestión del personal, (f) el incremento de la demanda de servicios de salud y (g) el desarrollo de capacidades de oferta de servicios de reproducción asistida.

a) La elaboración y aplicación de un plan estratégico de Atención Primaria de Salud (APS)

Para lograr una Cobertura Sanitaria Universal (CSU) sostenible en Guinea Ecuatorial es necesario contar con servicios de salud que se basen en una atención sanitaria integrada con un paquete esencial de servicios por nivel de prestación y que se emmarque en las recomendaciones de la Conferencia de Astaná de octubre 2018 sobre la APS para conseguir la CSU a más tardar en 2030.

Se trata de establecer una Atención Primaria de Salud que sea sostenible y que fortalezca el sistema de salud mediante las siguientes acciones: (i) reforzamiento de la capacidad técnica de la estructura a cargo de las infraestructuras sanitarias mediante formaciones de técnicos para garantizar la

planificación, ejecución, control y mantenimiento de los edificios e instalaciones biomédicas, (ii) finalización de obras en curso (rehabilitación/ construcción de hospitales y centros de salud de los distritos) para la operacionalización de los hospitales distritales, provinciales y regionales, (iii) potenciación de la participación comunitaria para el funcionamiento de los puestos de salud, dando prioridad a las funciones esenciales de salud pública, (iv) potenciación de las medidas de prevención de enfermedades y de promoción de la salud mediante servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, con una atención primaria centrada en la vacunación, control y tratamiento de enfermedades transmisibles y no transmisibles y servicios que promuevan, mantengan y mejoren la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente; la salud mental y la salud sexual y reproductiva, (v) oferta de una atención primaria de salud que sea geográficamente accesible, equitativa, segura, de alta calidad, integral, eficiente, aceptable, asequible, disponible y prestando servicios integrados y continuos, centrados en la persona y que tengan en cuenta las cuestiones de género y (vi) oferta de una atención primaria de salud sostenible que mejore la resiliencia del sistema de salud para prevenir y detectar las enfermedades infecciosas y los brotes y responder a ellos.

b) La mejora de la gestión hospitalaria

La disponibilidad de una política hospitalaria constituye la base de la reforma hospitalaria para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud de calidad a toda la población y que permita también incrementar, tanto de forma individual como colectiva, los índices de mejoría de la calidad de vida y la satisfacción del paciente, sus familiares, la comunidad y el personal de prestación de servicios. Para ello, se llevarán a cabo 3 principales acciones:

- 1) Adopción de una política hospitalaria para la mejora del estado de salud de los pacientes, procurando una asistencia efectiva, segura y eficiente con una atención centrada en el estricto respeto de su dignidad personal.
- 2) Actualización y aplicación de los documentos normativos y metodológicos para la organización y funcionamiento de una red hospitalaria a saber:
 - El Reglamento general de los hospitales.
 - El Reglamento funcional interno por categoría de hospital.
 - Las normas establecidas sobre la jornada y horario de trabajo vigentes.
 - El Reglamento disciplinario interno.
 - El Reglamento para aplicar el principio de idoneidad para cada cargo y código de ética médica.
 - Los manuales de organización y procedimientos, protocolos utilizados como herramienta para la gestión hospitalaria.
 - Los procedimientos técnicos y administrativos de los hospitales relativos a la planificación, la organización, el sistema de información y el control.
- 3) Implementación de la red hospitalaria mediante las siguientes actividades: (i) refuerzo de los procesos de organización, dirección y formación de los recursos humanos, (ii) mejora de la capacidad y calidad de infraestructuras con rehabilitaciones y nuevas construcciones según las normas establecidas en el mapa sanitario a elaborar, (iii) aplicación de los avances de la Ciencia y la Tecnología en la mejora del equipamiento técnico para la prevención, diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y la

promoción de hábitos saludables en la población, (iv) implementación y estandarización de la organización del proceso de atención de una unidad de emergencia y de consultas externas en todos los hospitales de la red pública, (v) establecimiento y control de la aplicación de las normativas metodológicas para el desarrollo de programas de calidad de la red hospitalaria, (vi) refuerzo y puesta en funcionamiento de los centros directivos hospitalarios y los círculos de calidad de la red hospitalaria, (vii) organización de auditorías de los procesos de atención médica de la red hospitalaria, (viii) evaluación de la productividad y la efectividad de los procesos de atención de la red hospitalaria, (ix) puesta en marcha de mecanismos que garanticen la seguridad de los pacientes y que permitan una adecuada supervisión del sector privado de salud, (x) mejora del sistema de información sanitaria hospitalaria y de análisis de resultados de indicadores y (xi) utilización de los indicadores hospitalarios para evaluar, periódicamente, el cumplimiento de la política hospitalaria y revisarla cuando sea necesario.

c) La mejora del acceso a los medicamentos y otros productos sanitarios.

Para garantizar un acceso fácil a los medicamentos a toda la población, se realizarán las siguientes acciones:

- 1) Refuerzo del sistema de aprovisionamiento y de gestión de stock mediante: (i) adopción y aplicación de normas y procedimientos de aprovisionamiento, (ii) definición y clarificación de las relaciones orgánicas y funcionales entre el CENTRAMED como Centro Nacional de Aprovisionamiento y la Dirección General de Farmacia, Aprovisionamiento y Medicina Tradicional, para el suministro de medicamentos a los establecimientos sanitarios públicos y privados, (iii) defi-

nición y aplicación de procedimientos de desbloqueo de fondos asignados a la compra de medicamentos esenciales y (iv) adopción de la Política Nacional de Farmacia con su correspondiente plan estratégico de aplicación.

- 2) Refuerzo de los mecanismos de accesibilidad financiera de la población a los medicamentos y a otros productos sanitarios mediante: (i) refuerzo de la calidad de prestación de servicios de la aseguradora INSESO para ampliar el acceso y la cobertura de la población a los medicamentos, (ii) ampliación del sistema de seguro sanitario que incluya el fácil acceso a los medicamentos y (iii) reactivación de la iniciativa de Bamako en los centros y puestos de salud y hospitales para facilitar el acceso a los medicamentos esenciales.
- 3) Implementación de un sistema de control de calidad de los medicamentos y otros productos sanitarios mediante: (i) adopción y aplicación de herramientas de control de calidad de medicamentos y otros productos sanitarios y alimentos, (ii) adopción de un plan de formación inicial de farmacéuticos, biólogos y otros técnicos para cubrir las necesidades del área, (iii) mantenimiento de la cadena de frío de recepción y de almacenamiento de productos termolábiles en el país y (iv) creación de una base de datos de proveedores de medicamentos en colaboración con la OMS para facilitar la selección de empresas que cumplan con todos los requisitos.
- 4) Control y eliminación de la venta ilícita y circulación de medicamentos de dudosa procedencia mediante: (i) mejora de la gestión logística de CENTRAMED para cubrir las necesidades de los diferentes niveles del sistema de salud, (ii) adopción y aplicación de normas y procedimientos de control de entradas y salidas de los medicamentos en el país, (iii) ac-

tivación del funcionamiento del Cuerpo Nacional de Inspectores de Farmacia del MINSABS, (iv) seguimiento de la correcta aplicación de las leyes que regulan el ejercicio de la Farmacia en el país y en la zona CEMAC.

- 5) Promoción del uso de la Medicina Natural y Tradicional como alternativa terapéutica mediante: (i) integración de la Medicina Tradicional y Natural en el sistema de salud, (ii) promoción de la investigación en Farmacopea Tradicional para la fácil identificación, clasificación y utilización de plantas medicinales para fines terapéuticos, (iii) formación de especialistas y facultados en el uso de la Medicina Tradicional y Natural y (iv) elaboración y difusión de las buenas prácticas en Medicina Tradicional y Natural.

d) El refuerzo de capacidades operativas de los servicios de Laboratorio y del banco de sangre.

La mejora de la oferta de servicios de salud pasa también por el fortalecimiento de los servicios de laboratorio para garantizar el análisis y la confirmación de las muestras mediante las siguientes acciones: (i) Implicación del servicio de laboratorio en la evaluación de las necesidades, la concepción de planes de construcción de edificios para los laboratorios, así como del equipamiento técnico, (ii) elaboración y puesta en marcha de un plan estratégico de servicios de laboratorio, (iii) creación de la red de laboratorios por un especialista en Microbiología y la capacitación del personal en Bioseguridad, recogida de muestras y transporte, técnicas de diagnóstico microbiológico y control de calidad, (iv) fortalecimiento del equipamiento de los laboratorios regionales, provinciales y distritales que no cumplen con las normas establecidas por nivel de prestación de servicios, (v) mejora del sistema de aprovisionamiento en reactivos y material fungible de todos los laboratorios y del sistema de

envío de datos de laboratorio, (vi) dotación de los laboratorios del personal en cantidad y calidad (médicos, farmacéuticos, biólogos, hematólogos y otros técnicos), (vii) puesta en funcionamiento del Laboratorio Nacional de Salud Pública de Baney y de Ebola en Sipopo y (viii) firma de un contrato de mantenimiento de la red de laboratorios con una empresa especializada.

Por otra parte, la disponibilidad de una sangre de calidad es un derecho reconocido a cada paciente y, para ello, las siguientes actividades serán realizadas para mejorar la oferta de servicios de salud de calidad: (i) adopción y aplicación de una estrategia de captación de donantes voluntarios y altruistas de sangre, (ii) abastecimiento del centro de transfusión a través de donaciones de reposición, (iii) finalización, equipamiento y puesta en funcionamiento de las obras de construcción de centros y puestos de transfusión en curso por el Proyecto Salud/BAD – II en los diferentes niveles, (iv) conexión del Centro Regional de Transfusión de Sangre de Malabo y de Bata para garantizar el intercambio de información y la toma de medidas para que funcionen durante las 24 horas sobre 24, 7 días sobre 7, de acuerdo con las normas establecidas para atender a las urgencias médicas y obstétricas y neonatales, (v) implementación de una coordinación eficaz de los centros de transfusión entre el MINSABS y la empresa gestora AGEM reclutada por el Gobierno y (vi) actualización y aplicación de la Política Nacional de Transfusión de Sangre.

e) El desarrollo de un plan de mejora de competencias y de gestión del personal.

La realización de esta estrategia pasa por lo siguiente: (i) elaboración y aplicación de un plan de formación continua del personal, (ii) formación de médicos especialistas, (iii) creación de unidades de formación continua en los hospitales regionales y provinciales, (iv) creación de una estructu-

ra de coordinación intersectorial de la formación inicial de técnicos sanitarios en el sector privado, (v) elaboración y aplicación de guías de supervisión y de evaluación del personal, (vi) supervisión periódica y evaluación del rendimiento del personal, (vii) actualización y aplicación del organigrama de gestión del MINSABS en los diferentes niveles (central, regional provincial y distrital) y (viii) creación de una estructura de concertación intersectorial sobre los recursos humanos en salud.

f) La potenciación de la demanda de servicios de salud para la población.

La demanda de servicios se basará en las necesidades expresadas a través de datos de estudios y encuestas que se deben realizar en 2021, a nivel de la población solicitante de servicios, haciendo hincapié sobre los principales determinantes de salud. La promoción de la demanda deberá incluir también la promoción de los derechos de los pacientes y de las familias, los mecanismos y modalidades de acceso a los servicios, la garantía de la confidencialidad y el respeto de los derechos humanos. Se tratará de realizar una amplia difusión de los textos de leyes sobre los derechos a la salud, adoptados y promulgados por el Estado de Guinea Ecuatorial.

Cabe indicar que la comunicación interpersonal -a través de charlas educativas en la comunidad, puestos y centros de salud y hospitales, la consejería en salas de consultas médicas y la comunicación de masas a través de animaciones públicas, utilizando grupos de artistas y cantantes para difundir mensajes educativos, de conferencias y foros en salud- se realizará para informar, sensibilizar y educar a la población con el fin de conseguir el comportamiento deseado en materia de salud en la zona rural y en la urbana.

g) El desarrollo de capacidades de oferta de servicios de reproducción asistida

La realización de esta estrategia pasa por las siguientes acciones: (i) prestación de servicios clínicos ginecológicos y de reproducción asistida mediante la realización de actividades de formación del personal y de investigación, (ii) adquisición e instalación de equipos y otros aparatos de última generación más completos y exigentes y también de máxima y total seguridad y (iii) la organización de una campaña especial multimedia nacional, regional e internacional sobre el Centro de Fertilidad de Oyala.

SUBPROGRAMA 2:

MEJORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA MADRE, MUJER Y DEL NIÑO DE CALIDAD

Cuatro acciones estratégicas serán realizadas para alcanzar los resultados esperados en este Subprograma nº 2: (a) el incremento de la disponibilidad y utilización de servicios de CPN integrados que incluyan la eliminación de la transmisión vertical del VIH, (b) el incremento de la disponibilidad y utilización de servicios de Atención Obstétrica de Urgencia (AOU) de calidad, (c) el incremento de la disponibilidad y utilización de servicios de planificación familiar (PF), (d) el incremento de servicios de diagnóstico precoz, prevención y tratamiento de lesiones precancerosas y cancerosas cervicouterinas (CCU) y (e) el incremento de la disponibilidad y utilización de servicios de salud del niño integrados en AIEPI.

a) El incremento de la disponibilidad y utilización de servicios de CPN integrados que incluyan la eliminación de la transmisión vertical del VIH.

Recientemente en 2018, el MINSABS aprobó un manual actualizado de normas que

establece las ocho CPN como un derecho de cada mujer embarazada para cumplir con los criterios de calidad. Para ello, se realizarán las siguientes acciones: (i) integración de los servicios de CPN según las nuevas normas en todos los centros de salud y hospitales para garantizar la equidad en la prestación de servicios (consulta externa y tratamiento de pacientes, prevención del tétanos neonatal, paludismo, sífilis, VIH, hepatitis B y C, prevención de Infecciones, IEC/CCC, gestión de medicamentos esenciales y datos de rutina de SIS); (ii) reproducción y distribución de libros de registro y otras herramientas de gestión de prestaciones de servicios e (iii) implementación de la supervisión formativa y del monitoreo de las actividades diarias de prestación de servicios.

b) El incremento de la disponibilidad y utilización de la Atención Obstétrica de Urgencia (AOU) de calidad e integrada de eliminación vertical del VIH.

Con el objetivo de evitar las muertes maternas y neonatales y la discapacidad materna de origen obstétrica en los establecimientos sanitarios, se ha definido un paquete de actividades y clasificado en tres niveles jerárquicos:

1) A nivel estratégico y programático en salud materna y neonatal: (i) desarrollo del Plan de Gratuidad de Salud Materna y Neonatal que fue aprobado por el Gobierno en 2019 en aplicación del Decreto nº 41/2015, como proyecto operativo que incluirá la hoja de ruta de reducción de la mortalidad materna y neonatal adoptada y financiada en 2008, tomando como referencia las funciones esenciales y los indicadores de procesos de la AOU de las Naciones Unidas, (ii) organización de una mesa redonda de donantes en salud materna para potenciar la movilización de recursos con el propósito de alcanzar la

eliminación de la transmisión vertical del VIH, de las fístulas obstétricas y del cáncer del cuello uterino con la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano, (iii) organización del segundo Simposio Nacional de Salud Reproductiva sobre el acceso universal a los servicios de salud materna y neonatal y la promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes y (iv) organización de sesiones de sensibilización para el Gobierno, Parlamento y los socios al desarrollo sobre el acceso universal en salud materna y neonatal.

- 2) A nivel operativo de prestación de servicios de salud materna y neonatal: (i) desarrollo de un plan de reforzamiento de competencias del personal de prestación de servicios en salud materna y neonatal para mejorar la calidad de la oferta de servicios de AOU y otras prestaciones ya vinculadas, (ii) fortalecimiento de la disponibilidad de los servicios de AOU de calidad de acuerdo con las normas establecidas por las guías de AOU, los objetivos de la política nacional de salud y del subprograma n° 2 del PNDS de fortalecimiento de los servicios de salud de la madre, mujer y del niño de calidad, (iii) fortalecimiento del suministro de los medicamentos esenciales de AOU, (iv) Institucionalización del seguimiento y evaluación de servicios de AOU en los diferentes establecimientos de la pirámide sanitaria, (iv) desarrollo de una estrategia de información, educación y comunicación para el cambio de comportamiento (IEC/CCC) en salud materna y neonatal integrada del VIH, hepatitis, tuberculosis, paludismo, etc.; (v) desarrollo de una red de comunicación y de transporte para mejorar la gestión de las urgencias obstétricas y neonatales mediante la adquisición de medios logísticos y equipos necesarios, (vi) organización de supervi-
- siones formativas periódicas de los establecimientos sanitarios utilizando guías y fichas basadas en las funciones esenciales de AOU, (vii) mejora de la calidad del seguimiento de la parturienta en el postparto inmediato y tardío, (viii) promoción de la PF en el postparto para la mejora de la salud de la madre y del niño/a, (ix) organización del monitoreo periódico de los indicadores de procesos de AOU y la elaboración del informe anual de datos de rutina de AOU, (x) realización de estudios e investigaciones en salud materna y neonatal y de las auditorías de las muertes maternas, y (xi) documentación y difusión de buenas prácticas en salud materna y neonatal en Guinea Ecuatorial.
- 3) A nivel intersectorial en materia de la salud materna y neonatal: (i) mejora de la colaboración con el Ministerio de Asuntos Sociales e Igualdad de Género y otros sectores (Justicia, Seguridad, Prensa y Radio Televisión) y las organizaciones de la sociedad civil para una mayor atención a las mujeres víctimas de violencia de género con el fin de reducir las consecuencias sobre la madre durante el embarazo y el neonato, (ii) refuerzo de la colaboración con el sector privado con la firma de memorandos de acuerdo para una mejor gestión de la cadena de referencia de las urgencias obstétricas y neonatales, (iii) organización de sesiones de sensibilización y de abogacía para una mayor implicación de las empresas privadas de telefonía móvil, por ejemplo, en la financiación de los proyectos y programas de reducción de la mortalidad materna y neonatal y (iv) creación y puesta en marcha de un comité multisectorial de coordinación, monitoreo y evaluación de las actividades de salud materna y neonatal.

c) El incremento de la disponibilidad y utilización de servicios de planificación familiar (PF) de calidad

Para cubrir la demanda no satisfecha de PF se llevarán a cabo las siguientes acciones: (i) extensión de la cobertura de servicios de PF en todos los establecimientos sanitarios públicos, parapúblicos y privados, (ii) organización de una semana nacional de PF cada año, (iii) ampliación de la información y sensibilización sobre las ventajas de la PF en la comunidad a través de los mercados, los centros educativos, las Iglesias y otros lugares de culto; (iii) integración de la PF en el Programa Nacional de Marketing Social de preservativos como una de las actividades claves del PNDS, para que se incluyan los anticonceptivos, (iv) implicación de las organizaciones de la sociedad civil en la promoción de la distribución de servicios de salud esenciales integrados de PF, (v) promoción de la educación sobre la vida familiar, la PF y otros derechos sexuales y reproductivos, a través de la implicación de los agentes comunitarios de los puestos de salud y de las ONG locales y (vi) realización de estudios y encuestas socioculturales sobre la PF.

d) El incremento de los servicios de diagnóstico precoz, prevención y tratamiento de lesiones precancerosas y cancerosas cervicouterinas (CCU).

En materia de lucha contra el cáncer cervicouterino, se trata de implementar medidas de detección precoz, diagnóstico y tratamiento para reducir la prevalencia y mejorar la situación sanitaria de las mujeres afectadas por la enfermedad, utilizando la estrategia “ver y tratar”, mediante la inspección visual con ácido acético (IVA) y la coagulación fría, el diagnóstico citológico y el tratamiento gratuito de casos confirmados. En este sentido, se está ejecutando un amplio proyecto, a nivel nacional, que se beneficia de la financiación del sector

privado petrolífero, cuyos resultados muy positivos han motivado a su extensión a nivel nacional. Las principales acciones a llevar a cabo en perspectiva de consolidar los logros alcanzados por el proyecto se articulan en lo siguiente:

- Reforzar la detección y tratamiento de las lesiones precancerosas mediante: (i) realización de citología y pruebas VPH-ADN en los hospitales regionales de Bata y Malabo, (ii) firma de contratos de prestación de servicios en citología (hospitales de Bata y Malabo) y biopsia (IN-SESO de Malabo y Bata), (iii) adquisición de insumos de laboratorios de citología y citopatología para los hospitales regionales de Malabo y Bata, (iv) capacitación de técnicos de laboratorio en citología y pruebas de VPH-ADN en los dos hospitales regionales de Malabo y Bata, (v) desarrollo de mecanismos de control de la calidad en los dos laboratorios regionales de Malabo y Bata y (vi) provisión de servicios de biopsia de cono y procedimiento de LEEP en los hospitales regionales.
- Fortalecer el diagnóstico y tratamiento de primeras etapas del CCC mediante: (i) realización del diagnóstico de confirmación del CCU, (ii) cirugía integral, radioterapia y quimioterapia en los dos hospitales regionales (Malabo y Bata), (iii) implementación de los cuidados paliativos en pacientes en estado terminal e (iv) implementación de un sistema y protocolo de seguimiento de pacientes con CCU.
- Potenciar la implementación de la vacuna contra el VPH, con la implementación de una vacuna segura y eficaz contra el virus del papiloma humano (VPH) destinada a las adolescentes, antes de iniciar las relaciones sexuales, con un calendario vacunal de dos dosis para niñas de 9 a 13 años de edad. Para ello, se realiza-

rán las siguientes acciones: (i) adopción del informe de la consultoría realizado por el MINSABS y MCDI, en 2018, sobre la factibilidad de la vacuna contra el VPH en Guinea Ecuatorial, (ii) realización de un estudio epidemiológico sobre los tipos de VPH que se encuentran en el país para mayor adecuación de la adquisición de la vacuna, (iii) censo y vacunación de 10.000 niñas y niños cada año y (iv) adopción y aplicación de un plan de seguimiento postvacunal anti – VPH.

e) El incremento de la disponibilidad y utilización de servicios de salud del niño integrados en los servicios de AIEPI.

Garantizaremos la supervivencia y desarrollo del niño/a durante todas sus etapas, en base a sus derechos fundamentales y a las estrategias de salud contempladas en la Política Nacional de Salud del Niño y adoptadas por el MINSABS en 2019, asegurando un paquete esencial de servicios e intervenciones que permitan el desarrollo y crecimiento armonioso del niño/a mediante las siguientes acciones:

- Mejora de los cuidados neonatales e infantiles mediante: (i) aplicación de medidas de atención inmediata al recién nacido sano y de riesgo crítico a través de un personal cualificado, (ii) vacunación en las primeras 24 horas del nacido según el esquema vacunal en vigor, (iii) aplicación de la estrategia de eliminación de la transmisión madre-hijo del VIH y tratamiento del niño expuesto, (iii) disponibilidad logística de recursos materiales y equipamiento para la adecuada atención al recién nacido sano y en estado crítico, (iv) incremento de los conocimientos de las madres sobre la importancia de la lactancia materna, inmediatamente al nacer, y exclusiva hasta los seis meses de edad, de la nutrición de la madre y el niño, de la vacunación, de las medidas higiénicas sanitarias que se

deben mantener con el recién nacido, de la prevención de las EDA, IRA, parasitismo intestinal, de la prevención del paludismo, del VIH y de los signos de alarma, entre otros y (v) detección de los signos de alarma por el personal cualificado, garantizando la referencia a tiempo.

- Implantación del Plan Plurianual Completo de Vacunación (PPAC), 2019 – 2023, mediante lo siguiente:

- En materia de prestación de servicios: (i) incremento de la cobertura vacunal nacional y por distritos por todos los antígenos, (ii) realización de la dispensarización de niños < de 15 años, (iii) reducción de la tasa de abandono nacional e (iv) introducción de nuevas vacunas acorde con las necesidades sanitarias del país.

- En materia de vigilancia: (i) mejora de la tasa de PFA no polio al menos de 3/100.000, la tasa de PFA con muestras adecuada y la tasa de distritos que notifican al menos un caso sospechoso de sarampión con muestra tomada, (ii) poner en marcha un sistema de gestión de las MAPIs, (iii) implementar la vigilancia centinela para la meningitis causada por la hemophilus influenzae de tipo b y la fiebre amarilla y la vigilancia medio ambiental de la poliomieltis en el país.

- En materia de gestión logística: (i) disponibilidad adecuada de los medios de transporte y de vacunas en todos los niveles, (ii) mantenimiento regular preventivo y correctivo de las cámaras de frío y de los refrigeradores, (iii) mejora de la competencia del personal en la gestión y el manejo de vacunas y cadena del frío y (iv) destrucción adecuada de los desechos de vacunación en todos los 18 distritos del país.

- En materia de comunicación: (i) desarrollo de acciones de comunicación social destinadas a la promoción de la vacunación de rutina, (ii) refuerzo de la participación intersectorial y de la sociedad civil en la promoción de la vacunación de rutina e (iii) incremento del nivel de conocimiento de los padres y madres sobre las vacunas y el calendario vacunal.
- En materia de gestión del PAV: (i) implementación del mecanismo de financiamiento de las actividades e implementar un dispositivo reglamentario para el PAV, (ii) mejora de la gestión de datos e información y de mecanismos de seguimiento y control del PAV, (iii) creación y ampliación de las alianzas para alcanzar las metas del PAV y (iv) reforzamiento de la cantidad y calidad de los recursos humanos del PAV en todos los niveles.
- Promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la lactancia artificial de los niños de madres con VIH mediante: (i) organización de charlas educativas, en los establecimientos sanitarios y en la comunidad, sobre la importancia y las ventajas de la lactancia materna temprana y exclusiva hasta los seis meses de edad y la alimentación complementaria, (ii) potenciación de la lactancia artificial de los niños de madres con VIH, garantizando la disponibilidad de la leche y (iii) adiestramiento de las madres sobre el “método canguro” para los recién nacidos de bajo peso (pretermino o prematuro) y la lactancia materna exclusiva.
- Promoción de actividades de lucha contra la inseguridad alimentaria y la malnutrición en niños/as y mujeres embarazadas mediante: (i) abogacía para el reforzamiento de las capacidades nacionales en la producción, conservación y comercialización de alimentos y de gestión de programas de alimentación y nutrición, (ii) promoción de la prevención y sensibilización en la lucha contra la desnutrición infantil, (iii) abogacía para la aplicación de las acciones de lucha contra la malnutrición de forma transversal y multisectorial, (iv) promoción del consumo de vitaminas y minerales esenciales (hierro, ácido fólico, vitamina A, zinc, sal yodada), (v) promoción de la alimentación de los niños/as nacidos de madres con VIH+ para reducir la incidencia de la transmisión del VIH a través de la lactancia materna, (vi) fomento del uso de alimentos locales, hábitos de alimentación saludable y sensibilización de la comunidad en cuanto a la necesidad de realizar controles sobre el crecimiento del niño menor de 5 años (relación peso/estatura/edad) y (vii) promoción de la investigación en materia de nutrición y alimentación.
- Manejo integral de los niño/as menores de cinco años con enfermedades prevalentes mediante: (i) promoción de la correcta aplicación de las prácticas familiares esenciales a través del IEC/CCC, formación del personal sanitario en procedimientos de manejo integral del niño/a y seguimiento, así como la recogida, análisis de datos sobre enfermedades prevalentes; (ii) disponibilidad de los medicamentos esenciales y material de gestión y otros insumos, a nivel de cada centro de prestación de servicios, (iii) apoyo a las investigaciones operativas sobre las enfermedades prevalentes de la infancia, (iv) capacitación del personal comunitario y de las familias sobre nociones básicas del AIEPI y (v) organización de supervisiones formativas periódicas.
- Disponibilidad de un paquete esencial de servicios e intervenciones que permitan el desarrollo y crecimiento armonio-

so del niño mediante: (i) disponibilidad de recursos (humanos, financieros, materiales) que incidan en el crecimiento y desarrollo del niño/a, (ii) reforzamiento del seguimiento del niño/a y de aquellos nacidos de madres seropositivas, según el Protocolo del Niño Expuesto e Infectado por VIH, (iii) apoyo a la investigación operativa sobre determinantes que inciden sobre el crecimiento y desarrollo de los niños/as, (iv) puesta en marcha de un plan de seguimiento y valoración de los niños/as en edad preescolar y escolar y a nivel comunitario, (v) creación y puesta en funcionamiento de los centros de rehabilitación para niños/as con necesidades de educación especial (visual, auditiva, motor e intelectual, discapacidad física, motora, déficit en el desarrollo psicomotor o alteraciones en el neurodesarrollo) y (vi) divulgación y aplicación de los derechos del niño/a sobre la salud.

- Promoción de la salud escolar para mejorar los índices de salud y el rendimiento intelectual de los niños/as mediante: (i) elaboración, adopción y aplicación de un programa de salud escolar en colaboración con el Ministerio de Educación y Ciencia, (ii) organización de consultas sanitarias periódicas en los centros educativos, (iii) promoción de las prácticas familiares esenciales (PFE) como actividad pedagógica en la enseñanza primaria y (iv) promoción de la educación familiar, la paternidad responsable y de género, a nivel de las familias y de los centros educativos.
- Promoción del cambio de comportamiento para mejorar el estado de salud del niño/a y de la madre y de la abogacía mediante: (i) reforzamiento de la capacidad de las estructuras encargadas de ejecutar las actividades del IEC/CCC sobre la salud del niño y de la madre, (ii) creación y puesta en marcha de una estructura operativa intersectorial del IEC a nivel nacio-

nal, (iii) incremento de las intervenciones del IEC que se realizan a nivel de la comunidad, (iii) reforzamiento o creación de estructuras del IEC que garanticen las acciones tendentes a mejorar el cambio de comportamiento del individuo, la familia y la comunidad, en cuanto la salud del niño y de la madre y (iv) organización de las sesiones de abogacía para la toma de decisiones en pro de la salud del niño/a y de la madre, mediante el uso de datos estadísticos referentes a estos dos grupos de población objeto.

SUBPROGRAMA 3: **MEJORA DE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y DE LOS JÓVENES**

En el marco de este Subprograma se desarrollarán cuatro acciones mayores: (i) la mejora de la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes en los establecimientos sanitarios y en la comunidad, (ii) la implementación de medidas de prevención de los embarazos precoces y no deseados, los abortos clandestinos, las ITS y el VIH/SIDA, (iii) el fortalecimiento de las medidas de prevención de comportamientos de riesgo y (iv) la implementación de servicios de salud escolar y universitaria de calidad, a nivel nacional.

a) La mejora de la oferta y calidad de servicios de salud escolar y universitaria, a nivel nacional.

La elaboración y aplicación de una política y un programa nacional de salud escolar y universitaria, de normas y herramientas que regulen los servicios de salud escolar y universitaria, accesibles a todos los centros educativos mediante la apertura y puesta

en funcionamiento de puestos de salud, de un personal y medicamentos esenciales distribuidos gratuitamente de acuerdo con la demanda de los alumnos, estudiantes, maestros y profesores, la sistematización de las consultas médicas como norma en las primeras inscripciones en preescolar y en primaria, para la detección precoz y orientación de las necesidades de educación especial, y la supervisión regular de los puestos de salud abiertos en los centros educativos.

La realización de esta acción estratégica pasará por la realización de las siguientes actividades: (i) adopción e implementación de una política y un programa nacional de salud escolar y universitaria, (ii) adopción e implementación de normas y herramientas de salud escolar y universitaria, (iii) implementación de puestos de salud con un personal mínimo en todos los centros educativos de mayor concentración de alumnos y (iv) supervisión periódica de los centros Educativos con los respectivos puestos de salud operativos.

b) La mejora de la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes.

Las principales actividades a llevar a cabo son: (i) construcción y puesta en marcha de 5 centros de multiservicios, a nivel de las cabeceras de provincia para jóvenes y adolescentes que posibiliten una oferta de servicios específicos de salud sexual y reproductiva, (ii) mejora de la capacidad de respuesta de las estructuras sanitarias, ante las necesidades de los adolescentes y jóvenes con la formación del personal sanitario y de los mismos adolescentes y jóvenes sobre la salud sexual y reproductiva, (iii) puesta en marcha de un programa de marketing social de preservativos accesible a todos los adolescentes y jóvenes de ambos sexos, (iv) revisión, actualización e introducción de módulos de salud sexual y reproductiva en

los currículos de formación de la enseñanza como asignatura y (v) adopción y divulgación del Anteproyecto de Ley sobre los derechos sexuales y reproductivos, elaborado en 2019 por el MINSABS.

c) La implementación de medidas de prevención de los embarazos precoces y no deseados, los abortos clandestinos, las ITS y el VIH/SIDA.

La promoción de la salud de los adolescentes y jóvenes necesita: (i) mejora del acceso y uso de servicios de planificación familiar accesibles dentro y fuera de la escuela, (ii) creación de espacios para la educación sexual y reproductiva diferenciada en los establecimientos sanitarios para el diagnóstico precoz, tratamiento y prevención de las ETS, (iii) incremento del uso de preservativos para los adolescentes y jóvenes y la intensificación de la información y sensibilización para un mayor uso de los servicios sexuales y reproductivos disponibles.

d) El fortalecimiento de las medidas de prevención ante los comportamientos de riesgo.

La realización de esta acción estratégica pasará por la implementación del Plan Trienal de Lucha contra el Alcoholismo, Tabaquismo y otras Drogas que fue aprobado en 2018 con las siguientes actividades: (i) capacitación de los profesionales de salud y profesionales de otras instituciones sociales afines sobre los problemas vinculados con el consumo abusivo del alcohol, tabaco y otras drogas, (ii) puesta en marcha de actividades de información y sensibilización sobre el consumo abusivo del alcohol, tabaco y otras drogas, (iii) elaboración de protocolos de manejo de efectos asociados al consumo abusivo del alcohol, tabaco y otras drogas y (iv) fortalecimiento de las capacidades de gestión del Programa Nacional de Lucha contra el Alcoholismo, Tabaquismo y otras Drogas.

PROGRAMA 2:
SEGURIDAD SANITARIA Y GESTIÓN
DE SITUACIONES DE EMERGENCIA
Y CATASTROFES

3.5. Ubicación y marco programático del Programa nº 2

El Programa nº2 que se desarrolla en las siguientes páginas constituye la piedra angular del Sistema Nacional de Salud por consolidar y ampliar las estrategias de lucha contra las emergencias sanitarias, la gestión de catástrofes y de otros acontecimientos sanitarios, con el fin de asegurar la cobertura sanitaria universal (CSU) y potenciar la resiliencia sanitaria, a nivel nacional y subregional al horizonte 2025. El Programa nº 2 se compone de dos subprogramas, a saber:

- **Subprograma 1:** Gestión de las epidemias, según las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
- **Subprograma 2:** Gestión de las catástrofes, según las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)

El marco lógico de la siguiente página establece los resultados esperados, los indicadores y sus correspondientes metas, a alcanzar en los dos subprogramas pertenecientes al Programa nº2, durante el periodo de 5 años cubierto por el presente Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (PNDS).

Cabe indicar que la falta de indicadores de base, en varios de los resultados esperados del cuadro de la siguiente página, ha dificultado las proyecciones del nivel de progreso deseado entre 2021–2025, mientras que se esperan los resultados de las encuestas y estudios que se realizarán en el primer año de implementación del PNDS.

EL SEGUNDO PROGRAMA
PRIORITARIO DEL PNDS
CONSOLIDA Y AMPLIA LAS
ESTRATEGIAS DE LUCHA CONTRA
LAS EMERGENCIAS SANITARIAS Y
LA GESTIÓN DE CATÁSTROFES PARA
ASEGURAR LA COBERTURA
SANITARIA UNIVERSAL Y POTENCIAR
LA RESILIENCIA SANITARIA A NIVEL
NACIONAL Y SUBREGIONAL.

A TRAVÉS DE 2 SUBPROGRAMAS:



Gestión de las epidemias
según las disposiciones
del Reglamento Sanitario Internacional



Gestión de las catástrofes
según las disposiciones
del Reglamento Sanitario Internacional

Cuadro n° 13: Marco lógico del Programa n° 2 “Seguridad sanitaria, gestión de situaciones de emergencia sanitarias y catástrofes” (2021-2025)

SUBPROGRAMAS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	DATOS DE BASE	METAS AL HORIZONTE 2025				
				2021	2022	2023	2024	2025
SUBPROGRAMA 1 : Gestión de epidemias según las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)	R1: Capacidades nacionales en materia de alerta rápida y respuesta ante las epidemias reforzadas.	1) Existencia de un plan de vigilancia, alerta y respuesta a las emergencias sanitarias.	ND	1	1	1	1	1
		2) % de distritos sanitarios que notifican las EDO en el tiempo requerido (diario, semanal y mensual).	ND	50%	60%	70%	80%	100%
		3) Proporción de epidemias detectadas a tiempo (cólera, ébola, sarampión, poliomielitis, fiebre amarilla).	ND	40%	60%	70%	80%	100%
		4) Proporción de personas afectadas por epidemias (cólera, ébola, sarampión, poliomielitis, fiebre amarilla).	ND	100%	80%	60%	40%	20%
		5) Proporción de epidemias (cólera, ébola, sarampión, poliomielitis, fiebre amarilla) eliminadas.	ND	30%	45%	60%	70%	100%
	R2: Medios de intervención en materia de respuesta reforzada a nivel nacional.	6) % de estructuras sanitarias que aplican el Reglamento Sanitario Internacional (RSI).	ND	30%	45%	60%	70%	100%
		7) % de puestos fronterizos operativos para la vigilancia de enfermedades objeto de vigilancia.	ND	50%	65%	70%	80%	100%
		8) % de casos sospechosos de enfermedades objeto de vigilancia investigados y confirmados.	ND	50%	75%	85%	95%	100%
SUBPROGRAMA 1 : Gestión de catástrofes y acontecimientos según las disposiciones del RSI	R3: Capacidades de gestión de catástrofes y de otros riesgos sanitarios a nivel nacional que están fortalecidos	9) % de distritos sanitarios con mapa de riesgos sanitarios elaborado.	ND	50%	65%	70%	80%	100%
		10) N° de simulaciones de respuestas rápidas ante diferentes tipos de catástrofes (erosión, inundación, explosiones).	ND	1	1	1	1	1
		11) Proporción de muertes (desaparecidos y víctimas de catástrofes) por 100.000 habitantes.	ND	-50%	-40%	-30%	-10%	-5%

3.6. Descripción de los subprogramas del Programa nº 2

SUBPROGRAMA 1:
GESTIÓN DE EPIDEMIAS SEGÚN LAS DISPOSICIONES DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (RSI)

Las acciones estratégicas a llevar a cabo para alcanzar los resultados esperados en este Subprograma se centran en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y la Guía Técnica de Vigilancia Integrada y Respuesta, mediante las siguientes acciones estratégicas: (i) la elaboración y aplicación de un plan de vigilancia, alerta y respuesta a las emergencias sanitarias, (ii) la mejora de las capacidades de los distritos sanitarios en la notificación de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) de acuerdo con las normas establecidas (diario, semanal y mensual), (iii) la mejora de las capacidades de detección de las epidemias a tiempo (cólera, ébola, sarampión, poliomielitis, fiebre amarilla) y (iv) el desarrollo de las capacidades de eliminación de las epidemias (cólera, ébola, sarampión, poliomielitis, fiebre amarilla y otras) en el país.

a) La elaboración y aplicación de un plan de vigilancia, alerta y respuesta a las emergencias sanitarias.

Las actividades a llevar a cabo en el marco de esta estrategia son las siguientes: (i) elaboración y aplicación de una lista de indicadores epidemiológicos, (ii) elaboración e implementación de un Plan de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Integrada de las Enfermedades y Alerta de Riesgos y Brotes Epidémicos, (iii) elaboración de un Plan Multisectorial de Contingencia en Situaciones de Emergencias Sanitarias, (iv) fortalecimiento del

marco orgánico del sistema nacional de vigilancia y alerta epidemiológica, (v) actualización de la Guía Técnica de Vigilancia Integrada y Respuesta y (vi) aplicación del RSI y de la Guía Técnica de Vigilancia Integrada de la Enfermedad y Respuesta.

b) La mejora de las capacidades de los distritos sanitarios en la notificación de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) de acuerdo con las normas establecidas (diario, semanal y mensual).

En el marco de esta estrategia, se llevarán a cabo las siguientes actividades: (i) formación de los médicos, epidemiólogos, técnicos sanitarios en higiene y epidemiología y otras especialidades afines, (iii) mejora de la calidad de gestión de los datos epidemiológicos y (iv) ampliación del sistema de diseminación de datos epidemiológicos (boletines y anuarios epidemiológicos).

c) La mejora de las capacidades de detección de epidemias a tiempo (cólera, ébola, sarampión, poliomielitis y fiebre amarilla).

Las siguientes actividades se llevarán a cabo en el marco de esta estrategia: (i) constitución y capacitación de los equipos de respuesta inmediata en emergencias sanitarias con dotación de insumos y recursos materiales básicos, (ii) redinamización del Comité Nacional y de los comités distritales de emergencias sanitarias, (iii) Creación de los comités regionales y de los provinciales de emergencias sanitarias, (iv) formación de los puntos focales de VE y de sanidad exterior y otros implicados para la respuesta en el marco del RSI y de la Guía Técnica de VIER, (v) creación de un centro operativo en el seno del Ministerio de Sanidad para emergencias sanitarias, (vi) fortalecimiento de la capacidad técnica de los laboratorios para la vigilancia epidemiológica con recursos humanos cualificados, (vii) suministro regular de reactivos

e insumos de laboratorio y (viii) mejora de la calidad de gestión de los datos epidemiológicos.

d) El desarrollo de las capacidades de eliminación de las epidemias en el país (cólera, ébola, sarampión, poliomielitis y fiebre amarilla).

Las actividades a llevar a cabo son las siguientes: (i) monitoreo periódico del plan multisectorial de contingencia en situaciones de emergencias sanitarias, (ii) supervisión de los equipos de respuesta inmediata en emergencias sanitarias, (iii) supervisión del Comité Nacional y de los comités distritales de emergencias sanitarias, (iv) supervisión de los comités regionales y provinciales de emergencias sanitaria y de los puntos focales de VE y de sanidad exterior y (v) elaboración y difusión de los datos de Vigilancia Epidemiológica.

**SUBPROGRAMA 2:
GESTIÓN DE LAS CATÁSTROFES
Y OTROS ACONTECIMIENTOS,
SEGÚN LAS DISPOSICIONES
DEL REGLAMENTO SANITARIO
INTERNACIONAL (RSI)**

Las siguientes acciones estratégicas se llevarán a cabo para alcanzar los resultados esperados en este Subprograma nº 2, a través de medidas de prevención y respuesta contra las catástrofes y otros acontecimientos de salud, mediante lo siguiente: (i) elaboración de una cartografía de multirriesgos epidemiológicos y catástrofes sanitarias, (ii) elaboración y aplicación de los planes de simulaciones de respuestas y (iii) abogacía para la movilización de recursos para la financiación del Plan de Emergencias y Catástrofes.

**PROGRAMA 3:
PROMOCIÓN DE LA SALUD**

3.7. Ubicación y marco programático del Programa nº 3

El programa de promoción de la salud tiene por objeto reforzar la prevención y la atención de las enfermedades transmisibles (ET), las enfermedades no transmisibles (ENT) y las enfermedades tropicales desatendidas (ETD), así como crear -mediante acciones multisectoriales- la promoción de comportamientos favorables a la salud de la comunidad. Respecto a la prevención y gestión de las enfermedades, el objetivo contemplado consiste en garantizar que, a todos los niveles del sistema de salud, se dispone de los recursos humanos cualificados en cantidad suficiente, las directrices y/o protocolos actualizados y los insumos necesarios para mejorar la eficacia de las intervenciones que contribuyan a la mejora de la salud y del bienestar de la población.

El Programa nº 3 se compone de cuatro subprogramas prioritarios, a saber:

- **Subprograma 1:** Lucha contra las enfermedades transmisibles (ET).
- **Subprograma 2:** Lucha contra las enfermedades no transmisibles (ENT).
- **Subprograma 3:** Lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas (ETD).
- **Subprograma 4:** Mejora del entorno y/o modo de vida de la población.

Cabe indicar que, en el marco de la aplicación de la Política Nacional de Salud (PNS), la Estrategia Nacional de Atención Primaria de Salud prevé que los servicios de primero, segundo y tercer nivel del es-

Cuadro n° 14: Marco lógico de resultados del Programa n° 3 “Promoción de la salud” (2021- 2025)

SUBPROGRAMAS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	DATOS DE BASE	METAS AL HORIZONTE 2025				
				2021	2022	2023	2024	2025
SUBPROGRAMA 1 : Lucha contra las enfermedades transmisibles (ET)	PALUDISMO							
	R1: Se refuerzan las medidas de prevención del paludismo.	1) % de Casas rociadas en la isla de Bioko.	ND					
		2) % de beneficiarios de telas mosquiteras impregnadas de insecticida en la isla de Bioko.	DN	40%	60%	80%	85%	95%
		3) % de beneficiarios de telas mosquiteras impregnadas de insecticida en la región continental.						
		4) % de usuarios de telas mosquiteras impregnadas de insecticida en la isla de Bioko.						
		5) % de usuarios de telas mosquiteras impregnadas de insecticida en la región continental.	DN	40%	60%	80%	85%	95%
		6) % de mujeres embarazadas con 3 dosis de TPI (isla).	DN	40%	60%	80%	85%	95%
		7) % de mujeres embarazadas con 3 dosis de TPI (continente).						
		8) % de individuos con conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) para prevenir el paludismo.	60%	70%	75%	80%	85%	90%
	R2: Se potencia el manejo de casos de paludismo.	9) % de pacientes con test rápido de detección del paludismo en la isla de Bioko.		40%	60%	80%	85%	95%
		10) % de pacientes con test rápido de detección del paludismo en la región continental.						
		11) % de pacientes con tratamiento del paludismo (isla).	ND	40%	60%	80%	85%	95%
		12) % de pacientes con tratamiento del paludismo (continente).						
	R3: Se refuerza la investigación y la Vigilancia Epidemiológica sobre el paludismo.	13) N° de estudios realizados sobre el paludismo.		2	2	2	2	2
		14) N° de encuestas realizadas sobre la vacuna contra el paludismo en Guinea Ecuatorial.	3	2	2	2	2	2
		15) N° de publicaciones realizadas sobre el paludismo.	2	2	2	2	2	2
	R4: Se refuerza el seguimiento y evaluación de lucha contra el paludismo.	16) N° de reuniones de monitoreo sobre el paludismo.	DN	2	2	2	2	2
17) N° de evaluaciones realizadas sobre el paludismo.		1	1	1	1	1	1	

SUBPROGRAMAS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	DATOS DE BASE	METAS AL HORIZONTE 2025				
				2021	2022	2023	2024	2025
SUBPROGRAMA 1 : Lucha contra las enfermedades transmisibles (ET)	VIH/SIDA E ITS							
	R5: Se refuerzan las medidas de prevención de ITS y VIH.	18) % de pacientes con ITS en establecimientos sanitarios que han recibido tratamiento y asesoramiento.	ND	40%	60%	80%	85%	95%
		19) % de adolescentes/jóvenes de 15 a 24 años que identifican métodos para prevenir la transmisión sexual del VIH y las ideas erróneas acerca de la transmisión del virus.	ND	40%	60%	80%	85%	95%
		20) % de adolescentes/jóvenes de 15 a 24 años que afirman utilizar un preservativo en las relaciones sexuales con una pareja no habitual.	ND	20%	30%	35%	40%	50%
		21) % de mujeres embarazadas con VIH que han recibido un tratamiento preventivo adecuado de ARV para reducir el riesgo de transmisión vertical del VIH.	ND	40%	60%	80%	85%	95%
		22) % de niños nacidos de madres con VIH, que reciben tratamiento con estatuto serológico conocido a los 18 meses.	ND	40%	60%	80%	85%	95%
		23) % de niños nacidos de madres con VIH con resultados (+) de pruebas de VIH a los 2, 6, 9, 12 y 18 meses.	ND	40%	60%	80%	85%	95%
		24) Existencia de un programa nacional de marketing social de preservativos.	ND	1	1	1	1	1
	R6: Se refuerza el manejo de pacientes con VIH/Sida.	25) % de personas que viven con el VIH y sida que reciben terapia antiretroviral.	ND	40%	60%	80%	85%	90%
		26) % de personal de salud que atiende a pacientes con VIH/Sida capacitado y que aplica los protocolos de atención.	ND	40%	60%	80%	85%	90%
		27) N° de grupos organizados de apoyo al PNLS para la atención y asesoramiento de las PVVIH.	ND	3	10	15	20	25
		28) % de pacientes con VIH/Sida que abandonan el TARV.	ND					
		29) Tasa de incidencia de VIH/Sida.	ND					
	R7: Se potencia la participación de la sociedad civil para el apoyo a las PVVIH.	30) Número de grupos organizados activos para la prevención, atención y acompañamiento a las PVVIH.	ND	3	10	15	20	25
		31) N° de capacitaciones organizadas con grupos vulnerables para la prevención y atención del VIH/SIDA.	ND	3	3	3	3	3
		32) N° de grupos o asociaciones no formales de trabajadores de ambos sexos que se benefician del apoyo para la prevención de ITS y VIH y la reinserción social.	ND	3	3	3	3	3
		33) Número de estructuras e instituciones que apoyan a grupos organizados de personas que viven con VIH/SIDA.	ND	3	10	15	20	25

SUBPROGRAMAS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	DATOS DE BASE	METAS AL HORIZONTE 2025					
				2021	2022	2023	2024	2025	
SUBPROGRAMA 1 : Lucha contra las enfermedades transmisibles (ET)	R8: Se promueve el respeto a los derechos humanos de las personas que viven con VIH.	34) Existencia de un programa de capacitación en corresponsabilidad para grupos más vulnerables en materia de VIH.	ND	1	1	1	1		
		35) % de profesionales capacitados en los servicios de salud que brindan una atención integral y libre de estigmatización.	ND	30%	40%	60%	75%	85%	
		36) Existencia de un Observatorio Nacional de Derechos Humanos sobre el VIH/SIDA.	ND	1	1	1	1	1	
		37) % de denuncias documentadas por el Observatorio Nacional de Derechos Humanos sobre el VIH/SIDA.	ND	5%	10%	15%	20%	25%	
		38) % de denuncias sobre VIH/SIDA documentadas y solucionadas por la Procuraduría de Derechos Humanos.	ND	5%	10%	15%	20%	25%	
	R9: Se refuerza la Investigación, VE, seguimiento y evaluación en materia de VIH/ SIDA.	39) N° de encuestas realizadas sobre VIH/sida en Guinea Ecuatorial.	ND	1	1	1	1	1	
		40) N° de publicaciones realizadas sobre el VIH/SIDA.	ND	1	1	1	1	1	
		41) N° de reuniones de monitoreo realizadas sobre VIH/SIDA.	ND	2	2	2	2	2	
		42) N° de evaluaciones realizadas sobre VIH/SIDA.	ND	1	1	1	1	1	
	TUBERCULOSIS								
	R10: Se potencia la participación de la sociedad civil para el apoyo a las PVVIH.	43) % de niños con TB detectados.	ND	50%	65%	75%	80%	90%	
		44) % de detección de TB sensible en adultos (58% /2018).	58%	60%	65%	75%	80%	90%	
		45) % de detección de TB - MR en adultos (63% en 2018).	63%	85%	90%	95%	95%	95%	
	R11: Se incrementa el éxito terapéutico de TB.	46) % de niños con TB detectados y tratados.	ND						
		47) % de adultos de TB tratados (78% en 2018).	78%	90%	91%	92%	93%	93%	
		48) % de casos tratados de TB - MR en adultos (86%/2018).	86%	89%	90%	91%	91%	93%	
	R12: Se realiza test de VIH a todos los pacientes con TB.	49) % de niños con TB detectados que realizan el test de VIH.	ND	40%	60%	75%	80%	90%	
		50) % de pacientes con TB con VIH bajo ARV.	89%	95%	97%	100%	100%	100%	

SUBPROGRAMAS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	DATOS DE BASE	METAS AL HORIZONTE 2025				
				2021	2022	2023	2024	2025
SUBPROGRAMA 1 : Lucha contra las enfermedades transmisibles (ET)	R13: Se incrementa la cobertura de tratamiento ARV en coinfectados de TB.	51) % de niños coinfectados con tratamiento ARV.	ND	30 %	40%	60%	70%	90%
		52) % de pacientes coinfectados con tratamiento ARV (73% en 2018).	73%	80%	85%	90%	95%	100%
	R14: Se refuerza la Investigación y la Vigilancia Epidemiológica sobre la TB.	53) N° de estudios realizados sobre la TB.	ND	1		1		1
		54) N° de publicaciones realizadas sobre la TB en Guinea Ecuatorial.	ND	1		1		1
SUBPROGRAMA 2 : Lucha contra las enfermedades no transmisibles (ENT)	R15: Se reduce la prevalencia de factores en comportamientos de riesgo (tabaco, alcohol, alimentación desequilibrada, inactividad física).	55) % de fumadores diarios en los 12 últimos meses.	ND	25%	20%	15%	10%	5%
		56) % de consumo escaso de alcohol (inferior a 40g de alcohol al día en el hombre o 20 g de alcohol en la mujer) durante los 30 últimos días.	ND	50%	40%	30%	30%	25%
		57) % de consumo excesivo de alcohol (6 vasos/unidades de alcohol o más en 1 única ocasión) en los 30 últimos días.	ND	30%	25%	20%	15%	10%
		58) % de consumo abusivo de alcohol (entre 40g y 59.9g de alcohol por término medio al día en el hombre o entre 20g o 39.9g en la mujer) durante los 30 últimos días.	ND	30%	25%	20%	15%	10%
		59) % de consumo nocivo de alcohol (superior a 60g de alcohol al día en el hombre o 40g en la mujer) en los 30 últimos días.	ND	15%	12%	10%	8%	5%
	R16: Se reduce la prevalencia de factores de riesgo biológicos (hipertensión arterial, obesidad, diabetes e hipercolesterolemia).	60) % de consumo insuficiente de frutas y hortalizas (menos de 5 porciones de frutas y hortalizas al día).	ND	30%	35%	40%	45%	50%
		61) % de práctica de actividad física (no inferior a 150 minutos de actividad o equivalente por semana).	ND	10%	15%	20%	25%	30%
		62) % de sobrepeso ponderal (IMC \geq 25 kg/m ²).	ND	30%	26%	22%	20%	18%
		63) % de obesidad (peso/(talla) ²) (IMC \geq 35 kg/m ²).	ND	30%	26%	22%	20%	18%
		64) % de tensión arterial (TA) elevada ((PAS \geq 140 y/o PAD \geq 90 mmHg) o actualmente bajo TA elevada).	ND	30%	26%	22%	20%	18%
		65) % de pacientes con glucemia en ayunas elevada o bajo tratamiento médico por elevada glucemia.	ND	30%	26%	22%	20%	18%
		66) % de pacientes con colesterol sanguíneo elevado (\geq 240 mg/dl) o actualmente bajo tratamiento por tasa de colesterol sanguíneo elevado.	ND	30%	26%	22%	20%	18%

SUBPROGRAMAS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	DATOS DE BASE	METAS AL HORIZONTE 2025				
				2021	2022	2023	2024	2025
SUBPROGRAMA 3 : Lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas (ETD)	R17: Se mejora el marco de evaluación de la carga de morbilidad de las ETD.	67) % de persona afectada y expuesta a las ETD (por sexo y rango de edad).	ND	40%	30%	20%	10%	5%
		68) % de personas que necesitan intervenciones de lucha y prevención de ETD.	ND	40%	30%	20%	10%	5%
	R18: Se cuenta con enfoque integrado de intervenciones multisectoriales de lucha contra la enfermedad.	69) Existencia de un programa nacional integrado de acciones multisectoriales de lucha contra las ETD.	ND	1	1	1	1	1
		70) N° de planes de acción sectoriales de lucha contra las ETD elaborados, financiados, aplicados y evaluados.	ND	1	1	1	1	1
	R19: Se refuerza el sistema de asistencia sanitaria y el desarrollo de las capacidades de gestión.	71) % de personas cubiertas por la distribución masiva de medicamentos de quimioterapia preventiva y de lucha contra la transmisión.	ND	50%	60%	70%	75%	85%
		72) Estudios realizados sobre prevalencia e incidencia de las ETD más comunes en África Central.	ND	2		2		2
		73) Importe de los recursos financieros movilizados para la lucha y eliminación de ETD.	ND	20%	20%	20%	20%	20%
	R20: Se refuerza la gestión integrada de vectores y el desarrollo de las capacidades de lucha contra las ETD.	74) Existencia de una política nacional de gestión integrada, adoptada y aplicada de vectores.	ND	1	1	1	1	1
		75) N° de Informes de evaluación de la política nacional de gestión integrada de vectores disponibles.	ND	1	1	1	1	1
	SUBPROGRAMA 4 : Mejora del entorno y/o modo de vida de la población	R21: Se promueven modos de vida más saludables y la mitigación de los efectos de los peligros sociales y ambientales para la salud.	76) % de la población con acceso a una alimentación suficiente y equilibrada.	ND	30%	40%	40%	50%
77) % de la población que aplica al menos 4 prácticas familiares esenciales (PFE) para la salud.			ND	30%	40%	40%	50%	60%
78) % de la población con conocimientos, actitudes y que adopten prácticas adecuadas para la salud.			ND	30%	40%	40%	50%	60%
79) % de la población con acceso al agua potable y al saneamiento básico.			ND					
80) % de la población que practica una actividad física o deporte regular (150 minutos o equivalente/semana).			ND	5%	10%	15%	25%	30%

3.8. Descripción de los principales subprogramas del Programa nº3

SUBPROGRAMA 1: LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (ET)

a) Paludismo

El Programa Nacional de lucha contra el Paludismo es la estructura nacional responsable de implementar actividades para controlar y, si fuera posible, eliminar dicha enfermedad en Guinea Ecuatorial. Aunque las actividades se extienden por todo el país, se ha venido implementando principalmente en la isla de Bioko por componentes y a través de la financiación del Gobierno y de las empresas petrolíferas, conforme al siguiente detalle: (i) lucha antivectorial mediante rociamiento intradomiciliario y distribución de telas mosquiteras y larvicidas, (ii) manejo de casos a través de un diagnóstico de laboratorio, del tratamiento antipalúdico y de la prevención durante el embarazo con el tratamiento preventivo intermitente (TPI), (iii) Vigilancia Epidemiológica, monitoreo, seguimiento y evaluación, (iv) entomología a través de estudios de los mosquitos, (v) investigación operativa a través de estudios de la vacuna contra el paludismo y la resistencia a los productos de rociamiento y (vi) sensibilización y movilización comunitaria.

En la región continental y en la isla de Annobón -donde se concentra más del 70% de la población- carecen casi de actividades de lucha contra el paludismo por falta de financiación, desde el retiro en septiembre del 2011 del Fondo Mundial de lucha contra el VIH, paludismo y TB y con el cierre del Proyecto Control del Paludismo en esta parte del país.

Las unidades operativas del Programa Nacional de lucha contra el Paludismo (PNLP) son los puestos de salud, los centros de salud y los hospitales distritales, provinciales y regionales. Es importante señalar la integración, de manera progresiva, de los establecimientos sanitarios del sector privado en la lucha contra el paludismo aplicando los procedimientos y herramientas establecidos por el PNLP.

En el marco de la implementación de la cobertura sanitaria universal (CSU) a través de un acceso equitativo a servicios de lucha contra el paludismo, el Gobierno de la República de Guinea Ecuatorial, con el apoyo de los socios del sector privado petrolífero, está tomando las medidas necesarias para garantizar la cobertura de la región continental y de la isla de Annobón en servicios de lucha contra el paludismo accesibles a toda la población y que respeten las mismas normas y estándares que los de la isla de Bioko.

b) Tuberculosis

Para alcanzar las metas esperadas en el año 2025 en materia de lucha contra la TB, se desarrollarán las siguientes acciones: (i) reforzamiento de la detección de la TB (en adultos y niños) sensible y MDR, mediante la extensión de la cobertura y la búsqueda activa de casos a través de la sensibilización y utilizando las nuevas tecnologías de diagnóstico, (ii) mejora del éxito terapéutico mediante la aplicación del TDO, la descentralización de las actividades, así como la implicación de la comunidad a fin de disminuir los PDV y no evaluados, (iii) reforzamiento de la colaboración entre los programas de TB y VIH/SIDA, (iv) desarrollando la estrategia del ONE STOP con atención centrada e integrada en el paciente coinfectado, (v) promoción del partenariado público-privado en la lucha multisectorial, la movilización de recursos domésticos y la promoción de la participa-

ción comunitaria y (vi) reforzamiento de la estructura funcional del PNLT, garantizando la financiación, el liderazgo y la buena gobernanza del programa.

c) VIH/SIDA y otras Infecciones de transmisión sexual

En materia de lucha contra el VIH/SIDA, se debe partir del hecho de que en la República de Guinea Ecuatorial la epidemia aún está concentrada y hay que procurar mantenerla en esa categoría con acciones mayores que viabilicen ese propósito. En este sentido, se cuenta con un programa nacional de respuesta que es el PNLN con un plan estratégico enmarcado en la Estrategia Mundial de 90, 90, 90 que significa: (i) 90% de las personas diagnosticadas, (ii) 90% de las personas diagnosticadas reciben tratamiento antirretroviral y (iii) 90% de las personas bajo tratamiento antirretroviral se benefician de un seguimiento adecuado.

Ante las deficientes medidas de prevención en ausencia de un programa nacional de marketing social de preservativos, la deficiente aplicación de los textos de la ley sobre protección de los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA y sus familias, la persistencia de la discriminación y la estigmatización, la deficiente integración y manejo de las ITS en la atención sanitaria por nivel, la poca eficacia de la estrategia de eliminación de la transmisión vertical del VIH y el control de niños expuestos, la poca efectividad de la respuesta multisectorial; el Programa nº 3 de Promoción de la Salud del presente PNDS pretende: (i) desarrollar programas de prevención de la transmisión de las ITS, VIH y SIDA en la población, priorizando a grupos más vulnerables, (ii) desarrollar programas de atención integral de ITS-VIH/SIDA con enfoque multisectorial y de género, (iii) controlar la expansión de la pandemia y reducir el impacto negativo de la misma, tanto para las personas afectadas como para su entorno

social, (iv) promover la defensa de los derechos humanos en la población cubierta por la creación de un observatorio nacional que contribuya a la eliminación de la discriminación y de la estigmatización, (v) desarrollar un programa de comunicación para erradicar la discriminación y estigmatización de los trabajadores y la promoción de actividades preventivas en el medio laboral, (vi) promover acciones conjuntas y coordinadas entre el Gobierno, el sector privado y las organizaciones de la sociedad civil para fortalecer la respuesta nacional, (vii) desarrollar un sistema de Vigilancia Epidemiológica con el objeto de dimensionar, monitorizar el impacto del VIH/SIDA y desarrollar líneas de investigación y (viii) movilizar los recursos humanos y financieros necesarios para afrontar la epidemia de forma eficiente y eficaz.

- a) En materia de prevención primaria: (i) promoción de todas las prácticas de prevención de ITS y VIH/SIDA científicamente comprobadas (abstinencia, fidelidad, uso de condón), (ii) coordinación e implementación de acciones de prevención en el ámbito laboral del sector económico formal, (iii) desarrollo e implementación de un plan de información, educación y comunicación con un enfoque de cambio de comportamientos para la prevención de la transmisión de ITS y VIH/SIDA, (iv) ampliación de la cobertura de la P
- b) Prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, (v) aplicación de las normas universales de bioseguridad en los servicios de atención sanitaria, (vi) promoción del acceso a servicios de consejería y pruebas voluntarias para VIH con orientación pre y post prueba e (vii) Implementación del manejo sindrómico de las ITS.
- c) En materia de atención integral o prevención secundaria : Desarrollo de programas con atención integral de ITS/

VIH/SIDA con enfoque multidisciplinario, intersectorial, pluricultural y de género, enmarcado en el respeto de los derechos humanos mediante las siguientes acciones : (i) descentralización geográfica y administrativa de los servicios de atención integral destinados a la mejora del entorno de los pacientes, (ii) formación de recursos humanos para la atención descentralizada, (iii) disponibilidad de medicamentos esenciales, ARV e insumos de laboratorio y (iv) gestión de la calidad de los datos de rutina sobre el VIH.

- d) En materia de garantía de los derechos humanos: el PNLS velará por el respeto a los derechos humanos en relación a las personas que viven con el VIH y SIDA, tanto a nivel asistencial, como familiar y en el entorno laboral, mediante las siguientes acciones: (i) promoción de la defensa de los derechos humanos en la población en general y de manera particular en el medio laboral, contribuyendo en la eliminación de la discriminación y de la estigmatización de las personas infectadas y afectadas, (ii) fortalecimiento de los mecanismos de comunicación y normas para garantizar los derechos humanos de la población, (iii) promoción de la capacitación en corresponsabilidad para los grupos más vulnerables (PVVH, TS, HSH) en la prevención y atención en materia de VIH y (iv) capacitación del personal de salud para que brinden una atención integral libre de estigma y discriminación, así como en el entorno laboral.
- e) *En materia de información, educación y comunicación (IEC):* se trata de desarrollar esta temática con un enfoque multidisciplinario, multisectorial, multiétnico y de género, basado en un análisis del contexto nacional de las ITS y del VIH/SIDA y mediante un programa de IEC para ITS y VIH/SIDA, (ii) desarrollo

de planes operativos de IEC para ITS y VIH/SIDA a nivel local, de acuerdo con las necesidades de promoción y prevención en el ámbito laboral, familiar y comunitario para disminuir los factores de riesgo y (iii) promoción de desarrollo de encuestas (CAP) para medir, periódicamente, los esfuerzos en materia de cambio de comportamiento hacia las ITS y el VIH/SIDA.

- f) En materia de coordinación entre el Estado, la sociedad civil y el sector privado : (i) mejora de la capacidad de comunicación intra e interinstitucional para potenciar los esfuerzos en relación a la epidemia del VIH/SIDA y para no duplicar las intervenciones y el uso de recursos, (ii) coordinación de las medidas de intervención a través del PNLS, (iii) Implementación de acciones preventivas y educativas en las empresas a través de la participación de la sociedad civil para prevenir la discriminación de las PVVIH en el medio laboral y (iv) fortalecimiento de la protección de los trabajadores que están en riesgo laboral de adquirir infecciones oportunistas.
- g) En materia de Vigilancia Epidemiológica e investigación: (i) desarrollo de un sistema de registro de casos sobre la incidencia, prevalencia y la mortalidad relacionada al VIH/SIDA, manteniendo un estándar de calidad de datos y que sean comparables a nivel nacional e internacional, (ii) desarrollo de un sistema de Vigilancia Epidemiológica con fines de dimensionar, monitorizar el impacto de la epidemia y promover la investigación, (iii) elaboración y puesta en marcha de un Plan Estratégico Nacional de Vigilancia Epidemiológica y (iv) desarrollo de investigaciones en población de riesgo, de estudios específicos sobre la sexualidad, incidencia e impacto de ITS, VIH y SIDA sobre el desarrollo social y económico.

h) Concerniente a los recursos humanos y financieros: (i) elaboración de un plan de necesidades de dotación de recursos humanos y de capacitación en servicio, (ii) puesta a disposición de los recursos humanos y financieros necesarios para el aseguramiento de insumos y servicios de apoyo al acceso universal a una atención integral de VIH/SIDA y (iii) desarrollo de un registro de gastos anuales de las actividades de lucha contra el VIH/SIDA para la gestión de costos.

SUBPROGRAMA 2:
LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)

A pesar de los esfuerzos desplegados a nivel internacional, la carga mundial de las enfermedades no transmisibles (ENT) sigue aumentando y causando, en el año 2008, 36 millones de muertes, lo que representa el 63% del conjunto de muertes en el mundo, con un 80% (29 millones) ocurridas en países de renta escasa o intermedia. Indicar que la mortalidad a causa de las ENT debería aumentar en un 17% durante los diez próximos años si no se hace nada. Por falta de datos no es posible reflejar la situación de esta gran problemática de salud pública en la República de Guinea Ecuatorial.

Reducir la prevalencia de factores de riesgo de comportamientos (Tabaco, Alcohol, Alimentación desequilibrada, Inactividad física), la prevalencia de factores de riesgo biológicos (Hipertensión Arterial (HTA), Obesidad, Diabetes e Hipercolesterolemia). Ampliar los conocimientos de las asociaciones sobre los factores de riesgo de comportamientos y biológicos de las enfermedades no transmisibles y seguir la evolución de la prevalencia de los mismos, son los princi-

pales objetivos de este Subprograma que consta de 2 resultados y 6 indicadores.

Ante la preocupante situación de las ENT en la República de Guinea Ecuatorial, basándose en una simple observación de todos los días en los establecimientos sanitarios y en la comunidad, las principales acciones a tomar en el marco de este Subprograma son las siguientes: (i) mayor toma en consideración de las ENT como prioridad nacional y que pueda llegar a una declaración de un día nacional de la lucha contra las enfermedades no transmisibles (ENT), (ii) poner la prevención y el control de las ENT bajo el liderazgo del Presidente de la República, Jefe de Estado y del Gobierno, (ii) realización de un estudio sobre las enfermedades no transmisibles, (iii) promoción de la multisectorialidad en la lucha contra las ENT, (iv) elaboración y puesta en marcha de un plan estratégico de lucha contra las ENT y de una hoja de ruta de aplicación, (v) consolidación de la implicación de la comunidad en la lucha contra las ENT, (v) realización de investigaciones específicas sobre ciertas ENT como la diabetes y la HTA, por ejemplo, con el fin de delimitar mejor su evolución, (vii) movilización de recursos necesarios para la integración, el manejo y la vigilancia de las ENT y los factores de riesgo y (viii) adopción y divulgación de la guía de vigilancia integrada de enfermedades y respuesta en los establecimientos sanitarios y en la comunidad.

De manera específica, la lucha contra la diabetes, la HTA y otras enfermedades cardiovasculares, necesitará un mayor enfoque sobre la amplia información y sensibilización de la población sobre los factores de riesgo de estas enfermedades, el fortalecimiento de las capacidades de prevención y de tratamiento mediante la formación de los especialistas y la adquisición de equipos y de medicamentos asequibles para todos los pacientes (antidiabéticos orales, insulina y antihipertensivos), la promoción del

deporte en el medio escolar y en la comunidad, la divulgación de las buenas prácticas de higiene, alimentación y de estilo de vida, así como la adopción y la promoción de la detección precoz de la diabetes y la HTA en la población en general y sistematizar, en particular, en las embarazadas, mediante las estrategias avanzadas de los equipos móviles de los distritos sanitarios.

Referente a la lucha contra el cáncer, indicar la necesidad de reforzar la lucha contra el tabaquismo y el alcoholismo que son los mayores factores de riesgo, la vacunación de los/las adolescentes contra el VPH, el fortalecimiento de las estrategias de detección precoz y tratamiento del cáncer del cuello uterino, la implementación de dos servicios de Cancerología en los dos hospitales regionales de Malabo y Bata para la detección precoz de lesiones precancerosas mediante la formación continua del personal en el manejo de estos casos, el acceso a los anticancerosos y a la radioterapia, el acompañamiento psicosocial a los pacientes con cáncer en estado avanzado y terminal, así como la elaboración e implementación de un libro de registro de pacientes con cáncer.

La lucha contra la drepanocitosis forma parte de las prioridades del Gobierno mediante la realización de un amplio estudio sobre la prevalencia de la enfermedad en curso con la implicación de la sociedad civil y con el fin de elaborar un programa de intervención de respuesta, el acceso al tratamiento de los síntomas precrisis, la creación de un vínculo entre el proyecto del Centro de Fertilidad de Oyala, del Instituto Nacional de Salud, en curso de implementación, y el proyecto de investigación sobre la drepanocitosis para garantizar una reproducción asistida sin drepanocitosis.

Las enfermedades mentales, como otras ENT, se han convertido en una de las prioridades del Gobierno de acuerdo a las

recomendaciones internacionales y a la carga de discapacidad asociada, pero también por la evidencia de que existen intervenciones eficientes con un gran impacto sobre la salud mental de los individuos, las comunidades y el desarrollo económico y social de cada persona. Para ello, las siguientes actividades serán realizadas en el marco del presente PNDS: (i) elaboración, adopción y aplicación de una política nacional y de un plan estratégico de salud mental, (ii) elaboración, adopción y aplicación de una ley que regule la actividad de salud mental, (iii) elaboración, adopción y aplicación de una estrategia de reinserción social de los pacientes de salud mental recuperados, (iv) promoción de la investigación operativa en salud mental y (v) documentación y difusión de las buenas prácticas de la República de Guinea Ecuatorial en salud mental a través del Hospital Psiquiátrico de Sampaka de Malabo.

Respecto a los accidentes de tráfico y a sus consecuencias que constituyen uno de los problemas más relevantes que afectan al desarrollo económico y social, con consecuencias individuales y en las familias debido a las discapacidades por los estados de invalidez parcial o total que se registran, las pérdidas de empleo y de bienes, así como de vidas humanas; se realizarán las siguientes actividades para mejorar esta situación: (i) elaboración de un marco de colaboración entre el Ministerio de Interior y de Corporaciones Locales como entidad responsable de seguridad rodada o carretera, Sanidad y Bienestar Social que asuma la gestión de las consecuencias y de Trabajo y Seguridad Social que asume la protección de los asegurados, (ii) el refuerzo de la reglamentación del tráfico rodado, (iii) refuerzo del control técnico de vehículos (...), (iv) formación continua del cuerpo de policía de seguridad de carretera o rodada, promoción de la sensibilización y educación de la población sobre el buen uso del tráfico para la protección de la vida

de las personas, mantenimiento de las carreteras, así como el refuerzo de las indicaciones y semáforos y (v) la implementación de dos servicios de traumatología en los hospitales regionales de Malabo y Bata y la mejora de la capacidad técnica y logística de los hospitales provinciales y distritales para garantizar el manejo de las urgencias médicas vinculadas con los accidentes de tráfico y sus consecuencias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) un grupo de enfermedades que afecta a casi 1.500 millones de personas en todo el mundo. Muchas de estas enfermedades causan discapacidad, desfiguración, exclusión social y muerte. En respuesta a esta injusticia social, el marco continental para el control y la eliminación de las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) de aquí al 2020 es *“La eliminación de las enfermedades tropicales desatendidas en África es posible”* de marzo de 2013; y se centró en el tema: *“El Impacto de las enfermedades no transmisibles (MNT) y las enfermedades tropicales desatendidas en el desarrollo de África”*. La sexta conferencia del Ministro de Sanidad de la Unión Africana de abril 2013 en Addis Abeba fue el instrumento principal en el que nos inspiramos para la formulación de este Subprograma de ETD.

Ante esta situación global de las ETD y sus consecuencias, el objetivo de este Subprograma es el de reducir la morbilidad y las incapacidades debidas a estas enfermedades, reforzando las perspectivas de realización del ODS nº 3: *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”*, mejorando la salud y el estatuto socioeconómico de toda la población de la República de Guinea Ecuatorial. Lo que implica la puesta en marcha de un programa sólido de lucha integrada en todos los niveles de la cadena epidemiológica: personas infectadas, vectores,

depósitos de parásitos y medio ambiente, utilizando los enfoques más convenientes para la eliminación de estas enfermedades.

Las siguientes orientaciones estratégicas con actividades de impacto han sido retenidas para responder a los resultados esperados del Subprograma, a saber:

- a) El refuerzo de la apropiación nacional, la abogacía, la coordinación y el partenariado mediante: (i) la mejora de las capacidades y mecanismos de coordinación del Programa Nacional de Control de las ETD, a nivel nacional, (ii) el refuerzo y promoción del partenariado para el control, la eliminación y la erradicación de las ETD, a nivel nacional, y (iii) el refuerzo de la visibilidad y la trazabilidad de las intervenciones de control, eliminación y erradicación de las ETD a todos los niveles.
- b) El refuerzo de la planificación orientada hacia los resultados, la movilización de los recursos y la durabilidad de las intervenciones de lucha contra las ETD mediante: (i) elaboración y aplicación de un plan de movilización de recursos con la contribución de todos los socios al desarrollo para cubrir las intervenciones de lucha contra las ETD, (ii) refuerzo de la integración de las actividades del Programa de Lucha contra las ETD en los planes nacionales y las reformas sanitarias del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, (iii) incremento de la financiación de las ETD en el presupuestario del PIP del Gobierno, (iv) desarrollo y aplicación de políticas, directrices y otras herramientas para mejorar la gestión del Programa Nacional de Lucha contra las ETD e (v) integración del concepto de género en la planificación para el control y la eliminación de las ETD.
- c) Ampliación del acceso a las intervenciones, el tratamiento y el refuerzo de las

capacidades de prestación de servicios del Programa Nacional de Lucha contra las ETD mediante: (i) integración de las actividades esenciales de lucha contra las ETD por nivel del sistema de salud, (ii) introducción de la lucha antivectorial para el control y la eliminación de las ETD, (iii) refuerzo de las capacidades de respuesta a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud (incluido el nivel comunitario) de gestión y coordinación de la lucha contra las ETD.

- d) Control y evaluación de las ETD mediante: (i) refuerzo de la supervisión, monitoreo y evaluación de las actividades de lucha contra las ETD, (ii) refuerzo del sistema de vigilancia de las ETD en los diferentes niveles del sistema de salud y (iii) promoción de la investigación sobre las ETD.

Es importante mencionar que estas medidas deben aplicarse en base a las seis estrategias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para prevenir y combatir las ETD a saber: (i) la quimioprofilaxis o prevención, (ii) la atención intensificada de casos, (iii) la lucha antivectorial, (iv) la disponibilidad del agua sin riesgo sanitario y de buenas condiciones de saneamiento e higiene, (v) la aplicación de medidas de salud pública veterinaria y (vi) el refuerzo de la capacidad de control de las ETD.

Con el fin de garantizar la sostenibilidad de los logros alcanzados, cualquier intervención relacionada con las ETD, ya sea por parte de la propia financiación del Estado como de la ayuda internacional de la OMS y de otros socios al desarrollo, debe ir acompañada de medidas que influyan directamente sobre los determinantes de la salud, tales como el acceso al agua potable, la mejora en las condiciones de habitabilidad, la seguridad alimentaria, un saneamiento en condiciones o el fortalecimiento del mismo Sistema Nacional de Salud.

SUBPROGRAMA 3: **MEJORA DEL ENTORNO Y/O** **MODO DE VIDA DE LA POBLACIÓN**

El presente Subprograma se refiere a las acciones de promoción de prácticas, comportamientos y actitudes que son favorables para la salud de la población. Se trata de aplicar las intervenciones de un plan de comunicación de carácter multisectorial con el fin de reducir el impacto de los factores de riesgo como el consumo del tabaco, consumo del alcohol, consumo de las sustancias psicotrópicas, la no observación de las normas de circulación en la vía pública, el sedentarismo, la falta de práctica del deporte y de los exámenes prenupciales en los jóvenes.

El Subprograma se vincula directamente a la promoción de la salud, que es un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y constituye un elemento esencial para lograr estilos de vida y comportamientos saludables. Abarca no solamente acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas a nivel individual, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud, a nivel colectivo.

El Subprograma es un factor esencial para la mejora de la salud en la República de Guinea Ecuatorial ya que la población se enfrenta a los mismos problemas de salud y de desarrollo y, como tal, las estrategias de promoción de la salud deben realizarse con un enfoque social, comunitario y político, integral, que permita el acceso equitativo a respuestas efectivas en salud. Para ello, se llevarán a cabo las siguientes actividades: (i) divulgación de las principales enfermedades en la población y de

las prácticas familiares esenciales (PFE) a adoptar a nivel individual y comunitario, (ii) potenciación de la comunicación social para el cambio de comportamiento con amplia implicación de la comunidad, (iii) reactivación de las estructuras multi-sectoriales de lucha contra las epidemias, (iv) refuerzo y ampliación de las capacidades de sensibilización y de prevención de la organización de la sociedad civil en la promoción de la salud, (v) integración de las actividades de promoción de salud en los planes operativos de todos los ministerios por su internalización y (vi) promoción de la actividad física regular individual y colectiva, de una alimentación sana y del uso del agua potable.

con sus correspondientes metas a alcanzar en los 4 Subprogramas durante los 5 años, cubiertos por el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (PNDS). Cabe resaltar que la falta de indicadores de base no ha permitido fijar proyecciones en cuanto al nivel de progreso deseado entre 2021–2025, mientras que se siguen esperando los resultados de los estudios y encuestas a realizar durante el año 1 de implementación del PNDS.

**PROGRAMA 4:
REFUERZO DEL LIDERAZGO
Y DE LA GOBERNANZA
DEL SISTEMA DE SALUD**

3.9. Ubicación y marco programático

El programa de refuerzo del liderazgo y de la gobernanza del sector salud incluye 4 subprogramas que son:

- 1) Subprograma 1:** Refuerzo del liderazgo y de la rendición de cuentas en el sector salud.
- 2) Subprograma 2:** Mejora de la gestión financiera en el sector salud
- 3) Subprograma 3:** Fortalecimiento de la gestión de la información sanitaria
- 4) Subprograma 4:** Investigación en salud

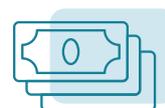
El marco lógico del Programa nº 4 establece 14 resultados esperados, 64 indicadores

**EL CUARTO PROGRAMA
PRIORITARIO DEL PNDS PRETENDE
REFORZAR EL LIDERAZGO
Y LA GOBERNANZA DEL SISTEMA
DE SALUD**

A TRAVÉS DE 4 SUBPROGRAMAS:



Refuerzo del liderazgo y de la rendición de cuentas en el sector salud



Mejora de la gestión financiera en el sector salud



Fortalecimiento de la gestión de la información sanitaria



Investigación en salud

Cuadro n° 15: Marco lógico de resultados del Programa n° 4 “Refuerzo del liderazgo y de la gobernanza del sistema de salud (2021-2025)”

SUBPROGRAMAS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	DATOS DE BASE	METAS AL HORIZONTE 2025				
				2021	2022	2023	2024	2025
SUBPROGRAMA 1 : Refuerzo del liderazgo y de la rendición de cuentas en el sector salud	R1: Se mejora el marco jurídico y legal en el sector salud.	1) % de profesionales de salud formados en temas jurídicos vinculados con la salud.	ND	5%	10%	15%	20%	25%
		2) % de profesionales informados y sensibilizados sobre los textos de leyes existentes en salud.	ND	25%	35%	45%	55%	65%
		3) Existencia de un programa de divulgación operativo de leyes existentes en salud.	ND	1	1	1	1	1
	R2: Se mejora el marco programático y de coordinación en el sector salud.	4) % de profesionales formados en el marco lógico de planificación sanitaria.	ND	30%	40%	45%	50%	60%
		5) N° de subprogramas del PNDS adoptados, financiados y ejecutados.	ND	13	13	13	13	13
		6) Existencia de un plan de seguimiento y evaluación de los subprogramas con indicadores establecidos.	ND	1	1	1	1	1
	R3: Se mejora la coordinación de las intervenciones de los socios al desarrollo y de la Iniciativa privada en salud.	7) Existencia de un Comité de Coordinación de los socios al desarrollo del sector salud.	ND	1	1	1	1	1
		8) Existencia de directrices nacionales en materia de partenariado en el sector salud.	ND	1	1	1	1	1
		9) Existencia de una unidad de coordinación de la salud privada lucrativa y sin ánimo de lucro.	ND	1	1	1	1	1
	R4: Se extiende la descentralización y se refuerza la participación comunitaria.	10) N° de planes distritales de salud elaborados y ejecutados con participación de la comunidad.	ND	18	18	18	18	18
		11) % de comités distritales de salud operativos con participación de otros sectores.	ND	18	18	18	18	18
		12) N° de estudios realizados sobre la participación comunitaria en salud.	ND	1				1
	R5: Se implementan con efectividad las reformas del sector salud.	13) Existencia de un plan estratégico de formación de los recursos humanos en salud (UNGE/MINSABS/otros).	ND		1			
		14) Existencia de una base de datos de los establecimientos sanitarios privados existentes.	ND	1				
		15) N° de informes de control e inspecciones de las instalaciones sanitarias privadas disponibles.	ND	1	1	1	1	1
		16) Existencia de un programa de marketing social de preservativos para prevenir el VIH y otras ITS.	ND	1				
		17) Existencia de un sistema de aprovisionamiento de medicamentos y de otros insumos en salud.	ND	1	1	1	1	1

SUBPROGRAMAS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	DATOS DE BASE	METAS AL HORIZONTE 2025				
				2021	2022	2023	2024	2025
SUBPROGRAMA 1 : Refuerzo del liderazgo y de la rendición de cuentas en el sector salud	R6: Se implementa la rendición de cuentas y el control de gestión de los recursos en salud.	18) Existencia de un documento de normas y procedimientos de control de gestión de recursos en salud.	ND	1				
		19) N° de profesionales formados en control de gestión de recursos y auditoría en salud.	ND	30	40	45	50	60
		20) Existencia de un plan de evaluación del personal aplicado en los puestos de prestación de servicios.	ND	1				
		21) N° de Informes de control interno disponibles y utilizados.	ND	1	1	1	1	1
		22) N° de Informes de auditoría de programas y proyectos disponibles y utilizados.	ND	1	1	1	1	1
	R7: Se promueve el dialogo político en salud con todos los actores.	23) Existencia de estructuras de promoción del diálogo político en salud (públicas, sociedad civil, conjuntas).	ND	2	2	2	2	2
		24) N° de participantes nacionales en reuniones, foros y conferencias internacionales en salud.	ND	30	40	45	50	60
25) N° de socios internacionales que brindan apoyo técnico y/o financiero al sector salud.		ND	6	10	12	12	12	
SUBPROGRAMA 2 : Mejora de la gestión financiera en el sector salud	R8: Se implementa un mecanismo de seguimiento del uso de los recursos económicos asignados al sector.	26) Existencia de un plan de seguimiento de los recursos económicos asignados al sector salud.	ND	1				
		27) Existencia de cuentas nacionales de salud (CNS) que estimen y sigan los gastos en salud.	ND		1			
		28) Existencia de un manual de gestión administrativa y financiera de los recursos asignados al sector salud.	ND	1				
		29) N° de control interno y de auditoría de gestión realizados sobre la calidad de gestión de programas y proyectos.	ND	2	2	2	2	2
		30) N° de evaluaciones realizadas para medir la eficacia y la eficiencia de gestión de programas y proyectos de salud.	ND	1	1	1	1	1
	R9: Se incrementa la financiación del sector salud a más del 15% del Presupuesto General del Estado.	31) % del presupuesto del sector salud asignado al sector salud.	ND	15%	20%	20%	20%	20%
		32) % de gasto de salud por habitante.	ND					
		33) N° de profesionales del MINSABS capacitados en la elaboración del Presupuesto General del Estado.		10	10	10	10	10
		34) % de participación del sector privado en la financiación del sector salud.	ND	10%	15%	15%	15%	15%
35) Existencia de plan de movilización de recursos para financiar la salud de la población.		ND	1	1	1	1	1	

SUBPROGRAMAS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	DATOS DE BASE	METAS AL HORIZONTE 2025				
				2021	2022	2023	2024	2025
	R10: Se incrementa la cobertura sanitaria universal (CSU) a toda la población.	36) % de la población con cobertura de enfermedad por un tercer pagador.	6.8%	20%	30%	40%	50%	60%
		37) % de población que soporta el pago directo de prestaciones de servicios de salud.	45%	35%	25%	20%	20%	20%
		38) Existencia de un mecanismo de seguro sanitario universal accesible a la población.	ND		1			
	R11: Se aconsejan medidas de mejora de la calidad de prestaciones del INSESO, evitando la dualidad de funciones.	39) Informe de evaluación de la calidad de prestaciones de la aseguradora INSESO disponible.	ND	1	1	1	1	1
		40) Informe de un estudio sobre costos de medicamentos y prestaciones disponibles.	ND	1				1
		41) % de hospitales públicos subcontratistas del INSESO y/o aseguradora de salud.	ND	10%	15%	25%	35%	38%
SUBPROGRAMA 3 : Fortalecimiento del Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS)	R12: Se incrementa la disponibilidad y calidad de los recursos (humanos, materiales y financieros) destinados al SNIS, que incluyen la Vigilancia Epidemiológica.	42) Existencia de una hoja de ruta de extensión de la cobertura sanitaria por el INSESO a otros grupos de población.	ND		1			
		43) % de profesionales por sexo formados en SIS en los establecimientos sanitarios públicos.	ND	25%	45%	55%	65%	85%
		44) N° de profesionales formados en estadísticas, Epidemiología, Planificación, Demografía e Informática.	ND	5	5	5	5	5
		45) % de establecimientos sanitarios con equipos logísticos, medios de comunicación e infraestructuras de SIS.	ND	40%	70%	80%	90%	100%
		46) % de recursos asignados al SNIS en el Programa de Inversiones Públicas (PIP) del Estado.	ND	5%	5%	5%	5%	5%
	47) Existencia de un plan de movilización de recursos de apoyo al SNIS con donantes y programas y proyectos de salud.	ND	1	1	1	1	1	
	R13: Se cuenta con una lista nacional de indicadores definidos y adoptados por nivel de prestación de servicios de salud.	48) % de establecimientos sanitarios que hacen uso de indicadores para planificar y tomar decisiones en salud	ND	40%	50%	50%	50%	50%
		49) % de profesionales con conocimientos de metas e indicadores del PNDES, ODS y de otros centros de salud pública.	ND	40%	50%	70%	80%	90%
		50) Existencia de herramientas (marco lógico) para el uso de indicadores de ODS y de otros programas de salud.	ND	1	1	1	1	1
		51) Existencia de diccionarios de metadatos (directrices) para el uso de los indicadores del Sistema Nacional de Salud.	ND	1				
		52) Existencia de datos poblacionales actualizados para las estimaciones de grupos objeto en programas y proyectos.	ND	1	1	1	1	1
		53) Existencia de procedimientos de integración de datos de rutina del sector parapúblico y privado en el SNIS.	ND	1				
	% de puntos focales de Vigilancia Epidemiológica operativos.	ND	40%	60%	80%	90%	100%	

SUBPROGRAMAS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	DATOS DE BASE	METAS AL HORIZONTE 2025				
				2021	2022	2023	2024	2025
	R15: Se mejora la diseminación y utilización de datos del SIS, que incluya la Vigilancia Epidemiológica (VE).	54) N° de sesiones de sensibilización en las instancias de toma de decisiones y sociedad civil sobre indicadores de salud.	ND	3	3	3	3	3
		55) % de prontitud en la remisión de la información sanitaria de rutina según las normas establecidas por el SNIS.	ND	40%	60%	80%	90%	100%
		56) N° de boletines epidemiológicos y de anuarios estadísticos reproducidos y distribuidos por año.	ND	1	1	1	1	1
		57) N° de profesionales de la salud y actores de medias informados y formados sobre el uso de indicadores para la sensibilización y la abogacía.	ND	30	30	30	30	30
		58) % de instalaciones sanitarias que hacen uso de NTIC en la gestión de la información sanitaria.	ND	40%	60%	80%	90%	100%
		59) Existencia de un marco orgánico operativo del SIS de rutina y de VE en todos los niveles.	ND	1	1	1	1	1
SUBPROGRAMA 4 : Investigación en salud	R16: Se aconsejan medidas de mejora de la calidad de prestaciones del INSESO, evitando la dualidad de funciones.	60) Existencia de una estructura operativa de coordinación de la investigación en salud.	ND	30	5	5	5	5
		61) Existencia de un equipo nacional formado en investigación en salud.	ND	1	1	1	1	1
		62) N° de informes de coordinación de la investigación disponibles.	ND					
	R17: Se implementa la investigación operativa en salud.	63) Existencia de un plan nacional de investigación en salud con presupuesto asignado por el PIP del Estado.	ND	1	1	1	1	1
		64) N° de estudios e investigaciones en salud realizados con datos adoptados disponibles.	ND	5	10	15	20	25
		65) EDSGE – III realizada y datos disponibles.	ND					1
		66) N° de publicaciones de estudios e investigaciones en salud realizadas.	ND	5	10	15	20	25
	R18: Se implementa la colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública y el Comité Ético Nacional de Investigación.	67) Existencia de un marco de colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública en materia de investigación.	ND	1	1	1	1	1
		68) Existencia de un Comité Nacional de Investigación en Salud.	ND	1	1	1	1	1
69) Existencia de un mecanismo de colaboración con el Comité Ético Nacional de Investigación.		ND	1	1	1	1	1	

3.10. Descripción de los principales subprogramas del Programa nº4

SUBPROGRAMA 1: REFUERZO DEL LIDERAZGO Y DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS EN EL SECTOR SALUD

El refuerzo del liderazgo y de la rendición de cuentas en el sector salud necesita el desarrollo de las siguientes acciones estratégicas: (a) la mejora del marco jurídico y legal del sector salud, (b) la mejora del marco programático y de coordinación del sector salud, (c) la mejora de la coordinación de las intervenciones de los socios al desarrollo y de la iniciativa privada en salud, (d) la descentralización de la toma de decisiones, de la gestión de recursos y el refuerzo de la participación comunitaria, (e) la implementación de las reformas del sector salud, (f) la implementación de la cultura de rendición de cuentas y el control de gestión de los recursos del sector salud y (g) la promoción del dialogo político en salud, implicando a todos los actores.

a) La mejora del marco jurídico y legal del sector salud

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) formación de los profesionales en temas jurídicos vinculados a la salud, (ii) Información y sensibilización de los profesionales sobre los textos de leyes existentes en salud y (iii) desarrollo de un amplio programa de divulgación de leyes existentes en salud.

b) La mejora del marco programático y de coordinación del sector salud

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i)

formación de profesionales en el marco lógico de la planificación sanitaria, (ii) elaboración, adopción, financiación y ejecución de los planes operativos por nivel del sistema de salud y (iii) elaboración y aplicación de planes de seguimiento y evaluación de los programas de salud mediante indicadores establecidos.

c) La mejora de la coordinación de las intervenciones de socios al desarrollo y de la Iniciativa privada en salud

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) creación de un Comité de Coordinación de los Socios al Desarrollo del sector salud, (ii) elaboración de las directrices nacionales en materia de partenariado en el sector salud, (iii) creación de una estructura de coordinación de la salud privada lucrativa y sin ánimo de lucro y (iv) participación en foros, conferencias y reuniones regionales e internacionales en salud.

d) La descentralización de la toma de decisiones, la gestión de recursos y el refuerzo de la participación comunitaria

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) elaboración y ejecución de planes distritales de salud con la plena participación de la comunidad, (ii) operacionalización de los comités distritales de salud con participación de otros sectores de la administración y (iii) realización de estudios sobre la participación comunitaria en salud.

e) La implementación de las reformas del sector salud

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) elaboración y adopción de un plan estratégico de formación de los recursos humanos en salud con la implicación de la UNGE, MINSABS, MINEDUC y el sector privado

en salud, (ii) creación de una base de datos de los establecimientos sanitarios privados existentes, (iii) organización de misiones de control e inspecciones de las instalaciones sanitarias privadas, (iv) desarrollo de un programa de marketing social de preservativos para prevenir el VIH y otras ETS, (v) fortalecimiento del sistema logístico de aprovisionamiento de medicamentos y otros insumos de salud y (vi) extensión de la cobertura nacional del seguro sanitario universal.

f) La implementación de la cultura de rendición de cuentas y el control de la gestión de recursos en salud

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) elaboración y adopción de normas y procedimientos de control de la gestión de recursos en salud, (ii) formación de los profesionales en el control de la gestión de los recursos y la auditoría en salud, (iii) elaboración de un plan de evaluación del personal en los puestos de prestación de servicios, (iv) implementación del control interno de servicios y programas de salud y (v) organización de la Auditoría de programas y proyectos de salud.

g) La promoción del diálogo político en salud implicando a todos los actores

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) creación de las estructuras de diálogo político en salud (servicios públicos y sociedad civil), (ii) participación de los profesionales en reuniones, foros y conferencias internacionales en salud e (iii) incremento de los socios al desarrollo que brinden un apoyo técnico y/o financiero al sector salud.

SUBPROGRAMA 2:
MEJORA DE LA GESTIÓN FINANCIERA DEL SECTOR SALUD

La mejora de la oferta de servicios necesita el desarrollo de las siguientes acciones prioritarias: (a) la implementación de mecanismos de seguimiento del uso de los recursos económicos asignados al sector, (b) el incremento de la financiación del sector salud en el Presupuesto General del Estado, (c) la ampliación de la cobertura sanitaria universal (CSU) a toda la población y (d) la adopción de medidas de mejora de la calidad de las prestaciones del INSESO que permitan evitar la dualidad de funciones.

h) La implementación de mecanismos de seguimiento del uso de los recursos económicos asignados al sector

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) elaboración de un plan de seguimiento del uso de recursos asignados al sector salud, (ii) elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) que estimen y sigan los gastos de salud, (iii) elaboración de un Manual de Gestión Administrativa y Financiera de los recursos asignados al sector salud, (iv) institucionalización del control interno y de la Auditoría de gestión en el sector salud y (vi) evaluación anual y bianual de la eficacia y eficiencia de gestión de los programas y proyectos de salud.

i) El incremento de la financiación del sector salud en el Presupuesto General del Estado

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) operacionalización del distrito sanitario para mantener disponible una atención de calidad accesible en los diferentes niveles, (ii) mejora de la capacidad de prestación

de los hospitales de tercer nivel para reducir las evacuaciones sanitarias y mejorar la calidad de atención de los asegurados del INSESO, (iii) aplicación de los textos de las leyes de gratuidad de servicios de salud para reducir el pago directo y (iv) puesta en marcha de un mecanismo de seguimiento de la cobertura sanitaria universal (CSU) en el país.

j) La ampliación de la cobertura sanitaria universal (CSU) a toda la población

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) operacionalización del distrito sanitario para mantener disponible una atención de calidad accesible en los diferentes niveles, (ii) mejora de la capacidad de prestación de los hospitales de tercer nivel para reducir las evacuaciones sanitarias y mejorar la calidad de atención de los asegurados del INSESO, (iii) aplicación de los textos de las leyes de gratuidad de servicios de salud para reducir el pago directo y (iv) puesta en marcha de un mecanismo de seguimiento de la cobertura sanitaria universal (CSU) en el país.

k) La adopción de medidas de mejora de la calidad de prestaciones del INSESO que permitan evitar la dualidad de funciones

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) evaluación independiente de la calidad de las prestaciones del INSESO en los asegurados, (ii) estudio sobre los costos de los medicamentos y las prestaciones de salud en las instalaciones del INSESO, (iii) mejora de los mecanismos de reembolso del INSESO en los hospitales subcontratistas, y (iv) elaboración de la hoja de ruta con MINSABS, Seguridad Social y otros sectores para la ampliación de la cobertura sanitaria del INSESO a otros grupos de población.

SUBPROGRAMA 3:
FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN SANITARIA (SNIS)

La mejora de la oferta de servicios necesita el desarrollo de las siguientes acciones estratégicas: (a) el incremento de la disponibilidad y calidad de recursos (humanos, materiales y financieros) destinados al SNIS, que incluyen la Vigilancia Epidemiológica, (b) la disponibilidad de una lista nacional de indicadores definidos y adoptados por nivel de prestación de servicios de salud, (c) la mejora de fuentes de datos del SIS diversificada y de calidad en todos los niveles de la pirámide sanitaria y (d) la diseminación y utilización de datos del SIS, que incluyen la Vigilancia Epidemiológica (VE).

a) El incremento de la disponibilidad y calidad de recursos (humanos, materiales y financieros) destinados al SNIS, que incluyan la Vigilancia Epidemiológica

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) formación de profesionales en SIS de rutina para cubrir las necesidades de los establecimientos sanitarios públicos y de especialistas en estadísticas sanitarias, Epidemiología, Planificación sanitaria, Demografía e Informática, (ii) dotación de establecimientos sanitarios públicos de equipos técnicos, logísticos, medios de comunicación e infraestructuras de SIS, y (iii) asignación de recursos suficientes al SNIS en el Programa de Inversiones Públicas (PIP) del Estado y adopción de un plan de movilización de recursos de apoyo al SNIS, financiado por los donantes y programas y proyectos de salud.

b) La disponibilidad de una lista nacional de indicadores definidos y adoptados por nivel de prestación de servicios de salud

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) adopción y utilización de indicadores en todos los establecimientos sanitarios públicos y privados para planificar y tomar decisiones adecuadas en salud, (ii) capacitación de profesionales de la salud y de otros sectores sobre metas e indicadores del PNDS, ODS y de otros programas de salud pública; (iii) elaboración y uso de herramientas programáticas (marco lógico) para el uso adecuado de indicadores de ODS y de otros programas de salud pública y (iv) elaboración y difusión de un diccionario de metadatos (directrices) para la definición usual de los indicadores del Sistema Nacional de Salud.

c) La mejora de las fuentes de datos del SIS diversificada y de calidad en todos los niveles de la pirámide sanitaria

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) adopción y financiación de un plan nacional de investigación en salud con recursos del PIP y de otros donantes, (ii) realización de estudios e investigaciones en salud que respondan a las necesidades de la salud pública, (iii) dispensarización de los distritos sanitarios para la obtención de datos poblacionales actualizados, (iv) elaboración de procedimientos de integración de datos de rutina del SNIS en el sector parapúblico y privado de salud, (v) formación y equipamiento técnico y logístico de los puntos focales de VE a nivel nacional y (vi) habilitación de lugares en los establecimientos sanitarios públicos, parapúblicos y privados para la conservación de los datos del SIS.

d) La diseminación y utilización de datos del SIS, que incluya la Vigilancia Epidemiológica (VE)

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) organización de sesiones de sensibilización en

las instancias de toma de decisiones y sociedad civil sobre los indicadores del SNIS, (ii) supervisión periódica de la gestión de datos de rutina para exigir la prontitud y exactitud en la remisión de los informes y de la retroinformación, según las normas establecidas por el SNIS, (iii) producción y difusión anual de boletines epidemiológicos y anuarios estadísticos, (iv) capacitación de los profesionales de salud y otros actores de medias sobre el uso de los indicadores por fines de sensibilización y de abogacía y (v) potenciación del uso de NTIC en la gestión de la información sanitaria en los establecimientos sanitarios públicos, parapúblicos y privados.

SUBPROGRAMA 4: INVESTIGACIÓN EN SALUD

La promoción de la investigación en salud necesita el desarrollo de las siguientes acciones estratégicas: (a) el fortalecimiento de las capacidades técnicas nacionales en materia de investigación, (b) la promoción de la investigación operativa en salud y (c) la implementación de la colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública y el Comité Ético Nacional de investigación.

a) El Fortalecimiento de las capacidades técnicas nacionales en materia de investigación

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) creación y puesta en marcha de un Comité Nacional de Investigación en Salud, (ii) constitución y capacitación de un equipo nacional de investigadores en salud y (iii) apoyo a la organización de las reuniones de coordinación del Comité Nacional de Investigación en Salud.

b) La promoción de la investigación operativa en salud

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) elaboración de un plan nacional de investigación en salud y movilización de recursos necesarios para financiar las actividades de investigación, (ii) asignación de recursos en el programa de investigación del Gobierno para la financiación sostenible de la investigación en salud, (iii) realización de la EDSGE – III en 2025 y (iv) publicación de estudios e investigaciones realizados.

c) El desarrollo de un marco de colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública y el Comité Ético Nacional de Investigación

Las siguientes actividades serán desarrolladas en el marco de esta estrategia: (i) establecimiento de un marco de colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública para la promoción de la investigación en salud, (ii) creación y puesta en marcha de un Comité Nacional de Investigación en Salud y (iii) establecimiento de un mecanismo de colaboración con el Comité Ético Nacional de Investigación.

CAPÍTULO IV: MECANISMOS DE EJECUCIÓN Y DE COORDINACIÓN DEL PNDS

4.1. Estructuras y órganos de coordinación y de ejecución del PNDS

4.1.1. Estructuras y órganos de coordinación

El PNDS es un proyecto complejo cuyo éxito requiere no sólo del compromiso firme del liderazgo sino también de un dispositivo fuerte de ejecución y monitoreo. Lo que implica (i) la creación y puesta en marcha de un comité de pilotaje como órgano estratégico del PNDS que tendrá un carácter multisectorial, incluyendo a los socios al desarrollo del sector salud, (ii) la creación y puesta en marcha del Comité Técnico Nacional del PNDS y (iii) del Comité de Coordinación de los socios al desarrollo del sector salud. Presididas por el Ministro de Sanidad y Bienestar Social, estas estructuras de gestión tendrán las siguientes funciones:

- Apoyar el refuerzo del dispositivo institucional de las estructuras operativas de ejecución del sistema de salud.
- Aprobar los planes de trabajos anuales de ejecución del PNDS y las herramientas de gestión (procedimientos, indicadores, presupuestos...).
- Institucionalizar el seguimiento y evaluación de los planes operativos de puesta en marcha para informar y documentar a los miembros del comité de pilotaje del PNDS.
- Formular recomendaciones pertinentes para la mejora de la calidad de la ejecución en un enfoque de promoción de la rendición de cuentas.

En total cuatro programas prioritarios y doce subprogramas que estarán coordinados por el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, a través de las direcciones generales y de sus respectivos servicios y programas nacionales.

A nivel nacional, la coordinación del PNDS estará a cargo de (i) la Dirección General de Planificación y Programación Sanitaria y de Salud Pública y (ii) de la Dirección General de Salud Pública y Prevención Sanitaria.

A nivel regional, la coordinación de las actividades del PNDS estará a cargo de la Delegación Regional de Sanidad apoyada por los coordinadores regionales de programas y proyectos del sector salud.

A nivel provincial, la coordinación del PNDS estará a cargo de las delegaciones provinciales apoyadas por los equipos distritales de salud, en calidad de responsables encargados de cumplir y hacer cumplir las acciones de salud en todos los distritos del ámbito nacional.

A nivel distrital, los equipos distritales de salud estarán a cargo de la ejecución de las actividades del PNDS, a través de los planes distritales de salud que contienen los componentes de los programas prioritarios con un enfoque de integración y de armonización de las necesidades de salud. Las actividades planificadas estarán marcadas hacia la operacionalización del distrito sanitario que tendrá énfasis en la descentralización de los servicios y la gestión de los recursos en los diferentes niveles de atención.

La estructura técnica de coordinación intersectorial del PNDS estará a cargo del Comité Técnico Nacional compuesto de los representantes de todos los sectores vinculantes a la salud y los socios al desarrollo en salud. Las atribuciones y mecanismos de funcionamiento de este Comité serán establecidos como anexo a los documentos normativos de la ejecución del PNDS.

4.1.2. Coordinación de la ejecución del PNDS

La implementación del PNDS será efectiva para el periodo 2020–2024, alineándose con la Agenda Guinea Ecuatorial 2035, a través de los programas prioritarios y de los planes operativos anuales que responden al marco lógico de resultados del plan quinquenal, establecido a tal efecto con sus respectivos resultados esperados, indicadores y metas fijadas para el 2025.

A nivel regional, las actividades se realizarán en la Delegación Regional de Sanidad a través de la Coordinación Regional de Sanidad y con la estrecha colaboración de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Hospital Universitario de Bata.

A nivel provincial, se contará con un equipo reforzado de las 7 delegaciones provinciales que permitirá el desarrollo de planes de acción provinciales enfocados hacia la descentralización del proceso de planificación y de la gestión de recursos y de la toma de decisiones.

A nivel distrital, se contará con un equipo de gestión para el desarrollo de los planes de acción distritales que serán los verdaderos instrumentos operativos del PNDS con la implicación de la comunidad a través de los Comités de Desarrollo de Salud presididos por los delegados del Gobierno. En total, se desarrollarán 18 planes distritales de salud, establecidos sobre la base del marco lógico de resultados, que permitirán cubrir las necesidades de la población en los 109 centros y 387 puestos de salud.

En el PNDS se desarrollarán en total **18 planes distritales de salud** que permitirán cubrir las necesidades de la población en los **109 centros** y **387 puestos de salud**.

4.2. Rol y responsabilidades de los actores y socios al desarrollo del PNDS

El Gobierno es el responsable de la ejecución del PNDS y pondrá a su disposición los recursos institucionales y financieros necesarios para cumplir con las metas fijadas para el 2025. A través del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, el Gobierno propiciará la participación efectiva y coordinada de los demás sectores involucrados en la ejecución de los planes de acción operativos, la creación y puesta en marcha de estructuras de coordinación y la puesta a disposición de los recursos humanos nacionales necesarios.

El Ministerio de Sanidad y Bienestar Social asegurará la gestión y la administración y procederá a la asignación y desbloqueo, a tiempo, de los fondos de contraparte nacional necesarios para completar la contribución de los socios, mediante un plan de movilización de recursos. Desarrollará, igualmente, planes de acción descentralizados en el marco de la operacionalización de los distritos sanitarios para garantizar la cobertura sanitaria universal, estableciendo los mecanismos de seguimiento y evaluación de manera participativa con la implicación de los siguientes actores:

- 1) Ministerio de Educación y Ciencia para la promoción de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes y adolescentes en el ámbito escolar y en las asociaciones de padres/tutores de los alumnos para la integración de la educación sexual como materia de docencia en los centros de enseñanza.
- 2) Ministerio de Infraestructuras y Urbanismo para el desarrollo de las infraestructuras sanitarias que respeten el mapa sanitario establecido para garantizar una planificación objetiva del desarrollo de las infraestructuras.

- 3) Ministerio de Hacienda, Planificación y Presupuestos para garantizar la integración del presupuesto del PNDS en el Programa de Inversión del Gobierno (PIP).
- 4) Ministerio de Asuntos Sociales e Igualdad de Género para la integración de los aspectos de género en los planes operativos del PNDS y para velar por la mayor implicación de las mujeres y de las niñas en todas las etapas de la puesta en marcha, de seguimiento y evaluación, velando por la promoción y la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de las niñas, así como su participación activa en la mejora de la salud materna, neonatal e infantil.
- 5) Ministerio de Información, Prensa y Radio-Televisión, a través del Proyecto de IEC/Abogacía, para el desarrollo de programas sostenibles de sensibilización y abogacía para ampliar las iniciativas de reducción de la mortalidad materna y neonatal, la promoción del uso de los métodos anticonceptivos, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes y la lucha contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- 6) Ministerio de Agricultura, Ganadería y Bosque para la implementación de un verdadero Programa de Alimentación y Nutrición basado en el nuevo enfoque de “*Dieta Macrobiótica*”, en aplicación de las buenas prácticas alimenticias con el fin de garantizar una alimentación equilibrada en las mujeres embarazadas y sus bebés y otros grupos vulnerables.
- 7) Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para una mayor implicación en la extensión de la cobertura en la enfermedad y la potenciación de los servicios del INSESO como principal aseguradora del Estado de la República de Guinea

Ecuatorial.

Los socios al desarrollo serán solicitados para contribuir en los esfuerzos de movilización de recurso técnicos, materiales y financieros en el marco de la ayuda pública al desarrollo (APD) que podría orientarse, principalmente, en la cooperación técnica para el desarrollo de los recursos humanos, con el fin de reforzar la capacidad nacional para la gestión del PNDS.

Se reforzará la coordinación y colaboración para una complementariedad y sinergia de las intervenciones con las Agencias del Sistema de las Naciones Unidas (OMS, UNFPA, UNICEF, PNUD, ONUSIDA, FAO) y otras Instituciones de cooperación, entre ellas, las confesiones religiosas y la sociedad civil. Se espera una mayor participación del conjunto de socios en todas las etapas de planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las estrategias en todos los niveles de la pirámide sanitaria, así como en las comunidades de base y en la sociedad civil.

Se contará también con la implicación del sector privado, en apoyo a los esfuerzos del Gobierno, principalmente con las empresas petrolíferas y derivados mediante los proyectos en curso de lucha contra el paludismo, la mejora de la salud materna, neonatal e infantil y de fortalecimiento de la competencia técnica del personal.

4.3. Oportunidades de éxito del PNDS

El PNDS es la mayor oportunidad para dotar al país de un sistema de salud potente, resiliente y en condiciones de garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad y sostener la durabilidad del crecimiento económico y social de manera equitativa. Con este propósito, la voluntad del Gobierno es cada vez más visible

y marcada en unos compromisos que se reflejan en lo siguiente:

- La importancia que otorga el Gobierno al sector social con la creación de un Fondo Social a través de recursos propios para financiar proyectos de mayor inversión en salud en el Presupuesto del Estado (PIP) que llevan importantes recursos económicos.
- El acercamiento de la Primera Dama a las necesidades de salud de la mujer ecuatoguineana en su calidad de Madrina del Programa Nacional de Salud Reproductiva, con la intensa abogacía que lleva su liderazgo hacia el Gobierno y los socios al desarrollo para potenciar el acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.
- La promulgación del Decreto Presidencial Núm. 41/2016, de fecha 11 de marzo por el que se adopta “el Plan de acción para la implementación de algunas medidas sociales a corto y medio plazo para llevar a cabo acciones de mayor impacto social como la gratuidad de la salud materna y neonatal que incluye la cesárea y la atención a las mujeres en situación difícil y personas de tercera edad”.
- La reducción de la mortalidad materna y neonatal como una prioridad nacional para consolidar los logros alcanzados en 2015 en la consecución de la meta del ODM, alcanzando una tasa de mortalidad materna de 290 por 100.000 nacidos vivos en 2013 (Informe evaluación final OMD), mediante una importante movilización de fondos del Gobierno para financiar la hoja de ruta de reducción de la mortalidad materna y neonatal.
- La implicación progresiva del sector privado en la financiación de la salud materna para acelerar la reducción de la mortalidad materna y neonatal como

una prioridad nacional mediante la movilización de fondos a través del sector petrolífero, liderado por el Ministerio de Minas e Hidrocarburos con los siguientes logros: (i) la financiación del Proyecto de reducción de la mortalidad materna y neonatal en las provincias de Bioko Norte y Kie Ntem por la empresa Noble Energy y por un monto de 6 millones de USD, (ii) la financiación del Proyecto de prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino con alrededor de 2 millones de USD, (iii) la financiación del Proyecto de investigación sobre la drepanocitosis en niños y niñas menores de 1 año, a nivel nacional, (iv) la financiación de la lucha contra el paludismo por la empresa Marathon de la que se beneficia, principalmente, la mujer embarazada y el niño.

- La existencia de un clima propicio para el desarrollo de la cooperación sur-sur y norte-sur en materia de salud y la actitud favorable de la población en contribuir a la implementación de los programas de salud en el ámbito nacional.
- La existencia de una voluntad de los socios al desarrollo de acompañar al Gobierno en la concretización de los compromisos nacionales e internacionales en materia de salud, a través de su implicación en todos los procesos programáticos y de ejecución de los diferentes planes nacionales de desarrollo del sector salud.

4.4. Condiciones de éxito y gestión de riesgos de ejecución del PNDS

Al adoptar una Política Nacional de Salud al horizonte 2035 y un PNDS para 2025, la República de Guinea Ecuatorial se compromete en una nueva trayectoria de cambio de la oferta global de servicios de salud, con el fin de alcanzar una cobertura

sanitaria universal de manera equitativa con la implicación de todos los socios al desarrollo en salud. Para ello, es necesaria la toma en consideración de ciertos factores importantes:

- Un liderazgo de alto nivel político: A través de la implicación del Presidente de la República, Obiang Nguema Mbasogo, para una exitosa implementación de la Política Nacional de Salud y del PNDS con el fin de garantizar el acceso universal a los servicios de salud y consolidar los logros alcanzados en el sector salud.
 - Un marco de intervención planificado: La visión, las etapas, los objetivos y los resultados esperados, los recursos adecuados y unos seguimientos periódicos deben guiar, diariamente, la ejecución del PNDS en un marco integrado y coherente de los cuatro programas prioritarios del PNDS.
 - Una gestión hacia resultados medibles: El PNDS deberá traducirse, después de los dos primeros años, en cambios significativos, poniendo de manifiesto a la República de Guinea Ecuatorial como un país modelo en la gestión de su sistema de salud, a través de indicadores objetivamente verificables que midan el impacto en la población.
 - Recursos humanos competentes: Las insuficiencias actuales en términos de capacidades humanas serán resueltas, no sólo a través de una gestión óptima de las competencias existentes, sino también en un enfoque orientado hacia un
- partenariado externo estratégico que aportará un valor añadido distintivo. Los socios externos son necesarios para marcar una contribución en materia de competencias y de experiencias y permitir que el país se beneficie de la experiencia de otros.
- Un marco institucional de puesta en marcha sólido: La revisión, adopción y aplicación del Organigrama de Gestión del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social es indispensable para garantizar una ejecución de calidad del PNDS, a todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.
 - Una comunicación estratégica: La comunicación sobre el PNDS será multiforme a través de la radio y televisión, en los discursos oficiales, en las escuelas y universidades, en los ministerios sectoriales, en las organizaciones de la sociedad civil y en la comunidad. Se aprovechará del potencial de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para ampliar la difusión de los instrumentos y resultados del PNDS. Una comunicación adecuada y permanente constituirá el combustible del vehículo del PNDS.
 - Una gestión de riesgos de ejecución basada en un enfoque matricial: sobre la base de las debilidades mayores del análisis causal de los siete pilares del sistema de salud y los riesgos que pueden comprometer la exitosa implementación del PNDS se formularán medidas de intervención.

Cuadro nº 16: Analisis matricial de riesgos de la implementación del PNDS

ÁREAS DEL SISTEMA DE SALUD	RIESGOS POTENCIALES	ACCIONES A TOMAR
I. LIDERAZGO Y GOBERNANZA EN LA GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	1. Débil aplicación de disposiciones legales y jurídicas en salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un plan de formación del personal en temas jurídicos en el sector salud. • Desarrollar un programa de divulgación de las leyes existentes en el ámbito sanitario.
	2. Deficiente aplicación del marco programático y de gestión del sector salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer de profesionales en planificación sanitaria con mayor enfoque en el marco lógico de resultados. • Establecer un mecanismo de coordinación y control de actividades y recursos.
	3. Ausencia de coordinación de las intervenciones de los socios.	<ul style="list-style-type: none"> • Crear y poner en marcha una estructura de coordinación de los socios al desarrollo en salud.
II. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD	4. Ausencia de planificación de la producción del personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar y aplicar un plan de formación inicial y continuo de recursos humanos en salud.
	5. Deficiente gestión del personal sanitario en todos los niveles.	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar y aplicar un plan de distribución, motivación, supervisión y evaluación del personal y crear y mantener una base de datos de recursos humanos en salud.
	6. Deficiente funcionamiento del organigrama de gestión.	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar y aplicar el organigrama de gestión del MINSABS en todos los niveles.
III. INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS Y EQUIPOS MÉDICOS DE CALIDAD	7. Recepción de infraestructuras sanitarias de mala calidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un mecanismo de coordinación entre el MINSABS, Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo y Geoproyectos para el desarrollo de las infraestructuras sanitarias.
	8. Adquisición de equipos que no cumplan con las normas.	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar y aplicar una política en materia de adquisición y gestión de equipos biomédicos.
IV. SUMINISTRO DE CORRIENTE ELÉCTRICA Y AGUA POTABLE	9. Deficiente calidad de atención sanitaria en los diferentes niveles.	<ul style="list-style-type: none"> • Abogacía para la conexión de las infraestructuras sanitarias a la red pública de agua potable. • Implicar al MINSABS en la gestión de contratos de mantenimiento de infraestructuras.
	10. Deficiente cadena de referencia y de contrarreferencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un sistema eficaz de comunicación en las estructuras y establecimientos sanitarios (teléfonos, internet, radio frecuencia).

ÁREAS DEL SISTEMA DE SALUD	RIESGOS POTENCIALES	ACCIONES A TOMAR
V. SISTEMA DE GESTIÓN LOGÍSTICA DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS	11. Ruptura frecuente de stock de los medicamentos y otros productos.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un sistema de aprovisionamiento basado al consumo de medicamentos y otros productos sanitarios.
	12. Uso de medicamentos de dudosa calidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir y aplicar herramientas de control de calidad de los medicamentos y otros productos sanitarios y fortalecer la inspección de en las farmacias
	13. Uso inadecuado de la Medicina Natural y Tradicional.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la integración de la Medicina Tradicional y Natural en el sistema de salud.
	14. Deficiente financiación de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar y aplicar una estrategia de financiación de la salud.
	15. Falta de protección contra los riesgos financieros de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Reactivar la Atención Primaria de Salud (APS) y desarrollar un sistema amplio de seguro de enfermedad.
	16. Falta de indicadores definidos y adoptados.	<ul style="list-style-type: none"> • Sistematizar el uso de indicadores adoptados para la planificación y la toma de decisiones en salud.
VI. CUBERTURA SANITARIA UNIVERSAL (CSU)	17. Limitada oferta de servicios de salud de calidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Velar para la operacionalización del distrito sanitario.
	18. Deficiente utilización de los servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • Velar en la implementación de un sistema de gestión logística eficaz de medicamentos esenciales y equipos medios.
	19. Deficiente demanda de servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar y aplicar una estrategia nacional de comunicación en salud y realizar estudios específicos sobre conocimientos y comportamientos de la población.

CAPÍTULO V: PRESUPUESTO Y MODELO DE FINANCIACIÓN DEL PNDS

(la parte presupuestaria se encuentra en un documento en anexo)

CAPÍTULO VI: MECANISMOS DE SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PNDS

6.1. Selección y validación de indicadores del PNDS

La disponibilidad de una lista nacional de indicadores definidos y adoptados por nivel de prestación de servicios de salud es uno de los componentes del Plan Estratégico de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Información Sanitaria adoptado por el MINSABS, que contempla garantizar la disponibilidad, calidad y la utilización de una información estadística sanitaria fiable, integrada, armonizada y accesible a todos los socios y actores del Sistema Nacional de Salud.

El propósito de la utilización de los indicadores es mejorar la dotación de recursos, el desarrollo de las estrategias sanitarias, la implementación efectiva de los planes de trabajo y los procesos de seguimiento y evaluación de las actividades, según los programas y planes anuales, obteniendo como finalidad la mejora en la toma de decisiones en los diferentes niveles de intervención del sistema de salud de Guinea Ecuatorial.

Para ello, durante el año 2019, el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social elaboró un Manual Nacional de Indicadores de Salud, que fueron identificados y seleccionados por los responsables de servicios, programas y proyectos de salud y con la

participación de los socios al desarrollo en el sector salud.

El Manual Nacional de Indicadores elaborado ha sido la herramienta de referencia de clasificación de los indicadores del Plan Nacional de Desarrollo Sanitaria (PNDS) en tres grupos a saber: (i) indicadores demográficos y socioeconómicos, (ii) indicadores medioambientales e (iii) indicadores de salud. Los cuales se distribuyen de acuerdo con los lineamientos de los programas prioritarios del PNDS en: (a) indicadores de insumos (inputs), (b) indicadores de procesos, (c) indicadores de resultados e (e) indicadores de impacto, como se refleja en el siguiente cuadro.

En total, son 111 indicadores que han sido seleccionados, en octubre de 2020, por el equipo nacional de presupuestación del PNDS durante la reunión en Bata y que fueron distribuidos en el cuadro de la siguiente página y cuyos detalles figuran en el anexo del presente documento.

Nº	CONCEPTOS DE INDICADORES	TOTAL
1	Indicadores de insumos (inputs)	8
2	Indicadores de proceso	31
3	Indicadores de resultados	55
4	Indicadores de impacto	18
Total		112

Comentarios:

- I. Los indicadores de insumos (inputs) miden los recursos utilizados en el programa como: personal, centros de salud, equipos, suministros y fondos para implementar el programa. Son recursos humanos y financieros, instalaciones físicas, equipos y políticas operativas que permiten implementar las actividades del programa
- II. Los Indicadores de proceso son los que muestran el estado de las actividades y tienen como finalidad medir algunas características específicas y observables que muestran los cambios y el progreso que se está llevando a cabo en un periodo de no más de doce meses. Incluyen tanto lo que se hace como lo bien que se hace (calidad de la intervención). Un ejemplo de estos indicadores son los de atención obstétrica de urgencia (AOU) que permiten seguir los esfuerzos de reducción de la mortalidad materna y neonatal.
- III. Los Indicadores de resultados evidencian, de forma cuantitativa, los resultados obtenidos respecto a las acciones implementadas; de tal modo que permiten evaluar el progreso en un año o más. Monitorean el avance de la implementación de los planes estratégicos y contribuyen al logro de los objetivos de los relacionados, particularmente de la cobertura de servicios. Por ejemplo, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos y el porcentaje de partos hospitalarios por que ambos son contributarios en la reducción de la mortalidad materna.
- IV. Los Indicadores de impacto reflejan los cambios alcanzados en la población objetivo (nivel de cobertura a largo plazo), así como las situaciones expresadas cualitativamente (satisfacción, salud, bienestar) en un periodo que se sitúa, como deseable, entre 3 y 5 años.

6.2. Plan de seguimiento y evaluación

Sobre la base de los indicadores establecidos en el marco lógico de resultados de los programas del PNDS, un plan de seguimiento y evaluación establecerá un mecanismo que asegure las supervisiones conjuntas y un monitoreo periódico de las actividades sobre el terreno, con una mayor implicación de la Delegación Regional de Bata, las delegaciones provinciales de sanidad y los equipos distritales de salud. Sobre la base de los planes anuales de trabajo del PNDS establecidos, se precisará la periodicidad de las reuniones de las estructuras de pilotaje y técnicas del PNDS.

Las supervisiones serán mensuales por los equipos de salud distritales, trimestrales por los equipos provinciales y semestrales por el equipo conjunto del nivel central y regional de Bata. Un manual de seguimiento y evaluación del PNDS será objeto de un documento específico que establecerá las normas de supervisión por nivel de prestación y de monitoreo, respetando el marco de operacionalización del distrito sanitario.

Se llevará a cabo una evaluación anual del nivel ejecución de los planes anuales de trabajo sobre la base de los indicadores definidos en la matriz del marco lógico de resultados del plan quinquenal del PNDS que será también objeto de otro documento anexo. Se prevé una evaluación a medio plazo en el tercer año de puesta en marcha y una evaluación final, mediante una consultoría externa, en el transcurso del último año de la ejecución del plan quinquenal del PNDS. Los informes anuales de las evaluaciones serán periódicamente sometidos al Comité Técnico Nacional para su validación técnica y remisión al comité de pilotaje para su discusión y análisis en sesión plenaria por fines de decisiones convenientes para la mejora de la calidad de gestión de las actividades y de los recursos movilizados y puestos a disposición.

6.3. Auditoría y control de gestión del PNDS

Con el objetivo de garantizar la adecuada aplicación de los procedimientos de gestión del PNDS, se implementará un sistema de control interno mediante la implementación de un manual de procedimiento administrativo y financiero y la organización de auditorías anuales de cuentas, cuyos informes serán periódicamente sometidos al Comité Técnico Nacional para su validación técnica y remisión al comité de pilotaje del PNDS.

6.4. Enfoque para la recogida de datos

La recogida de datos de seguimiento, evaluación y de control del PNDS utilizará los siguientes enfoques:

6.4.1. La recogida manual de datos de rutina en los establecimientos sanitarios

La recogida física de datos de rutina será sistemática y obligatoria en todos los establecimientos sanitarios del país a través de la implementación de las herramientas de gestión de datos de rutina establecidas en el Plan Estratégico de Fortalecimiento del Sistema de Información Sanitaria, en curso de ejecución y que contempla varias actividades de formación y capacitación y de reproducción y distribución de materiales de gestión. La formación de un equipo de 37 técnicos de estadísticas es una oportunidad para garantizar la aplicación de este procedimiento.

6.4.2. La recogida de datos mediante una plataforma electrónica de datos

Se trata de un sistema que permita la integración de los diferentes subsistemas de

información a través del uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Es un programa informático libre y gratuito, concebido por la Universidad de Oslo, para gestionar los sistemas de información sanitaria y puesto a disposición de los países en apoyo a sus sistemas de salud. Funciona en red y requiere del uso permanente de internet; permite un acceso fácil a los datos de nivel descentralizado (centros de salud, hospital, provincia y región) en función del nivel de configuración básica.

A nivel de esta plataforma, el acceso a los datos por los usuarios es en función del nivel de responsabilidad de toma de decisión de la persona; se dispone para ello de un código confidencial de acceso a la base de datos. El sistema ofrece, por ejemplo, la posibilidad de hacer un seguimiento programado de las mujeres embarazadas para el recordatorio de las citas de las próximas consultas prenatales mediante teléfonos móviles; la síntesis de datos de vacunación, seguimiento de los enfermos bajo ARV, entre otros más.

Este nuevo sistema ofrece también la posibilidad de interconexión con plataformas de datos de otros países en los que el modelo funciona con éxito. El servicio de recursos humanos del MINSABS, por ejemplo, puede perfectamente beneficiarse de este dispositivo moderno de gestión para una actualización periódica de la gestión del personal de salud en los diferentes niveles de la pirámide sanitaria, sin necesidad de desplazarse sobre el terreno.

La Dirección Nacional del SNIS es el responsable institucional de la coordinación de la implementación de la plataforma de datos y apoyada por una asistencia técnica internacional especializada. La implementación de la herramienta requiere de los siguientes requisitos: (i) liderazgo de la Dirección del SNIS en todo el proceso de implementación de la plataforma de datos.

(ii) disponibilidad de los recursos humanos calificados en el SIS y distribuidos en todos los niveles, (iii) disponibilidad de las herramientas de recogida de datos armonizadas sobre el terreno, (iv) disponibilidad del material informático con suministro permanente de la corriente eléctrica en todos los

establecimientos sanitarios de recogida de datos y (v) disponibilidad de la conexión de internet permanente, en todos los establecimientos sanitarios, direcciones y servicios interconectados a la red de la plataforma de datos.

MARCO DE DISTRIBUCIÓN DE INDICADORES DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO SANITARIO (PNDS)

N°	INDICADORES DE INSUMOS (INPUTS)	N°	INDICADORES DE PROCESOS	N°	INDICADORES DE RESULTADOS (PRODUCTO)	N°	INDICADORES DE IMPACTO
1	Número de habitantes.	1	% de mujeres con prueba de detección precoz del cáncer cervicouterino y con prueba IVAA.	1	% de demanda satisfecha de planificación familiar (PF) con métodos modernos.	1	Tasa bruta de mortalidad.
2	% de población por grupos de edad.	2	% de casos diagnosticados de cáncer cervicouterino según estadio clínico.	2	% de positividad según exámenes realizados en el servicio de laboratorio.	2	Tasa de mortalidad por causas.
3	Número de nacidos vivos.	3	% de egresos hospitalarios según causas.	3	% de positividad según exámenes realizados en el servicio de Imagenología.	3	Tasa bruta de mortalidad por edad.
4	Número de mujeres en edad fértil.	4	% de casos atendidos por enfermedades tropicales desatendidas.	4	% de pacientes rehabilitados en el servicio de Fisiatría.	4	Mortalidad proporcional por causas.
5	Número de proveedores mayoristas de medicamentos y otros productos sanitarios.	5	% de exámenes realizados en el servicio de laboratorio.	5	% de altas según clasificación en el servicio de Fisiatría.	5	Tasa de mortalidad en menores de 5 años.
6	Número de farmacias privadas establecidas en el país.	6	Promedio de exámenes realizados en el servicio de Imagenología.	6	% de niños menores de 5 años totalmente vacunados.	6	Tasa de mortalidad infantil (< 1 año).
7	Número de especialistas formados en estadísticas sanitarias, Epidemiología, Planificación, Demografía e Informática.	7	% de actividades quirúrgicas realizadas según especialidad.	7	% de embarazadas que recibieron 3 dosis de vacuna antitetánica durante el embarazo.	7	Tasa de mortalidad perinatal.
8	Número de establecimientos sanitarios que hacen uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación (NTIC) en la gestión de la información para la salud.	8	% de actividades quirúrgicas realizadas según tipo de cirugía (mayor electiva, menor electiva, mayor urgente y menor urgente).	8	% de nacidos vivos en establecimientos sanitarios.	8	Tasa de mortalidad fetal.
		9	% de cirugías realizadas según causas.	9	% de casas rociadas según lugar o región.	9	Tasa de mortalidad materna.
		10	% de técnicas anestésicas aplicadas según clasificación (general, neuroaxial, espinal, regional, local, multimodal y combinada, entre otras).	10	% de beneficiarios de telas mosquiteras impregnadas de insecticida.	10	% de muertes maternas por causa directa.

N°	INDICADORES DE INSUMOS (INPUTS)	N°	INDICADORES DE PROCESOS	N°	INDICADORES DE RESULTADOS (PRODUCTO)	N°	INDICADORES DE IMPACTO
		11	Promedio de tratamientos aplicados a pacientes en el servicio de Fisiatría.	11	% de usuarios de telas mosquiteras impregnadas de insecticida.	11	% de muertes maternas por causas indirectas.
		12	% de niños menores de 5 años con sospecha de neumonía diagnosticada clínicamente.	12	% de embarazadas atendidas en el último trimestre del embarazo con al menos 3 dosis de Tratamiento del Paludismo Intermittente (TPI).	12	Tasa de letalidad.
		13	% de niños hasta 5 años (0 de 6 a 59 meses) desparasitados en los últimos 6 meses.	13	% de casos reportados de sífilis congénita.	13	Tasa de mortalidad hospitalaria, bruta y neta.
		14	% de niños de 6-59 meses que recibieron dos dosis de suplementos de vitamina A.	14	Tasa neta de niños/as que finalizan la enseñanza primaria.	14	Tasa de incidencia de enfermedades.
		15	% de niños menores de 5 años con diarrea que reciben solución de rehidratación oral (SRO) y suplemento de zinc.	15	Tasa de incidencia de VIH/SIDA por 1.000 habitantes.	15	Porcentaje de pacientes con tratamiento psiquiátrico de adicción, reinserados a la comunidad.
		16	% de cobertura vacunal para todos los antígenos.	16	Tasa de prevalencia de VIH por cada 100 habitantes.	16	Tasa de suicidio por 1.000 habitantes.
		17	Prevalencia parasitaria de paludismo.	17	% de personas que viven con VIH (PVVIH) y que reciben tratamiento antirretroviral.	17	Prevalencia del consumo de tabaco entre personas de 15 o más años de edad.
		18	% de niños de mujeres que viven con VIH con seguimiento adecuado.	18	Incidencia de tuberculosis por cada 1.000 habitantes.	18	Tasa de fecundidad en adolescentes (por 1.000 niñas de 10 a 14 años y de 15 a 19 años).
		19	% de personas con VIH/SIDA que realizan consultas de seguimiento.	19	% de detección de TB sensible en adultos.	19	Tasa de lactancia materna exclusiva (hasta los 6 meses).
		20	% de embarazadas atendidas en la 1ª consulta del embarazo con pruebas de VIH, sífilis y hepatitis virales que han recibido sus resultados.	20	% de muestras de agua apta para el consumo.		
		21	% de embarazadas con VIH bajo tratamiento ARV.	21	% de población con acceso al agua potable por conexión domiciliaria.		

N°	INDICADORES DE INSUMOS (INPUTS)	N°	INDICADORES DE PROCESOS	N°	INDICADORES DE RESULTADOS (PRODUCTO)	N°	INDICADORES DE IMPACTO
		22	% de embarazadas con pruebas positivas de sífilis y hepatitis virales bajo tratamiento.	22	% de población con acceso a medios sanitarios de eliminación de excretas.		
		23	% de población que aplica al menos 4 prácticas familiares esenciales (PFE) para la salud.	23	% de población con seguro de enfermedad por tercer pagador.		
		24	% de población que práctica una actividad física o deporte regular (150 minutos o equivalente/semana).	24	% de pago directo de atención sanitaria soportada por la población.		
		25	% de partos asistidos por personal de salud cualificado.	25	% de niños detectados con TB.		
		26	Tasa de letalidad obstétrica directa en establecimiento de AOU.	26	% de niños coinfectados (TB y VIH).		
		27	Cobertura de atención prenatal con al menos 8 consultas prenatales (CPN) al final del embarazo.	27	% de niños coinfectados con tratamiento ARV.		
		28	Promedio de consultas prenatales integradas.	28	% de adultos coinfectados (TB y VIH).		
		29	% de egresos por partos asistidos por personal cualificado.	29	% de nuevos casos de TB en personas con VIH que recibieron tratamiento tanto para la TB como para el VIH.		
		30	% de cesáreas realizadas en establecimientos AOU integral.	30	% de personas coinfectadas con VIH y VHB que reciben terapia combinada.		
		31	Tasa de mortalidad neonatal precoz (0-6 días), neonatal tardía (7-27 días) y postneonatal (28 días-11 meses y 29 días).	31	% de mujeres de 25 a 49 años que viven con el VIH sometidas a pruebas de detección de cáncer del cuello de útero por IVAA.		
				32	% de detección de tuberculosis multirresistente (TB – MR) en adultos.		
				33	% de casos de tuberculosis multirresistente (TB – MR) tratados en adultos.		

N°	INDICADORES DE INSUMOS (INPUTS)	N°	INDICADORES DE PROCESOS	N°	INDICADORES DE RESULTADOS (PRODUCTO)	N°	INDICADORES DE IMPACTO
				34	% de profesionales de salud con conocimientos de metas e indicadores del PNDS, ODS y otros planes de salud.		
				35	% de pacientes con trastornos mentales rehabilitados en instituciones sanitarias.		
				36	% de personas cubiertas por un seguro de salud (público o privado).		
				37	% de disponibilidad de métodos anticonceptivos.		
				38	Índice de bajo peso al nacer (< 2.500g).		
				39	Prevalencia de anemia en niños de 6-59 meses.		
				40	Prevalencia del retraso del crecimiento entre los niños menores de 5 años.		
				41	Prevalencia de malnutrición entre niños menores de 5 años.		
				42	Prevalencia de anemia en mujeres de 15-49 años, por edad y estado de embarazo.		
				43	% de embarazadas fumadoras.		
				44	% de embarazadas con consumo excesivo de bebidas alcohólicas.		
				45	Prevalencia de embarazadas según la clasificación del estado nutricional.		
				46	% de adolescentes (15-19 años) que ya son madres o que están embarazadas.		

N°	INDICADORES DE INSUMOS (INPUTS)	N°	INDICADORES DE PROCESOS	N°	INDICADORES DE RESULTADOS (PRODUCTO)	N°	INDICADORES DE IMPACTO
				47	% de mujeres y niñas a partir de 11 años de edad que han sufrido violencia física, sexual o psicológica de su actual o anterior pareja en los últimos 12 meses.		
				48	% de hombres y niños a partir de 11 años de edad que han sufrido violencia doméstica y sexual en los últimos 12 meses.		
				49	% de gestantes clasificadas con riesgo preconcepcional.		
				50	% de consejerías realizadas en materia de salud sexual y reproductiva y otros componentes.		
				51	Cobertura de atención postparto.		
				52	% de complicaciones obstétricas directas que fueron tratadas en AOU básico y AOU integral.		
				53	% de individuos con conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) para luchar contra el paludismo.		
				54	Tasa de incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS).		
				55	% de pacientes atendidos en establecimientos de salud por consumo de algún tipo de droga.		

BIBLIOGRAFIA

1. Guinea Ecuatorial, Ministerio de Sanidad y Bienestar Social: *Enfoque estratégico del sector salud al horizonte 2020 y 2035; informe presentado al Fondo Monetario Internacional (FMI), Malabo, septiembre 2019.*
2. Guinea Ecuatorial/OMS, Instituto de Salud Carlos III, Programa de salud Global, MCDI (2019): *Guía Terapéutica de tratamiento del Paludismo.*
3. Guinea Ecuatorial, Ministerio de Hacienda, Planificación y Economía/UNFPA: *Informe de Evaluación de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) + 2014, mayo 2018.*
4. Guinea Ecuatorial, Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (2018): *Documento de Política Nacional de Salud del Niño.*
5. OMS y UNICEF: *Declaración de la Conferencia de Astaná de Atención Primaria de Salud (APS) que se marca el objetivo de la cobertura sanitaria universal (CSU); de octubre de 2018.*
6. Guinea Ecuatorial, Ministerio de Sanidad y Bienestar Social: *Informes de datos de rutina del SNIS de 2018.*
7. Guinea Ecuatorial, Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (2018): *Informe consolidado de datos de análisis de situación de los Servicios, Programas y Proyectos de Salud en el marco de la evaluación de los siete Pilares del Sistema Nacional Salud.*
8. Guinea Ecuatorial, Ministerio de Sanidad y Bienestar Social/MCDI (2018): *Informe de evaluación anual de la fase nº 2 del Proyecto de Diagnóstico precoz, Prevención y Tratamiento del cáncer del cuello uterino.*
9. Guinea Ecuatorial, Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (2018): *Informe de datos de rutina del sistema nacional de información sanitaria (SNIS).*
10. Guinea Ecuatorial, Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, OMS, MCBI, RBM, UNICEF (2017): *Necesidad de apoyo urgente en la lucha contra el paludismo en la región Continental y Annobón; Malabo, Guinea Ecuatorial.*
11. Guinea Ecuatorial, Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (2017): *Informe de datos de rutina del sistema nacional de información sanitaria (SNIS).*
12. ONUSIDA (2017): *Estimaciones de VIH en Guinea Ecuatorial (1990-2016).*
13. Guinea Ecuatorial, Ministerio de Educación de Guinea Ecuatorial (2017): *Anuario Estadístico de la Educación Infantil y Preescolar, Primaria, Secundaria y Enseñanza Técnica y Profesional. Curso Escolar 2015-2016.*
14. Guinea Ecuatorial – ONU (2011): *Balance Común de País (CCA) noviembre de 2017.*
15. Guinea Ecuatorial, Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (2016): *Informe de datos de rutina del sistema nacional de información sanitaria (SNIS).*
16. Guinea Ecuatorial, Ministerio de Sanidad y Bienestar Social/UNICEF (2016): *Informe de evaluación independiente de la cobertura vacunal.*
17. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social: *Informe del estudio sobre las Alternativas de financiación de los servicios de salud en Guinea Ecuatorial, Julio del 2016.*
18. Guinea Ecuatorial, Instituto Nacional de Estadísticas de Guinea Ecuatorial (INEGE) (2016): *Guinea Ecuatorial en cifras 2016.*
19. Guinea Ecuatorial UNICEF – Guinea Ecuatorial (2016): *Análisis de la situación de los niños en Guinea Ecuatorial.*
20. Guinea Ecuatorial, Ministerio de Sanidad y Bienestar Social/UNPA (2016): *Informe Técnico de Evaluación de la Disponibilidad, Utilización y Calidad de la Atención Obstétrica de Urgencia.*
21. Organización de las Naciones Unidas (ONU): *Asamblea general (2015) Proyecto de documento final de la Cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la Agenda para el desarrollo después de 2015. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.*
22. Guinea Ecuatorial, Ministerio de Hacienda, Planificación y Economía (2015): *Censo General de Población y Viviendas (CGPV).*
23. Guinea Ecuatorial, Ministerio de Sanidad y Bienestar Social y Ministerio de Economía, Planificación e Inversiones Públicas (2011): *Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I) 2011, Guinea Ecuatorial.*
24. Guinea Ecuatorial, Ministerio de Educación y Ciencia: *Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Geografía e Historia de Guinea Ecuatorial 1982.*



Ministerio de Sanidad y Bienestar Social
República de Guinea Ecuatorial

