

ULL

Universidad
de La Laguna



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD:
SECCIÓN DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA.**

ESTUDIO DE INDICADORES SANITARIOS DE GUINEA ECUATORIAL

Study of Health Indicators in Equatorial Guinea

TRABAJO DE FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA



Autor: CARLOTA MOFUMAN ENGAMA OBONO

Tutor: MIGUEL ANGUEL ACOSTA HERRERA

TENERIFE, JUNIO DE 2015



Universidad
de La Laguna
Escuela Universitaria de
Enfermería y Fisioterapia



AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

ESTUDIO DE INDICADORES SANITARIOS DE GUINEA
ECUATORIAL.

Autor/a:

CARLOTA MOFUMAN ENGAMA OBONO

Firma del alumno/a

Tutor/a:

MIGUEL ANGUEL ACOSTA HERRERA

Vº. Bº del Tutor/a:

La Laguna a 02 de junio de 2015

RESUMEN

Un sistema sanitario o sistema de salud tiene como objetivo principal mejorar la salud. Todos los países, disponen de un sistema sanitario, que obtienen distintos resultados (caracterizados por unos parámetros) según sea su organización, la forma de financiación y los recursos de los que dispone; a partir de los resultados se puede medir la fortaleza de un sistema sanitario. Un sistema sanitario es fuerte o frágil dependiendo de éstos parámetros comunes que le caracterizan.

En éste estudio se va analizar los indicadores sanitarios relevantes en el Sistema de salud de Guinea Ecuatorial (demográfico, personal sanitario e infraestructuras, gasto y cobertura de los servicios en salud, factores de riesgo, mortalidad y morbilidad) recopilados en la información de organismo internacionales (OMS, Banco Mundial, Unicef, y ONGs), procediendo posteriormente a su interpretación, y comparación con dos países del entorno, Gabón y Nigeria.

Palabras Claves: enfermedad, salud, sistema sanitario, gasto sanitario, indicadores sanitarios, variables sanitarias, organización del sistema sanitario, ayuda en salud.

ABSTRACT

A sanitary system or a health system has health as a main objective. Every country has a health system, which gets different results (characterized by certain parameters) according to its organization, financing ways and the resources they have; from its results it can be measured the strength of a health system. A sanitary system can be strong or fragile depending on these common parameters that characterize it.

In this study the relevant health indicators are going to be analyzed in the Equatorial Guinea Health System (demographic, health personnel and infrastructure, spending and coverage of health services, risk factors, mortality and morbidity) compile in the International organizations (OMS, World Bank, Unicef, ONGs) proceeding afterwards to its interpretation and comparison with two neighboring countries, Guinea Equatorial and Nigeria.

Key words: illness, health, health system, health expenditure, health indicators, health variables, organization of the health system, health aid.

Índice

1. INTRODUCCIÓN: Planteamiento, justificación y objetivos.	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.1.1 <i>Concepto de sistema sanitario</i>	1
1.1.2 <i>Sistema nacional de salud de Guinea Ecuatorial</i>	2
1.2. Justificación.....	3
1.3. Objetivos:.....	3
2. DESARROLLO.....	4
2.1 Revisión y Antecedentes.....	4
2.1.1 <i>Características Generales del País</i>	4
2.1.2 <i>Situación Económica</i>	5
2.1.3 <i>La salud en tiempos coloniales</i>	6
2.1.4 <i>Economía para la salud</i>	8
2.2 Metodología.....	13
2.3 Resultados.....	14
Abreviaturas	36
3. BIBLIOGRAFÍA	38
4. ANEXOS.....	42
Anexo I: Mapa del Continente Africano.....	42
Anexo II: Organización del sistema de salud Ecuatoguineano	43
Anexo III: Personal y el organigrama sanitario en tiempo colonial.	43
Anexo IV: Mortalidad proporcional (% del total de defunciones, todas las edades, ambos sexos): causas de mortalidad en GE.	46

1. INTRODUCCIÓN: Planteamiento, justificación y objetivos.

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Concepto de sistema sanitario

Se entiende por un sistema sanitario o sistema de salud al conjunto de organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud. Para conseguir los objetivos de un Sistema Sanitario o Sistema de salud se necesita una serie de recursos humanos, financieros, informativos, suministros transportes y comunicativos, así como una orientación y dirección general¹.

Todos los países, independientemente de su situación económica y geográfica, disponen de un sistema sanitario. Presentan enormes diferencias en cuanto a la organización del mismo, la forma de financiación y los recursos de los que dispone; dependiendo de estos factores se diferencian los resultados que obtiene cada sistema, y a partir de ellos se puede medir la fortaleza de un sistema sanitario. Un sistema sanitario es fuerte o frágil dependiendo de estos parámetros comunes que caracterizan todos los sistemas sanitarios en la obtención de sus resultados.¹

La mayoría de los sistemas sanitarios tienen problemas, independientemente que sean países pobres o ricos. Algunos países ricos tienen grandes sectores de la población que no tienen accesibilidad al sistema de salud, debido a que los mecanismos de protección social son inoportunos para las clases más bajas; otros están luchando con el aumento de los costos debido a la utilización ineficiente de los recursos. *“El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo¹”*.

Muchas circunstancias influyen en la Salud: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, un ecosistema estable, entre otros; algunas pueden modificarse fácilmente mediante el trabajo del equipo sanitario. En los países en vías de desarrollo, la contaminación del agua, la falta de sistemas de alcantarillado, junto con la desnutrición, el hacinamiento y la carencia de viviendas, suponen grandes amenazas para la salud, y la pobreza es un peligro en todas las sociedades.² El objetivo básico de un Sistema sanitario o sistema de salud, es mejorar la vida de las personas. Los profesionales de la salud saben que un elemento clave para su trabajo sobre todo en los países en vías de desarrollo, es la promoción de la salud.

Un sistema de salud es una suma de organismos, entidades y recursos. El principal responsable por el desempeño global de la salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena administración de los municipios, las organizaciones y cada una de las instituciones sanitarias.¹ Los profesionales sanitarios son el motor que conduce a la cumplimentación de los objetivos del sistema sanitario, con la mejora de la salud de la vida cotidiana de las personas de forma perceptible.

1.1.2 Sistema nacional de salud de Guinea Ecuatorial

Al igual que otros Sistemas Sanitarios, el Sistema sanitario de Guinea Ecuatorial (GE) se divide en dos tipos de asistencia: la pública y la privada, y entre ellas no hay coordinación ni se apoyan, pero algunas carteras de servicio de los hospitales o clínicas privadas son subvencionados por el Gobierno.

La sanidad pública se diferencia en dos ramas que gestionan los recursos: el INSESO (Instituto de Seguridad Social) y el Ministerio de Sanidad⁵. La idea del instituto es disponer de un hospital INSESO en cada provincia; iniciativa que se está llevando a cabo instalando en Malabo el Hospital Loericomba⁵, y en el verano de 2011 en Bata el Hospital Guinea Salud, fruto de un acuerdo firmado entre el Hospital Moncloa de ASSISA (una compañía de seguros), 60% del accionariado, y el Instituto de Seguridad Social de Guinea Ecuatorial (INSESO), 40% de la participación. Dicho acuerdo constituye el primer paso para una colaboración que promete extenderse al resto de la red hospitalaria pública guineana⁷. Profesionales españoles, ecuatoguineanos y de otras nacionalidades pasaron a formar parte del equipo humano del hospital Guinea Salud. En la primera fase, se desplazaron profesionales sanitarios españoles para cubrir especialidades como medicina interna, cirugía general, anestesiología, ginecología, pediatría, etc. Posteriormente, se irán incorporando el resto de especialidades médicas. Por otro lado, también se han suscrito diferentes acuerdos de colaboración con escuelas y la Universidad pública de GE (UNGE) para participar activamente en la formación y docencia del personal local y conseguir de este modo que todos ellos adquieran un alto grado de capacitación.⁷

El Instituto Nacional de Seguridad Social (INSESO) se financia a través de la cotización de los trabajadores y el presupuesto que destina el Estado. Dispone de un monto presupuestario mucho mayor que el del Ministerio de Sanidad⁵.

1.2. Justificación

La situación de la salud en GE tiene un perfil sanitario que se caracteriza por alta prevalencia de enfermedades transmisibles que presentan más de un 85% de las consultas; el paludismo, las infecciones respiratorias agudas y la diarrea constituyen las principales causas de mortalidad en los niños menores de 5 años. El predominio de VIH se estima en el 7% en 2008 y avanzaría si no se aplica una respuesta adaptada y eficaz¹⁴.

El país se comprometió en la reforma del sistema de salud basada en la puesta en marcha del distrito sanitario y se adoptaron una serie de medidas mediante las cuales se asegura que el país realizó progresos en la mejora de la salud de la población¹⁴. En éste trabajo se intenta averiguar si con las medidas aplicadas realmente se ha conseguido una mejora en la sanidad.

Además a nivel personal, soy Ecuatoguineana que vino a cursar los estudios de grado de Enfermería, en la Universidad de la Laguna, con un programa de la Agencia Española de cooperación Internacional para el Desarrollo (ACEID) a través de la Fundación universidad.es, dedicada a la promoción del sistema universitario español en el mundo. He realizado toda la formación que da acceso a los estudios universitarios en Guinea Ecuatorial, y siendo consciente de la alta probabilidad del ejercicio de mi profesión en el sistema sanitario ecuatoguineano, me he visto interesada, motivada en saber y estudiar un poco más de éste sistema sanitario que a lo largo de mi carrera no he tenido la oportunidad de conocer. Fruto de dicha motivación, y el deseo de trabajar en el área de gestión sanitaria, me ha llevado a interesarme precisamente en realizar mi trabajo fin de grado (TFG) en éste campo y para poder tener así una visión más general del sistema sanitario ecuatoguineano.

1.3. Objetivos:

- Analizar la situación de diversas variables representativas del Sistema de salud de Guinea Ecuatorial.
- Estudiar la evolución de las variables en los últimos 10 años.
- Comparar algunos indicadores sanitarios de Guinea Ecuatorial con algunos países vecinos (Nigeria y Gabón).

2. DESARROLLO

2.1 Revisión y Antecedentes

2.1.1 Características Generales del País

El presente trabajo estudia los indicadores sanitarios de Guinea Ecuatorial (GE), y al ser, en muchas ocasiones, un país habitualmente desconocido a nivel mundial, se describen algunos aspectos generales de la República de GE.

2.1.1.1 Características Geográficas:

En la figura se muestra la situación de GE en África, en el que se observa que se divide en dos regiones: Una región continental y otra insular que cuenta con dos islas principales, la isla de Bioko y la de Annobón.



2.1.1.2 Características demográficas del país:

Según los resultados del III Censo General de Población y Vivienda del año 2011, la población total era de 1.014.999 habitantes (datos de la dirección general de estadísticas; siendo de 757.000 el número de habitantes en el año 2013 según la OMS y el Banco Mundial). Las mujeres constituyen el 50,6% y los hombres el 49,4%.

Datos de interés: Extensión superficial de 28.051,46 Km². Clima tropical y húmedo con temperaturas alrededor de 25°C y humedad relativa de 90%. Costas Longitudinales de aproximadamente 200km. El bosque Ecuatoguineano ocupa cerca del 86% del territorio y cuenta con más de 800 especies vegetales diferentes. Estas características favorecen estancamientos de aguas, lo que facilita la propagación de enfermedades, como el paludismo y otras³. Fue colonia española durante 200 años y se independizó el 12 de octubre de 1968. El país tiene varios grupos étnicos (Fang, Bubi, Ndowe, Annobonés y Bisio) y es el único país hispanohablante de África⁴

El 61,2% de la población es rural y el 38,8% es urbana; el 74% de los ecuatoguineanos viven en la Región Continental y el 26% en la Insular, con una densidad de población de alrededor de 36,2 habitantes por km. La esperanza de vida al nacer es de 59,3 años para ambos sexos⁴.

2.1.1.3 Características sociales de la población:

La población de Guinea Ecuatorial se caracteriza por ser una población muy joven, donde el sexo femenino es el mayoritario. Por lo tanto, la mujer es clave en las actividades de promoción de la salud y son las encargadas de lograr los objetivos del desarrollo del milenio (ODM), ya que en las culturas africanas también se la considera el pilar de la crianza de los niños, del hogar y de la familia en general. Por ello, en las mujeres se debería enfocar la mayoría de las actividades para el desarrollo social, ya que en muchas ocasiones suelen ser el sexo con más índice de absentismo escolar. Varios estudios han demostrado la relación directa existente entre la tasa de alfabetización, la tasa de mortalidad infantil y materna, la cumplimentación de las vacunas y la prevalencia de varias enfermedades transmisibles y existen evidencias de cómo se reduce la mortalidad infantil en las poblaciones en el que las madres tienen un nivel básico o superior de estudios. Así lo recoge, por ejemplo; el Catedrático de Economía Esteve Oroval Planas, en su libro Economía de la Educación donde explica la relación de la educación con la salud, basándose en las afirmaciones de Cochrane et al. (1980) en el que analizan varios países en desarrollo y observan una relación inversa entre la mortalidad infantil y la alfabetización de la madre, y una relación directa entre el nivel de alfabetización de la madre y la salud de los hijos¹¹.

De hecho, se puede observar que varios proyectos de UNICEF aparte de enfocarse en los niños, trabajan también en la formación de las mujeres. Y algunos ODM también inciden en la mujer. Personalmente creo, que la promoción de la salud y por consiguiente el éxito del cumplimiento de los objetivos de un sistema sanitario en una población es un hecho que debería ir paralelo con la educación (Sanidad-Educación factores claves para el bienestar de una población).

2.1.2 Situación Económica

La economía de un país está directamente relacionada con la sanidad de dicho país, porque si los habitantes de un pueblo son incapaces de costear las necesidades primarias de la vida esto lleva consigo un mal estilo de vida, con frecuencia una desatención de la salud, y con ello una mala prevención para la salud.

Hace apenas treinta años, Guinea Ecuatorial era uno de los países más pobres de África y del Mundo. En la década del 2000 Guinea Ecuatorial, según las estadísticas ha pasado a ser el primer país del África subsahariana que ha logrado los ingresos más altos, gracias a descubrimientos de grandes yacimientos de petróleo, a mediados de la década de los 90. Se han producido, entonces, una gran cantidad de transformaciones en diversas esferas, particularmente en la última década⁴. El petróleo, pasó a ser el principal ingreso económico del país, según el balance común realizado en conjunto por el Gobierno de GE y el Sistema de las Naciones Unidas. Existen en el país otras fuentes de ingresos tales como el metanol y otros gases, madera, cacao, y café...⁵

Ha habido un alto ritmo de la evolución de la economía nacional a partir del comienzo de la explotación petrolífera en 1992 y con su auge a partir del 1996. Desde entonces la economía ha crecido un 40% anual como media. Actualmente, Guinea Ecuatorial es el tercer mayor productor de petróleo en África Subsahariana tras Nigeria y Angola, con más barriles per cápita que Arabia Saudí (algo más de medio barril por habitante y día), lo que supone alrededor del 85% del PIB, un 98% de las exportaciones y un 90% de los ingresos del Gobierno⁵.

PIB POR HABITANTE(\$)					
2003	2004	2005	2006	2008	2013
5.650	9.236	14.124\$	16.200	18.028	23.240

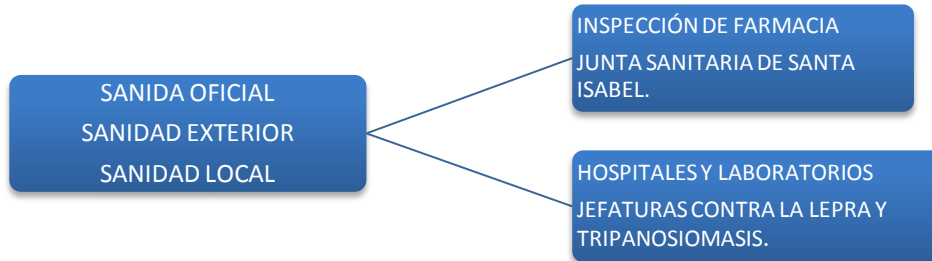
2.1.3 La sanidad en tiempos coloniales

Ya que la historia nos ayuda en muchas ocasiones a entender el presente, me ha parecido importante abordar, aunque sea someramente, el sistema sanitario de Guinea Ecuatorial en tiempos coloniales.

La Dirección de Sanidad, fue uno de los organismos fundados en tiempo colonial con mucha relevancia, porque sabían que la sanidad era la clave para la preservación de la Colonia.

En tiempos coloniales las enfermedades más predominantes eran el paludismo (también persistente actualmente) y la tripanosomiasis, que tenían cura gracias a un diagnóstico y tratamiento precoz; también había otras enfermedades como la lepra, elefantiasis... A lo largo de la historia de la colonia según la bibliografía, dicen que se trabajaba activamente en la extinción de éstas enfermedades, actividad que se sigue realizando hasta la actualidad en el Sistema Sanitario Ecuatoguineano¹⁵ aunque con varias dificultades.

Dentro de lo que era el organigrama general de la organización administrativa colonial, se ha extraído una parte de él, que era el pequeño organigrama de la sanidad colonial la cual tenía la base en otros órganos que eran el gobierno general y la secretaría general.



FUENTE: *Los territorios Españoles Del Golfo De Guinea de José Olmo Boullon.*

La mayoría de los Ecuatoguineanos estaban vinculados a la medicina tradicional y acudían a la medicina “occidental” como la última alternativa. Se daban muchos casos de enfermedad del sueño entre los Ecuatoguineanos en tiempo colonial, y mucho acudían al auxilio de la medicina moderna cuando la enfermedad estaba ya en su fase terminal¹⁵.

Se establecieron zonas sanitarias que dio como resultado, el poder combatir con eficacia muchas enfermedades y hallar la localización de las causas que las producían¹⁵. Todos los centros sanitarios estaban en contacto directo y constante con la Dirección de Sanidad, a la que daban cuenta mensualmente¹⁶.

Los hospitales de la colonia estaban dirigidos por las Madres de la Caridad, y a los enfermos de enfermedades contagiosas o sin cura, se les aislaba a un lazareto situado en la Isla de Elobey Chico de forma marginal¹⁵. (Adjunto en el anexo III el personal sanitario existente y un organigrama del sistema sanitario en el tiempo colonial).

Administración y financiación económica: La administración estaba centralizada en Santa Isabel (Malabo) y dependiente de la dirección. Existía una junta administrativa compuesta por el director de sanidad del hospital de Santa Isabel (Malabo), el farmacéutico del repuesto general, el controlador administrado y el interventor de Hacienda y Aduanas responsable en la confección de los pedidos anuales de medicamentos y material de toda clase necesaria para las atenciones del Servicio¹⁶.

La junta administrativa se encargaba de la intervención de los créditos retenidos anualmente en la colonia para la aprobación de todo acto administrativo que entrañe gran trascendencia.

Presupuesto los créditos presupuestarios asignados para las atenciones sanitarias oscilaban, durante los años a que hacemos referencia, entre pesetas 11.579.294 el año 1949 y 15.563.336 el de 1954. Aparte de éstos créditos, fueron concedidos anualmente, a excepción del año 1949, otros extraordinarios, de mayor o menor cuantía, entre los que llama la atención el de 1951, que alcanzó la cifra de 12.400.000 pesetas, motivado por el interés del gobierno General en dotar al repuesto de medicamentos y material de existencias de reserva para algún tiempo¹⁶. Estos aumentos dependieron no sólo de la creación de nuevos servicios y del adelanto de los procedimientos terapéuticos, sino también del progresivo desarrollo y avance general de la colonia, como se patentiza con la estabilización relativa de los porcentajes existentes entre los gastos sanitarios y los globales de todo el territorio¹⁶.

En resumidas cuentas, las mejoras a nivel sanitario en éste periodo se podía reflejar en las mejoras obtenidas: construcción, ampliación o mejoramiento de edificios, y dotación material.

2.1.4 Economía para la salud

Para valorar la efectividad y eficacia de la ayuda con la que se financia a la sanidad, en los presupuestos del estado, por el gobierno, o a través de proyectos de organismos internacionales, es necesario analizar los indicadores de salud de la población. Hay un acuerdo generalizado de que la ayuda en el sistema sanitario es necesaria para reducir las tasas de mortalidad infantil, la mortalidad materna, desnutrición infantil y aumentar la esperanza de vida, regular la planificación familiar... tal como se recoge en algunos de los ocho objetivos del desarrollo del milenio (8 ODM), etc. Lo mismo ocurre con los indicadores sociales ya que siempre van paralelamente con los indicadores de salud. Por lo tanto, la intervención y la ayuda económica deberían incidir directamente en ambos.

Ha habido un esfuerzo en la mejora de las infraestructuras sanitarias en los últimos años; no obstante, la cartera de servicios de la medicina curativa y de diagnóstico les falta mucho aun por mejorar⁴. Hay escasez de especialistas en Salud pública y Gestión Sanitaria⁹ por lo que el sistema de vigilancia epidemiológica y de análisis de respuesta frente a enfermedades infecciosas no están operativos. El nivel de preparación del país para hacer frente a Catástrofes naturales es todavía elemental y el sistema de urgencias está en vías de reorganización⁴. A nivel global, según la OMS, la administración sanitaria de GE es todavía joven y su funcionamiento limitado debido a la debilidad de los recursos humanos tanto desde el punto de vista cuantitativo y como cualitativo. La organización del sistema de salud constituye entonces una de las prioridades para mejorar la salud de la población⁴.

Para el fortalecimiento del sistema de salud no sólo le basta el apoyo interno, aunque es el pilar fundamental para la mejora y desarrollo, sino que también necesita del apoyo exterior que le ayuden a la madurez del mismo. Por lo tanto, el sistema sanitario de GE a lo largo de su existencia sobre todo en las décadas anteriores ha ido recibiendo apoyo y ayuda de organismos internacionales, ONG, Fundaciones, asociaciones de apoyo a países en vías de desarrollo y de muchas congregaciones religiosas.

<u>Ayuda en Salud para los Donantes del CAD y en términos per cápita.</u>			
Año	Donante	Ayuda (per cápita)	Observaciones.
2000-2006	Donantes del CAD.	30,4% crecimiento.	24% el gasto en salud por habitante. La ayuda per cápita a salud crece más deprisa que el gasto en salud por habitante en estos años.
2000-2006	Ayuda española.	36,1%	

2.1.4.1 Antecedentes de la sanidad de GE:

La sanidad de GE, al igual que la mayoría de los sistemas sanitarios del África subsahariana, tiene una gran influencia de la medicina tradicional; además inciden otros factores, de forma positiva o negativa, tales como la financiación/gestión/organización y el nivel educativo de los beneficiarios del sistema de salud, los dispensadores de salud y la cartera de servicios de cada sistema de salud. Por otra parte, en la sanidad de GE, existe alta influencia y aporte de los curanderos tradicionales y religiosos (pastores, curas...) que está directamente relacionada con la cultura y creencias de los habitantes del país.

En algunos estudios realizados por la OMS se revela que en los países Asiáticos y Africanos, el 80% de la población depende de la medicina tradicional para recibir ATPS (Atención primaria de Salud), y que con la medicina tradicional se puede tratar diversas infecciones y enfermedades crónicas; por ejemplo: artemisina obtenida a partir de *Artemisia annua*, planta utilizada en China desde hace casi 2000 años, sirvió para sacar nuevos fármacos antipalúdicos¹².

El presupuesto público dirigido a salud ha ido aumentando año a año en el presupuesto nacional, situándose a alrededor del 7% en 2007, lejos aún del objetivo del 15% fijado por la Unión Africana. Si bien el presupuesto ha aumentado en relación al presupuesto total del país, no ha evolucionado del mismo modo en su proporción respecto del PIB: en 2007 representa el 2,1% mientras que en 2000 correspondía al 1,9%⁴.

Concretamente en GE, parte de la población no acude solamente a los establecimientos de Salud, e incluso, en algunos casos, los hospitales y centros de salud se convierten en la última alternativa para muchos pacientes. A raíz de esto, la OMS destaca en el informe mundial de Salud 2006, para los países en vías de desarrollo o con un sistema sanitario débil, que los curanderos tradicionales y religiosos pueden colaborar con el sistema sanitario bajo supervisión y coordinación, en algunos problemas de salud (salud mental, maternidad etc....) con la posibilidad de que puedan recurrir a profesionales si es necesario para tratar casos más complejos⁹ recomendando así que un sistema sanitario frágil no debe centrarse sólo en recibir el apoyo del personal sanitario cualificado para la cumplimentación de sus objetivos, sino debería aprender a delegar aprovechando todos los recursos que se le presentan: voluntarios de aldeas, curanderos tradicionales, religiosos... La descoordinación entre los curanderos y el propio sistema de salud, influye negativamente en los resultados que se obtiene en el sistema sanitario de Guinea Ecuatorial, pero también cabe destacar que aportan muchas intervenciones positivas en la constante lucha contra la enfermedad y los resultados positivos serían más elevados si hubiera una buena organización, formación y coordinación de éstos curanderos.

Una vivencia práctica, que podría argumentar con las bibliografías consultadas y como ciudadana Ecuatoguineana, es lo que pasa con muchas especialidades médicas carentes en la sanidad de GE, y la aportación de los curanderos tradicionales en ellas.

Tal es el caso de la especialidad de Salud Mental: hasta la independencia de GE, Había dos hospitales psiquiátricos que fueron desmantelados después de la independencia en 1968. Desde entonces los servicios de Salud Mental no han sido ofertados en la cartera de servicios del sistema sanitario de GE (privado o público), es decir, que los pacientes psiquiátricos no han sido tratados en los circuitos sanitarios oficiales, recibiendo tratamiento principalmente en curanderías.¹³ Un porcentaje pequeño de pacientes es tratado en centros de salud por profesionales extranjeros, en principio no especialistas en Salud Mental, ya que no existen psiquiatras ni profesionales guineanos formados en Salud Mental; de hecho, según los análisis realizados en el país en 2009, por la Dra. Goretti Morón a iniciativa de Cooperación Española, con el consentimiento del Ministerio de Sanidad de GE y la OMS, se muestra, entre otros datos, que los únicos lugares donde se realiza atención en salud mental, son atendidos por religiosas españolas y por la Brigada Médica cubana (que dispone de 3 psiquiatras) y sólo un 2% de las personas con enfermedad mental grave reciben atención¹³. De tal modo, que las intervenciones que realizan los agentes de medicina tradicional en el área de Salud mental, también se ve afectado por la falta de organización, apoyo y coordinación con los

servicios de salud “occidentales”.¹³ Con ejemplos iguales y otros más, podemos hacernos la idea de la influencia y el apoyo de la medicina tradicional en la sanidad Ecuatoguineana. Algo similar ocurrió con el tratamiento de VIH en GE, antes de que los servicios de salud “occidentales” de GE intervinieran en el tratamiento y control de ésta enfermedad. Ya como venimos hablando en las primeras páginas de ésta memoria de la debilidad del sistema de salud de GE, en aquellas enfermedades que el sistema sanitario de GE no oferta en su cartera de servicio, la población acudirá a los curanderos, curas, pastores etc.... en búsqueda de solución para su problema de salud.

De hecho, no sólo en GE Ecuatorial sino también en todos los países en el que su sistema de salud hay gran influencia y viva actividad de los curanderos tradicionales, la OMS recomienda la coordinación, formación y colaboración de éstos con el Sistema de Salud de dicho país⁹.

2.1.4.2 Situación actual del sistema nacional de salud de Guinea Ecuatorial:

La Sanidad pública La tarjeta del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSESO) funciona en los hospitales INSESO con un descuento del 50% de la factura y los niños menores de los padres asegurados también pueden incluir en el seguro⁵.

	COTIZACIÓN				
Empleado	+	Empresa	=	TOTAL	
4,25%		21,50%		25,75%	

En 2009 se disponía de las siguientes infraestructuras sanitarias en todo el país: 45 centros de salud, 12 hospitales distritales, 4 hospitales provinciales y 2 hospitales regionales.

A estas listas se añade los puestos de salud cuya atención consiste en realizar las atenciones primarias sencillas: curas, inyecciones, y algunos programas de promoción de la salud en colaboración con los centros de salud; el personal no es sanitario, sino que están formados con varios cursos (seminarios) prácticos y se les llama Agentes de salud. La mayoría están localizados en las zonas rurales.

INSESO: Es un organismo de Seguridad Social paraestatal. No está sometido al Ministerio de Sanidad, sino que en última instancia depende de la presidencia⁵.

Fue un proyecto puesto en marcha por la Cooperación Española y FRS (fundación de hermanas religiosas para la salud); de hecho, los dos principales centros de salud de Bata son de ésta fundación: Centro de salud María Gay, y centro de salud María Rafols. (Se adjunta en el anexo dos un cuadro que resume la estructura organizativa del sistema de salud de GE).

La Sanidad Privada es un sector reciente que comienza juntamente con las explotaciones petrolíferas en el país y el auge de la entrada de grandes empresas extranjeras, por la necesidad de dar respuesta Sanitaria de “calidad” a la sociedad con recursos económicos y a los trabajadores de las grandes empresas privadas, ya que la cartera de servicios de la sanidad pública era incapaz de responder a las demandas de los trabajadores expatriados con seguros médicos privados y empresas, debido al déficit de infraestructuras sanitarias, escasez y falta de preparación del personal sanitario⁶. En definitiva, la pobreza, la baja calidad y la ineficiencia de la cartera de servicios de la sanidad pública se evidenciaban en la morbilidad, prevalencia e incidencias de enfermedades endémicas, crónicas y tropicales; estos factores de riesgo contribuyentes a que la esperanza de vida esté en torno a los 59,5 años.

Los diferentes tipos de infraestructuras privadas se pueden clasificar en:

- *Hospitales Privados.*- Existen tres hospitales privados: La Paz de Bata, La Paz de Malabo y la Clínica Guinea Salud (nuevo INSESO), cuyos costes normalmente son muy elevados en comparación con la renta de los habitantes ya sea para hospitalización, intervenciones quirúrgicas y pruebas complementarias. Aunque, cabe destacar que en la clínica Guinea Salud si eres asegurado en INSESO te descuentan el 50% del coste de la atención recibida. Por lo tanto, la mayoría de las grandes Empresas privadas, están obligadas asegurar a sus empleados en el INSESO.⁵

Los más destacados, que supuestamente posee una calidad buena y probablemente sean los mejores hospitales del Golfo de Guinea son el *Centro médico La paz de Bata y de Malabo*: El hospital la Paz de Bata fue abierto en el año 2007 con ayuda de Israel; en ambos hospitales (La paz Bata y Malabo) su personal incluye individuos de diferentes países. En 2010 el gobierno otorgó la gestión de ambos hospitales a una empresa Alemana para garantizar una mayor calidad de la gestión hospitalaria.⁶ Anteriormente, era el hospital que mejor remuneración ofrecían al personal sanitario en todo el País; actualmente, la Clínica Guinea Salud que es una asociación de profesionales Sanitarios Españoles de la compañía de seguros ASSISA y Ecuatoguineanos (INSESO), es el hospital que “mejores salarios” ofrece en esos momentos.

- *Pequeños Hospitales.*- Son privados y con servicios de atención especializada básica, hospitalización de pacientes y en algunos casos atención quirúrgica. Disponen de algunos médicos especialistas. El Precio de la asistencia es bastante elevado en estos casos. Por ejemplo: la Clínica Guadalupe en Malabo y de Mongomo⁶.

- *Centros de Salud.*- Ofrecen servicios de medicina general y pruebas complementarias, disponiendo de varios médicos. Se concentran en Malabo y Bata. Un ejemplo es la Clínica Esperanza en Malabo⁶. Es importante recordar que en algunas capitales distritales, existen Centros de Salud que eran financiados y gestionados por la cooperación española, y otros que son gestionados por ONG o congregaciones, que ofrecen servicios de salud similares a los centros de salud privados con precios muy favorables como por ejemplo: el Centro de salud Aldeas Infantiles de Bata-Ngolo.

- *Clínicas Pequeñas.*- En GE es habitual que la mayoría de los Médicos y Enfermeros independientemente del sector en el que trabajan, decidan tener sus establecimientos sanitarios privados ya sea farmacias, botiquines y pequeñas clínicas etc.... Normalmente en su cartera de servicios principalmente ofertan medicina general y pruebas de paludismo, y fiebre tifoidea. En su mayoría son clínicas pertenecientes a los chinos o a cameruneses; distribuidas principalmente en las grandes ciudades. Últimamente el gobierno ha cerrado muchas de ellas al incumplir la ley de farmacias y sanidad⁵.

2.2 Metodología

Se trata de un proyecto de investigación aplicada. Para ello se ha recogido datos de organismos internacionales, ONG (organismos no gubernamentales) y otras fuentes bibliográficas fiables, y definido los distintos indicadores a lo largo de los años de:

- Estadísticas demográficas y socioeconómicas.
- Dotación de personal sanitario por 10⁴ habitantes.
- Dotación de camas por 10⁴ habitantes.
- Gasto en salud.
- Cobertura de los servicios de salud.
- Factores de riesgo.
- Mortalidad y carga de morbilidad.
- Número de casos notificados de una selección de enfermedades infecciosas.

2.3 Resultados

Éste apartado desarrolla el objetivo general de la memoria de éste trabajo que es el estudio cuantitativo de la evolución del sistema sanitario en GE. Para ello, se utiliza una serie de indicadores que permiten realizar un estudio de la evolución que ha tenido la sanidad en éste país.

Las distintas variables, para una interpretación más fácil aparecen definidas antes de las tablas correspondientes. Se utilizan los indicadores más relevantes y de los que se ha podido encontrar datos suficientes en un corte de año de 2004 a 2013 ya que en éste periodo se centra el estudio.

INDICADORES SANITARIOS MUNDIALES DE GUINEA ECUATORIAL: Se ha estimado analizar los siguientes indicadores con datos obtenidos mayoritariamente de la página oficial de la OMS, el Banco mundial, UNICEF, y en pocos casos se ha recurrido a otros documentos nacionales de GE u otros proyectos de otras instituciones.

Para su mejor análisis y comprensión se ha recopilado una serie de tablas en las que se ha procedido a su ordenación de la siguiente forma:

- Tabla 1 estadísticas demográficas y socioeconómicas.
- Tabla 2 dotación de personal sanitario por 10⁴ habitantes.
- Tabla 3 dotación de camas por 10⁴ habitantes.
- Tabla 4 Gasto en salud.
- Tabla 5 Cobertura de los servicios de salud.
- Tabla 6 Factores de riesgo.
- Tabla 7 Mortalidad y carga de morbilidad.
- Tabla 8 Número de casos notificados de una selección de enfermedades infecciosas.

Después de cada tabla, se hace un análisis de los datos observando su evolución sin realizar un análisis justificativo de su variación por carecer de información.

La última parte de los resultados es la comparación del gasto en salud, dotación del personal sanitario y dotación de camas de Nigeria y Gabón con Guinea Ecuatorial; se muestra la evolución de esos indicadores en esos dos países vecinos comparándolo con Guinea Ecuatorial.

Tabla 1.- Estadísticas demográficas y socioeconómicas

Población:

- **Total:** incluye a todos los residentes independientemente de su estado legal o de ciudadanía, con excepción de los refugiados no asentados permanentemente.¹⁷

- **De 65 años de edad y más (% del total):** población mayor de 65 años como porcentaje de la población total.¹⁸

Tasa de fertilidad:

- **Total (nacimientos por cada mujer):** representa la cantidad de hijos que tendría una mujer si viviera hasta el final de sus años de fertilidad y tuviera hijos de acuerdo con las tasa de fertilidad actuales específicas por edad.¹⁹

- **En adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres 15 y 19 años de edad):** es la cantidad de nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años.²⁰

Tasa de natalidad:

- **Nacidos vivos en un año (por cada 1000 personas):** la tasa bruta de natalidad indica la cantidad de nacidos vivos en el año, por cada 1000 habitantes.²¹

Tasa de:

- **Finalización de la educación de nivel primario, total (% del grupo etario correspondiente):** El número de estudiantes que ingresan al último año de educación primaria, expresado como porcentaje de la población total en edad oficial de ingresar a dicho grado.²²

- **Alfabetización adultos (%):** porcentaje de la población mayor de 15 años que es capaz de leer y escribir, con entendimiento una proposición simple y breve; incluye también, la capacidad de hacer cálculos sencillos. Para calcular éste indicador se divide el número de personas alfabetizadas mayores de 15 años por la población correspondiente grupo etario y se multiplica por 100.²³

Ingreso nacional bruto Per cápita en dólares internacionales (PPA) (%): INP per cápita por paridad del poder adquisitivo (PPA). Es el ingreso nacional bruto (INB) convertido a dólares internacionales utilizando las tasas de paridad del poder adquisitivo.²⁴

AÑOS	Población		Tasa de Fertilidad		Tasa de Natalidad	Tasa de		INB Per cápita en \$ internacionales (PPA) (%)
	Total	65 años y más(% del total)	Total nacimientos/cada mujer	Adolescent*(naci*/cada 1000 mujeres 15 y 19 años)		Finalización de educación primaria total (%)	Alfabet.* Adultos (%)	
2004	585.983,0	3	5,6	126	38	.....	87	9.260
2005	603.648,0	3	5,5	125	38	47	87	16.380
2006	621.517,0	3	5,5	124	38	.....	87	28.400
2007	639.618,0	3	5,4	123	38	.....	87	28.720
2008	658.025,0	3	5,3	121	37	46	93	25.870
2009	676.851,0	3	5,2	119	37	49	94	33.680
2010	696,167.0	3	5,1	117	37	53	94	28.070
2011	715,996.0	3	5,0	115	36	52	94	27.660
2012	736,296.0	3	4,9	113	36	55	94	24.660
2013	757,000	3	4,8	111	35	.....	.....	23.270

Análisis de Resultados: Se analiza los datos de ésta tabla y se observa que ha habido un aumento de la población aproximadamente del 29,2% sin aumentar el número de mayores de 65 años. Disminuye el número de nacimientos en un 14,3% por cada mujer y el número de nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años.

Asimismo la Tasa de natalidad disminuye en un 7,9%. La tasa de finalización de educación primaria aumenta un 17%, mientras que la tasa de alfabetización aumenta de 2004-2008 un 8% y el resto de años permanece igual.

Naci:* nacimientos. *Adolescent*:* adolescentes. *Alfabet*:* alfabetización

El ingreso nacional bruto (INB) sorprende el notable incremento de 2004 a 2005, y 2005-2006, y en los años siguientes se nota las fluctuaciones de éste indicador (sería un estudio diferente para analizar el por qué de dichas fluctuaciones bruscas), que disminuyendo del año 2012 a 2013.

Tabla 2- Dotación de personal sanitario por 10⁴ habitantes:

Estimaciones referidas al personal sanitario en activo, Los datos proceden de numerosas fuentes: censos de población nacionales, encuestas de población activa y de empleo, encuestas en establecimientos sanitarios, y sistemas de información administrativa que se recopilan por la OMS. Esta diversidad de fuentes supone una notable variabilidad de la cobertura y la calidad de los datos. En los casos en los que no se puede distinguir si los datos incluyen a los trabajadores sanitarios del sector privado o detectar el doble recuento de las personas que tienen dos o más empleos en distintos lugares, es probable que las cifras estimadas sean superiores o inferiores a las reales. Además, puede haber dispensadores de atención de salud que trabajen fuera del sector sanitario o lo hagan en condiciones no remuneradas o irregulares, o que no estén incorporados en ese momento al mercado laboral sanitario del país.²⁵

AÑOS	DOTACIÓN DE PERSONAL SANITARIO (por 10 ⁴ habitantes)											
	Médicos		Enfermería y partería		Odontología		Farmaceutas		Salud Pública		Agentes y prestadores de atención de salud	
	Nº	Dens *	Nº	Dens*	Nº	Dens*	Nº	Dens *	Nº	Dens *	Nº	Dens *
2000-2006	153	3	271	5	15	<1	121	2	18	<1	1275	25
2000-2007	153	3	271	5	15	<1	....	....	....	....	308	6
2000-2008	....	3	....	5	....	....	....	....	....	....	....	6
2000-2009	153	3	271	5	15	<0,5	121	2	18	<0,5	308	6
2000-2010	....	3	....	5,3	....	....	....	....	....	....	....	6,1

Análisis de Resultados: En ésta tabla se observa que no ha habido cambios en cuanto al número de médicos, odontólogos, farmacéuticos y personal de salud pública. Pero sí ha habido un ligero aumento del 6% del personal de enfermería.

Dens*: densidad

Agentes de salud: ése personal en otros sistemas de salud como los europeos se traduciría como auxiliares sanitarios o de enfermería. Pero en el sistema de salud Ecuatoguineano tienen una responsabilidad total mente diferente como se aclara en la parte superior de éste trabajo.

Mientras que el número de agentes de salud ha caído bruscamente desde el periodo 2000-2008 hasta los sucesivos y con un dato sorprendente (no concuerda); por lo tanto, se estima que el dato completo es seis.

Tabla 3- Dotación de camas por 10⁴ habitantes:

Puede utilizarse la densidad de camas hospitalarias para indicar la disponibilidad de servicios para pacientes ingresados. Las estadísticas sobre densidad de camas hospitalarias se obtienen en general de registros administrativos sistemáticos, pero en algunos lugares sólo se incluyen las camas del sector público.²⁵

Camas hospitalarias (por 10 ⁴ habitantes)	2000-2006	2000-2007	2000-2008	2000-2009	2000-2010	2005-2011	2006-2012
	22	22	19	19	19	21	21

AÑO	NIVELES DE ATENCIÓN				
	Primario	Secundario	Terciario		
	Puestos de salud.	Centro de Salud	Hospitales		
			Distrital	Provincial	Regional
2007	300	42	11	7	.....
2009	.....	45	12	4	2
2011	.....	45	12	4	2

Análisis de Resultados: No ha variado el número de camas, pero ha habido un aumento del 7,14% de los centros de salud. Los hospitales distritales y regionales permanecen casi sin cambios notables, aunque si ha habido un descenso del 42,8% de los hospitales provinciales.

En La tabla de los hospitales algunos datos se recogió de un archivo de Proexca (sociedad canaria de fomento económico) y del informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación de UNGAS. En GE. Y del TFG de Carlota Ten de la Universidad de Valencia.

Tabla 4.- Gasto en salud

Gasto en salud:

- **Total (% del PIB):** es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.²⁶

- **Gobierno general en salud como (%) del gasto general en salud:** Cuando el gasto público en salud es bajo, en los países de ingresos bajos él déficit se compensa con el gasto privado, aproximadamente en un 85% a cargo de los usuarios. Esto significa que los pagos se realizan directamente al acceder a los servicios de salud. Dichos pagos no permite mancomunar riesgos, y pueden muy bien conducir a desembolsos ruinosos con grandes probabilidades de sumir a los hogares en la pobreza.²⁷

- **Privado en salud como (%) del gasto total en salud:** Los recursos externos se están convirtiendo en una fuente muy importante de financiación de la salud en los países de ingresos bajos. Los recursos externos representaron el 17% del gasto en salud en los países de ingresos bajos en 2006, en comparación con el 12% del gasto sanitario total en 2000. En algunos países de ingresos bajos, dos tercios del total del gasto sanitario se financia mediante recursos externos. En estas situaciones, la previsibilidad de la asistencia es una preocupación importante.²⁷

- **Sector público (% del gasto total en salud):** Comprende el gasto recurrente y de capital proveniente de los presupuesto públicos (central y locales), el endeudamiento externo y las donaciones (incluidas las donaciones de los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales) y los fondos de seguro de salud sociales (u obligatorios). El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.²⁸

- **per cápita (US\$ a precios actuales):** El gasto total en salud es la suma de los gastos en salud públicos y privados, como proporción de la población total. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.²⁹

Gasto de la seguridad social en salud:

• **Como % del gobierno general en salud:** Es el número de personas beneficiarias de las instituciones de la seguridad social de un país, territorio o área geográfica y que pertenecen, por lo general, al sector formal de la economía en un año determinado.³⁰

Gastos de salud:

• **Desembolsados por el paciente (% del gasto privado de salud):** son cualquier pago directo por parte de los hogares, incluidos las gratificaciones y los pagos en especie a los médicos y proveedores de fármacos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios destinados principalmente a contribuir a la restauración o a la mejora del estado de salud de individuos o grupos de población. Es una parte del gasto privado en salud.³¹

AÑO	Gasto en salud					Gasto de la seguridad social % del gasto general del gobierno en salud	Gasto de salud desembolsado por el paciente (% del gasto privado en salud)
	% PIB	Gobierno % del gasto general en salud	Privado % del gasto total en salud	Sector público (% del gasto total en salud).	per cápita (US\$ a precios actuales)		
2004	2,4	56,4	22,9	56,4	180	0,0	89,6
2005	1,8	59,6	21,1	59,6	209	0,0	85,9
2006	2,1	68,9	19,6	68,9	277	0,0	81,6
2007	2,2	73,0	19,6	73,0	358	0,0	82,7
2008	2,3	77,7	22,8	77,7	542	0,0	79,7
2009	5,3	83,8	24,0	83,8	734	0,0	87,7
2010	3,8	79,6	42,6	67,3	638	0,0	86,6
2011	3,3	78,9	45,8	67,3	722	0,0	84,9
2012	3,4	80,3	.....	66,1	769	.....	84,4
2013	3,5	77,8	.....	66,1	714	.....	86,4

Análisis de Resultados: Observando los datos de la tabla anterior se constata que el gasto en salud total (% del PIB) ha sufrido muchas variaciones, aumenta un 45,8% de 2004 al 2013.

El gasto del gobierno general en salud como (%) del gasto general en salud oscila sorprendentemente de forma que se observa un aumento de aproximadamente 48% del 2004 al 2009, de 2009 a 2011, un ligero aumento en el 2012 y acaba descendiendo un 7,7% en el año 2013, con respecto al 2009.

Por otro lado, se puede observar una caída de aproximadamente un 14,4% en los años 2004 a 2007 del gasto privado en salud como (%) del gasto total en salud. Mientras que casi se mantiene estable concretamente en 2008 con un aumento de aproximadamente un 90% en los años restantes (2009-2011), no existiendo datos posteriores. Sorprende éste aumento.

El gasto del sector público como (%) del gasto total en salud, se observa un incremento gradual del 2004 al 2009 de un 48,6%, y una caída porcentual de aproximadamente un 21,1% de 2009 a 2013.

El gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales): desde el periodo 2004 a 2009 hay un aumento del 307,7% y que se disminuye aproximadamente en el período que comprende 2009 a 2011, vuelve aumentar en el año 2012 con una caída de alrededor de un 2,7% en el 2013, frente al 2004.

Para finalizar, los datos recopilados de la presente tabla, se observa que en Guinea Ecuatorial no hay seguridad social por lo tanto se llega a la conclusión que el gasto en la seguridad social como (%) del gobierno general en salud es cero.

Y por último, disminuye ligeramente el gasto en salud desembolsado por el paciente (% del gasto privado de salud), la caída se nota más en el año 2008 recuperándose aproximadamente un 8% en el año 2009, y se desciende ligeramente en los años restantes de 2009 a 2013. En concreto del 2004 al 2013 ha habido un descenso del 3,6%.

Tabla 5.- Cobertura de los servicios de salud:

Atención médica:

• **Prenatal (%):** embarazadas que reciben atención médica prenatal son la proporción de mujeres asistidas al menos una vez durante el embarazo por el personal de salud capacitado, por razones relacionadas con el embarazo.³²

Nacimientos:

• **Asistidos por personal de salud capacitado (% del total):** son el porcentaje de partos asistidos por personal capacitado para suministrar la supervisión, la atención y el asesoramiento necesarios a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio; para realizar partos por sí solos; y para cuidar de los recién nacidos.³³

AÑO	Atención Médica prenatal (%)		Nacimientos Asistidos por el Personal de salud capacitado (% del total)
	Al menos una vez	Al menos 4 veces	
2000-2006	....	37	63
2000-2008	86	37	63
2000-2009	86	37	.....
2000-2010	86	37	65
2006-2013	91	67	68

Análisis de Resultados: Se analiza el resultado de ésta tabla y se puede observar que el tanto por ciento de las mujeres que han recibido atención médica prenatal se ha mantenido estable en los primeros años del estudio del periodo comprendido desde 2000-2006 al 2000-2010 y aumentándose aproximadamente un 5,8% durante el periodo 2006-2013. También ha aumentado el número mujeres que acudieron al menos 4 veces para la atención médica prenatal, pero con un aumento del 81%. Por otra parte, los nacimientos asistidos por el personal de salud capacitado han crecido aproximadamente un 8% en los años en estudio.

Inmunización:

• **Contra el sarampión (% de niños entre 12 y 23 meses de edad):** mide el porcentaje de niños de entre 12 y 23 meses de edad que recibieron vacunas antes de los 12 meses o en cualquier momento antes de la encuesta. Se considera que un niño está inmunizado de manera adecuada contra el sarampión tras recibir una dosis de la vacuna³⁴.

• **Con vacuna DPT (% de niños entre 12 y 23 meses de edad):** éste indicador mide el porcentaje de niños de entre 12 y 23 meses de edad que recibieron vacunas antes de los 12 meses o en cualquier momento antes de la encuesta. Se considera que un niño está inmunizado de manera adecuada contra la difteria, la pertussis (tos ferina) y el tétanos (DPT) tras recibir tres dosis de la vacuna.³⁵

AÑO	INMUNIZACIÓN	
	Contra el sarampión (% entre 12 y 23 meses de edad).	Con vacuna DPT (% de niños entre 12 y 23 meses de edad).
2004	51	38
2005	51	39
2006	51	40
2007	51	41
2008	51	42
2009	51	43
2010	51	44
2011	51	33
2012	35	20
2013	42	3

Análisis de Resultados: El número de niños inmunizados contra el sarampión ha caído aproximadamente un 21% y la inmunización contra el DPT (difteria, tos ferina, y el tétanos) ha descendido bruscamente entorno al 92,1% en los años en estudio (de 2004 a 2013).

Tabla 6.- Factores de Riesgo:

La mayoría de resultados que se obtiene de la sanidad de una población se relaciona directamente u indirectamente con los factores de riesgo. Se ha tratado de analizar los factores de riesgos que afectan más a la población de GE y de los que se han podido encontrar datos.

A pesar de no encontrar datos suficientes sobre Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (% de mujeres entre 15 y 49 años), se ha considerado sumamente definir éste indicador el cual los únicos datos recientes que se ha encontrado es el del año 2000 cuyo dato es 10 y del año 2011 que es 13 del (%) de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres.

ODM7-Mejora de las instalaciones sanitarias:

- **(% de la población con acceso):** porcentaje de la población con un acceso al menos adecuado a instalaciones de desecho de excreciones que puedan evitar eficazmente el contacto de humanos, animales e insectos con las excreciones. Las mejoras en las instalaciones van de letrinas sencillas pero protegidas hasta baños con descarga y conexión cloacal. Para que sean eficaces, las instalaciones deben construirse correctamente y someterse a un mantenimiento adecuado.³⁶

Población:

- **Que utiliza fuentes mejoradas de agua potable (%):** representa uno de los indicadores importantes que se asocia a un aumento de la mortalidad y morbilidad. El abastecimiento de agua insalubre y los niveles insuficientes de saneamiento e higiene aumentan la transmisión de enfermedades diarreicas, esquistosomiasis, tracoma y hepatitis. Los datos sobre factores de riesgo y comportamientos relacionados con la salud suelen extraerse de encuestas de hogares.²⁷

La fiabilidad de estas estimaciones depende de la calidad general de los marcos y métodos de muestreo utilizado; de la formación del entrevistador, los procedimientos de aseguramiento de la calidad y los análisis estadísticos de los datos; y de la capacidad y la voluntad de los entrevistados de dar respuestas exactas. Si no se dispone de encuestas de hogares, pueden utilizarse técnicas estadísticas para elaborar estimaciones en algunos entornos.²⁷

- **Población de entre 15 y 24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/sida (%).**

Neonatos:

• **Con insuficiencia ponderal al nacer (%):** es un importante factor predictivo de la salud y la supervivencia del neonato, pero en muchos entornos (sobre todo aquellos en los que los partos tienen lugar fuera de los establecimientos sanitarios) es frecuente que no se pese el niño al nacer.²⁷

Prevalencia:

• **De Consumo de alcohol entre adultos de 15 o más años (litros de alcohol puro por persona y año):** puede causar dependencia, cirrosis hepática, cáncer y traumatismos.²⁷

• **Del consumo actual de tabaco en adolescentes de entre 13 y 15 años (%):** La prevalencia del consumo de tabaco es otro factor predictivo importante de la futura carga de morbilidad relacionada con el tabaquismo.²⁷

• **Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (% de mujeres entre 15 y 49 años):** es el porcentaje de mujeres que utilizan cualquier método anticonceptivo o cuyas parejas sexuales utilizan cualquier método anticonceptivo. Suele medirse solo para las mujeres casadas de entre 15 y 49 años de edad.³⁷

AÑO	ODM7 Mejora de las Instalaciones Sanitarias (% de la población con acceso)	POBLACIÓN			Neonatos con insuficiencia ponderal al nacer (%).	Consumo de alcohol entre adultos de 15 o más años (litros de alcohol puro por persona y año).	De uso de métodos anticonceptivos (% de mujeres entre 15 y 49 años).
		Que utiliza fuentes mejoradas de agua potable (%).	Entre 15 y 24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/sida (%).				
			Hom.	Muj.			
2004	89	.....	....	4	.....	.....	.....
2005	89	.....	.....	4	.....	4,6	.....
2006	51	43	.....	4	15,7	.....	.....
2007	....	.....	....	4	....	.....	.....
2008	.....	.....	....	.....	13	6,1	.....
2010	.....	....	.....	.....	.....	6.6	.....
2011	39,7*	55,3*	.....	.....	.....	.....	13
2012	89	....	....	....	....	....	....

* = Datos cogido de la encuesta demográfica y de salud del año 2011 de Guinea Ecuatorial

Análisis de Resultados: El séptimo objetivo del desarrollo del milenio (ODM7) que incluye la mejora de las instalaciones sanitarias, se observa que ha tenido un descenso de 38% en 2006 y en 2011. Y se recupera en 2012 llegando a obtener el mismo porcentaje que en los primeros años (2004 y 2005).

Entre los años en estudio sólo se ha conseguido datos del 2006 y 2011 de la población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable (%); aun así según esos datos, se puede decir que ha habido un ligero aumento del 28%. La población entre 15 y 24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH sólo se obtuvo datos de la población femenina y que se ha mantenido estándar sin ni un tipo de cambio.

Respecto a los neonatos con insuficiencia ponderal (bajo peso) al nacer sólo ha habido un ligero descenso de 2% aproximadamente. Y por último los datos revelan que ha habido un aumento importante del consumo de alcohol entre adultos de 15 o más años con un incremento del 35%.

PERIODO	Prevalencia del consumo actual de tabaco en adolescentes entre 13 y 15 años (%)	
	Hombres.	Mujeres.
2000-2008	25,1	17,3
2000-2009	25,1	17,3
2000-2010	25,1	17,3
2005-2010	25	17
2006-2012	25	17

Análisis de Resultados: Se analiza los datos de ésta tabla y se observa que prácticamente no ha habido cambios en cuanto a la prevalencia del consumo de tabaco en los adolescentes.

Tabla 7.- Mortalidad y carga de Morbilidad:

Esperanza de Vida:

• **Al nacer, total (años):** indica la cantidad de años que viviría un recién nacido si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de la vida del infante.³⁸

Tasa de mortalidad:

• **<5 años por 1000 nacidos vivos:** indica la probabilidad que un recién nacido muera antes de cumplir cinco años de edad, si está sujeto a las tasas de mortalidad específicas por edad del año especificado.³⁹

• **Infantil (por cada 1.000 nacidos vivos):** es la cantidad de infantes que mueren antes de llegar al año de vida, por cada 1000 nacidos vivos, en un año determinado.⁴⁰

• **En un año por cada 1000 personas:** es la cantidad de muertes en un año, por cada 1000 habitantes, estimada a mitad de año.⁴¹

Razón de mortalidad:

• **Materna:** Es el número de defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos.⁴² Algunas veces se usa 1.000 o 10.000 nacidos vivos (como en ese caso).

Prevalencia:

• **VIH, total (% de la población entre 15 y 24 años de edad):** se refiere al porcentaje de personas entre 15 y 49 años infectado con el VIH.⁴³

• **Desnutrición, peso para la edad (% de niños menores de cinco años):** representa el porcentaje de niños menores de cinco años de edad con un peso para la edad correspondiente (crecimiento insuficiente) más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población internacional de referencia de entre 0 y 59 meses de edad. En el caso de los niños de hasta dos años, la altura es la longitud en posición decúbito. En niños mayores, la altura es la estatura en posición vertical. Los datos están basados en los nuevos estándares de desarrollo infantil publicados por la OMS en 2006.⁴⁴

AÑO	Esperanza de vida al nace, total(años)	Tasa de Mortalidad			Razón de mortalidad materna(x cada 10 ⁵ nacidos vivos).	Prevalencia	
		<5 años x 1000 nacidos vivos.	Infantil (x cada 1000 nacidos vivos).	En un año por cada 1000 personas.		VIH, total (% población entre 15 y 49 años de edad).	Desnutrición peso para la edad (% de niños menores de cinco años).
2004	48	127	89	16	.....	.....	10,6
2005	49	123	87	16	680	2,9	.....
2006	49	120	85	16	.....	.....	.....
2007	50	116	82	15	.....	3,4	.....
2008	50	113	80	15	280	.....	.....
2009	51	109	78	15	.....	5,8	.....
2010	52	106	76	14	240	.....	5,6
2011	52	102	73	14	.....	3,1 [*]	5,6
2012	53	99	71	14	.....	.....	.....
2013	53	96	69	13	290	.....	.....

Análisis de Resultados: La esperanza de vida en Guinea Ecuatorial ha aumentado un 10,4%, salió de estar en 48 años en 2004 a 53 años en 2013. La tasa de mortalidad en menores de cinco años ha disminuido un 32% aproximadamente y también la tasa de mortalidad infantil se ha disminuido en un 22,5% aproximadamente.

Ha disminuido la tasa de mortalidad en un año por cada 1000 personas en un 18,7% con una razón de mortalidad materna que ha descendido en un 64,7% aproximadamente. Por otro lado, se percata en los datos que ha habido un ascenso ligero de la prevalencia de VIH de 200% aproximadamente. Decrece las prevalencia de desnutrición aproximadamente en un 47,1 %.

3,1^{*} → Dato cogido de la encuesta demográfica y de salud del año 2011 de GE.

Tabla 8.- Número de casos notificados de una selección de enfermedades infecciosas:

Entre varias enfermedades que pueden ser notificadas, se seleccionaron sobre la base de disponibilidad de datos y las que más incidencia y prevalencia tienen en Guinea Ecuatorial. Tales como la *Malaria, sarampión, rubéola, tétanos, tuberculosis y fiebre amarilla*.

La malaria y la fiebre amarilla son endémicas en ciertas regiones geográficas, al igual que en GE. En muchos entornos, los casos de algunas enfermedades (la malaria es un ejemplo común) sólo se identifican mediante signos y síntomas clínicos. Algunas enfermedades se notifican en el marco del Reglamento Sanitario Internacional, mientras que otras son objeto de vigilancia en el contexto de programas de control específico de los países o de la OMS.²⁷

A pesar de los continuos esfuerzos desplegados para mejorar la vigilancia y respuesta ante las enfermedades, muchos países se enfrentan a dificultades a la hora de identificar, diagnosticar y notificar con precisión las enfermedades infecciosas debido a la ubicación remota de las comunidades, la falta de transportes e infraestructuras de comunicaciones, y la escasez de personal sanitario cualificado y servicios de laboratorio para asegurar el diagnóstico preciso. A partir de estas cifras no se pueden inferir los esfuerzos o progresos de un país en el control de enfermedades concretas.²⁷ A raíz de éste problema que explica la OMS sobre la notificación de las enfermedades se entiende que GE también se ve afectado al ser un país con las mismas dificultades y características que afectan a todos los países subdesarrollados.

Entre las enfermedades que se cita en la tabla, se selecciona el paludismo (malaria) al ser la que más incidencia y prevalencia tiene en entre todas en Guinea Ecuatorial.

El paludismo: En la actualidad se considera que cerca de 100 países o territorios del mundo se encuentran afectados por el paludismo. Casi la mitad de ellos se encuentran en el África Subsahariana. Aunque esta cifra es considerablemente inferior a la que había a mediados de los años cincuenta (140 países o territorios), más de 2.400 millones de personas en el mundo aún viven en áreas de riesgo. Se calcula que la incidencia del paludismo en el mundo oscila entre 300 y 500 millones de casos clínicos cada año. El 90% de ellos suceden en África Subsahariana, la mayoría producidos por *Plasmodium falciparum*. Se estima que el paludismo le cuesta a África más de 12 billones de dólares al año. Se cree que el paludismo causa entre 1,1 a 1,3 millones de defunciones al año, la mayoría de las cuales corresponde a niños menores de 5 años en África. Estas muertes infantiles, ocasionadas fundamentalmente por la anemia y el paludismo cerebral,

representan cerca del 25% de la mortalidad africana en esta franja de edad. Otros grupos de riesgo incluirían a las mujeres embarazadas, los viajeros no inmunes, personas desplazadas o trabajadores que entran en áreas endémicas.⁴⁵

En Guinea Ecuatorial el paludismo ha sido tradicionalmente muy endémico, con el 55% de los niños menores de cinco años afectados, a día de hoy, los datos deben estudiarse de forma diferenciada para la región insular y la región continental, pues la implantación de medidas de control en la isla de Bioko ha hecho que la prevalencia haya disminuido al 18% en la isla, pero que siga siendo superior al 50% en el continente. Con relación a la lucha contra la malaria, las recomendaciones actuales de la OMS se basan por un lado en el rápido diagnóstico parasitológico y el tratamiento precoz a base de combinado de artemisina y por otro en los mecanismos de control vectorial, básicamente uso de telas mosquiteras impregnadas (TMI) y rociamiento intra-domiciliario (RI).⁴⁶

AÑO	MALARIA	SARAMPIÓN	RUBÉOLA	TÉTANOS (total)	TB	F. AMARILLA
2006	.....	.....	.....	.....	256	.....
2007	.....	5	0	1	....	.....
2008	63.147	436	2	4	541	10
2010	.....	0	.....	0	820	0
2011	22.466	0	.....	3	883	0
2012	15.169	1.190	.....	0	.....	0

Análisis de Resultados: Se observa los datos del número de casos notificados de ciertas enfermedades, y se ve que ha disminuido el número de casos notificados de malaria en un 75,9%. Mientras, aumenta bruscamente los casos de sarampión diferencialmente en un 23,7 aproximadamente, y se muestra un ascenso ligero de los casos notificados de rubéola.

Por otro lado, se observa que hay unas fluctuaciones en forma de pico de los casos notificados de tétanos que descienden completamente en el 2012 llegando alcanzar un cero en las notificaciones de ésta enfermedad. Sorprendentemente suben los casos de tuberculosis en un valor de 300% con los primeros años, mientras que descienden los casos de fiebre amarilla llegando a desaparecerse completamente.

INDICADORES SANITARIOS MUNDIALES DE GABÓN Y NIGERIA

➤ **Datos de interés de Gabón:** limita al sureste con Guinea Ecuatorial. Su población en 2013 era de 1, 672,000 habitantes con una esperanza de vida de entre 62 y 65 años; en 2013 la probabilidad de morir entre los 15 y 60 años de los hombres era de 296 y de las mujeres 235, y el ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales) en 2013 era de 17,220\$. (Datos recogidos de la página oficial de la OMS).

Tabla 1.- Gasto en salud

AÑO	Gasto en salud					Gasto de la seguridad social % del gasto general del gobierno en salud	Gasto de salud desembolsado por el paciente (% del gasto privado en salud)
	% PIB	Gobierno o % del gasto general en salud	Privado % del gasto total en salud	Sector público (% del gasto total en salud).	Per cápita (US\$ a precios actuales)		
2004	3,4	77,9	31,2	43,5	180	1,7	85,2
2005	3,0	40,9	26	40,9	187	1,6	85,2
2006	3,2	41,1	27,0	41,1	216	1,8	85,2
2007	3,3	41,8	35,5	41,8	260	2,0	85,2
2008	2,7	39,8	56,3	39,8	283	13,5	85,2
2009	3,7	42,6	52,1	42,6	291	24,9	85,2
2010	3,5	46,8	48,2	46,8	327	24,9	85,2
2011	3,5	52,3	47,1	52,3	415	27,1	85,2
2012	3,7	52,8	....	52,8	399	....	85,2
2013	3,8	54,4	....	54,4	441	....	85,2

Tabla 2.- Dotación de personal sanitario por 10⁴ habitantes

GABON	Médicos		Personal de enfermería Y partería.		Odontólogos		Farmaceutas		Trabajadores de salud pública y ambiental		Agentes y prestadores de atención de salud	
	Nº	Dens	Nº	Dens	Nº	Dens	Nº	Dens	Nº	Dens	Nº	Dens
2000-2006	395	3	6778	50	66	<1	63	<1	150	1	...	....
2000-2007	395	3	6798	50	66	1	....	....	....	....	...	....
2000-2009	395	3	6778	50	66	1	63	1	150	1	...	....
2000-2010	395	2,9	6778	50,2	66	0,5	63	0,5	150	1,1	...	.....

Tabla 3.- Dotación de camas por 10⁴ habitantes

GABÓN	2000-2008	2000-2009	2006-2012	2005-2011	2005-2012
Camas hospitalarias. Densidad por 10 ⁴ habitantes	20	13	63	63	63

Análisis Comparativo de los resultados:

Mirando La **tabla de gasto en salud** de Guinea Ecuatorial y la de Gabón, se observa que el gasto en salud total (% del PIB) de Guinea Ecuatorial ha sufrido muchas variaciones y en el periodo 2004 al 2013 aumentó 45,8%, mientras que Gabón aumentó un 11,8%.

Se observa que el (%) del gasto general en salud del gobierno, oscila sorprendentemente en Guinea Ecuatorial de forma que acaba descendiendo en 2013 en un 7,7% aproximadamente, mientras que en Gabón desciende en un 48,9% aunque sufre pequeñas oscilaciones en el periodo entre 2005 a 2010 en el cual empieza a recuperarse. Se observa que en Gabón hay unas ligeras fluctuaciones del gasto en salud privado (% del gasto total en salud) con un aumento brusco en el 2008; que empieza a descender de nuevo en 2009 en un 9,5% aproximadamente hasta 2009. Por otro lado, se observa los datos de Guinea Ecuatorial que en los primeros años sufren casi las mismas fluctuaciones, pero acaban aumentándose de 2009-2011 en un 90% y en los años restantes no hay datos.

El gasto del sector público (como % del gasto total en salud); en Gabón aumentó en un 36,6% de 2004 a 2013, aunque sufre una disminución gradual desde 2005 a 2006 de un 8,5%, el cual se acaba recuperando positivamente, mientras que en Guinea Ecuatorial se observa que a principios tuvo un incremento, pero desafortunadamente los datos acaban descendiendo de forma porcentual en un 21,1% en los últimos años (2009-2013). A continuación se tiene el gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales) que en los datos de Guinea Ecuatorial muestra muchas fluctuaciones y en definitiva acaba con una caída de un 2,7% en el 2013, cuando en Gabón se observa un aumento bastante considerable de aproximadamente 145%; aunque, sufrió un descenso de 56,6 en 2012.

Para finalizar con el análisis de resultados de ésta tabla, se observa el gasto en la seguridad social y vemos que en Gabón se realiza una inversión considerablemente ascendente de un 1.494%, frente a Guinea Ecuatorial que la inversión en seguridad social es cero. Y por último el gasto en salud desembolsado por el paciente, disminuye

un 3,6% en Guinea Ecuatorial en los últimos años, mientras que en Gabón permanece estándar.

Se analiza La **tabla del dotación de personal sanitario (por 10⁴ habitantes)** con el fin de realizar una comparación respecto a los datos de GE, y se encuentra lo siguiente: que casi la mayoría de los datos del personal sanitario (médicos, enfermeras y parteras, odontólogos, farmacéuticos, y trabajadores de salud pública) de Gabón permanecen de forma constante al igual que los de Guinea Ecuatorial. Igual densidad de médicos, mientras que de enfermeras y parteras tiene una densidad 10 veces superior que GE.

Respecto a **la dotación de camas hospitalarias por 10⁴ habitantes**: en Gabón ha permanecido prácticamente constante, aunque es aproximadamente 3 veces superior a Guinea Ecuatorial (63 camas frente a 22).

➤ **Datos de Interés de Nigeria:** Comparte fronteras marítimas con Guinea Ecuatorial. En el año 2013 según la OMS, Nigeria tenía una población total de 173, 615,000 habitantes, un ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales) de 5\$, una esperanza de vida de 54 años para los hombres y de 55 para las mujeres, con una probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años (por 1000 habitantes) de 357 para los hombres y 325 para las mujeres.

Tabla 1.- Gasto en salud

NIGERIA	Gasto en salud					Gasto de la seguridad social % del gasto general del gobierno en salud	Gasto de salud desembolsado por el paciente (% del gasto privado en salud)
	% PIB	Gobierno % del gasto general en salud	Privado % del gasto total en salud	Sector público (% del gasto total en salud).	per cápita en salud (US\$ a precios actuales)		
2004	4,3	32,7	69,6	32,7	45	0,0	95,3
2005	4,1	29,2	69,1	29,2	53	0,0	95,8
2006	3,7	32,9	70,3	32,9	61	0,0	95,8
2007	4,5	32,9	74,7	32,9	81	0,0	95,6
2008	4,0	36,8	63,3	36,8	88	0,0	95,8
2009	4,2	31,3	64,9	31,3	74	0,0	95,7
2010	3,5	26,1	68,5	26,1	81	0,0	95,7
2011	3,7	31,1	66,5	31,1	93	.....	95,7
2012	3,4	33,2	....	33,2	93	.....	95,5
2013	3,9	27,6	.....	27,6	115	.....	95,8

Tabla 2.- Dotación de personal sanitario por 10⁴ habitantes

NIGERIA	Médicos		Personal de enfermería y partería		Odontólogos		Farmaceutas		Trabajadores de salud pública y ambiental		Agentes y prestadores de atención de salud (por 10 ⁴ habitante)	
	Nº	Dens	Nº	Dens	Nº	Dens	Nº	Dens	Nº	Dens	Nº	Dens
2000-2006	34923	3	210306	17	2482	<1	6344	<1	.....	.....	.....	.....
2000-2007	34923	3	210306	17	2482	<1	.....	.....	.....	.....	115761	9
2000-2009	55376	4	224943	16	3781	<0,5	18682	1	4280	<0,5	19268	1
2000-2010	55376	4,0	224943	16,1	3781	0,3	18682	1,3	4280	0,3	19268	1,4
2005-2012	.....	4,0	.....	16,1	.....	0,2	.....	1,0	.....	0,3	.....	1,4
2006-2013	.....	4.1	.....	16.1	.....	0.2	.....	1.1	.....	.....	.....	.....

Tabla 3.- Dotación de camas por 10⁴ habitantes

NIGERIA	2000-2007	2000-2008	2000-2009	2005-2010	2005-2012
Camas hospitalarias (por 10 ⁴ habitantes)	5	5	5	5	21

Análisis Comparativo de los resultados:

Se puede sacar las siguientes diferencias entre **el gasto en salud** de Nigeria y el de Guinea Ecuatorial: El gasto en salud total (% del PIB) de Nigeria decrece en un 10,2%, empezando con fluctuaciones y acaba descendiendo gradualmente. Los datos de Guinea también sufren fluctuaciones casi similares y también acaban aumentando en un porcentaje de 45,8% de 2009 a 2013.

Gasto en salud del gobierno (como % del gasto general en salud); ése indicador en Nigeria comienza con ligeras fluctuaciones (descendientes y ascendentes), de manera que acaba disminuyendo en un 18% aproximadamente. Al igual que en Guinea Ecuatorial donde también se observa varias oscilaciones de ése indicador, que acaba disminuyéndose pero en un porcentaje de 7,7% en 2013, inferior al de Nigeria.

Gasto privado en salud (como % del gasto total en salud); se empieza observando un aumento de 2004 a 2007 de éste indicador en Nigeria, y luego disminuye un 15,2% en 2008 referente a los años anteriores. Después se empieza una recuperación gradual en un 5,2% aproximadamente hasta 2011, no existiendo datos posteriores como en Guinea Ecuatorial. Ése indicador asciende en los últimos años (2009-2011) en un 90% en Guinea Ecuatorial.

Gasto en salud sector público (% del gasto total en salud); en Nigeria éste indicador disminuye en un 29% aproximadamente con caídas muy llamativas concretamente en 2010 y 2013. Mientras que en Guinea Ecuatorial disminuye también en los últimos años en un 21,1% de 2009 a 2013.

Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales); aumenta en un 255,5% en Nigeria, pero sufre una ligera caída en 2009, No obstante el ascenso es bastante considerable. Ése indicador sufre muchas oscilaciones en Guinea Ecuatorial de manera que acaba cayéndose en el 2013 en un porcentaje del 2,7% frente a 2004.

Gasto de seguridad social en salud (como % del gobierno general en salud); Al igual que Guinea Ecuatorial los datos revelan que en Nigeria no existe seguridad social.

Gasto en salud desembolsados por el paciente (% del gasto privado de salud); se observa que aumenta en Nigeria en un 0,52%, mientras que en Guinea Ecuatorial éste indicador ha tenido un descenso del 3,6% de 2004 a 2013.

Se analiza La **tabla de dotación de personal sanitario (por 10⁴ habitantes)**; Se observa que en Nigeria ha aumentado gradualmente el número de médicos en un 33%, ha permanecido constante el personal de enfermería y partería.

Se ha aumentado **el número de camas por 10⁴ habitantes** en Nigeria en un 320% (de 5 camas a 21), Mientras que en Guinea Ecuatorial éste indicador es constante.

3. CONCLUSIONES

Del estudio de los datos anteriores podemos llegar, de forma general, a las siguientes conclusiones:

1.- Disminuye la tasa de natalidad pero la población aumenta en un 29%, permaneciendo sin cambios el número de mayores de 65 años.

2.- La esperanza de vida al nacer ha aumentado un 10% en 10 años, siendo actualmente 53 años. La atención médica prenatal aumentó en un 6%, lo mismo que los nacimientos asistidos por el personal de salud capacitado. Desciende la razón de mortalidad materna en 64,7%.

3.- Mejora la educación aumentando la tasa de alfabetización de educación primaria (17%) y la tasa de alfabetización (8%).

4.- El número de niños inmunizados contra el sarampión desciende (21%) y contra el DPT (92,1%). El número de casos de ciertas enfermedades como el paludismo disminuye (75,9%), el sarampión aumenta bruscamente (23,7%), descienden los casos de rubéola, desaparecen los casos de tétanos, la tuberculosis aumenta en un 300% y desaparecen los casos de fiebre amarilla.

5.- El gasto en salud total (% del PIB) aumenta en el periodo 2004-2013 en un 45,8%. Mientras que el gasto del sector público (% gasto total en salud) aumenta en un 17%. El PIB por habitantes aumenta de 5.650\$ en el año 2003 a 23.240\$ en el año 2013.

6.- El personal sanitario de medicina, enfermería y partería, odontología, farmacia, salud pública, y agentes y prestadores de atención en salud porcentualmente no cambia entre 2000-2010. El número de camas hospitalarias por 10⁴ habitantes permanece constante, igual que el número de las instalaciones sanitarias, salvo un ligero aumento de los centros de salud del 7,1%.

7.- Aumento del consumo de alcohol (35%) mientras que la prevalencia del consumo de tabaco no cambia.

8.- La comparación de Guinea Ecuatorial, Nigeria y Gabón muestra los siguientes datos:

- El PIB (% del gasto en salud) aumentó un 46% en Guinea Ecuatorial, mientras que aumentó cerca de un 2% en Gabón y disminuyó un 2% en Nigeria.
- El gasto general de salud del gobierno (%) disminuyó un 4% en Guinea Ecuatorial, un 43% en Gabón y 18% en Nigeria.
- El gasto total en salud del sector privado (%) aumentó un 86% en GE, un 51% en Gabón y disminuyó un 5% en Nigeria.
- La densidad de médicos por 10.000 habitantes permanece prácticamente constante en los tres países (3 en GE y Gabón y 4,1 en Nigeria).

- La densidad de enfermeras y parteras por 10.000 también permanece prácticamente constante pero con números muy dispares (5 en GE, 50 en Gabón y 16 en Nigeria).
- Agentes y prestadores de atención de salud junto con los trabajadores de salud pública y ambiental, tienen una densidad por 10.000 habitantes muy diferente (6,6 en GE, 1 en Gabón y 1.7 en Nigeria).
- El número de camas hospitalarias por 10.000 habitantes permanece prácticamente constante en los tres países, siendo muy análogo en GE y en Nigeria (22 GE. 21 Nigeria), mientras que es muy superior en Gabón (63 camas).

Abreviaturas

CAD: comité de ayuda al desarrollo.

CRS: base de datos Creditor Reporting System del CAD.

AOD: Ayuda oficial al desarrollo

ODM: objetivos de desarrollo para el Milenio.

INSESO: instituto nacional de seguridad social.

OMS: organización Mundial de la salud.

ONG: organización no gubernamental.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la infancia.

PIB: producto interior bruto.

PIB per Cápita: producto interior bruto por habitante.

TFG: trabajo fin de grado

FRS: Fundación de religiosos para la salud.

3. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Organización Mundial de la Salud [Internet]. ¿Qué es un sistema de salud? [Actualizado 09 Nov. 2005; citado 16 marzo 2015]. [Aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- 2.- Noche González Gisela, Arregoitía Ortiz Odalys. Implementación de un Servicio de Puericultura en un Centro de Salud del Distrito de Malabo. *Medicentro*.2003; 7(3).Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/957/966>
- 3.- Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, Ministerio de Economía, Planificación e Inversiones Públicas, e ICF International. 2012. Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I) 2011. Calverton, Maryland, USA. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR271/FR271.pdf>
- 4.- República De Guinea Ecuatorial, Sistema de las naciones Unidas. Balance Común De país. CCA. Noviembre de 2011. http://www.gq.undp.org/content/dam/equatorial_guinea/Otros/CCA%20%2811-2011%29.pdf
- 5.- Pérez Rodríguez Isabel. El Sector Sanitario en Guinea Ecuatorial. Agosto de 2009. Proexca para Canarias. [Aprox 7pg.] Disponibles en: http://www.proexca.es/Portals/0/Documents/EstudiosMercado/Africa/El_sector_Sanitario_en_Guinea_Ecuatorial_Proexca.pdf
- 6.- Ten Roldán C. Estudio de Viabilidad de una Clínica Privada En Guinea Ecuatorial [Trabajo de fin de Carrera]. Universidad Politécnica de Valencia.: Facultad de Administración y Dirección de Empresas.; 2011. Disponible en: <https://riunet.upv.es/handle/10251/15239>
- 7.- Prensa ASISA Salud. ASISA da cobertura sanitaria en Guinea Ecuatorial. . 2011 27 de Junio; [Aprox.1 P]. Disponible en: <https://www.asisa.es/Prensa/ASISA-da-cobertura-sanitaria-en-Guinea-Ecuatorial>
- 8.- Larrú JM. [Internet].La ayuda al desarrollo española a Guinea Ecuatorial: rasgos macroeconómicos y retos de futuro. *Sistema*, 2011 [citado 2015 abril 12]; [aprox. 20 p]; (220-221):235-261. Disponible en: http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/6832/1/Ayuda_Larru_Sistema_2011.pdf
- 9.- Organización Mundial de la Salud [Internet].Informe sobre la salud en el mundo. [Actualizado 2006; citado 17 Mar 2015]. [Aprox14-219pg.]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/es/>
- 10.- El Banco Mundial [internet]. Gasto en Salud per cápita (US\$ a precios actuales). [Citado 01 abril de 2015]; [aprox ½ p]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP>
- 11.- Esteve O, Oriol Escárdibul J. Economía para la Educación. Primera Edición. Madrid: Ediciones Encuentro; 1998.
- 12.- Congregación Hermanas Hospitalarias [internet]. Coordinación y apoyo a la medicina tradicional en Guinea Ecuatorial. [Actualizado 6 junio 2014; Citado 8 abril 2015]. [Aprox 2 p]. Disponible en: http://www.complejoacaman.org/opencms/export/sites/canarias/galerias/documentos/noticias/PINCHA_AQUI_PARA_VER_LAS_BASES_DEL_PROYECTO_COORDINACION_Y_APOYO_A_LA_MEDICINA_TRADICION_AL_EN_GUINEA_ECUATORIAL.pdf

- 13.- Gómez de Tojeiro Roce, Dr. Juan. Apoyo a la Implementación de un plan estratégico de salud mental en Guinea Ecuatorial. De próxima aparición 2011. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheaderna me1=Contentdisposition&blobheaderna me2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPlan+de+S alud+Mental+Guinea+Ecuatorial+Bol+AGCPSM+HU12O.+2011.+23.+358.+Gomez+de+Tojeiro+J. pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital12Octubre&blobkey=id&blobtable=M ungoBlobs&blobwhere=1352810782977&ssbinary=true>
14. - Organización Mundial de la Salud [Internet].OMS country cooperation strategy. [Actualizado mayo 2014; citado 20 Abril de 2015]. [Aprox. 2 pantallas].Disponible en:
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_gnq_es.pdf
- 15.- Olmo Boullon J. Los Territorios Españoles del Golfo de Guinea. Madrid.: Editorial Dossat, S.A.; 1944.
- 16.- Gobierno General. Territorios Españoles del Golfo de Guinea 2583116th ed. Madrid 1995; Abril de 1955.
- 17.- El Banco Mundial [Internet]. Datos indicadores: población total. [Actualizado 2013; citado 21 abril 2015]. [Aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>
- 18.- El Banco Mundial [Internet].Datos indicadores: población total. [Actualizado 2013; citado 05 junio 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>
19. - El Banco Mundial [Internet].Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer). [Actualizado 2013; citado 05 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en:
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>
- 20.- El Banco Mundial [Internet].Tasa de fertilidad adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años). [Actualizado 2013; citado 05 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>
- 21.- El Banco Mundial [Internet].Tasa de natalidad, nacidos vivos en un año (por cada 1.000 personas). [Actualizado 2013; citado 05 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en:
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CBRT.IN>
- 22.- El Banco Mundial [Internet].Tasa de finalización del nivel primario, mujeres (% del grupo etario correspondiente). [Actualizado 2013; citado 05 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla].Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SE.PRM.CMPT.FE.ZS>
23. El Banco Mundial [Internet].Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más). [Actualizado 2013; citado 07 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en:
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SE.ADT.LITR.ZS?page=2>
- 24.- El Banco Mundial [Internet].INB per cápita, PPA (a \$ internacionales actuales). [Actualizado 2013; citado 07 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en:
<http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GNP.PCAP.PP.CD>
- 25.- Organización mundial de la salud [Internet].Estadísticas Sanitarias Mundiales. [Actualizado 2010; citado 22 mayo 2015]. [aprox. 18 pantallas].WA 9000.1 (ISBN 9789243563985). Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2010/es/
- 26.- El Banco Mundial [Internet]. Gasto en salud, total (% del PIB). [Actualizado 2013; citado 07 mayo 2015]. [aprox. 20 pantallas]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

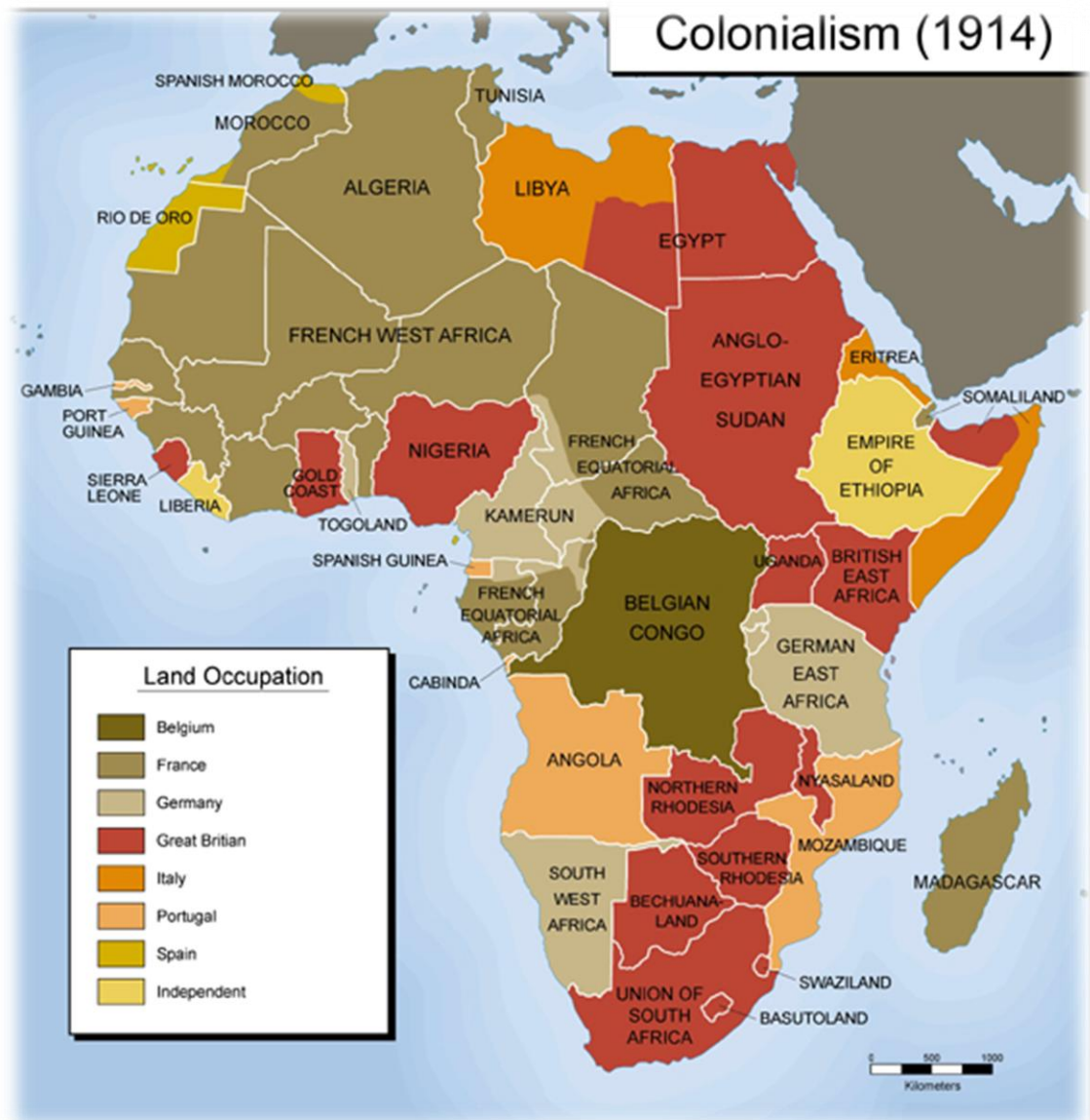
- 27.- Organización mundial de la salud [Internet]. Estadísticas sanitarias mundiales. [Actualizado 2009; citado 07 mayo 2015]. [aprox. 12 pantallas]. WA 900.1 (ISBN 978 92 4 356381 7). Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2009/es/
- 28.- El Banco Mundial [Internet]. Gasto en salud, sector público (% del gasto del gobierno). [Actualizado 2014; citado 06 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL.GX.ZS>
- 29.- El Banco Mundial [Internet]. Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales). [Actualizado 2014; citado 16 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP>
- 30.- Observatorio de la Salud [Internet]. Definición de Indicadores. [Actualizado 29 mayo 2015; citado 16 mayo 2015]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://200.57.141.244/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=220
- 31.- El Banco Mundial [Internet]. Gasto en salud desembolsado por el paciente (% del gasto privado en salud). [Actualizado 2014; citado 15 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.ZS>
- 32.- El Banco Mundial [Internet]. Embarazadas que reciben atención médica prenatal (%). [Actualizado 2014; citado 08 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.ANVC.ZS>
- 33.- El Banco Mundial [Internet]. Nacimientos asistidos por el personal de salud capacitado (% del total). [Actualizado 2014; citado 09 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.BRTC.ZS>
- 34.- El Banco Mundial [Internet]. Inmunización contra el sarampión (% de niños entre 12 y 23 meses de edad). [Actualizado 2014; citado 10 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.IMM.MEAS>
- 35.- El Banco Mundial [Internet]. Inmunización con vacuna DPT (% de niños entre 12 y 23 meses de edad). [Actualizado 2014; citado 02 junio 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.IMM.IDPT>
- 36.- El Banco Mundial [Internet]. Mejora de las instalaciones sanitarias (% de la población con acceso). [Actualizado 2012; citado 15 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.ACSN>
- 37.- El Banco Mundial [Internet]. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (% de mujeres entre 15 y 49 años). [Actualizado 2013; citado 21 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CONU.ZS>
- 38.- El Banco Mundial [Internet]. Esperanza de vida al nacer, total (años). [Actualizado 2014; citado 20 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>
- 39.- El Banco Mundial [Internet]. Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1.000). [Actualizado 2013; citado 16 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT>

- 40.- El Banco Mundial [Internet]. Tasa de mortalidad infantil, varones (cada 1000 nacidos vivos). [Actualizado 2014; citado 11 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.MA.IN>
- 41.- El Banco Mundial [Internet]. Tasa de mortalidad en un año (por cada 1.000 personas). [Actualizado 2014; citado 9 mayo 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CDRT.IN>
- 42.- Centro americano de Población [Internet]. Seguimiento y Evaluación de programas de salud reproductiva. [Actualizado 04 agosto 1999 Por Helena Ramírez; citado 02 junio 2015]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3314mat.htm>
- 43.- El Banco Mundial [Internet]. Prevalencia de VIH, total (% de la población entre 15 y 24 años de edad). [Actualizado 2014; citado 3 junio 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.AIDS.ZS>
- 44.- El Banco Mundial [Internet]. Prevalencia de desnutrición, peso para la edad (% de niños menores de 5 años). [Actualizado 2013; citado 05 junio 2015]. [aprox. ½ pantalla]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MALN.ZS>
- 45.- Ana Guerra Neira. Sensibilidad frente a los antipalúdicos y variabilidad genética del Plasmodium falciparum en Guinea Ecuatorial [Tesis]. Madrid-España. Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina; 2007.
- 46.- Estefanía Custodio Cereales. Valoración del estado nutricional de la población infantil de Guinea Ecuatorial y su posible relación con el paludismo. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Ciencias; Septiembre 2009.

4. ANEXOS

Anexo I: Mapa del Continente Africano

En el siguiente se puede visualizar a Guinea Ecuatorial en la costa Atlántica de África Central, es un país con pocas dimensiones Geográficas y Demográficas en comparación con la mayoría de los Países Africanos.



Anexo II: Organización del sistema de salud Ecuatoguineano

ADMINISTRATIVA	ESTRUCTURA FUNCIONAL	MECANISMOS DE COORDINACION Y GESTION DE CONCERTACION
A) SECTOR PUBLICO		
<u>Nivel Central:</u>	Administrativa	<i>Consejeros del Ministerio</i>
Los órganos superiores de la administración Ministro Ministro Delegado Vice-ministro Secretarios de Estados (3) Consejo de administración - Secretario General		
Consejeros Presidenciales (3)		<i>Oficina nacional de Salud</i>
<u>La Puesta en Marcha de los Órganos Superiores</u>		Consejo de administración
<u>DGGM</u> - DGLEM - DGSE - DGM VIH / SIDA - DGSF - DGSPPS - DGSM - DGACH - DGF - DGRH - DGPS		
<u>Control e Inspección.</u> - Inspector general - Inspector general adjunto		
<u>Nivel intermedio:</u> - Delegada Regional (Bata) - Sede de los servicios regionales - Coordinadores regionales de programas 2 Hospitales regionales		<i>Consejo de administración delegación regional</i>
<u>A nivel periférico:</u>		
<u>Provincia</u> Delegación provincial - El Hospital regional (gestión técnica) - El Hospital regional (gestión administrativa)	<i>Los Hospitales de Malabo y Bata</i> <i>Hospital provincial</i>	<i>Consejo de administración del hospital regional</i> <i>Consejo de administración del hospital provincial</i>
<u>Distrito</u> - Jefe del equipo de salud del distrito - Comité de desarrollo / Salud	<i>Hospital de distrito</i>	-Consejo de administración del hospital distrital - <i>Comité de desarrollo / Salud</i>
<u>Comunidad</u> -Dirección de centro de salud -Agente comunitario -Comadrona-Partera tradicional 2 Almacén de medicamentos de Malabo y Bata	- Centro de salud - <i>Puestos de salud</i>	-El consejo de administración de C.S. - Comité de desarrollo (C.S.) - Comité de desarrollo (PS)
B) SECTOR PARAPUBLICO		
Instituto de Seguridad Social (INSESO)	La oficina central de Malabo - La oficina regional de Bata - El hospital Policlínico de Malabo - El hospital Policlínico Bata.	-Consejo de administración - Con la participación del Estado
CENTRAMED de Bata		-Consejo de administración - Con la participación del Estado
C) SECTOR PRIVADO		
El hospital « La Paz de Sipopo » de Malabo El hospital « La Paz » de Bata El hospital Guadalupe de Malabo El hospital Guadalupe de Mongomo		-Consejo de administración - Con la participación del Estad - Privado

Fuente: información saca de la encuesta demográfica y de salud de Guinea Ecuatorial (EDSGE) 2011. Del Ministerio de Sanidad y Bienestar social, y del Ministerio de Economía, planificación e inversiones públicas.

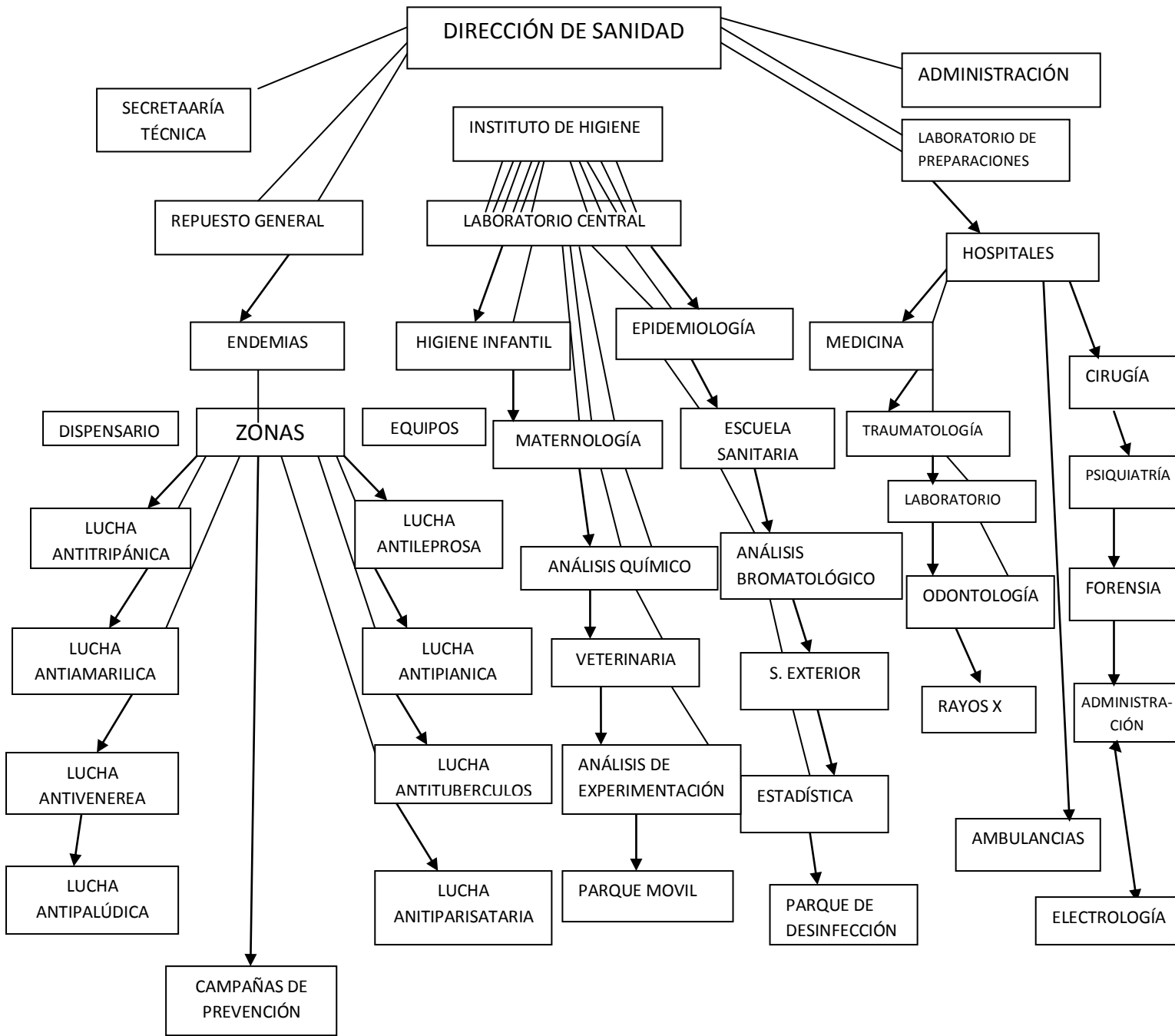
Anexo III: Personal y el organigrama sanitario en tiempo colonial.

LA PLANTILLA DEL PERSONAL DE LA GUINEA ESPAÑOLA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1949-1955	
Personal Europeo	Personal Nativa
1 Médico director del Servicio	1 Practicante titulado.
3 Médicos Jefes.	6 Escribientes.
11 Médicos Primeros	28 Auxiliares Sanitarios de primera clase.
13 Médicos Segundos.	111 Auxiliares sanitarios de segunda clase.
1 Farmacéutico Jefe.	157 Enfermeros.
2 Farmacéuticos Primeros.	2 Ordenanzas.
2 Farmacéuticos Segundos.	2 conserjes.
1 Veterinario.	3 Auxiliares femeninos de primera clase.
2 Odontólogos.	8 Auxiliares femeninos de segunda clase.
1 Preparador Anatómico.	22 Enfermeras.
1 Practicante Mayor.	20 Mecánicos conductores.
10 Practicantes Primeros.	1 Mecánico de estufa.
11 Practicantes segundos.	1 carpintero
1 Administrador contador del estado.	5 Porteros.
38 Religiosas Enfermeras.	18 Cocineros.
	57 Braceros.

Fuente: Olmo Boullon J. *LOS TERRITORIOS ESPAÑOLES DEL GOLFO DE GUINEA.*
 . Madrid.: Editorial Dossat, S.A.; 1944.

Ésta lista está redactada de acuerdo a las distintas categorías del personal sanitario disponibles en éstas décadas, y también el autor incluye todo el personal que trabaja directa un indirectamente para los servicios de salud.

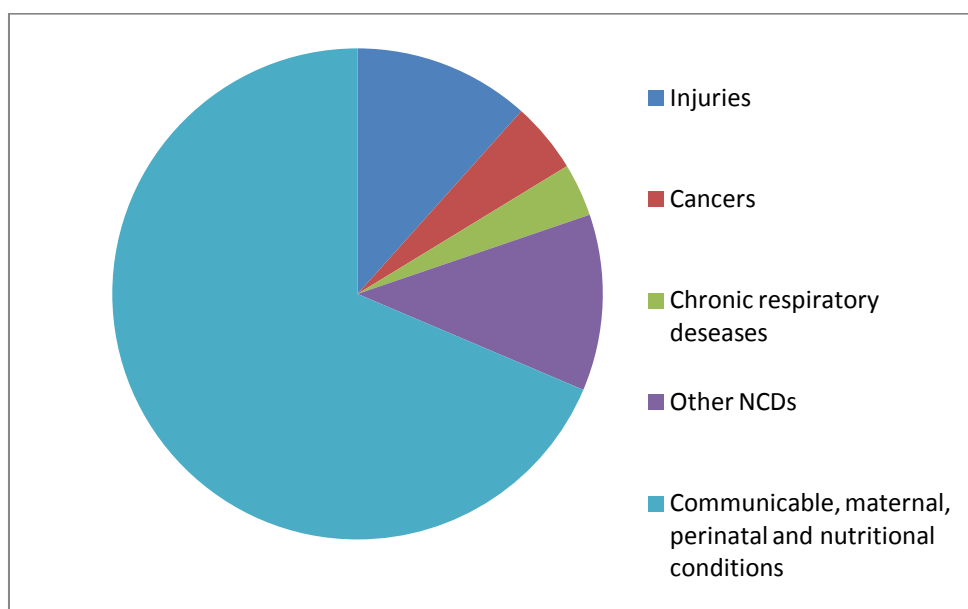
Organización del Sistema Sanitario en tiempos coloniales:



Los recuadros que se encuentran en el lado derecho del organigrama, abarcan los hospitales con sus especialidades disponibles en aquél tiempo.

Fuente: Olmo Boullon J. LOS TERRITORIOS ESPAÑOLES DEL GOLFO DE GUINEA. . Madrid.: Editorial Dossat, S.A.; 1944.

Anexo IV: Mortalidad proporcional (% del total de defunciones, todas las edades, ambos sexos): causas de mortalidad en GE.



Fuente: Datos recogidos de la OMS (<http://www.who.int/countries/gnq/es/>)