

PLAN ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO

del Sistema Nacional
de Información Sanitaria (PEFSNIS)



Ministerio de Sanidad y Bienestar Social
República de Guinea Ecuatorial



PREFACIO

La implementación de este Plan Estratégico de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Información Sanitaria (PEFSNIS), será una gran oportunidad para disponer de una información sanitaria fiable, actualizada y de calidad que cumple con los estándares internacionales.

Por lo tanto, el presente plan sirve de marco referencial para la inversión y guía en cuanto a la implementación de cualquier plan de recogida de datos sanitarios en el ámbito nacional, eliminando la proliferación de sistemas paralelos que debilitan la germinación orgánica de un sistema de recogida de datos integral. Se invita pues a todos los socios al desarrollo del sector salud a consolidar su apoyo de siempre en la implementación del PEFSNIS, a fin de garantizar la unidad de criterios en cuanto a la implementación y disposición de una información estadística sanitaria de calidad, fiable, integrada, armonizada y accesible a todas las partes, garantizando así, una adecuada planificación y toma de decisiones, la ejecución, el monitoreo y la evaluación de los programas y proyectos del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (MINSABS).

El MINSABS, tiene a bien expresar su profunda gratitud a todos los integrantes del equipo de trabajo que ha hecho posible la elaboración y actualización del presente

documento del PEFSNIS, y valora positivamente todos los aportes, así como la contribución de los socios al desarrollo del sector salud, Banco Africano de Desarrollo (BAD), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Medical Care Development International (MCDI), Fundación Religiosa de Sanitarios (FRS), en las diferentes etapas de trabajo. Igualmente, extiende las felicitaciones al equipo técnico del MINSABS por liderar y trabajar arduamente en la elaboración del presente Plan Estratégico.

De manera especial, el MINSABS, reconoce y agradece el importante apoyo técnico y financiero del Proyecto de Salud BAD II por haber asumido los gastos de la consultora realizada por el Gabinete de Estudios "CONESA" en el año 2014, que llevó a cabo el estudio de análisis de situación del Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS), cuyos resultados y recomendaciones han servido de base referencial para la elaboración y actualización del presente PEFSNIS.

Finalmente, rindo un vibrante homenaje al Gobierno de la República de Guinea Ecuatorial, en especial al Presidente de la República, Jefe de Estado y gobierno S.E. **Obiang Nguema Mbasogo**, por los esfuerzos que despliega día a día en favor del sector salud y el bienestar de nuestra población.

Malabo, día 08 de febrero de 2019

El Ministro de Estado Encargado de Sanidad y Bienestar Social

Doctor Salomón Nguema Owono

RESUMEN EJECUTIVO

En respuesta a los resultados de la evaluación del Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS) a través de la herramienta de la Red de Metrología Sanitaria de la OMS (RMS) o Health Metrics Network (HMN) en inglés que fue reforzada por visitas de terreno, consultas de documentos sobre la información estadística sanitaria y sesiones de trabajo durante el año 2018, se elaboró el Presente **Plan Estratégico de Fortalecimiento del SNIS (PEFSNIS) 2019 - 2023** para garantizar la disponibilidad, calidad y utilización de una información estadística sanitaria fiable, integrada, armonizada y accesible a todos los socios y actores del sistema nacional de salud (SNS).

El PEFSNIS, objeto del presente documento está estructurado de la siguiente manera: (i) Resumen ejecutivo; (ii) Recordatorio sobre el contexto general del país; (iii) Metodología y etapas de elaboración y (iii) Conclusión con un Marco Lógico de Resultados y un Plan Operativo en anexo.

La metodología utilizada para la elaboración del PEFSNIS se inspira de métodos de concepción y planificación de sistemas del SNIS desarrollados por RMS o HMN en varios países de la región Africana. La herramienta de evaluación del SNIS desarrollada a tal efecto y las directivas de la planificación estratégica han sido los instrumentos que sirvieron de referencia durante la preparación del presente PEFSNIS, cuya elaboración respetó 11 etapas esenciales, a saber:

- 1) Síntesis de la evaluación del SNIS mediante la herramienta RMS o HMN.
- 2) Síntesis de problemas del análisis causal del SNIS.
- 3) Síntesis de las recomendaciones para el fortalecimiento del SNIS.
- 4) Utilización del Marco Lógico de Resultados para la elaboración del PEFSNIS.

- 5) Definición de los resultados específicos e indicadores de resultado del PEFSNIS.
- 6) Definición de la Visión, Misión, Principios y Estrategias del PEFSNIS.
- 7) Definición de las Orientaciones estratégicas del PEFSNIS.
- 8) Relleno del Marco Lógico de Resultados del PEFSNIS.
- 9) Elaboración del presupuesto de actividades del PEFSNIS.
- 10) Justificación Presupuestaria del PEFSNIS
- 11) Definición del marco de implementación y seguimiento del PEFSNIS.

Se definieron 6 resultados específicos del PEFSNIS en el marco de la implementación de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social del sector salud, a saber:

- 1) Los recursos humanos, materiales y financieros del SNIS, incluida la Vigilancia Epidemiológica están fortalecidos en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.
- 2) Se dispone de un paquete esencial de indicadores definidos y adoptados para responder a las necesidades de planificación, evaluación y seguimiento de servicios, programas y proyectos de salud en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.
- 3) La fuente de datos del SNIS, que incluye la VE está consolidada y diversificada en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.
- 4) La disponibilidad y utilización de una información sanitaria de calidad que incluye la VE está fortalecida en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.

- 5) La difusión y utilización de la información sanitaria, que incluye los datos de VE para la planificación y toma de decisiones son efectivas en todos los niveles de la pirámide sanitaria y canales de comunicación sociales disponibles.
- 6) El marco institucional y organizacional de gestión del SNIS está fortalecido en los diferentes niveles de la pirámide sanitaria y a nivel de otras instituciones y socios en salud.
- c) La mejora de los mecanismos de producción, control de calidad y conservación de los datos del SNIS que incluye la Vigilancia Epidemiológica.
- d) La conservación y utilización de la información sanitaria.
- e) El fortalecimiento del marco institucional y de gestión del SNIS.

Con el fin de garantizar la obtención de los resultados fijados por el PEFSNIS, se definieron las siguientes orientaciones estratégicas:

- a) El fortalecimiento de la coordinación, planificación y liderazgo en materia de gestión del SNIS.
- b) La mejora de las competencias técnicas de los recursos humanos del SNIS.

El coste aproximado del PEFSNIS 2019 - 2023 distribuido entre los seis (6) resultados específicos, asciende a la cantidad de **5.069.481.498,40 XFAS**, como se indica en el resumen del siguiente cuadro.

La movilización de estos importes montos, se realizará a través del Gobierno de la República de Guinea Ecuatorial y los socios de apoyo al desarrollo del sector salud.

Cuadro de resumen presupuestario del PEFSNIS

Nº	RESULTADOS ESPECÍFICOS	MONTO (XFAS)	%
1	Los recursos humanos, materiales y financieros del SNIS, incluida la Vigilancia Epidemiológica están fortalecidos en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.	573.458.544	12,44
2	Se dispone de un paquete esencial de indicadores definidos y adoptados para responder a las necesidades de planificación, evaluación y seguimiento de servicios, programas y proyectos de salud en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.	316.060.000	6,86
3	La fuente de datos del SNIS, que incluye la VE está consolidada y diversificada en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.	2.194.204.000	47,61
4	La disponibilidad y utilización de una información sanitaria de calidad que incluye la VE está fortalecida en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.	547.588.000	11,88
5	La difusión y utilización de la información sanitaria, que incluye los datos de VE para la planificación y toma de decisiones son efectivas en todos los niveles de la pirámide sanitaria y canales de comunicación sociales disponibles.	171.000.000	3,71
6	El marco institucional y organizacional de gestión del SNIS está fortalecido en los diferentes niveles de la pirámide sanitaria y a nivel de otras instituciones y socios en salud.	806.309.000	17,50
Total Gatos de Resultados en XFAS (de 1 a 6)		4.608.619.544	100
Gatos de Gestión (10% del presupuesto total)		460.861.954,40	
Total Presupuesto del PEFSNIS		5.069.481.498,40	

Fuente: Elaboración del PEFSNIS 2019 - 2023

JUSTIFICACIÓN

Para dar cumplimiento con la Visión Política del Gobierno de la República de Guinea Ecuatorial, plasmada en el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social, “Guinea Ecuatorial al Horizonte 2020”, la Agenda 2030 de los ODS de las Naciones Unidas y la Agenda 2063 de la Unión Africana, la Cúpula Directiva del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, ha visto necesario elaborar una agenda de trabajo, denominada “Agenda Estratégica para la Transformación del Sistema Nacional de Salud (AETSNS) 2019-2023”.

La AETSNS 2019 - 2023 es una lista de acciones estratégicas elaboradas con la finalidad de direccionar mejor las actividades programáticas y de servicios en el MINSABS, salvaguardar el principio de uniformidad de criterios durante el ciclo de planificación, evitar la duplicidad de acciones y el desperdicio de recursos, para que de esta forma se pueda alcanzar eficazmente las aspiraciones del Gobierno en el sector salud.

Uno de los puntos que se recoge en la AETSNS 2019 - 2023, es el fortalecimiento del Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS), por considerar que constituye la estructura céntrica de cualquier Sistema de Salud, ya que proporciona los datos y la información necesarios para el monitoreo, la evaluación y el seguimiento de las acciones que se desarrolla en el Sector Salud, y para la correcta toma de decisiones, a fin de garantizar una adecuada preservación del estado de salud de la población, dentro del marco del cumplimiento de los objetivos del Gobierno y de los socios al desarrollo.

La falta de una cultura institucional de gestión planificada y la toma de decisiones basándose en evidencias estadísticas, entre otros aspectos, ha conllevado a que i) el funcionamiento del SNIS sea deficiente, ii) existan paralelismos en la recogida de datos en los diferentes servicios, programas y proyectos de salud (paludismo, VIH/Sida, tuberculosis, brigada cubana), y iii) hayan dificultades para evaluar de forma objetiva el alcance de los esfuerzos del Gobierno en el sector salud, posicionando incluso a Guinea Ecuatorial en foros internacionales como uno de los países con peores indicadores sanitarios en el mundo, inclusive por detrás de estados en conflictos armados y con serias dificultades socioeconómicas. Hay que destacar que la única fuente de información fiable con el que se cuenta actualmente en el país, y que permite evaluar de forma global los avances en materia de indicadores nacionales de salud pública, es la EDSGE-I 2011, cuya fecha de caducidad fue en el año 2017, dando a entender que esta herramienta ya debe ser actualizada.

Con la finalidad de resolver la problemática narrada en los párrafos anteriores y consecuentemente incidir en el suministro regular al Gobierno y Socios de unas estadísticas sanitarias fiables, la actual Cúpula Directiva del MINSABS ha visto necesario elaborar el presente Plan Estratégico de Fortalecimiento del SNIS 2019 - 2023, el cual consta de dos partes: i) Análisis del Sistema Nacional de Información Sanitaria y ii) Plan Estratégico para el Fortalecimiento del SNIS.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

MINSABS	Ministerio de Sanidad y Bienestar Social
AETSNIS	Agenda Estratégica para la Transformación del Sistema Nacional de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNIS	Sistema Nacional de Información Sanitaria
PEFSNIS	Plan Estratégico de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Información Sanitaria
EDSGE	Encuesta de Demografía y Salud de Guinea Ecuatorial
PNLS	Programa Nacional de Lucha contra Sida
PNLT	Programa Nacional de Lucha contra Tuberculosis
CDT	Centros de Diagnóstico y Tratamiento de tuberculosis
PNS	Política Nacional de Salud
APS	Atención Primaria de Salud
SGDD	Sistema General de Difusión de Datos
ONG	Organización No Gubernamental
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
RMS	Red Métrica de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
INEGE	Instituto Nacional de Estadísticas de Guinea Ecuatorial
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
MCDI	Medical Care Development International
FRS	Fundación Religiosa de Sanitarios
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III
BMC	Brigada Médica Cubana
BAD	Banco Africano de Desarrollo
PFE	Prácticas Familiares Esenciales
POE	Procedimiento Operativos Estándar
VE	Vigilancia Epidemiológica
VIER	Vigilancia Integrada de la Enfermedad y Respuesta

PRIMERA PARTE

Análisis de situación
del Sistema Nacional
de Información Sanitaria



1. CONTEXTO GENERAL DEL PAIS

1.1. Características geográficas y administrativas

Figura 1: Mapa de situación de Guinea Ecuatorial



La República de Guinea Ecuatorial está situada en la parte occidental del continente africano (Golfo de Guinea), tiene una extensión superficial total de 28.051,46 Km², la cual ocupa el 0,09% de la superficie territorial del continente africano. Limita al norte con la República de Camerún, al sur y al este con la República de Gabón y al oeste con el Océano Atlántico. Tiene además fronteras marítimas con la República Federal de Nigeria y Sao Tomé y Príncipe.

El clima es tropical y húmedo, con una temperatura media de 25° C, y que se mantiene con poca variación anual. La humedad relativa es de 90% y la pluviometría está marcada por fuertes y frecuentes precipitaciones. Las estaciones climatológicas del país se caracterizan por dos épocas secas y dos épocas lluviosas, las cuales varían anualmente entre las dos regiones. Entre estas estaciones existe una época intermedia denominada sequilla. Los dos periodos climatológicos han variado en los últimos años, probablemente debido al calentamiento global. El bosque ecuatoguineano ocupa el 86% del territorio nacional y la extensión marítima es de unos 300 mil Km².

El estado ecuatoguineano está dividido en dos regiones, la región continental (que incluye las islas de corisco, Elobey Chico, Elobey Grande y Mbañe) y la región insular (las islas de Bioko y de Annobón), ocho (8) provincias, diecinueve (19) distritos, treinta y seis (36) municipios, 53 distritos urbanos, 782 consejos de poblados y 163 comunidades de vecinos. Los consejos de poblados (zona rural) y las comunidades de vecinos (zonas urbanas y periurbanas) constituyen las unidades administrativas más pequeñas del país.

Las demarcaciones provinciales son dirigidas por los gobernadores, los distritos por los delegados de gobierno, los municipios y distritos urbanos por los delegados de gobierno adjuntos y los consejos de poblados, así como las comunidades de vecinos por los presidentes de los consejos de poblados y de las comunidades de vecinos.

La República de Guinea Ecuatorial es un estado presidencialista, y cuenta actualmente con tres poderes, i) el poder ejecutivo, encabezado por el Presidente de la República, y apoyado por un Vicepresidente, un Primer Ministro, tres Viceprimeros Ministros y varios miembros de gobierno de los diferentes departamentos ministeriales (ministros, ministros delegados, viceministros y secretarios de estado), ii) el poder legislativo, compuesto por el Senado y la Cámara de los Diputados, y iii) el poder judicial, encabezado por el Presidente de la Corte Suprema de Justicia. El país cuenta además con los siguientes órganos del Estado: i) el Consejo de Estado, ii) el Defensor del Pueblo y iii) el Tribunal de Cuentas.

En el marco de la consolidación democrática y de la buena Gobernabilidad en Guinea Ecuatorial, se está sentando las bases para el adecuado funcionamiento de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), con la aprobación de leyes reguladoras de las asociaciones y de las ONG's implicadas en las cuestiones de los derechos de la mujer y la promoción del acceso a los servicios sociales básicos y a los recursos económicos del país, en pro de la promoción de la equidad de género entre los hombres y las mujeres, así como el desarrollo integral y armonizado del país.

1.2. Características demográficas

Los resultados del censo del año 2015 señalan que la población ecuatoguineana alcanza actualmente los 1.225.377 habitantes, de la cual, los hombres representan el 52,4% (642.098 personas), las mujeres el 47,6% (583.279 personas) y la población extranje-

ra que ha pasado de 3,3% (EDSGE-I 2011), a representar el 12,4% (151.947 personas) (Censo 2015). El aumento de la población masculina por encima de la población femenina, probablemente esté dado por la fuerte inmigración de extranjeros varones en el

país, ocasionada principalmente por la mejora de las condiciones socio-económicas de Guinea Ecuatorial, dadas por el bum del petróleo desde el año 1994.

La distribución de la población ecuatoguineana es desigual en todo el territorio nacional, de la cual, la región insular constituye el 27,8% (340.362 habitantes) y la región continental el 72,2% (885.015 habitantes). Los residentes de la zona urbana han pasado a constituir del 38,8% en el censo del año 2001 al 76,1% en el del año 2015, fenómeno originado probablemente por el éxodo rural y la llegada de una cantidad considerable de la mano de obra extranjera en el país en los últimos 14 años, como consecuencia de la explotación de los recursos petroleros y el desarrollo de las infraestructuras físicas del país (Censo 2015).

La densidad poblacional de Guinea Ecuatorial ha ascendido de 36 habitantes por Km² (EDS GE I 2011) a 45 habitantes por Km² (Censo de 2015), siendo la región insular más densa (173 habitantes / Km²) que la conti-

nental (35 habitantes / Km²). La importancia de este dato es que permite evaluar el nivel de hacinamiento de la población en un determinado espacio geográfico y la probabilidad de propagación de un brote epidémico en esta población; se deduce entonces que, a mayor hacinamiento, mayor es la probabilidad de propagación de una epidemia.

Según la primera Encuesta de Demografía y Salud de Guinea Ecuatorial realizada en el año 2011, la población ecuatoguineana presenta un perfil demográfico joven, debido a que los menores de 15 años representan el 47,3% y los mayores de 64 años el 2,7%.

La tasa de natalidad de Guinea Ecuatorial es de 35 por 1.000 nacidos vivos, mientras que la tasa de fecundidad es de 5,1 por mujer en edad fértil, promedio que es aún más alto en las mujeres con bajo nivel de formación (6,7 niños por mujer). La edad media de la primera relación sexual es de 16,2 años, la del primer matrimonio es de 20,5 años y la edad media del primer parto de 18,2 años (EDSGE I 2011).

1.3. Características socio-económicas

Generalmente la población ecuatoguineana está compuesta por varios grupos étnicos (los fang, los bubis, los bisios, ndowes, annobonenses y los fernandinos) y la población extranjera, la mayoría procedentes de los países de la subregión. Los idiomas oficiales de Guinea Ecuatorial son el español, el francés y el portugués. Existen además del pichinglis (inglés criollo), las lenguas nativas de cada uno de los grupos étnicos.

Aunque probablemente pueda que el perfil socioeconómico del país haya cambiado en los últimos años, la EDSGE I 2011 revela que la proporción de hogares que utilizan el agua proveniente de una fuente mejorada es de un 56%. Esta proporción es más elevada en la zona urbana (82%) que en la zona rural (33%). Además, el 60% de los hogares, 67% en área rural y 52% en área urbana, no disponen de baños mejorados. El 68% de las

viviendas tiene el suelo cubierto de cemento o baldosas, y el 26% de tierra o de arena. En la zona rural, las viviendas cuyo suelo está cubierto de cemento representan el 45% y los que lo tienen de tierra/arena constituyen el 42%. En la zona urbana las viviendas con cemento representan el 65% y las que tienen baldosas constituyen un 24%.

En lo que respecta a las características de los núcleos familiares, un hogar cuenta con un promedio de 4,6 personas (EDSGE-I 2011). Este tamaño promedio de los hogares ecuatoguineanos varía ligeramente de 4,7 personas en el área urbana a 4,4 personas en el área rural. Además, uno de cada tres hogares (32%) están dirigidos por una mujer.

Entre las personas de 6 años o más, el 21% de las mujeres y el 12% de los hombres no tienen ningún nivel de instrucción (EDSGE-I

2011). El 42% de los hogares del país utilizan leña para cocinar, de los cuales el 72% son de la zona rural y el 7% de la urbana. A pesar de los logros alcanzados en el transcurso de los años, el 34% de los hogares, 57% en área rural y 7% en área urbana, siguen sin disfrutar de la energía eléctrica.

El 67% de las personas poseen al menos un teléfono móvil, el 66% de los hogares de al menos un televisor, el 53% de un radio, el 53% de un congelador, y el 37% de una cocina/horno. En la zona urbana este dato se comporta como sigue: la posesión de teléfono móvil el 87%, televisor el 88% y congelador 63%. Mientras que en la zona rural la proporción es: teléfono móvil el 13%, televisor el 48% y congelador 16%.

Generalmente, el nivel de bienestar económico en la población es más bajo en la zona rural que en la urbana. El 7% de los hogares “más ricos” se encuentran en el área rural, frente al 57% que se ubican en la urbana. En cambio, para los hogares más pobres, el por-

centaje pasa del 26% en el área rural a menos del 1% en el área urbana. De forma comparada entre las dos regiones, el porcentaje de población “más rico” representa el 63% en la Región Insular, frente al 20% en la Región Continental, y el porcentaje más pobres de 18% en la Región Continental frente a solamente menos del 1% en la Región Insular.

La tasa neta de asistencia escolar para el nivel primario en los niños de 6-11 años es del 80%, tanto para los chicos como para las chicas, y es más elevada en la zona urbana (87%) que en la zona rural (77%).

Más de cuatro de cada diez mujeres (44%) y siete de cada diez hombres (75%) han ejercido una actividad económica en los 12 meses anteriores a la encuesta. Entre ellos, sólo el 6% de las mujeres y el 7% de los hombres trabajaban en agricultura. Muy pocos hombres y mujeres se benefician de algún seguro médico (16% y 9% respectivamente). El consumo del tabaco es bajo en las mujeres (2%) pero un poco elevado en los hombres (24%).

1.4. Situación sanitaria

Según la EDSGE-I 2011, la cantidad de mujeres embarazadas que realizaron al menos una Consulta Prenatal (CPN) por un personal formado es de un 91%, de las cuales el 67% efectuó las cuatro visitas recomendadas; y de las mujeres que realizaron por primera vez su consulta prenatal, el 64% lo hizo antes del cuarto mes de su embarazo. También refiere que el 68% de los partos fueron asistidos por un personal formado, de los cuales el 67% tuvo lugar en un establecimiento sanitario, de los cuales, el 48% de las parturientas no recibieron ningún cuidado postnatal. Durante este periodo, se observó además que un 20% de las mujeres tuvieron un periodo intergenésico (duración entre un parto y otro parto) por debajo de los 24 meses (2 años). Esta situación pone en riesgo la salud de las madres, debido a que el tiempo de recuperación de su organismo entre un parto y otro, es muy reducido.

En lo relacionado a la Planificación Familiar (PF), solamente el 10% de las mujeres de entre 15 - 49 años en unión utilizan un método anticonceptivo moderno, mientras que el 3% utilizan un método tradicional (EDSGE-I 2011). Además, el 34% de las necesidades de PF no son todavía satisfechas. En este mismo contexto, se observa que la tasa de utilización de métodos anticonceptivos modernos obtenidos del sector público alcanza el 36%, el 55% del sector privado y el 5% de otras fuentes.

Según la EDSGE-I 2011, el 12% de los niños nacidos/as vivos en los 2 últimos años, tenían un peso inferior a 2.500 gramos al nacer; mientras que la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses es solamente de un 7%, la cobertura vacunal de los menores de 5 años para todos los antígenos alcanza un mínimo de 27%, siendo la BCG el 71% para los niños/as de 12-23 meses de

vida y un poco más de la mitad en los niños (59%) recibieron la primera dosis de la vacuna pentavalente.

La EDSGE-I 2011 refiere que el paludismo sigue siendo un verdadero problema de salud pública en la República de Guinea Ecuatorial, teniendo en cuenta que es atribuido como la causa del 37,3% de las muertes en la población. A pesar de los esfuerzos del Gobierno y de los socios, en la lucha contra esta enfermedad, se sigue registrando que el 55% de los niños menores de 5 años y el 62% de las mujeres embarazadas duermen bajo telas mosquiteras impregnadas con insecticidas de larga duración, mientras que el 15% de niños con fiebre recibieron un tratamiento antipalúdico según el protocolo establecido.

Las estimaciones de ONUSIDA del año 2012, indican que el número de personas que viven con VIH (PVVIH) en Guinea Ecuatorial, es aproximadamente de 20.000 personas, de las cuales 2.600 son niños, y la cantidad de nuevas infecciones es de 2.300 personas por año. La prevalencia global del VIH en la po-

blación de entre 15 - 49 años de edad es de un 6,2%, de la cual, las edades de entre 15 - 24 años representan el 3,1% (EDSGE I 2011). Además, en las mujeres embarazadas esta prevalencia se sitúa en un 7,3%, la cobertura nacional de prevención de la Transmisión del VIH Madre-Hijo (PTMH) es de 30,2% y la tasa de utilización de preservativos por los jóvenes de edad de 15-24 años es solamente de 3,5% en las chicas y de 9,1% en los chicos (datos de rutina del PNLS).

Según la OMS, Guinea Ecuatorial es uno de los países más afectados por tuberculosis. Entre 2006 y 2014, el número de casos diagnosticados de tuberculosis de todas las formas pasó de 420 a 1.220. Según los datos reportados, en el periodo de 2014-2015, el número de casos de Tuberculosis registrados, tuvo un incremento de 153 a 172 casos, de los cuales el 10% del año 2015 eran casos nuevos y el 62% fueron casos en re-tratamientos. La **(Tabla 1)** muestra el resumen de los indicadores que miden los esfuerzos en la lucha contra la TB entre 2014 y 2016 en Guinea Ecuatorial.

Tabla 1: Resumen de los principales indicadores de lucha contra la TB entre 2014 y 2016

N°	INDICADORES	PERIODO EN AÑOS (%)		
		2014	2015	2016
1	Incidencia de tuberculosis (número de casos por 100.000 habitantes)	153	172	180
2	Éxito Terapéutico	58,3	47	-
3	Perdida de vista (Abandonos)	35,2	12,6	-
4	Pacientes con TB que han realizado test VIH	59,8	72,7	74,3
5	Pacientes co-infección TB/VIH	40	50	37,2
6	Proporción de casos de Tuberculosis Multiresistente (TB-MR) diagnosticados			
	Nuevos Casos	ND	10	8,5
	Casos Retratamiento	ND	62	29,1

Fuente: Dirección Nacional del Programa de control de la Tuberculosis

Los datos disponibles indican un éxito terapéutico de 58.3% durante el año 2014 y un 47% en el año 2015, observándose un decrecimiento en este indicador. Se ha observado también una reducción considerable del número de casos perdidos de vista que pasó de 35,2% a 12,6% durante el periodo analizado. En lo que respecta a la co-infección de VIH en pacientes con Tuberculosis, se observa un incremento de un 40% en el año 2014, un 50% en el año 2015 y decreciendo durante el año 2016 en un 37.2%. La TB Multiresistente es muy preocupante con un 10% de nuevos casos en el año 2015 y un 62% de casos en retratamientos registrados.

En lo que respecta al comportamiento de la mortalidad en general y por grupos poblacionales, según la EDSGE-I 2011, durante el período más reciente (2006-2011), de cada 1.000 nacidos vivos, 65 fallecieron antes de alcanzar su primer aniversario de vida, mientras que de cada 1.000 menores que lograron cumplir un año de vida, 51 fallecieron. La tasa global de mortalidad infanto-juvenil es de 113 de cada 1.000 niños nacidos vivos, la tasa de mortalidad perinatal se estima en 37‰, la tasa de mortalidad de las mujeres de 15-49 años es substancialmente inferior a la de los hombres de la misma edad (4.0 por mil y 6,3 por mil, respectivamente). Las muertes maternas representan el 18% de todas las muertes en mujeres de 15-49 años, mientras que la mortalidad materna durante

los diez años anteriores a la encuesta (2001-2011) se estimaba en 308 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Cabe resaltar que, aunque la tasa de mortalidad en los niños menores de 5 años sigue siendo alta, éste ha disminuido significativamente durante los 15 años anteriores a la encuesta, de 175‰ en el grupo de 10-14 años y de 113‰ en el de 0-4 años, antes de la encuesta. Se observa además que la mortalidad de los niños menores de 5 años, calculada para los 10 años anteriores a la encuesta, es mucho menor en las zonas urbanas (116‰) que en las rurales (140‰), y en la Región Insular (Bioko) (118‰) que en la Región Continental (132‰) (EDSGE-I 2011).

En lo que respecta a la vigilancia epidemiológica, se sigue observando serias dificultades para la detección y respuesta precoz a las enfermedades que son objeto de vigilancia epidemiológica. No obstante, aun en ausencia de aparición por el momento de casos de la Fiebre Hemorrágica del Ébola en el país, en el año 2014, cara a la celebración de la CAN (Copa Africana de Naciones) el Gobierno y las autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de los socios al desarrollo, establecieron un importante dispositivo para la detección precoz, prevención y vigilancia de personas sospechosas de esta grave epidemia mundial.

1.5. Política nacional de salud

La República de Guinea Ecuatorial cuenta actualmente con una Política Nacional de Salud (PNS), aprobado por Decreto Presidencial en mayo del año 2002, cuya meta es elevar el estado de salud de la población al más alto nivel, luchando contra las enfermedades endémicas y re-emergentes, para la reducción de la morbilidad e incapacidad innecesarios, mediante la utilización racional y equitativa de los recursos destinados al sector salud. En el marco de la aplicación de esta Política de Salud, seis

objetivos estratégicos fueron aprobados en el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social, "Guinea Ecuatorial al Horizonte 2020", a saber:

- i) Reforzar la organización y los mecanismos de coordinación y de gestión del SNS.
- ii) Mejorar la oferta, la demanda informada, el acceso y la calidad de los servicios de salud para toda la población.

- iii) Mejorar la salud de la madre, de la mujer, del niño y de los adolescentes.
- iv) Reforzar la lucha contra las enfermedades endémicas (paludismo, tuberculosis, VIH/Sida, Oncocercosis y otras enfermedades desatendidas).
- v) Reforzar el control de las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles.
- vi) Desarrollar el sistema de vigilancia en salud y respuesta a las enfermedades endémicas y re-emergentes.

1.6. Sistema nacional de salud

El Sistema Nacional de Salud (SNS) del Guinea Ecuatorial, es de tipo piramidal, y está compuesto por estructuras administrativas o de gestión y estructuras de prestación de servicios clínicos y de farmacia.

- i) Las estructuras administrativas o de gestión del SNS se jerarquizan como sigue:
 - **El nivel central** o estratégico, se encarga de definir la Política Nacional de Salud, las orientaciones estratégicas y los mecanismos de su aplicación. La sede se encuentra en el nivel central del MINSABS. La cúpula directiva y los técnicos de este nivel son: el Ministro, el Viceministro, el Secretario de Estado de Asistencia Sanitaria y Coordinación Hospitalaria, el Secretario General, los Directores Generales, el Inspector General de Servicios y los Jefes de Servicios, Programas y Proyectos de Salud.
 - **El nivel intermediario** nivel de apoyo técnico, incluye la Delegación Regional de Bata y las 8 Delegaciones Provinciales de Sanidad. Se encarga de coordinar y ofrecer el correspondiente apoyo técnico a los servicios clínicos, farmacéuticos, de los programas y proyectos de salud. La cúpula directiva y los técnicos de este nivel son: el delegado regional, los delegados provinciales, los coordinadores regionales y los responsables provinciales de servicios, programas y proyectos de salud.
 - **El nivel distrital**, es el nivel operativo o nivel de implementación de los servicios, programas y proyectos de salud.
- Los órganos de gestión de este nivel son: el Comité de Salud Distrital de Salud, el Equipo de Salud Distrital y los Comité de Salud Comunitarios. La cúpula directiva del Equipo de Salud Distrital lo constituyen: el Médico Jefe del Distrito Sanitario; el Coordinador Distrital de APS; y los puntos focales distritales de servicios, programas y proyectos de salud.
- Los socios de apoyo al desarrollo del sector salud, constituye un conjunto de organizaciones nacionales e internacionales especializadas, orientadas en ofrecer una asistencia técnica y financiera al Sistema Nacional de Salud
- ii) El modelo de prestación de servicios de salud está organizado en 3 niveles:
 - **Nivel primario:** constituye el primer nivel de contacto de los servicios de salud con la población. Su función es la prevención sanitaria y los cuidados clínicos básicos propios de este nivel. Las unidades operativas de este nivel son los centros y puestos de salud. Un centro de salud se encarga de gestionar varios puestos de salud en su área de influencia. La estructura de dirección de un centro de salud es el Consejo Directivo, presidido por un ATS (Asistente Técnico Sanitario). Y los auxiliares de salud comunitarios son los responsables de los puestos de salud.
 - **Nivel secundario:** está integrado por 11 hospitales distritales y 5 hospitales provinciales. Su función es realizar la prevención sanitaria y brindar a los cuidados del segundo nivel de atención. Las

estructuras de dirección de los hospitales distritales y provinciales es el Consejo Directivo, dirigido por el Médico Director del Hospital. En este nivel secundario de prestación de servicios de salud, también se integran los 5 centros Ambulatorios Provinciales del INSESO (Instituto Nacional para la Seguridad Social).

- **Nivel terciario especializado:** está integrado principalmente por 2 hospitales regionales (Malabo y Bata), 2 Policlínicos regionales del INSESO (Dr. Loeri Comba de Malabo y la Sociedad Guineana de Salud de Bata), 2 Centros Médicos La Paz (Malabo y Bata), las 2 Clínicas Virgen de Guadalupe (Mongomo y Malabo), el Centro Psiquiátrico de Sampaka (Malabo), y varios establecimientos sanitarios del sector privado.
 - Los servicios públicos de salud disponen de un presupuesto anual de funcionamiento que cubre el salario, la limpieza, la vigilancia, el mantenimiento de infraestructuras, el suministro de energía eléctrica, agua y productos farmacéuticos. Sin embargo, el suministro de material logístico, insumos, productos alimenticios para los pacientes, los equipos biomédicos y el mantenimiento preventivo y curativo de estos sigue siendo deficiente en muchos establecimientos públicos
 - Los servicios parapúblicos, dependientes la mayoría del INSESO (Instituto Nacional de Seguridad Social), funcionan a base de una subvención estatal anual y de las recaudaciones del pago directo de los pacientes que son atendidos.
 - Los servicios privados, funcionan a base de financiación privada.
- iii) Según el modelo de financiación, los servicios de salud se clasifican en 3 subsectores: público, parapúblico o paraestatal (privado/estatal) y privados.

1.7. Sistema nacional de información sanitaria (SNIS)

El organigrama de gestión del SNIS según el flujo de información es el siguiente: (i) una dirección nacional, (ii) una coordinación regional de sanidad, (iii) ocho delegaciones provinciales de sanidad y (iv) varias unidades de producción de la información estadística distrital (hospitales, centros de salud, puestos de salud). Hasta la fecha, los mecanismos de recolecta y de envío de la información sanitaria son manuales.

Otro aspecto a destacar es que existe un proceso teórico de recogida y envío de datos sanitarios en los diferentes niveles

del Sistema Nacional de Salud, pero que no se aplica de manera sistemática. Esta problemática trae como consecuencia la existencia de unas estadísticas rutinarias insuficientes, fragmentadas y no integradas, situación que incide directamente en la planificación y en la toma de decisiones poco objetivas en el MINSABS, para la mejora de la disponibilidad, la accesibilidad, la utilización y la calidad de los servicios de salud.

1.8. Ley de estadística de Guinea Ecuatorial

El Gobierno, consciente de que la planificación del desarrollo económico y social del país requiere de la concepción, elaboración, implementación y seguimiento de políticas coyunturales adecuadas, para cuya materialización, la disponibilidad de un buen aparato estadístico es condición necesaria e imprescindible, mediante Decreto N° 3 de fecha 17 de mayo del año 2001, sancionó la Ley de Estadística de Guinea Ecuatorial. Se concibe como el principal marco regulador de la actividad estadística en el país y se estructura como sigue:

i) Preámbulo:

- El enfoque estratégico de la economía internacional y las orientaciones emanadas de las grandes cumbres mundiales en materia de desarrollo sostenible, y las diversas resoluciones adaptadas a nivel regional, reafirman la determinación del Gobierno en luchar enérgicamente contra la pobreza y de promover un crecimiento económico sostenible. La concretización de tales resoluciones exige importantes reformas en los dominios de colecta, evaluación, procesamiento, análisis, publicación y difusión regular de importantes informaciones estadísticas de naturaleza económica, financiera, social y demográfica.
- Frente a estos desafíos, y teniendo en cuenta las disposiciones normativas de los socios financieros internacionales, y en especial, el Fondo Monetario Internacional, relativas a la comunicación de la información, y ante la perspectiva de la adhesión de Guinea Ecuatorial al Sistema General de Difusión de Datos (DGDD), se impone una profunda reforma del sistema de información estadística de nuestro país, para hacerlo más moderno y más eficaz, a fin de que pueda responder mejor a las demandas de informaciones cuantitativas y cualitativas necesarias para la elaboración de estrategias de desarrollo y de políticas económicas apropiadas.

ii) Capítulos y Artículos:

- a. La Ley Nacional de Estadística, constituye el marco institucional y los principios fundamentales que rigen la actividad de los organismos encargados de producir las estadísticas oficiales en el país.
- b. Toda persona física o jurídica que ejerza una actividad económica, social, cultural organizada o en el marco de las profesiones liberales, está obligada a inscribirse en el Registro Estadístico Nacional.
- c. El Sistema Nacional de Estadística tiene por misión proporcionar a la administración pública, empresas, organizaciones, medios de comunicación, investigadores y el público en general, las informaciones estadísticas relativas a los dominios económicos, social, demográfico, cultural medioambiente y otros.
- d. Las estructuras del Sistema Nacional de Estadística proceden a la colecta de informaciones, a su procesamiento, análisis, difusión, almacenamiento y actualización, conforme a las normas y las exigencias de la producción de información estadística de calidad, respetando siempre los criterios de imparcialidad y objetividad.
- e. Para garantizar su misión, las estructuras del Sistema Nacional de Estadística gozarán de la independencia científica y cumplirán sus funciones conforme a los conceptos, reglas metodológicas, técnicas y normas estadísticas generalmente admitidas.
- f. Los trabajos y actividades llevadas a cabo por el Sistema Nacional de Estadística se basan en los siguientes principios fundamentales: el secreto estadístico, la obligación de responder a los cuestionarios estadísticos, la transparencia, el respeto a la periodicidad y los plazos de difusión de las estadísticas, y la armonización con las normas internacionales (métodos, conceptos, clasificación u otros) en el dominio de las estadísticas.

2. CONTEXTO MUNDIAL DE UN SISTEMA DE INFORMACION SANITARIA

2.1. La Red Métrica en Salud (RMS) o Health Metric Network (HMN)

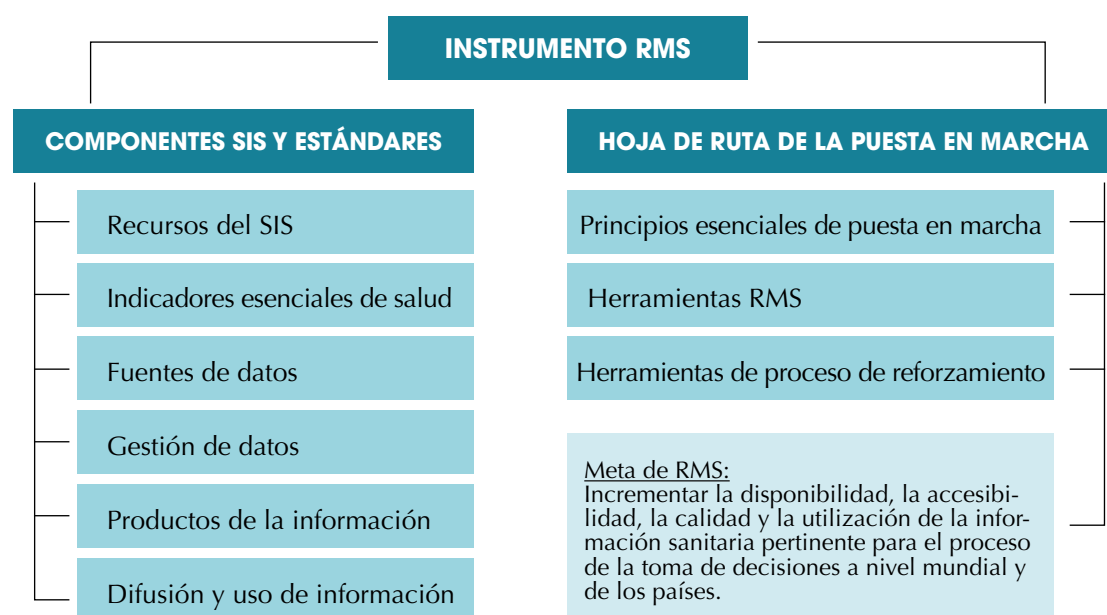
El marco de referencia mundial de un sistema de información sanitaria es la Red Métrica en Salud (RMS), que fue aprobado en 2005 por la OMS y en el mismo año se comenzó su implementación, con el fin de ayudar a los países y a los socios al desarrollo, a mejorar la salud mundial, mediante el fortalecimiento de los sistemas encargados de generar información en salud, para de esta forma basar en evidencia los procesos de toma de decisiones.

Para fortalecer los sistemas de información sanitaria, sobre todo de los países de ingresos medios y bajos, la RMS se centra en dos requisitos básicos fundamentales: (i) la necesidad de mejorar la totalidad de los sistemas de información y estadísticas sanitarias, en lugar de centrarse únicamente en enfermedades específicas y (ii) la necesidad de

concentrar esfuerzos en fortalecer el liderazgo de los países en materia de producción y uso de la información sanitaria. Además, la RMS focaliza sus intervenciones sobre las inversiones y la asistencia técnica, para normalizar el desarrollo de los sistemas de información sanitaria, y a su vez sirve como punto de referencia basal para la evaluación de estos sistemas de información sanitaria. Para tal efecto, se ha elaborado una guía para fortalecer los sistemas de información sanitaria y la puesta en marcha de mecanismos de vigilancia y evaluación permanentes. También permite acceder a una información sanitaria de mejor calidad y facilita su uso más adecuado, a nivel nacional y mundial.

Estratégicamente la RMS establece 6 componentes del SIS como muestra el (**Esquema 1**) que sigue:

Esquema 1: Instrumentos de la Red Métrica en Salud



i) **Recursos:** marcos (legislativo y Jurídico, Organizativo y los Procedimientos Operativos Estándares), la planificación estratégica y los mecanismos de coordinación entre los seis componentes, así como los recursos humanos, financieros, logísticos, de información y tecnología de la comunicación (TIC).

ii) **Indicadores:** permiten cuantificar los determinantes de la salud; insumos del sistema de salud, productos y resultados; y el estado de salud de la población.

iii) **Fuentes de datos:** se pueden dividir en dos categorías principales: enfoques basados en la población (censos, registro civil y encuestas de población) y datos basados en instituciones (registros individuales, registros de servicio y registros de recursos).

iv) **Gestión de datos:** abarca los aspectos del tratamiento de datos desde la recogida, el almacenamiento, aseguramiento de la calidad y flujo, para procesamiento, compilación y análisis. Los requisitos de periodicidad y puntualidad se definen como críticos, como en el caso de vigilancia epidemiológica.

v) **Productos de información:** los datos de-

ben transformarse en información que se convertirá en la base de la evidencia y el conocimiento para la toma de decisiones en el campo de la salud.

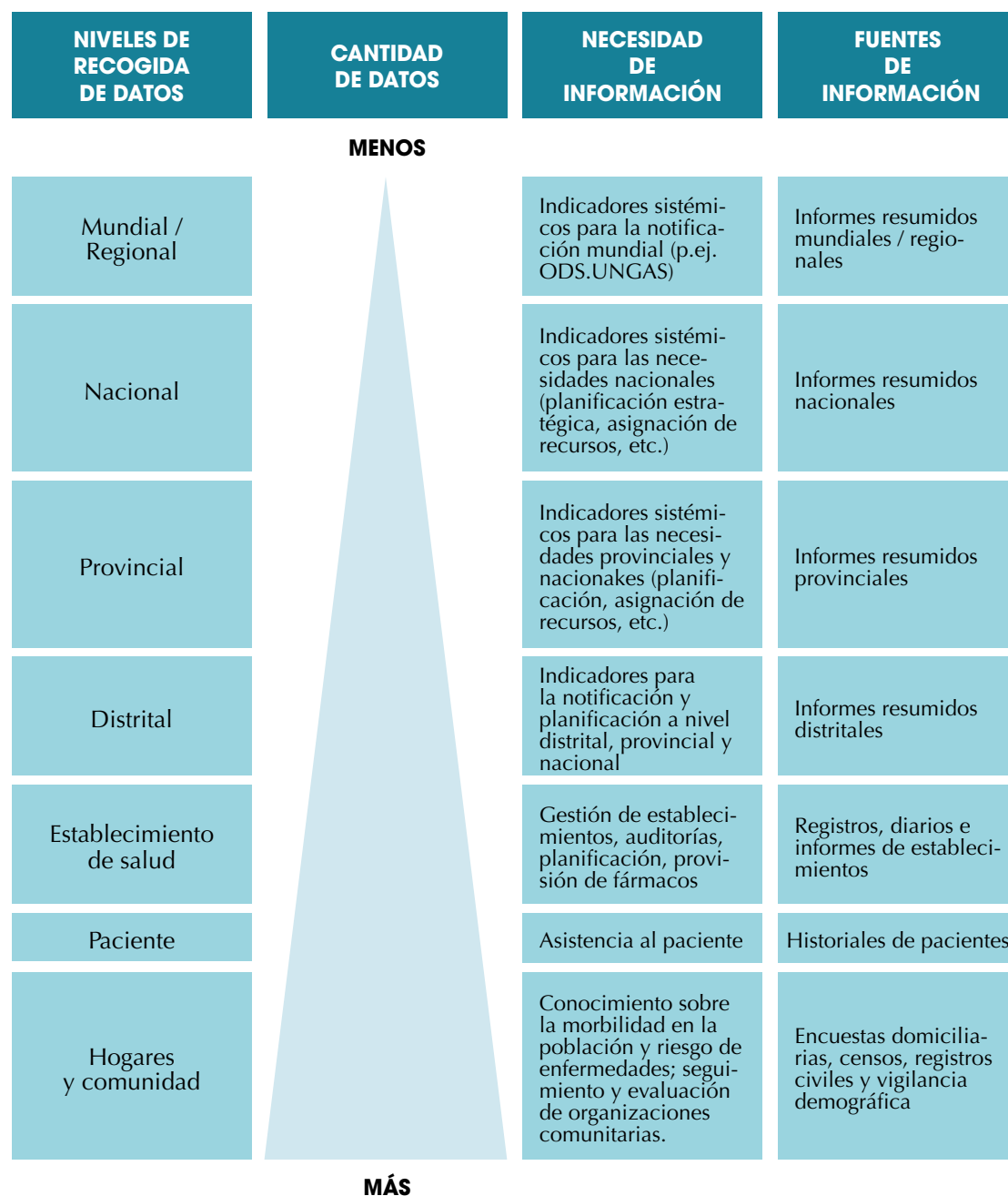
vi) **Difusión y utilización de la información:** el valor de la información sanitaria puede mejorarse al hacerlo de fácil acceso para los responsables de la toma de decisiones (prestando la debida atención a los comportamientos y restricciones) y proporcionando incentivos para el uso de la información.

Por otra parte, el organigrama de flujo de información del SIS establecido por la RMS, también está estructurado en siete niveles (**Esquema 2**), donde los tres últimos niveles inferiores de la pirámide constituyen el punto donde se concentra la mayor cantidad de información sanitaria. A medida que progresa la estructura hacia arriba, la carga de datos estadísticos se va reduciendo paulatinamente, quedando los niveles superiores con los indicadores más genéricos. Cada uno de los niveles del SIS dispone de un paquete mínimo de indicadores e instrumentos para la recolecta de datos. Los indicadores constituyen los instrumentos de referencia utilizados para la toma de decisiones en los diferentes niveles de la pirámide sanitaria.

¿CUÁLES SON LOS COMPONENTES ESPECÍFICOS DEL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN SANITARIA?



Esquema 2: Estructura básica de un SIS basado en el flujo de la información



Para que la información sanitaria se gestione de forma óptima, se debe disponer de un personal de calidad y en cantidad, y apoyarse de

una tecnología de la información y comunicación (TIC) apropiada.

2.2. Concepto y funciones generales del SIS

Un Sistema de Información Sanitaria (SIS) es un conjunto de personas, procedimientos y materiales organizados, para proporcionar datos estadísticos de salud a tiempo, a fin de responder a las necesidades sanitarias de la población. Tiene como meta, ofrecer la información sobre las medidas que deben adoptarse en el ámbito sanitario.

Las funciones del SIS son, entre otras:

- i)** La recopilación de datos útiles para el análisis de la situación sanitaria.
- ii)** La mejora de la calidad de los datos recogidos, para la normalización de la definición de cada indicador y cada enfermedad o síntoma.
- iii)** El análisis y la publicación de los datos en cada nivel del sistema de salud, para la toma de decisiones.
- iv)** La garantía de la retroinformación en todos los niveles del Sistema de Salud.
- v)** La seguridad del acceso a la base de datos y las distintas partes involucradas.
- vi)** La vigilancia epidemiológica y alerta en caso de alguna epidemia.

Los sistemas de información sanitaria son cada vez más una prioridad para la gestión eficaz de las políticas sanitarias y sociales, sobre todo, en lo que concierne a la institucionalización de una gestión basada en indicadores de resultados que permiten definir las prioridades, planificar los servicios, medir los resultados, evaluar los impactos de las acciones y dar cuenta sobre el coste-eficacia / eficiencia y coste-ventajas de las decisiones tomadas. Además, un SIS debe garantizar la vigilancia epidemiológica y servir de alerta

en caso de ciertos aspectos preocupantes en cuanto a la salud global de la población o la aparición de alguna epidemia. Sirve también para que “la producción y utilización de datos” se conecten y estén en adecuación para que la información sanitaria sea utilizada para la abogacía, la planificación y la definición de prioridades, así como la asignación de recursos, la puesta en marcha y el seguimiento de las actividades en los diferentes niveles del Sistema de Salud.

Los sistemas de información sanitaria funcionan conectados a través de subsistemas. Los más corrientes son los siguientes: i) el subsistema de vigilancia epidemiológica, ii) el subsistema de seguimiento y evaluación de servicios de salud, iii) el subsistema de información de gestión de programas, iv) el subsistema de información de gestión de recursos (finanzas, personal, suministros, equipos, infraestructuras, etc.), v) el subsistema de encuestas periódicas, vi) el subsistema de información de base comunitaria.

- i)** El subsistema de información del registro civil.

Para garantizar la recogida de datos fiables, el SIS debe tener las siguientes propiedades: (i) la completud, (ii) la prontitud, (iii) la coherencia, (iv) la confiabilidad, (v) la veracidad, (vi) la consistencia, (vii) la seguridad física y (viii) el acceso fácil a la información disponible.

Además, el SIS debe tener herramientas de análisis, que permiten producir resultados sintéticos y clasificados por orden de prioridad, para la toma de decisiones y con una retroinformación regular a las personas que recogen y envían la información de base.

3. ANÁLISIS DEL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN SANITARIA MEDIANTE LA RMS (RED MÉTRICA DE SALUD)

El enfoque del análisis del Sistema Nacional de Información Sanitaria está basado en los lineamientos de la Red Métrica de Salud (RMS) adoptados por la OMS en el año 2005. Los lineamientos de referencia permiten, por una parte, la identificación y el análisis de las deficiencias que merman el

funcionamiento del Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS) y, por otra parte, revelan las fortalezas del Sistema Nacional de Salud (SNS) en general. Para cumplir con este propósito, se establecen los criterios de evaluación del SIS, mediante una tabla de valores (Tabla 2).

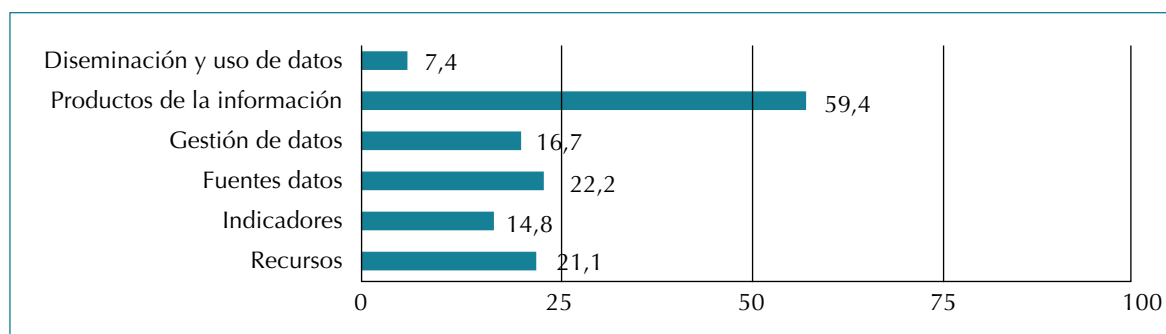
Tabla 2: Criterios de evaluación del SIS establecidos por la RMS

Nº	INTERVALO DE REFERENCIA	RESULTADO DE EVALUACIÓN	PUNTUACIÓN
1	0 - 25%	No operativo	0
2	25 - 50%	Existe, pero no satisfactorio	1
3	50 - 75%	Satisfactorio	2
4	75 - 100%	Muy satisfactorio	3

La escala de valores de esta tabla permite evaluar la calidad de cada uno de los 6 componentes específicos de un SIS, a saber: (i) los recursos (humanos, materiales, tecnológicos, instalaciones), (ii) los indicadores sanitarios (de estructura, proceso e impacto), (iii) las fuentes de datos o de información, (iv) la gestión de datos, (v) los productos de la información, y (vi) la diseminación y uso de los datos.

Con la finalidad de dar respuesta a la demanda crítica de datos estadísticos sanitarios en el país, durante el año 2014, el MIN-SABS hizo un análisis de situación del SNIS, en torno a los 6 componentes que establece la RMS. Los resultados obtenidos de esta evaluación se reflejan en la (Gráfica 1).

Gráfica 1: Resultados de la Evaluación de los Componentes del SNIS en el Año 2014, utilizando la RMS



Fuente: Análisis del SNIS del año 2014

3.1. Análisis de los recursos del SNIS

Tabla 3: Resultados de la evaluación de recursos

COMPONENTE Y SUBCOMPONENTES		PUNTUACIÓN		
		RESULTADOS EVALUACIÓN	MÁXIMO RMS	%
Nº	RECURSOS	12	57	21,1
1	Política y planificación en materia de SNIS	3	21	14,3
2	Estructuras, recursos humanos y financiación	6	21	28,6
3	Infraestructuras del SNIS	3	15	20,0

La puntuación alcanzada en la evaluación de los recursos del SNIS es de un 21,1%, valor categorizado como no operativo para este componente.

Las principales deficiencias relacionadas con este punto se caracterizan como sigue:

- En lo que respecta a la política y planificación en materia del SNIS, se destaca: i) la ausencia de un plan estratégico para la producción y gestión de datos estadísticos sanitarios, ii) la carencia de una estructura de gestión operativa, que incluye la disponibilidad de manuales y/o procedimientos del SNIS, iii) la falta de un comité de coordinación, seguimiento y evaluación de la actividad estadística sanitaria, iv) la falta de coordinación con el Instituto Nacional de Estadísticas de Guinea Ecuatorial (INEGE) sobre la gestión de datos, etc.
- Relacionado a los recursos humanos del SNIS, casi no se dispone de personal con competencias en estadísticas sanitarias y especialidades afines, tales como: Demógrafos, Informáticos, Técnicos de la Información y Comunicación, Planificadores, etc. Además, la cantidad de personal formado con dedicación plena en la actividad estadística a nivel de los centros de prestación de servicios públicos, parapúblicos y privados es muy reducida y de muy poca calidad. Por otro lado, el personal de estadística formado no está siendo bien utiliza-

dos por el Sistema Estadístico Nacional en general y el Sistema Nacional de Salud en particular, entre otros aspectos, por falta de una estructura de gestión del SNIS sólida y la escasa una cultura de gestión basada en estadísticas.

- En cuanto a la financiación del SNIS, se observa que a pesar de la importante cantidad de recursos que el Gobierno asigna al MINSABS, en el Presupuesto General del Estado, que incluye el gasto para el SIS, el acceso a estos fondos sigue siendo una gran preocupación por parte del MINSABS. Por otro lado, se evidencia que los programas y proyectos financiados por algunos socios al desarrollo (UNFPA, OMS, UNICEF) y algunas empresas privadas (petrolíferas), no se contempla una estrategia de fortalecimiento global del SNIS, trayendo como consecuencia la verticalización en la gestión de datos y serias dificultades para la evaluación y seguimiento integral de todas las acciones que se desarrollan en el sector salud.
- Tratándose de las Infraestructuras físicas, tecnológicas y el equipamiento del SNIS, a nivel central, solo existe una oficina, con capacidad muy limitada para la concepción, elaboración, recopilación de la información, gestión, análisis, difusión y uso de datos para la planificación y la gestión del Sistema Nacional de Salud (SNS). A nivel operativo, no hay una estructura física en

la mayoría de los establecimientos sanitarios para albergar el servicio del SIS. Por otro lado, los registros, fichas, carnets, formularios y otro material de suministro de datos (folios, cuadernos, lápices, bolígrafos, calculadora; etc.), no están disponibles en la mayoría de los centros de prestación de servicios. Además, los diferentes niveles de la pirámide sanitaria nacional carecen de equipos básicos y de la tecnología apropiada de información y comunicación (teléfonos, escáneres, computadoras, acceso a internet, correo electrónico, página web).

Algunas oportunidades en torno a este componente son:

- La existencia un servicio central de SIS.
- La existencia de una Ley Nacional de Estadísticas.

- La existencia de socios al desarrollo del sector salud, dispuestos a apoyar el SNIS (UNFPA, UNICEF, OMS, MCDI, FRS, ISCIII, BMC, BAD, INEGE).
- La existencia de algunos programas y proyectos que utilizan estadísticas sanitarias.
- La formación de 33 auxiliares de estadística, pendiente de nombramiento.
- La asignación de una línea presupuestaria para SNIS en el libro de Presupuesto Generales del Estado.
- La existencia de compañías telefónicas en el país.

3.2. Análisis de los indicadores de salud

Tabla 4: Resultados de la evaluación de los indicadores de salud

COMPONENTE Y SUBCOMPONENTES		PUNTUACIÓN		
		RESULTADOS EVALUACIÓN	MÁXIMO RMS	%
N°	INDICADORES	8	54	14,8
1	Aspectos generales	0	9	0,0
2	Aspectos específicos	8	45	17,8

La puntuación alcanzada en la evaluación de los indicadores de salud es de un 14,8%, valor categorizado como no operativo para este punto.

Las principales deficiencias relacionadas con este punto se caracterizan como sigue:

- La falta de un paquete mínimo de indicadores de estructura, de proceso y de impacto bien definidos en los distintos niveles de la pirámide sanitaria nacional de salud, para

evaluar de forma objetiva los servicios, programas y proyectos de salud.

- La falta de un mecanismo de recolecta y medición de los indicadores específicos de reducción de la mortalidad materna e infantil, de mejora de la salud materna, el control de enfermedades como Paludismo, VIH/sida, tuberculosis y las enfermedades no transmisibles, para medir la cobertura vacunal en los niños menores de 5 años, las buenas prácticas familiares esenciales

(PFE), que afecten positivamente la salud de los niños, de seguimiento de la eliminación de la transmisión madre al hijo del VIH, seguimiento nutricional del niño en la comunidad, etc.

Algunas oportunidades en torno a este componente son:

- La existencia de un plan estratégico de fortalecimiento del SNIS.
- La existencia de la Agenda 2030 de los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible) de las Naciones Unidas y las publicaciones de las estadísticas mundiales de salud por la OMS, que establece los indicadores mundiales de salud.
- La disponibilidad de la EDSGE I 2011, que establece algunos indicadores globales del país.

3.3. Análisis de las fuentes de datos sanitarios

Tabla 5: Resultados de fuentes de datos sanitarios

COMPONENTE Y SUBCOMPONENTES		PUNTUACIÓN		
		RESULTADOS EVALUACIÓN	MÁXIMO RMS	%
Nº	FUENTES DATOS	18	81	22,2
1	Censo	4	12	33,3
2	Encuestas basadas en la población	6	9	66,7
3	Registros de servicios de salud	5	27	18,5
4	Registro de recursos	3	33	9,1

Al igual que las demás variables, también se sitúa por debajo de los valores normales establecidos (<25%). Esta situación se caracteriza principalmente por la limitada capacidad técnica existente en la recogida, tratamiento, análisis y difusión de la información estadística sanitaria. Las bases de datos del último censo del 2015, no son accesibles todavía para realizar estimaciones de la población objeto en salud y de la cobertura de prestación de servicios.

La única referencia en materia de encuesta basada en la población fue la EDSGE-I, realizada en 2011, con el apoyo técnico de Macro Internacional. A nivel nacional, no hay encuentros para coordinar la sincronización, las variables claves, las medidas y la

financiación de investigaciones basadas en la población que miden indicadores de impacto en salud. Los servicios de salud no están informatizados, de tal manera que se pueda agrupar los datos de los servicios públicos, parapúblicos y privados, para lograr un enfoque preciso de evaluación de la calidad de la oferta de servicios a la población.

Los registros de los servicios de salud son muy deficientes, y se caracterizan por la falta de un modelo único de registros y de informatización de los mismos para todos los establecimientos sanitarios del país.

Otras deficiencias relacionadas con este punto son: (i) la falta de una base de datos de recursos humanos (RH) que especifique el nú-

mero de profesionales de salud que tiene el país, por categoría profesional, y por sector (público, parapúblico y privado), y que permita controlar y dar seguimiento de los profesionales graduados por año. Hay que resaltar que la última actualización del censo del personal sanitario del MINSABS es del año 2008; (ii) los registros de gastos públicos, privados y de las ONG en salud no están disponibles. Esta situación dificulta que se pueda evaluar la inversión del país en el sector salud por año. La principal causa relacionada con esta debilidad es la falta de Cuentas Nacionales de Salud, para proporcionar informaciones memorizadas sobre los gastos efectuados en el sector salud, a nivel nacional y/o por grupo de población objeto. Tampoco existe un sistema definido para seguir los presupuestos y

los gastos para la salud efectuados a nivel de todos los socios y otros actores de apoyo al sector salud; y, por último (iii) no se dispone de una fuente de información fiable y centralizado que permita conocer los datos sobre las infraestructuras sanitarias, la logística, el aprovisionamiento y el consumo de productos sanitarios, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del país. Esta problemática trae como consecuencia que se haga previsiones que no responden a las necesidades reales del país, rupturas frecuentes de stock y consecuentemente el despilfarro de los recursos asignados al sector salud.

Las fortalezas relacionadas con esta variable se señalan en los puntos anteriores.

3.4. Análisis de la gestión de datos sanitarios

La evaluación del área de gestión de datos sanitarios alcanzó una puntuación de 16,7%, porcentaje que al igual que el resto de componentes, se sitúa por debajo (<25%) de lo mínimo requerido. Esta situación se caracteriza por la falta de procedimientos establecidos para la gestión de datos estadísticos en el sector salud, incluidos la recogida, el almacenamiento, el control de calidad, el análisis y la presentación de la información, por grupos de población objeto y aplicado en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud. Como

consecuencia de esta deficiencia del SNIS, es la poca capacidad para la elaboración y difusión del anuario de estadística sanitaria, instrumento que rinde cuenta sobre los resultados de la actividad de los servicios, programas y proyectos de salud a nivel nacional. No existen tampoco directrices que proporcionen definiciones establecidas sobre los datos estadísticos, tales como: uso de datos, especificación de métodos de recogida, periodicidad, técnicas de análisis utilizados, etc.

3.5. Análisis de los productos de la información

Tabla 6: Resultados de la evaluación de los productos de la información

COMPONENTE Y SUBCOMPONENTES		PUNTUACIÓN		
		RESULTADOS EVALUACIÓN	MÁXIMO RMS	%
Nº	PRODUCTOS DE LA INFORMACIÓN	98	165	59,4
1	Indicadores del estado de salud	52	60	86,7
2	Indicadores del sistema de salud	28	45	62,2
3	Indicadores de factores de riesgo	18	18	100,0
4	Indicadores suplementarios elegidos	0	42	0,0

La evaluación del componente productos de la información fue satisfactoria, alcanzando una puntuación de 59,4%, por encima de los límites mínimos establecidos (>25%), debido a que el país cuenta con la información estadística sobre la mortalidad de menores de 5 años, la mortalidad materna, y la morbilidad por el paludismo y el VIH, procedentes de la EDSGE-I 2011. Cabe mencionar que los indicadores de cobertura vacunal de menores de 12 meses de edad y de los partos asistidos por profesionales de salud cualificado que se estiman a partir de estadísticas administrativas

suministradas por al menos 90% de servicios de salud de vacunación y de partos, son muy difíciles de calcular debido al problema de denominador.

Los resultados de evaluación de los indicadores de gestión logística de productos de salud, como indicadores suplementarios, no fueron satisfactorios, debido a la falta de aplicación de las herramientas de gestión del stock y del consumo medicamentos esenciales y otros insumos para ofrecer servicios de salud de calidad a la población.

3.6. Análisis de la difusión y utilización de la información estadística

Tabla 7: Difusión y utilización de la información 2014

COMPONENTE Y SUBCOMPONENTES		PUNTUACIÓN		
		RESULTADOS EVALUACIÓN	MÁXIMO RMS	%
N°	DIFUSIÓN Y USO DE DATOS	2	27	7,4
1	Análisis y uso de la información	0	9	0,0
2	Uso de la información para las políticas y abogacía	2	3	66,7
3	Uso de la información para la planificación y la determinación de prioridades	0	3	0,0
4	Uso de la información para la asignación de recursos	0	6	0,0

El componente difusión y uso de la información estadística alcanzó una puntuación de 7,4%, netamente por debajo del 25% considerado como mínimo aceptable por la herramienta RMS. La problemática relacionada con esta puntuación es por el hecho de que los profesionales de los establecimientos sanitarios y de las estructuras del nivel central, intermedio y distrital de la pirámide sanitaria nacional, hacen poca referencia y poco uso de la información sanitaria, al menos de una manera conveniente, precisa, pertinente y validada, para la planificación, la determinación de prioridades y la distribución de recursos durante el proceso de elaboración de los planes anuales de desarrollo, el cuadro de gastos a mediano plazo, los planes estratégicos a largo plazo, y de evaluaciones anuales de servicios, programas y proyectos de salud.

El personal sanitario y de otros sectores, tienen poca información y formación sobre los indicadores de salud en general, incluso, los que se utilizan para medir los progresos de los Objetivos de Desarrollo y de las metas del sector salud contempladas en el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social, "Guinea Ecuatorial al Horizonte 2020y más allá".

Por falta de planes sanitarios a nivel operativo (distrito, provincia y región), no se usa la información de salud a nivel de los equipos de gestión en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud, para de esta forma adecuar la asignación de recursos según los indicadores de resultados anualmente fijados. Tampoco los datos del SIS se usan para llevar a cabo acciones de abogacía para la equidad y el incremento de recursos a favor de grupos

específicos de población, para mejorar el acceso universal a los servicios de salud y a los recursos económicos para la reducción de las desigualdades.

Igualmente, por falta de un sistema de monitoreo institucionalizado por el MINSABS, para evaluar la calidad de gestión de los servicios de salud, los responsables de los diferentes niveles de la pirámide sanitaria nacional, hacen poco uso de los datos estadísticos para el seguimiento y evaluación periódica de los planes y programas de salud, y para la toma de decisiones en pro de mejorar el estado de salud de la población ecuatoguineana.

Algunas oportunidades identificadas en esta

área son: (i) la cúpula directiva actual del MINSABS tiene una visión clara sobre la importancia de los datos estadísticos como una herramienta primordial para la acertada dirección, la planificación objetiva, el control de los recursos, evaluación y seguimiento de servicios, programas y proyectos de salud, (ii) actualmente está en proceso de instalación una base de datos (DHIS 2) por la FRS y MCDI, (iii) la dinámica que se está impulsando en la elaboración y publicación del anuario estadístico en el MINSABS, (iv) actualmente en proceso de elaboración de la página web institucional del MINSABS, (v) la existencia de plataformas en los organismos internacionales para la publicación de informes estadísticos sanitarios, etc.

3.7. Análisis de subsistemas de información sanitaria

Aunque el SNIS actual no está estructurado en subsistemas de información, los resultados de la evaluación de los diferentes servicios, programas y proyectos generadores de la información estadística presentan las siguientes deficiencias:

- a) Relacionadas con la gestión de datos de rutina: (i) la falta de un Manual de Procedimientos Operativos Estándares (POE's) del SIS que establezca los fundamentos básicos para el registro de la información sanitaria por tipo y por nivel de prestación de servicios, (ii) la falta de un formato unificado y validado de historial clínico, (iii) la falta de directrices claras sobre el registro de pacientes remitidos desde una unidad de atención sanitaria a otra (referencia y contra-referencia), (iv) el desconocimiento por parte de los actores de las estructuras que componen el Sistema Nacional de Salud, y los puntos de referencia para el envío de la información estadística, (v) la deficiente gestión y supervisión de los centros de prestación de servicios de salud, (vi) la excesiva centralización de las actividades en el Sistema Nacional de Información Sanitaria, etc.
- b) Relacionadas con los recursos: (i) la limitada motivación y capacidad del personal para la recolección, procesamiento y análisis de la información en los diferentes niveles de la pirámide sanitaria del país, (ii) la deficiente cantidad y calidad de recursos financieros y materiales, etc.
- c) Relacionadas con la Vigilancia Epidemiológica (VE) a cargo del Servicio Nacional de Vigilancia Epidemiológica, dependiente de la Dirección General de Salud Pública y Prevención Sanitaria: (i) la escasa dotación de un personal cualificado, (ii) la falta de equipamiento y otros recursos tecnológicos para archivar y conservar los datos y otras fichas de recogida de la información estadística del servicio, (iii) en ocasiones, el circuito de datos de VE se confunde con los demás datos del SIS de rutina, por lo que se retrasa el envío de la información hacia los diferentes niveles jerárquicos correspondientes de la pirámide sanitaria hasta el nivel central del MINSABS, (iv) la escasa motivación y la disminución de la percepción de la importancia del trabajo de recogida de datos por parte de los profesionales implicados, (v) la escasa dotación de recursos

humanos formado en vigilancia epidemiológica, para la detección precoz, notificación, análisis de datos, confirmación e investigación de brotes epidémicos, (vi) la escasa preparación del país ante las epidemias, (vii) la poca supervisión del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en cumplimiento con la Guía Nacional de Vigilancia Integrada de la Enfermedades y Respuesta (VIER), (viii) el acceso limitado a los recursos financieros asignados para las actividades de VE en el Presupuesto General del Estado.

transparencia y de rendición de cuentas son muy poco desarrollados en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, (iii) la elevada movilidad del personal encargado de la actividad estadística a nivel operativo, (iv) la falta de un personal con dedicación plena en el puesto de gestión de datos del SIS en los centros de prestación de servicios y (v) la inexistencia de censos sanitarios para resolver el problema del denominador en el cálculo de los indicadores, etc.

- d) Otras deficiencias: (i) la retroalimentación de la información entre los distintos niveles de la pirámide sanitaria nacional, es casi inexistente, (ii) los mecanismos de



4. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SNIS

En cumplimiento con la agenda de lanzamiento del estudio de evaluación del SNIS de 2014, se llevó a cabo trabajos de grupos y plenarias. El origen de los participantes era diverso, sumando un total de 44 personas de ambos sexos. Se constituyeron 4 grupos sobre los 6 componentes del SIS basados en la Herramienta HMN o RMS, para comprender, interpretar y rellenar la Matriz de evaluación.

Posteriormente se llevó a cabo la recogida de datos complementarios. Este proceso se desarrolló a través de sesiones de trabajo con los delegados provinciales de sanidad. Los datos de la Matriz de evaluación HMNW o RMS frutos de este trabajo, fueron recopilados e interpretados por el equipo de expertos internacionales y técnicos nacionales. Los resultados de este proceso se resumen en el siguiente cuadro.

Tabla 8: Resumen de resultados de evaluación de los componentes del SIS

	COMPONENTES Y CONTENIDOS	SCORE	MÁXIMO	%
1	RECURSOS	12	57	21,1
	1) Política y planificación en materia del SIS	3	21	14,3
	2) Estructuras, recursos humanos y financieros del SIS	6	21	28,6
	3) Infraestructuras del SIS	3	15	20,0
2	INDICADORES	12	57	21,1
	1) Aspectos generales*	0	9	0,0
	2) Aspectos específicos	8	45	17,8
3	FUENTE DE DATOS	18	81	22,2
	1) Censos	4	12	33,3
	2) Encuestas poblacionales	6	9	66,7
	3) Registros de los Servicios de Salud	5	27	18,5
	4) Registros de Recursos	3	33	9,1
4	GESTIÓN DE DATOS	2	12	16,7
5	PRODUCTOS DE LA INFORMACIÓN	98	165	59,4
	1) Indicadores de estado de salud	52	60	86,7
	2) Indicadores del sistema de salud	28	45	62,2
	3) Indicadores de factores de riesgo	18	18	100,0
	4) Indicadores adicionales seleccionados	0	42	0,0
6	DIFUSIÓN Y USO DE LOS DATOS	2	27	7,4
	1) Análisis y utilización de la información	0	9	0,0
	2) Uso de la información para la política y promoción	2	3	66,7
	3) Uso de la información para la planificación y determinación de prioridades	0	3	0,0
	4) Uso de la información para la asignación de recursos	0	6	0,0
	5) Uso de la información para el funcionamiento y acciones	0	6	0,0

(*) Paquete mínimo de indicadores definidos en colaboración con todos los socios con criterios (utilidad, viabilidad científica, fiabilidad, representatividad, y accesibilidad) y que lleva estrategia específica de medición y que incluye también indicadores de las metas del Plan Guinea Ecuatorial 2020 en el Sector Salud.

5. IDENTIFICACIÓN Y JERARQUIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DEL SNIS

Los resultados del análisis causal de los problemas del SNIS, utilizando la herramienta HMN o RMS basados en los 6 componentes del SIS mediante la aplicación de las directrices de la OMS permite llegar a lo siguiente:

PROBLEMA CENTRAL: El Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS) presenta deficiencias significativas en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.

PROBLEMA ESPECÍFICO 1: Los recursos (humanos, materiales y financieros) destinados al SNIS y a la Vigilancia Epidemiológica son insuficientes en todos los niveles.

Causas inmediatas:

- Falta de personal destinado únicamente a las actividades del SNIS.
- Poco interés concedido a las actividades del SNIS (poca cultura estadística institucional).
- Deficientes medios logísticos, de información y de comunicación (vehículos, teléfono, Internet, etc.) de apoyo a la gestión de datos del SNIS

a) Causas subyacentes:

- Personal del SNIS con poca motivación.
- Cambio frecuente de destino al personal del SNIS.
- Falta de mecanismo de coordinación de los pocos recursos existentes del SNIS.
- Poco interés a la gestión de datos del SIS por parte del personal sanitario.
- Poco interés a la gestión de datos sobre los ingresos y gastos en salud en los centros de salud y hospitales.

b) Causas profundas:

- Insuficiente personal formado en SIS en los establecimientos sanitarios de todos los ni-

veles de la pirámide sanitaria nacional.

- Escasos recursos humanos formados en estadísticas sanitarias y otras especialidades afines (Epidemiólogos, Estadísticos, Planificadores, Demógrafos, Informáticos).
- Escasa dotación de equipamiento técnico, logístico, medios de comunicación y de infraestructura necesaria para la gestión de datos.
- Acceso limitado a los recursos asignados al SIS en el Programa de Inversiones Públicas (PIP).
- Falta de una base de datos de recursos humanos, medicamentos y recursos económicos del sector salud.

PROBLEMA ESPECÍFICO 2: Ausencia de una lista nacional de indicadores definidos y adoptados por nivel de prestación de servicios de salud.

a) Causas inmediatas:

- Poco interés en el uso de indicadores por parte de los profesionales de la salud.
- Escasa cultura de planificación basada en indicadores.
- Baja percepción de la importancia de los indicadores del SNS por parte de los actores.

b) Causas subyacentes:

- Baja fiabilidad de los datos estadísticos recogidos.
- Baja prontitud de los datos recogidos.
- Ausencia de mecanismos de validación de datos.

c) Causas profundas:

- Ausencia de una lista nacional de indicadores definidos y adoptados por nivel de prestación de servicios.
- Deficiente conocimiento de las metas e

indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y otros programas del sector salud.

- Falta de mecanismo de seguimiento de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y otros programas de salud.
- Ausencia de mecanismo de coordinación de las actividades del SIS entre servicios, programas, proyectos y los mismos socios al desarrollo del sector salud.
- Falta de Diccionarios de Metadatos (directrices) para la definición usual de los indicadores del Sistema Nacional de Salud (SNS).

PROBLEMA ESPECÍFICO 3: Limitación de la fuente de los pocos datos del SNIS disponibles y utilizados

a) Causas inmediatas:

- Escasa colaboración entre la Dirección Nacional del SNIS y el Instituto Nacional de Estadísticas de Guinea Ecuatorial (INEGE).
- Deficiente sistema de registro de datos sobre defunciones, nacimientos, matrimonios, etc.
- Gestión deficiente de datos del Registro Civil vinculados a nacimientos, muertes, matrimonios, etc.
- Poco interés en el desarrollo de estudios, encuestas y otras investigaciones en salud.

b) Causas subyacentes:

- Escasa coordinación entre la Dirección Nacional del SIS e INEGE.
- Poco uso de proyecciones demográficas para estimar la población objeto en salud, debido a la ausencia de bases de datos del censo y de las encuestas inter-censales.
- Pocos estudios e investigaciones realizados en salud.
- Irregularidad en la periodicidad de elaboración del Censo General de Población y de Viviendas respetando el intervalo de 10 años.

- Limitaciones de la fiabilidad de datos poblacionales para las estimaciones de la población objeto de salud.

c) Causas profundas:

- Ausencia de un plan nacional de investigación operativa en salud.
- Falta de un procedimiento estandarizado de aprovisionamiento de materiales de gestión de datos (registros, cuadernos, fichas).
- Ausencia de un fondo destinado a la investigación en salud.
- Falta de un Mapa Sanitario Nacional que hace referencia a las necesidades reales de recursos humanos, infraestructuras, equipamientos, medicamentos y prestación de servicios.
- Escasos datos poblacionales actualizados para estimar el grupo objeto de población de los programas.
- Falta de una herramienta que establezca los mecanismos de gestión de datos entre MINSABS e INEGE.

PROBLEMA ESPECÍFICO 4: Deficiente gestión de datos de calidad del SNIS en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional, incluyendo los datos de insumos sanitarios (abastecimiento y consumo)

a) Causas inmediatas:

- Gestión vertical de los datos y las herramientas del SNIS, incluyendo los servicios, programas, proyectos y socios al desarrollo del sector salud.
- Poco interés por parte de los actores del Sistema Nacional de Salud en realizar estudios, encuestas y otras investigaciones sanitarias.
- Registros y formularios de recogida de datos, heterogéneos, insuficientes y no ordenados.
- Falta de información documentada sobre las frecuentes rupturas de stock de medicamentos y otros insumos sanitarios.
- Falta de fichas que recojan la información

sobre las referencias y contra referencias de pacientes en los diferentes niveles de prestación de servicios de salud.

- Falta de sistematización en la elaboración de informes de actividades y de rendición de cuentas en el SNS.
- Escasa motivación del personal encargado del SNIS en todos los niveles del SNS.
- Falta de un único modelo de certificado de fallecidos avalado por la OMS.

b) Causas subyacentes:

- Falta de retroinformación sobre los datos recogidos y enviados a los niveles jerárquicos del SNS.
- Deficiente relleno y conservación de registros, fichas e informes de actividades sanitarias.
- Incumplimiento del circuito y el calendario estadístico de rutina establecido.
- Retrasos en la transmisión de los datos en los diferentes niveles jerárquicos de la pirámide sanitaria nacional.

c) Causas profundas:

- Ausencia de un sistema de almacenamiento y control de calidad de los datos en el SNIS.
- Falta de integración de datos del sector parapúblico y privado en el SNIS.
- Escasa integración de los datos de los servicios, programas y proyectos del SNS.
- Escasa coordinación de la gestión de datos entre los socios al desarrollo y SNIS.
- Falta de una gestión rigurosa del consumo de medicamentos y otros productos de salud.
- Falta de un protocolo de gestión de datos e información sanitaria según niveles.

PROBLEMA ESPECÍFICO 5: Deficiente calidad de los datos de Vigilancia Epidemiológica (VE) en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.

a) Causas inmediatas:

- Falta de uniformidad de los registros y formularios de recogida de datos de VE.
- Insuficiente cantidad de material y equipos para la conservación de datos de VE (archivos, ordenadores, servidores externos y llaves USB de gran capacidad).
- Falta de retroinformación de los datos de VE recogidos y enviados a los diferentes niveles jerárquicos del SNS.

b) Causas subyacentes:

- Sobrecarga de trabajo en los profesionales de la salud, porque además de sus funciones específicas, se dedican al llenado del registro sanitario.
- Gran movilidad del personal del SIS en sus puestos de destino.
- Falta de procedimientos de validación de la calidad de los datos.
- Poco conocimiento sobre el circuito de datos de VE por parte de los profesionales de la salud.
- Escasa percepción de los profesionales de la salud sobre la importancia de los datos de VE como actividad prioritaria de gestión del SNS.

c) Causas profundas:

- Falta de guías de supervisión y monitoreo de las actividades del SNIS.
- Escasa completitud y prontitud de datos de los hospitales, centros y puestos de salud.
- Deficiencias en la supervisión integrada de las actividades de los establecimientos sanitarios.
- Falta de capacidad para la creación y mantenimiento de una base de datos del SNIS.
- Puntos focales distritales de vigilancia epidemiológica insuficientes y poco operativos.

PROBLEMA ESPECÍFICO 6: La diseminación y utilización de los datos del SNIS que integran la Vigilancia Epidemiológica son limitadas.

a) Causas inmediatas:

- Escasa percepción por parte de los profesionales de salud de la importancia de la difusión de datos de rutina.
- Poco interés en el uso del internet para la difusión de datos estadísticos en salud.
- Poca accesibilidad a las nuevas tecnologías de información y comunicación para la difusión de datos.

b) Causas subyacentes:

- Insuficiente retroinformación de la actividad sanitaria desarrollada en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud (SNS).
- Deficiente comunicación y coordinación entre los socios al desarrollo en salud.
- Baja percepción por parte de los profesionales de la salud de la importancia de datos de VE.

c) Causas profundas:

- Poca utilización de indicadores del SNIS para la priorización, la planificación y la toma de decisión.
- Poco conocimiento del circuito de transmisión de información estadística de rutina.
- Ausencia de producción y distribución de boletines epidemiológicos y de anuarios estadísticos.
- Deficiente información de los profesionales de salud y de los medios de comunicación en el uso de datos del SNIS como medio de sensibilización y abogacía en salud.
- Deficiente información y sensibilización de los responsables y socios al desarrollo sobre la importancia de datos para la toma de decisiones y la planificación.
- Poca uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación como herra-

mienta de consulta y gestión de información y datos.

PROBLEMA ESPECÍFICO 7: El marco institucional y organizacional del SNIS que integral a Vigilancia Epidemiológica es deficiente.

a) Causas inmediatas:

- Excesiva centralización de la gestión del SNIS.
- Gestión vertical de las actividades del SNIS en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.
- Poca personal capacitado en los puestos de gestión del SNIS.
- Poca capacidad del servicio central del SIS en la coordinación de la producción, análisis, utilización, difusión y conservación de datos estadísticos.

b) Causas subyacentes:

- Escasa coordinación en la recogida de datos entre los programas, los centros de prestación de servicios y la Dirección Nacional del SNIS.
- Baja percepción de la importancia del SIS por parte de los actores del SNS y de otros sectores implicados.
- Coordinación deficiente de las actividades del SNIS entre actores y socios al desarrollo del sector salud.
- Falta de unidades operativas del SNIS a nivel regional, provincial y distrital.

c) Causas profundas:

- Falta de un Organigrama de Gestión del SNIS con descripción de funciones y distribución de tareas.
- Falta de servicios operativos de planificación, seguimiento y evaluación de los programas y proyectos para generar y gestionar los datos de actividad sanitaria.
- Falta de un plan estratégico de fortalecimiento del SNIS operativo.
- Falta de un mecanismo de coordinación

del SNIS con los socios al desarrollo.

- Deficiente mecanismo de evaluación y de rendición de cuentas en el sistema de salud.
- Deficiente marco legislativo y normativo que regule el funcionamiento del SNIS.

En respuesta a los resultados del análisis de situación concretizados por el análisis causal de los diferentes problemas identificados, se formularon las siguientes recomendaciones:

1. Mejorar la Gobernanza del Sistema Nacional de Salud con el fin de garantizar la disponibilidad de recursos necesarios para una gestión integrada del SNIS.
2. Fomentar el uso de indicadores de salud para la planificación, seguimiento y evaluación de programas.
3. Ampliar la fuente de datos del SNIS mediante la ejecución de un paquete de investigaciones y estudios específicos y la puesta a disposición de herramientas estandarizadas para la recogida de datos de rutina.
4. Mejorar la gestión de datos sanitarios mediante la integración de datos del sector parapúblico y privado en el SNIS; y el establecimiento de procedimientos para el almacenamiento y control de calidad de datos sanitarios.
5. Mejorar la calidad de datos del SNIS en todos los niveles, a través de la elaboración y aplicación de protocolos de supervisión, control y evaluación de las actividades del SIS y el incremento de la completud de los datos de los hospitales, centros y puestos de salud.
6. Fomentar la difusión y utilización de datos mediante reuniones de sensibilización a los Parlamentarios, Senadores y Miembros de Gobierno sobre la importancia de datos y de los indicadores para la planificación, asignación de recursos, toma de decisiones y el desarrollo de mecanismos de rendición de cuentas en el sistema de salud y la promoción de la difusión de la información a la población en general.
7. Fortalecer la gestión de la vigilancia epidemiológica a través de: (i) la elaboración y puesta a disposición de los establecimientos sanitarios de protocolos de notificación de las enfermedades de Declaración Obligatoria y la mejora de la capacidad técnica de detección y confirmación de casos.
8. Velar por la implementación del marco organizacional y de gestión del SNIS en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.

SEGUNDA PARTE

Marco programático del Plan Estratégico
de Fortalecimiento del Sistema Nacional
de Información Sanitaria (PEFSNIS)



2. METODOLOGÍA Y ETAPAS DE ELABORACIÓN DEL PEFSNIS

2.1. Enfoque metodológico

La metodología utilizada para la elaboración del Plan Estratégico de Fortalecimiento del SNIS (PEFSNIS), se inspira en la concepción y planificación de los Sistemas de Información Sanitaria desarrollados por la Red Métrica Sanitaria (RMS) o Health Metrics Network (HMN) y el Marco Lógico de Planificación orientado sobre los resultados.

El Marco Lógico de Planificación basado en los resultados es un instrumento de planificación y gestión de referencia internacional. Se utiliza a gran escala por varios socios al desarrollo e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, con el fin de facilitar la comprensión común de los objetivos marcados por los protagonistas, mejorar la eficacia y la eficiencia en la formulación y gestión de los programas y proyectos de desarrollo que se basan en resultados medibles e hipótesis de implementación.

La utilización del Marco Lógico de Planificación basado en los resultados para la elaboración del presente Plan Estratégico de Fortalecimiento del SNIS (PEFSNIS), ha permitido obtener lo siguiente:

1. Recordar los principales problemas del análisis causal del SNIS.
2. Fijar la Visión y los Principios del Plan Estratégico de Fortalecimiento del SNIS (PEFSNIS).
3. Indicar la Meta y los Resultados en respuesta a los problemas específicos del análisis causal.
4. Definir las orientaciones estratégicas que permitan alcanzar los Resultados específicos.
5. Definir el Marco Lógico de Resultados que precisa los indicadores, los medios de verificación y los riesgos de implementación.

6. Definir el Marco Lógico del Plan Operativo (jerarquía de resultados e indicadores, actividades cuantificadas/resultado, indicador objetivamente verificable, responsables y socios de ejecución, periodo de ejecución y costo estimativo/actividad/resultado).

7. Precisar los mecanismos de ejecución y de coordinación del PEFSNIS (estructura y órganos de coordinación, monitoreo, seguimiento y evaluación; auditoría y control de gestión).

8. Conclusiones y recomendaciones.

Es importante precisar que el enfoque de elaboración del PEFSNIS se basa en (i) una lógica vertical que indica la jerarquía de los resultados específicos y los indicadores de resultados; y (ii) una lógica horizontal que indica las actividades, los indicadores objetivamente verificables (IOV), los medios de verificación, el período de ejecución, los socios y responsables de ejecución así como el costo estimativo de las actividades por cada resultado específico.

La dinámica de actualización del PEFSNIS fue participativa e interinstitucional a través de un equipo técnico de trabajo formado por 3 representantes del MINSABS, 4 representantes del UNFPA, 2 de MCDI, y 1 de la FRS, bajo la asesoría técnica del Representante de UNFPA y del Asesor Técnico del Ministro de Sanidad, que viene reuniéndose desde mayo de 2018 tanto en el MINSABS y en la sala de reuniones de UNFPA.

Liderado por el Viceministro de Sanidad y Bienestar Social, las sesiones de trabajo en grupo reducido fueron basadas en la revisión y actualización de los dos documentos de la Consultoría de 2014 sobre la Evaluación del SNIS y Elaboración del PEFSNIS, y financiado por el Proyecto de Salud BAD II, así como de varias consultas de otros documentos de referencia sobre SNIS.

2.2. Síntesis de los principales problemas del análisis causal del SNIS

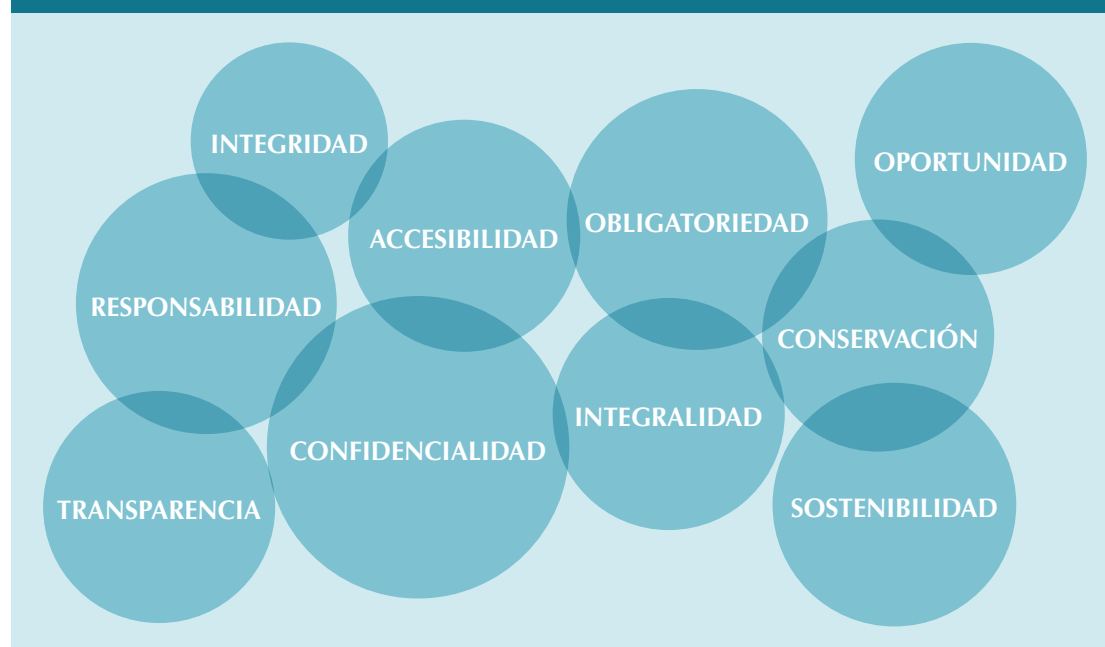
El análisis causal del SNIS permitió identificar un (1) problema central y siete (7) problemas específicos que han permitido establecer los pilares del PEFSNIS como se indica a continuación:

PROBLEMA CENTRAL: El Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS) presenta deficiencias significativas en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

- 1) Los recursos (humanos, materiales y financieros) destinados al SNIS y a la Vigilancia Epidemiológica son insuficientes en todos los niveles.
- 2) Ausencia de una lista nacional de indicadores definidos y adoptados por nivel de prestación de servicios de salud.
- 3) Limitación de la fuente de los pocos datos del SNIS disponibles y utilizados.
- 4) Deficiente gestión de datos de calidad del SNIS en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional, incluyendo los datos de insumos sanitarios (abastecimiento y consumo).
- 5) Deficiente calidad de los datos de Vigilancia Epidemiológica (VE) en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.
- 6) La diseminación y utilización de los datos del SNIS que integran la Vigilancia Epidemiológica son limitadas.
- 7) El marco institucional y organizacional del SNIS que integra la Vigilancia Epidemiológica es deficiente.

LOS PRINCIPIOS DEL PLAN ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO DEL SNIS (PEFSNIS) SON:



2.3. Visión y principios

a) Visión: La Visión del Gobierno en materia de Sistema Nacional de Información es disponer de una información sanitaria integrada para la planificación, la toma de decisiones así como la formulación y evaluación de políticas y programas que respondan a las necesidades reales del sector salud.

b) Principios: Los principios del Plan Estratégico de Fortalecimiento del SNIS son los siguientes:

- **Transparencia:** información accesible a los usuarios, cuya fuente y metodología de captura se conocen.
- **Responsabilidad:** información que cumple con las normas y los procedimientos establecidos.
- **Fiabilidad:** información veraz que refleja las características y la situación real de la población del país.
- **Carácter confidencial:** información que respeta las normas establecidas sobre el derecho de la privacidad durante el proceso de recolección, procesamiento y protocolos para la publicación de datos.
- **Accesibilidad:** disponibilidad y capacidad de uso de la información mediante instrumentos de fácil uso.
- **Carácter obligatorio:** necesidad de garantizar la disponibilidad de la información de acuerdo con las normas y procedimientos definidos según las normativas nacionales e internacionales vigentes.
- **Conservación:** obligación de garantizar la existencia de la información de acuerdo con la legislación en vigor.
- **Sostenibilidad:** un sistema de salud que cuente con recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros para la disponibilidad permanente de la información.
- **Oportunidad:** disponibilidad de información necesaria para la producción y suministro de datos estadísticos periódicamente.
- **Integralidad:** participación de todos los actores y socios al desarrollo para el óptimo funcionamiento del SNIS.
- **Integridad:** se refiere a la necesidad de que los datos sean manejados con carácter de completitud y prontitud.

2.4. Metas y Resultados

La Meta del PEFSNIS es incrementar la disponibilidad, la accesibilidad, la calidad y la utilización de una información sanitaria vital para la gestión eficaz, la adecuada prestación de servicios, la toma de decisiones y la adecuada asignación de recursos al sector salud.

Resultado global: El Sistema Nacional de Salud cuenta con un Sistema de Información Sanitaria funcional en todos los niveles de la pirámide sanitaria.

a) Resultados específicos:

- **Resultado específico 1:** Los recursos humanos, materiales y financieros del SNIS, incluida la Vigilancia Epidemiológica son fortalecidos en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.
- **Resultado específico 2:** Se dispone de un paquete esencial de indicadores definidos y adoptados, para responder a las necesidades de planificación, evaluación y seguimiento de los servicios, programas y proyectos de salud en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.

- **Resultado específico 3:** La fuente de datos del SNIS, que incluye la Vigilancia Epidemiológica (VE) está consolidada y diversificada en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.
- **Resultado específico 4:** La disponibilidad y utilización de una información sanitaria de calidad, que incluye la VE y los datos de insumos sanitarios está fortalecidos en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.
- **Resultado específico 5:** La difusión y utilización de la información sanitaria, que incluye los datos de VE para la planificación y toma de decisiones son efectivas en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional y en los medios de comunicación social.
- **Resultado específico 6:** El marco institucional y organizacional de gestión del SNIS, que integra la VE, está fortalecido en todos los niveles de la pirámide sanitaria, de los socios al desarrollo del sector salud y de otras instituciones sociales implicadas.

2.5. Orientaciones estratégicas de implementación del PEFSNIS

a) El fortalecimiento de la coordinación, planificación y liderazgo en materia de gestión del SNIS.

El desarrollo de un mecanismo de coordinación entre el MINSABS y los socios al desarrollo del sector salud es necesario para garantizar la producción, utilización y conservación de una información sanitaria de calidad, para la planificación y toma de

decisiones basada en indicadores de resultados.

Hay que resaltar que el liderazgo en materia de SIS pasa necesariamente por la implementación de una estructura de coordinación de las actividades entre los socios y los distintos niveles del Sistema Nacional de Salud en conformidad con la siguiente (**Gráfica 2**):

Gráfica 2: Marco de referencia internacional para la definición de funciones del SNIS por niveles de la pirámide sanitaria nacional

NIVELES		FUNCIONES	ACTORES
NIVEL CENTRAL	Nacional	<ul style="list-style-type: none"> Definición, seguimiento y análisis de indicadores. Control de calidad y síntesis de datos. Coordinación de la actividad estadística en los actores. 	<ul style="list-style-type: none"> Médicos Salubristas Gestores de programa de salud Estadísticos Informáticos Especialistas en epidemiología
	Región	<ul style="list-style-type: none"> Recogida, control de calidad y síntesis de datos. Seguimiento y análisis de la evolución de indicadores. 	<ul style="list-style-type: none"> Médicos Salubristas Gestores de programa de salud Estadísticos e Informáticos Especialistas en epidemiología
NIVEL INTERMEDIO	Provincia	<ul style="list-style-type: none"> Recogida, control de calidad y síntesis de datos. Seguimiento y análisis de la evolución de indicadores. 	<ul style="list-style-type: none"> Gestores de programa de salud Estadísticos Enfermeros especialistas
	Distrito	<ul style="list-style-type: none"> Introducción de datos. Análisis de la evolución de indicadores. 	<ul style="list-style-type: none"> Gestores de programa de salud Estadísticos Enfermeros especialistas
NIVEL PERIFÉRICO		<ul style="list-style-type: none"> Recogida de datos en puestos y centros de salud, hospitales y clínicas privadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeros formados en SIS y Comadronas.

Fuente: Análisis de situación del SNIS 2014.

La aplicación de este marco de referencia internacional se ajustaría a la evolución del Sistema Nacional de Salud y a la disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros en el marco de la aplicación del segundo PNDS.

b) La mejora de las competencias técnicas de los recursos humanos del SNIS.

Para ello, se prevé realizarla formación especializada entre 12 y 24 meses de duración en el exterior, para garantizar al MINSABS la disponibilidad de especialistas en estadística, comunicación y otras especialidades de apoyo a la producción de datos, la formación del personal técnico y la investigación operativa en el ámbito sanitario nacional. Se prevé también la profesionalización de auxiliares de estadística a nivel de la UNGE para cubrir todas las necesidades del personal de nivel operativo identificadas durante el análisis de situación. La última etapa para la mejora de las competencias técnicas se enfoca en la

capacitación del personal operativo mediante seminarios y talleres desarrollados por el equipo de formadores en SNIS.

c) La mejora de los mecanismos de producción, control de calidad y conservación de los datos del SNIS que incluye la Vigilancia Epidemiológica.

Esta acción estratégica pasa por la valorización de las investigaciones, estudios realizados y pendientes a realizar para ampliar la base de datos en salud y ofrecer el apoyo necesario al futuro Instituto Nacional de Salud Pública de Guinea Ecuatorial actualmente en proceso de implementación.

Para garantizar la producción y la gestión continua de datos de rutina de calidad, se inserta una herramienta de gestión de datos de rutina de referencia que facilitará la producción diaria de la información estadística por nivel de prestación de servicios a través de la recogida sistemática de los datos de rutina.

Tabla 9: Material de gestión de datos de rutina del SNIS por nivel

Nº	DESIGNACIÓN DEL MATERIAL DE GESTIÓN	NIVEL DE APLICACIÓN DEL MATERIAL DE GESTIÓN				
		PUESTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL DISTRITAL PROVINCIAL	HOSPITAL REGIONAL	CLÍNICA PRIVADA
1	MATERIAL DE GESTIÓN LOGÍSTICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					
1.1	GESTIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y EQUIPAMIENTO SANITARIO					
1.1.1	Lista nacional de medicamentos esenciales	X	X	X	X	X
1.1.2	Hoja de pedido	X	X	X	X	X
1.1.3	Ficha de stock	X	X	X	X	X
1.1.4	Registro de utilización de medicamentos esenciales y de ingresos	X	X	X	X	X
1.1.5	Hoja mensual de consumo de medicamentos e de ingresos	X	X	X	X	X
1.1.6	Ficha semestral de inventario de stock	X	X	X	X	X
1.2	GESTIÓN ADMINISTRATIVA					
1.2.1	Hoja del personal de salud por nivel	X	X	X	X	X
1.2.2	Cantidad del personal por categoría	X	X	X	X	X
1.2.3	Hoja de estructuras sanitarias por categoría	X	X	X	X	X
1.3	GESTIÓN FINANCIERA					
1.3.1	Libro de Caja	X	X	X	X	X
1.3.2	Informe financiero mensual	X	X	X	X	X

Tabla 9: Material de gestión de datos de rutina del SNIS por nivel

N° DESIGNACIÓN DEL MATERIAL DE GESTIÓN		NIVEL DE APLICACIÓN DEL MATERIAL DE GESTIÓN				
		PUESTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL DISTRITAL PROVINCIAL	HOSPITAL REGIONAL	CLÍNICA PRIVADA
2 GESTIÓN DE ATENCIÓN CURATIVA						
2.2.1	Registro de atención curativa	X	X	X	X	X
2.2.2	Carnet de Salud	X	X	X	X	X
2.2.3	Hoja epidemiológica mensual		X	X	X	X
2.2.4	Hoja epidemiológica mensual hospitalaria		X	X	X	X
2.2.5	Registro de hospitalización		X	X	X	X
2.2.6	Ficha de cálculo diario de consultas y hospitalizaciones		X	X	X	X
2.2.7	Informe síntesis mensual de servicios de hospitalización		X	X	X	X
2.2.8	Informe síntesis mensual de actos quirúrgicos		X	X	X	X
2.2.9	Informe síntesis mensual de referencias y contra referencia		X	X	X	X
2.2.10	Informe síntesis mensual de análisis de Laboratorio		X	X	X	X
2.2.11	Informe síntesis mensual de análisis de radiología		X	X	X	X
2.2.12	Registro de muertes intrahospitalarias		X	X	X	X
3 MATERIAL DE GESTIÓN DE DATOS DE SALUD MATERNA, INFANTIL Y PF						
3.1 SALUD MATERNA E INFANTIL						
3.1.1	Ficha de consultación prenatal		X	X	X	X
3.1.2	Carnet de salud de la madre y del niño		X	X	X	X
3.1.3	Libro de registro de consulta prenatal y postnatal		X	X	X	X
3.1.4	Registro de Partos		X	X	X	X
3.1.5	Libro de registro de seguimiento de mujeres embarazadas con VIH+		X	X	X	X
3.1.6	Ficha mensual de análisis de laboratorio de mujeres embarazadas		X	X	X	X
3.1.7	Libro de registro de cesáreas		X	X	X	X
3.1.8	Libro de registro de seguimiento de niños sanos y vacunados en los centros de salud		X	X	X	X
3.1.9	Hoja diaria de vacunación de niños y mujeres en edad fértil		X	X	X	X
3.1.10	Hoja mensual de vacunación de niños y mujeres en edad fértil		X	X	X	X
3.1.11	Libro de registro de seguimiento de niños nacidos de madres con VIH+ (resultado test PCR a los 2 meses)		X	X	X	X
3.1.12	Libro de registro de seguimiento de niños con VIH+ bajo TAR		X	X	X	X

N°	DESIGNACIÓN DEL MATERIAL DE GESTIÓN	NIVEL DE APLICACIÓN DEL MATERIAL DE GESTIÓN				
		PUESTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL DISTRITAL PROVINCIAL	HOSPITAL REGIONAL	CLÍNICA PRIVADA
3 MATERIAL DE GESTIÓN DE DATOS DE SALUD MATERNA, INFANTIL Y PF						
3.2 PLANIFICACIÓN FAMILIAR (PF)						
3.2.1	Libro de registro de consulta de PF		X	X	X	X
3.2.2	Ficha de consulta de PF		X	X	X	X
3.3.3	Hoja mensual de recogida de datos de servicios de PF		X	X	X	X
3.3 CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES DE EMERGENCIA (CONU)						
3.3.1	Hoja de recogida de datos de CONU			X	X	X
3.3.2	Libro de registro de partos		X	X	X	X
3.3.3	Libro de registro de emergencias obstétricas			X	X	X
3.3.4	Hoja de recogida mensual de complicaciones obstétricas tratadas			X	X	X
3.3.5	Libro de registro de cesáreas			X	X	X
3.3.6	Hoja de recogida mensual de cesáreas			X	X	X
3.3.7	Hoja de recogida mensual de referencia y contrareferencia de origen obstétrica		X	X	X	X
3.3.8	Libro de registro de muertes maternas		X	X	X	X
3.3.9	Hoja de recogida mensual de datos de salud materna, neonatal e infantil	X	X	X	X	X
3.3.10	Hoja de recogida mensual de muertes materna y neonatal	X	X	X	X	X

Fuente: Consultoría SNIS, MINSABS, 2014.

También la estrategia prevé la implementación de una Plataforma de Datos interconectada con los centros de prestación de servicios de los diferentes niveles de la pirámide sanitaria, lo que necesitará una disponibilidad permanente de luz, un equipamiento informático y un personal formado para la supervisión periódica.

d) La conservación y utilización de la información sanitaria.

El desarrollo de un mecanismo de conservación de datos y su fácil acceso a los responsables de toma de decisiones, los gestores de servicios, programas, proyectos de salud y a otros usuarios de la información sanitaria, de-

berá constituir el fundamento de esta estrategia afín de dotar al MINSABS de una base de datos del SNIS sostenible. Para ello, se prevé la promoción de una cultura de conservación del material de realización de encuestas, estudios de investigación, así como los soportes físicos de la información estadística de rutina en todos los servicios, programas y proyectos de salud.

Se prevé también la conservación de los informes y otros archivos de datos en soportes electrónicos protegidos para mayor seguridad de la base de datos establecida y gestionada desde la web institucional del MINSABS, actualmente en fase de creación.

El uso de datos sanitarios pasa por acciones de información y sensibilización a los responsables de alto nivel de toma de decisiones políticas y administrativas para que sirvan en la determinación de prioridades, la asignación de recursos así como el monitoreo y la evaluación de políticas y programas de salud.

e) El fortalecimiento del marco institucional y de gestión del SNIS.

Se prevé para ello el fortalecimiento de capacidades de la nueva Dirección General de Programación y Planificación Sanitaria dotándola de Servicios de Información Sani-

taria, Epidemiología y otros servicios afines para asegurar la coordinación de la producción, gestión, utilización y conservación de datos sanitarios de calidad para asumir plenamente la gestión estratégica y operativa del sistema de salud en los distintos niveles de la pirámide sanitaria nacional. Para ello, se llevará a cabo actividades de formación, equipamiento y de orientación de apoyo al personal del SIS afín de garantizar la coherencia y la eficacia del sistema estadístico nacional de salud.

¿POR QUÉ UN SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN SANITARIA?

Para disponer de una información sanitaria integrada que permita la planificación, toma de decisiones y la formulación y evaluación de programas que respondan a las necesidades reales de la salud de la población.

2.6. Presupuesto estimativo del PEFSNIS

El coste aproximado del PEFSNIS 2019 - 2023 distribuido entre los seis (6) resultados específicos, asciende a la cantidad de 5.069.481.498,40 XFAS, como se indica en el resumen del presupuesto (**Tabla 10**).

Tabla 10: Resumen del presupuesto estimativo por resultados del PEFSNIS

Nº	RESULTADOS ESPECÍFICOS	MONTO (XFAS)	%
1	Los recursos humanos, materiales y financieros del SNIS, incluida la Vigilancia Epidemiológica están fortalecidos en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.	573.458.544	12,44
2	Se dispone de un paquete esencial de indicadores definidos y adoptados para responder a las necesidades de planificación, evaluación y seguimiento de servicios, programas y proyectos de salud en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.	316.060.000	6,86
3	La fuente de datos del SNIS, que incluye la VE está consolidada y diversificada en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.	2.194.204.000	47,61
4	La disponibilidad y utilización de una información sanitaria de calidad que incluye la VE está fortalecida en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.	547.588.000	11,88
5	La difusión y utilización de la información sanitaria, que incluye los datos de VE para la planificación y toma de decisiones son efectivas en todos los niveles de la pirámide sanitaria y canales de comunicación sociales disponibles.	171.000.000	3,71
6	El marco institucional y organizacional de gestión del SNIS está fortalecido en los diferentes niveles de la pirámide sanitaria y a nivel de otras instituciones y socios en salud.	806.309.000	17,50
Total Gatos de Resultados en XFAS (de 1 a 6)		4.608.619.544	100
Gatos de Gestión y comunicación (10% del presupuesto total)		460.861.954,40	
Total Presupuesto del PEFSNIS		5.069.481.498,40	

La movilización de estos importes montos, se realizará a través del Gobierno de la República de Guinea Ecuatorial y los socios de apoyo al desarrollo del sector salud.

2.7. Justificación técnica y financiera de los resultados del PEFSNIS

Tabla 11: Justificación técnica y financiera de los resultados del PEFSNIS

RESULTADOS ESPECÍFICOS	COSTO ESTIMATIVO RESULTADO (XFAS)	JUSTIFICACIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA DEL RESULTADO
1. Los recursos humanos, materiales y financieros del SNIS, incluida la Vigilancia Epidemiológica están fortalecidos en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.	573.458.544	<p>Para alcanzar este resultado específico N° 1 se prevé implementar las siguientes actividades:</p> <p>a) La formación de 10 especialistas a saber: 2 médicos epidemiólogos, 2 cuadros en estadística y demografía, 2 cuadros en elaboración de cuentas nacionales, 2 cuadros en planificación, economía sanitaria y gestión de servicios de salud, 2 cuadros en gestión de base de datos, con un costo estimativo de (119.380.044 XFAS). Las formaciones se llevarán a cabo en instituciones especializadas de la subregión africana o en otros países cuyo perfil de formación satisfaga las necesidades identificadas durante el análisis de situación. Al regreso de su formación, los cuadros y técnicos formados estarán distribuidos entre el nivel central y regional del país, para fortalecer el marco programático y de gestión del Ministerio Sanidad y otros sectores vinculados a la salud y al desarrollo económico y social del país.</p> <p>b) Reclutamiento, profesionalización y distribución de 100 auxiliares de estadística para cubrir las necesidades de SNIS y Epidemiología en los 102 centros de salud que incluyen los distritos urbanos de reciente creación y de los servicios de SIS en los 19 distritos sanitarios, considerando los 30 auxiliares de estadísticas graduados en el año actualmente en proceso de nombramiento. El costo es de (250.668.500 XFAS).</p> <p>c) Adquisición de un total de 135 ordenadores de mesa, 20 ordenadores portátiles y 50 impresoras láser y accesorios distribuidos los 102 centros de salud, 18 hospitales distritales, 19 unidades distritales del SNIS/Vigilancia Epidemiológica, 8 unidades provinciales de SNIS/Vigilancia Epidemiológica, la Coordinación Regional del SNIS/Vigilancia Epidemiológica de Bata, Servicio de Epidemiología y la Dirección Nacional del SNIS. El costo estimativo alcanza los (203.410.000 XFAS).</p>
2. Se dispone de un paquete esencial de indicadores definidos y adoptados para responder a las necesidades de planificación, evaluación y seguimiento de los servicios, programas y proyectos de salud en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.	316.060.000	<p>Concerniente al resultado específico N° 2 se prevé implementar las siguientes actividades:</p> <p>a) El reclutamiento de 1 Asesor internacional y 2 expertos nacionales (Médicos de Salud Pública) en 30 días para elaborar las directrices de monitoreo de indicadores de salud (36.700.000 XFAS), la validación en 1 taller de 35 participantes, constituido por los jefes de servicios, directores de programas, delegados provinciales y médicos responsables de APS de los distritos sanitarios de las directrices de Monitoreo de los indicadores de salud elaboradas (8.190.000 XFAS), la reproducción y distribución de 1000 ejemplares de las directrices en los diferentes centros de prestación de servicios, así como de los programas, servicios y otras estructuras del MINSABS (8.500.000 XFAS).</p> <p>b) La organización de un taller nacional de 40 participantes para la definición de los indicadores/Metadatos del SNIS (8.665.000 XFAS), la formación de 30 formadores entre los Delegados provinciales de sanidad, responsables de programas, directores de los hospitales provinciales y regionales como formadores del personal operativo de los centros de prestación de servicios para la implementación de las directrices de monitoreo de los indicadores de servicios de salud (10.685.000 XFAS), así como la formación de 164 técnicos sanitarios constituidos por los delegados distritales de salud, médicos de APS y auxiliares de estadística de los distritos para llevar a cabo las sesiones monitoreo de indicadores de salud de todos los centros sanitarios operativos cada 3 meses (48.920.000 XFAS).</p> <p>c) Implementación del monitoreo periódico en cada 3 meses de las actividades prioritarias en termino de disponibilidad, accesibilidad, utilización y calidad en los 102 centros de salud y 18 hospitales públicos distribuidos en 3 grupos (1 en la Isla y 2 en la región continental) durante 4 días, a razón de 1 representante por centro de salud, 1 Delegado distrital de sanidad/director hospital, 1 medico jefe de APS, 1 representante de la delegación de gobierno y 1 delegado provincial de sanidad (150.000.000 XFAS).</p>

PLAN ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO del Sistema Nacional de Información Sanitaria

RESULTADOS ESPECÍFICOS	COSTO ESTIMATIVO RESULTADO (XFAS)	JUSTIFICACIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA DEL RESULTADO
2. Se dispone de un paquete esencial de indicadores definidos y adoptados para responder a las necesidades de planificación, evaluación y seguimiento de los servicios, programas y proyectos de salud en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.	316.060.000	<p>d) El desarrollo de los 8 indicadores de proceso de las Naciones Unidas a través de la Atención Obstétrica de Urgencia mediante el fortalecimiento de la recogida de datos de rutina para seguir las tendencias de la mortalidad materna y neonatal en los hospitales públicos, parapúblicos y privados (20.000.000 XFAS).</p> <p>e) Igualmente, la gestión de los indicadores incluirá el fortalecimiento de la capacidad del sistema de vigilancia epidemiológica en los 102 centros de salud, 18 hospitales, los establecimientos sanitarios para públicos y privados, mediante la formación de 160 técnicos sanitarios encargados de la vigilancia epidemiológica, en cuatro seminarios de cuatro días de duración (22.000.000 XFAS).</p> <p>f) Para garantizar una amplia comprensión e interpretación de los indicadores sanitarios a nivel internacional y nacional, se prevé la reproducción y distribución de 200 ejemplares de Metadatos de indicadores sanitarios en color en las diferentes estructuras del Sistema Nacional de Salud (2.400.000 XFAS).</p>
3. La fuente de datos del SNIS, que incluye la vigilancia epidemiológica está consolidada y diversificada en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional	2.194.204.000	<p>Concerniente al resultado específico N° 3 se prevé implementar las siguientes actividades:</p> <p>a) La organización de censos sanitarios en los distritos para mayor conocimiento de la población y el cálculo de los indicadores de salud cada 2 años, la realización cada 2 años el censo de establecimientos sanitarios privados, así como el paquete mínimo de servicios y actividades que desarrollan y la implementación de 2 censos del personal sanitario del sector público, parapúblico y privado (238.280.000 XFAS).</p> <p>b) También se prevé la realización de un mapa sanitario cada tres años de un mapa sanitario que establezca las normas de infraestructuras, recursos humanos y equipamiento (70.709.000 XFAS).</p> <p>c) Elaboración cada 2 años las cuentas nacionales de salud para la estimación presupuestaria de los gastos de salud por concepto, respetando las normativas del programa nacional de inversiones del Gobierno (86.152.500 XFAS).</p> <p>d) Se prevé organizar 1 taller nacional para la actualización y armonización de herramientas de recogida de datos de rutina del SNIS y otro taller sobre datos de programas específicos (Paludismo, VIH/SIDA, Tuberculosis, Cáncer) (22.425.000 XFAS).</p> <p>e) También se prevé reproducir y distribuir cada 2 años las herramientas actualizadas y armonizadas de recogida de datos según necesidades en los diferentes establecimientos sanitarios del país (170.800.000 XFAS).</p> <p>f) Se prevé la realización de 2 encuesta de cobertura vacunal de la población objeto, 2 encuestas de cobertura de eliminación de la transmisión vertical del VIH y 4 encuestas sobre la prevalencia de la co-infección TB/VIH (264.837.500 XFAS).</p> <p>g) También se prevé la realización de la segunda EDSGE, para la actualización de los indicadores socio-demográficos de la primera EDSGE de 2011, para medir los esfuerzos del Gobierno y mejorar la base programática en el sector salud (650.000.000 XFAS).</p> <p>h) El apoyo al monitoreo de los 8 indicadores de AOU (Atención Obstétrica de Urgencias) y a los proyectos de investigación del Instituto Nacional de Salud Pública, que incluye la investigación operativa (691.000.000 XFAS).</p>

PLAN ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO

del Sistema Nacional de Información Sanitaria

RESULTADOS ESPECÍFICOS	COSTO ESTIMATIVO RESULTADO (XFAS)	JUSTIFICACIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA DEL RESULTADO
4. La disponibilidad y utilización de una información sanitaria de calidad, que incluye la VE está fortalecida en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.	547.588.000	<p>Respecto al resultado específico N° 4 se prevé implementar las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La formación de 25 formadores (2 nivel central, 15 provinciales, 2 regionales) para el relleno de materiales de recogida de datos del SNIS y la organización de 8 sesiones para los 280 técnicos sanitarios (46 CS, 160 PS, 18 Hospitales, 18 Distrito y 20 CS privados) sobre el SIS de rutina y la vigilancia epidemiológica (100.688.000 XFAS). b) El apoyo a las provincias en la elaboración de informes estadísticos anuales, así como la elaboración y validación de anuarios estadísticos nacionales en talleres de 45 participantes (52.340.000 XFAS). c) Supervisiones trimestrales sobre la recogida y envío de datos en los distritos sanitarios por los equipos provinciales y distritales de salud, así como la supervisión cada 6 meses sobre la recogida y envío de datos de los distritos y provincias por un equipo del nivel central (100.250.000 XFAS). d) La organización de reuniones semestrales con 45 participantes para la validación de los datos de rutina del SNIS (55.620.000 XFAS). e) La implementación de una plataforma de gestión de datos de rutina del SNIS mediante una asistencia técnica internacional (167.000.000 XFAS). f) El apoyo del proceso de implementación del programa informático de gestión de los recursos humanos WISN con la formación de 15 personas del nivel central, regional y provincial (22.440.000 XFAS).
5. La difusión y utilización de la información sanitaria, que incluye los datos de VE para la planificación y toma de decisiones son efectivas en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional y en los medios de comunicación sociales.	171.000.000	<p>Respecto al resultado específico número 5 se prevé implementar las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La reproducción, distribución y publicación por cada año de 600 ejemplares del anuario estadístico sanitario nacional y 4.000 boletines epidemiológicos para las diferentes entidades estatales, que incluyen las embajadas de Guinea Ecuatorial en el exterior, los organismos internacionales y las instituciones públicas, parapúblicas y privadas del sector salud (76.000.000 XFAS). b) La organización de reuniones anuales de sensibilización a los parlamentarios, senadores y socios al desarrollo del sector salud sobre la importancia del uso de los datos sanitarios para la toma de decisiones y para las evaluaciones de los logros alcanzados atendiendo a los objetivos nacionales e internacionales marcados (60.000.000 XFAS). c) La difusión de los indicadores de salud en los medios de comunicación para la mayor información de la población sobre los problemas de salud, los servicios disponibles, así como sus derechos a la salud (35.000.000 XFAS).

PLAN ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO del Sistema Nacional de Información Sanitaria

RESULTADOS ESPECÍFICOS	COSTO ESTIMATIVO RESULTADO (XFAS)	JUSTIFICACIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA DEL RESULTADO
6. El marco institucional y organizacional de gestión del SNIS está fortalecido en los diferentes niveles de la pirámide sanitaria, a nivel de los socios de apoyo en salud y otras instituciones sociales implicadas.	806.309.000	<p>Correspondiente al resultado específico número 6 se prevé implementar las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La adopción y aplicación del marco orgánico de la nueva Dirección General de Planificación y Programación Sanitaria que alberga el SNIS y el fortalecimiento del Comité Técnico del MINSABS para apoyar la gestión de los planes operativos del SNIS, a través de reuniones periódicas de monitoreo y evaluación, mediante el reclutamiento de 1 experto en sistema de información (nivel central) de apoyo en la aplicación del plan estratégico por un período de tiempo de 3 años (146.305.000 XFAS). 2) La adquisición de 10 vehículos 4x4 TT, para el apoyo logístico del nivel central, regional y provincial del SNIS durante las actividades de supervisión y 60 motos para cubrir los centros de salud operativos de los nuevos distritos urbanos, así como el reclutamiento de 10 conductores y los gastos de funcionamiento y mantenimiento de los equipos y materiales del SNIS (443.904.000 XFAS). 3) El apoyo de las actividades de gestión del SNIS mediante la organización de viajes de estudios por cuadros y técnicos en los países de la subregión con experiencias y buenas prácticas en SNIS, la creación de un sistema de motivación para las diferentes estructuras de prestación de servicios en cuanto a la calidad de los trabajos del SNIS basados en el resultado (completud y prontitud), el apoyo de las reuniones del Comité Técnico del MINSABS sobre el SNIS, la organización de auditorías anuales de gestión por un Gabinete especializado, así como las evaluaciones anuales, a medio plazo y final del plan estratégico (216.100.000 XFAS).
Total Gatos de Resultados en XFAS (de 1 a 6)	4.608.619.544	Para cubrir las necesidades identificadas en el análisis de situación y convertidas en actividades de respuesta contempladas en el marco operativo de 5 años el PEFSNIS se necesitará movilizar la cantidad de 4.608.619.544 XFAS .
Gatos de Gestión (10% del presupuesto total)	460.861.954,40	Para hacer frente a actividades de emergencia y re-emergencia vinculadas a epidemias, casos de emergencia y catástrofes de salud, así como la toma en consideración de la participación del personal del SNIS y otros programas afines en reuniones, foros y conferencias a nivel nacional, regional e internacional, hace falta hacer unas provisiones aplicando un porcentaje del 10% al presupuesto total del PEFSNIS.
Total Presupuesto del PEFSNIS	5.069.481.498,40	La sumatoria de ambos montos, alcanza un presupuesto total del PEFSNIS de 5.069.481.498,40

Fuente: PEFSNIS 2019-2023.

3. MECANISMOS DE EJECUCIÓN Y COORDINACIÓN DEL PEFSNIS 2019 - 2023

3.1. Estructuras y órganos de coordinación

La implementación del PEFSNIS 2019 - 2023 se efectuará a través de planes operativos anuales que responden al Marco Lógico de Resultados del plan quinquenal establecido. La implementación de los planes operativos anuales se realizará en los distintos niveles de la pirámide sanitaria nacional, a través de los Servicios de Información Sanitaria y de Epidemiología, bajo la coordinación de las Direcciones Generales de Programación y Planificación Sanitaria y de Salud Pública y Prevención Sanitaria, apoyados por los diferentes servicios, programas y proyectos del MINSABS.

A nivel regional la coordinación de las actividades del PEFSNIS 2019 - 2023 estará a cargo del Delegado Regional de Sanidad apoyado por el Coordinador Regional del SNIS.

A nivel provincial la coordinación de las actividades estará a cargo de los delegados provinciales de sanidad en calidad de responsables encargados de cumplir y hacer cumplir las acciones de salud en las provincias. Su rol específico en el marco de la implementación del PEFSNIS 2019 - 2023 es coordinar la integración y la armonización de las actividades del SNIS con los demás servicios, programas y proyectos de salud en el nivel provincial y distrital en el marco la operacionalización del Distrito Sanitario y la descentralización de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención.

La coordinación intersectorial del PEFSNIS 2019 - 2023 estará a cargo del Comité Técnico del MINSABS. Las atribuciones y mecanismos de funcionamiento de este Comité serán establecidos como anexo a los documentos normativos de la ejecución del Plan.

3.2. Monitoreo, seguimiento y evaluación del PEFSNIS

El monitoreo, seguimiento y evaluación del PEFSNIS 2019 - 2023 se realizarán en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud sobre la base de los indicadores definidos en la Matriz del Marco Lógico de Resultados insertado más abajo y de los planes operativos anuales emanados del Plan Quinquenal también en anexo.

El enfoque establecido para el monitoreo, seguimiento y evaluación del PEFSNIS 2019 - 2023 en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud se basa en lo siguiente:

1) Supervisiones mensuales por los Equipos de Salud Distritales, supervisiones trimestrales por los Delegados Provinciales de

Sanidad y supervisiones semestrales por el Equipo del nivel central y regional de sanidad.

- 2) Sesiones de monitoreo de datos integradas a los planes de acción de los distritos sanitarios.
- 3) Evaluaciones anuales de la implementación de los planes de trabajo integradas a los planes de acción de los Distritos Sanitarios.
- 4) Evaluación a mediano plazo después de 2 años y una evaluación final mediante una consultoría externa en el transcurso del último año de la ejecución del Plan.



3.3. Auditoría y control de gestión del PEFSNIS

Para garantizar la adecuada aplicación de los procedimientos de gestión del PEFSNIS 2019 - 2023, se implementará un sistema de control interno fiable de los recursos y la organización de auditorías de cuentas, cuyos informes serán periódicamente sometidos al

Comité Técnico del MINSABS para estudio, validación y remisión al Ministro de Sanidad con la finalidad de informar a los socios y velar por la aplicación de las recomendaciones de este informe

CONCLUSIONES

El análisis de situación realizado en el año 2014 demuestra plenamente que el Sistema Nacional de Información Sanitaria es la piedra angular del Sector Salud, teniendo en cuenta que proporciona la información necesaria sobre el estado de salud de la población de un país y las recomendaciones recogidas en dicho informe de evaluación del SNIS han servido de base para la actualización del presente PEFSNIS 2019 - 2023.

Los resultados de las entrevistas realizadas durante todo el proceso de actualización de este Plan Estratégico suscitaron un gran interés en cuanto a la materialización de las estrategias identificadas afín de disponer de datos sanitarios fiables para de esta manera garantizar una planificación sanitaria basada en los resultados y alcanzar así los objetivos del sector salud marcados en el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social, Guinea Ecuatorial al Horizonte 2020 y más allá.

La implementación de este Plan Estratégico contará con el apoyo del conjunto de los socios al desarrollo al sector salud, para establecer un marco operativo integrado de los principales subsistemas de información sanitaria adscritos al SNIS, mediante: (i) la gestión normalizada de datos de rutina, (ii) la Vigilancia Epidemiológica (VE), (iii) la mejora de la calidad de gestión de los servicios, programas y proyectos de salud, (iv) la mejora de la gestión de recursos sanitarios, (v) la mejora de la gestión logística de suministros insumos para el sector salud, (vi) la adecuada planificación e implementación de encuestas y estudios de investigación en salud, entre otros.

Los diferentes elementos programáticos del presente Plan Estratégico están contemplados en el marco lógico de resultados y el plan operativo anexos a este documento



ANEXOS

Tabla 12: Marco lógico de Resultados del PEFSNIS

META: INCREMENTAR LA DISPONIBILIDAD, LA ACCESIBILIDAD, LA CALIDAD Y LA UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA VITAL PARA LA GESTIÓN EFICAZ, PARA LA ADECUADA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y PARA LA TOMA DE DECISIONES OBJETIVAS DE PLANIFICACIÓN Y DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS AL SECTOR SALUD					
RESULTADO GLOBAL: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CUENTA CON UN SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA FUNCIONAL EN TODOS LOS NIVELES DE LA PIRÁMIDE SANITARIA					
RESULTADOS ESPECÍFICOS	INDICADORES	LÍNEA DE BASE	METAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RIESGOS
1) Los recursos humanos, materiales y financieros del SNIS, incluida la Vigilancia Epidemiológica están fortalecidos en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.	<ul style="list-style-type: none"> Nº de Especialistas formados en epidemiología, estadísticas, demografía, planificación e informática. Proporción de estructuras de gestión y de prestación de servicios con personal formado en SNIS. Proporción de recursos del PIP (Presupuesto de Inversiones Públicas) asignados al SNIS. % de estructuras con 1 Punto Focal formado en VE con equipamiento mínimo (teléfono y/o internet). % de estructuras SNIS con material y equipamiento para la gestión de datos. 	0 10% 0% 20% 30%	9 100% 100% 100% 100%	<ul style="list-style-type: none"> Informes de cursos modulares de formación de especialistas en estadísticas sanitarias y otras especialidades afines por sexo y materia científica. Informes de supervisión, monitoreo y evaluación de las estructuras de gestión y de prestación de servicios de salud. Ley presupuestaria del General del Estado sobre asignaciones económicas al SNIS. Informes de inventarios anuales de equipamiento técnico y logístico del SINS/VE. 	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de armonización de actividades de proyectos, programas y servicios para la gestión integrada de datos. Cambios frecuentes del personal formado en SNIS en los puestos de trabajo. Falta de rigor en la gestión de recursos asignados al SNIS. Falta de implicación de los actores políticos para la dotación de recursos necesarios al SNIS.
2) Se dispone de un paquete esencial de indicadores definidos y adoptados para responder a las necesidades de planificación, evaluación y seguimiento de los servicios, programas y proyectos de salud en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de estructuras del SNS con un paquete esencial de indicadores de salud. Proporción de estructuras del SNS que aplican un monitoreo de datos y publican los resultados estadísticos alcanzados. Proporción de estructuras que ofrecen AOU (Atención Obstétrica de Urgencia) y realizan el monitoreo periódico de sus estas actividades. Proporción de estructuras que transmiten los datos estadísticos de las enfermedades a potencial epidémico. Proporción de estructuras que disponen de Metadatos de indicadores sanitarios del país. Proporción de estructuras sanitarias que usa indicadores sanitarios. 	10 10 0 30% 0 10	100% 90% 90% 100% 100% 100%	<ul style="list-style-type: none"> Cuadro de indicadores de salud disponible por nivel. Informes de monitoreo de prestación de servicios. Informes de monitoreo de indicadores de AOU Informes periódicos sobre enfermedades a potencial epidémico. Lista de estructuras con Metadatos de indicadores. Plan de distribución de Anuarios estadísticos. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de cultura de planificación basada en indicadores salud. Falta de coordinación de las acciones del SIS entre los socios. Limitada percepción de la importancia de indicadores para la gestión por ambas partes.

PLAN ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO del Sistema Nacional de Información Sanitaria

RESULTADOS ESPECÍFICOS	INDICADORES	LÍNEA DE BASE	METAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RIESGOS
3) La fuente de datos del SNIS, que incluye la vigilancia epidemiológica y diversificada en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.	• Proporción de estructuras sanitarias que utilizan estimaciones del censo de población comunitario para calcular indicadores de salud de su jurisdicción.	0	100%	• Cuadro de estimaciones de población objeto para calcular indicadores de salud.	• Falta de coordinación entre el SNIS e INEGE.
	• Proporción de estructuras con herramientas estandarizadas de recogida de datos de actividad	30	100%	• Copias de herramientas de recogida de datos de actividad distribuidos.	• Falta de censo específico para estimaciones de la población objeto en salud.
	• Proporción de estructuras comunitarias con un sistema de registro civil.	0	100%	• % de estructuras comunitarias con un sistema de registro civil.	• Poco interés sobre estudios, encuestas y otras investigaciones.
	• Informes de investigaciones y estudios específicos en salud (AOU, VIH/SIDA, cobertura vacunal, infección Tb/VIH).	10%	100%	• Copias de informes de investigaciones y estudios específicos en salud disponibles.	• Falta de implicación de los actores técnicos y políticos.
4) La disponibilidad y utilización de una información sanitaria de calidad, que incluye la VE que está fortalecida en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.	• Proporción de estructuras del SNS sin ruptura de stock de material de gestión del SIS en los 6 últimos meses.	30	100%	• Informes de evaluación y supervisión del SIS de las estructuras del SNS.	• Gestión vertical de datos por parte de los servicios, programas y proyectos de salud.
	• Proporción de estructuras con personal formado en gestión de datos estadísticos según normas establecidas.	30	100%	• Informe de formación del personal en gestión de datos sanitarios.	• Ruptura frecuente de stock de materiales de gestión de la información sanitaria (registros, fichas, formularios).
	• % de personal de salud formado en VE (detección precoz, notificación, análisis de casos y publicación de los resultados).	10	100%	• Informes de completud y prontitud de transmisión de datos y de retro - información de la actividad sanitaria realizada.	• Baja cultura de referencia/contrareferencia y retro información sanitaria.
	• % de completud de informes de estructuras sanitarias.	20%	100%	• Existencia de una Plataforma de datos sanitarios operativa y accesible a los usuarios.	• Falta de base de datos para almacenamiento de la información sanitaria.
	• % de prontitud de transmisión de informes de datos a nivel de las estructuras sanitarias.	20%	100%	• Informe de datos sobre la VE.	• Falta de implicación de los actores técnicos y políticos del SNS en el proceso de disponer y utilizar las estadísticas sanitarias para la planificación y la toma de decisiones.
	• % estructuras por nivel que realizan retro - información sobre los informes recibidos.	20%	100%	• Informes de actividad de los distritos sanitarios.	
	• Plataforma de datos estadísticos operativo, que toma en cuenta todas las fuentes de información sanitaria.	0%	1		
	• % de estructuras que cumplen con los procedimientos de transmisión de datos de VE.	0%	100%		
	• % de estructuras parapúblicas y privadas que cumplen con los procedimientos de VE.	0%	100%		
	• Proporción de Distritos sanitarios que elaboran y remiten informes mensuales, trimestrales, semestrales y anuales de la actividad desarrollada.	0%	100%		

PLAN ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO del Sistema Nacional de Información Sanitaria

RESULTADOS ESPECÍFICOS	INDICADORES	LÍNEA DE BASE	METAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RIESGOS
5) La difusión y utilización de la información sanitaria, que incluye los datos de VE para la planificación y toma de decisiones son efectivos en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional y en los medios de comunicación sociales.	• Cantidad de anuarios estadísticos sanitarios elaborados y distribuidos cada año.	0	5	• Copias anuarios estadísticos distribuidos cada año.	• Baja percepción de la cultura de la difusión de datos estadísticos.
	• Número de boletines epidemiológicos y otros impresos distribuidos semanal, mensual, trimestral, semestral y anual.	0	5540	• Copias de boletines epidemiológicos y otros impresos de datos distribuidos semanal, mensual, trimestral, semestral y cada año.	• Falta de uso de indicadores para la planificación.
	• N° de talleres de difusión de informes de las investigaciones y estudios en salud organizados por el Instituto Nacional de Salud Pública de Guinea Ecuatorial (INISAPGE).	0	25	• Código de acceso a la página web y documentos difundidos en la plataforma.	• Falta de capacitación de actores de medias sobre datos de salud.
	• N° de sesiones de sensibilización de los parlamentarios, senadores y socios en salud realizadas sobre la pertinencia de los datos estadísticos sanitarios en la formulación de políticas sociales, la toma de decisiones y la evaluación de los logros del Gobierno en el sector salud.	0	20	• Copias de informes de investigaciones y estudios publicados por el INISAPGE.	• Falta de comunicación estratégica sobre los datos para toma de decisión/planificación.
	• Existencia de una Página Web para la difusión de la información sanitaria y otros datos del SNS.	0	1	• Informes de reuniones de sensibilización y abogacía realizadas a los senadores, diputados y socios de apoyo al sector salud.	• Falta de implicación de los actores técnicos y políticos del SNS en el proceso de difusión y utilización de la información del SNS.
	• N° de informes de investigaciones y estudios publicados en la página web del MINSABS.	1	50	• Copias de documentos estratégicos elaborados en el SNS.	
6) El marco institucional y organizacional de gestión del SNS está fortalecido en los diferentes niveles de la pirámide sanitaria, a nivel de los socios de apoyo en salud y otras instituciones sociales implicadas	• Un Plan Estratégico de SNSIS aprobado y operativo.	0	1	• Plan Estratégico de SNSIS en curso de implementación.	• Plan Estratégico y Organigrama de Gestión SNSIS no aplicados.
	• Un Organigrama de Gestión del SNSIS aprobado y operativo.	0	1	• Organigrama de Gestión del SNSIS aplicado.	• Comité de Coordinación SNSIS no operativo.
	• Un Comité de Coordinación del SNSIS aprobado y operativo.	0	1	• Informes de reunión Comité de Coordinación del SNSIS.	• Procedimientos de gestión del PEFSNIS no aplicados.
	• % de estructuras de salud con un POA (Plan Operativo Anual) que integran actividades del SIS.	0%	100%	• Copias de POA que integran actividades SIS ejecutados y evaluados.	• Implicación de los actores políticos y técnicos en la implementación del marco institucional y organizacional de gestión del SNSIS.
	• N° de informes de reuniones del Comité de Coordinación del SNSIS disponibles.	0	10	• Copias de informes de auditorías de cuentas.	
	• N° de informes de monitoreo, seguimiento y evaluación periódico del SIS disponibles.	0	15	• Copias de informes de evaluaciones PEFSNIS.	
	• N° de informes de auditorías de Cuentas de gestión del PEFSNIS disponibles.	0	4		
	• N° de informes de evaluaciones periódicas del PEFSNIS disponibles.	0	4		

PLAN ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO del Sistema Nacional de Información Sanitaria

Tabla 13: Marco lógico del Plan Operativo de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Información Sanitaria (PEFSNIS)

JERARQUÍA DE RESULTADOS E INDICADORES	ACTIVIDADES	CANTIDAD	PERÍODO EN AÑOS					COSTO (C-FA)	INDICADOR OBJETIVAMENTE VERIFICABLE (IOV)	RESPONSABLES Y SOCIOS
			A1	A2	A3	A4	A5			
META: INCREMENTAR LA DISPONIBILIDAD, LA ACCESIBILIDAD, LA CALIDAD Y LA UTILIZACIÓN DE UNA INFORMACIÓN SANITARIA VITAL PARA LA GESTIÓN EFICAZ, LA ADECUADA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y LA TOMA DE DECISIONES DE PLANIFICACIÓN Y DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS AL SECTOR SALUD										
RESULTADO GLOBAL: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CUENTA CON UN SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA FUNCIONAL EN TODOS LOS NIVELES DE LA PIRÁMIDE SANITARIA										
RESULTADO ESPECÍFICO 1: Los recursos humanos, materiales y financieros del SNIS, incluida la Vigilancia Epidemiológica están fortalecidos en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.								573,458,544		
a) N° de Especialistas formados en epidemiología, estadísticas, demografía, planificación e informática. b) Proporción de estructuras de gestión y de prestación de servicios con personal formado en SNIS. c) Proporción de recursos del PIP (Presupuesto de Inversiones Públicas) asignados al SNIS. d) % de estructuras con 1 Punto Focal formado en VE con equipamiento mínimo (teléfono y o internet). e) % de estructuras SNIS con material y equipamiento mínimo de gestión de datos.	1) Formación durante 2 años a 2 médicos en epidemiología (propuesta: Instituto de Salud Pública de OCEAC / Congo Brazzaville).	2		X	X			37,000,044	Número de médicos formados/sexo	MINSABS / OCEAC.
	2) Formación durante 2 años a 2 cuadros superiores en estadística y demografía sanitaria (propuesta: IFORD/ Camerún).	2		X				29,980,000	Numero de cuadros formados/sexo	MINSABS / Socios.
	3) Formación durante 2 semanas a 2 cuadros medios en elaboración de cuentas nacionales de salud (propuesta: CESAG/ Dakar).	2	X					3,200,000	Numero de cuadros formados/sexo	MINSABS / Socios.
	4) Formación durante 2 años a 2 cuadros superiores en planificación, economía y gestión de servicios de salud (propuesta: CESAG/ Dakar).	2		X	X			16,080,000	Número de cuadros formados/sexo	MINSABS / Socios.
	5) Formación durante 2 años a 2 cuadros superiores en gestión de bases de datos (propuesta: Marruecos).	2		X				33,120,000	Número de cuadros formados/sexo	MINSABS / Socios.
	6) Reclutamiento, profesionalización y distribución de 100 Auxiliares de estadística para cubrir las necesidades de SNIS y epidemiología en los 102 centros de salud, que incluye los 19 distritos urbanos de reciente creación, y de los servicios de SNIS en los 19 distritos sanitarios; considerando los 30 Auxiliares formados por FRS en la UNGE y graduados en el año 2018, actualmente en proceso de nombramiento.	100	X	X	X	X	X	250,668,500	Número de cuadros reclutados y destinados al SNIS/nivel/sexo	MINSABS y Socios.
	7) Adquisición de 135 ordenadores de mesa, 20 ordenadores portátiles, 50 impresoras láser y otros soportes tecnológicos, distribuidos en los 102 centros de salud, 18 hospitales distritales, 19 unidades distritales del SNIS / Vigilancia epidemiológica, 8 unidades provinciales de SNIS / Vigilancia epidemiológica, la Coordinación regional del SNIS / Vigilancia epidemiológica de Bata, Servicio de Epidemiología y la Dirección Nacional del SNIS.	225	X	X	X	X	X	203,410,000	Número de computadoras de mesa y accesorios adquiridos para la VE	MINSABS y Socios.

PLAN ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO del Sistema Nacional de Información Sanitaria

RESULTADO ESPECÍFICO 2: Se dispone de un paquete esencial de indicadores definidos y adoptados para responder a las necesidades de planificación, evaluación y seguimiento de los servicios, programas y proyectos de salud en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.										316.060.000								
a) Proporción de estructuras del SNS con un paquete esencial de indicadores de salud.	8) El reclutamiento de 1 Asesor internacional y 2 expertos nacionales (Médicos de Salud Pública) durante 30 días para elaborar las directrices de monitoreo de indicadores de salud.	3	X								36.700.000	Documentos de directrices de control disponibles	MINSABS y Socios.					
	9) Validación de las directrices de monitoreo de los indicadores de salud elaboradas, en un taller de 35 participantes (jefes de servicios, directores de programas, delegados provinciales y médicos responsables de APS de los distritos sanitarios).	35	X								8.190.000	Nº de participantes y directrices de control disponible	MINSABS y Socios.					
	10) Reproducción y distribución de 1.000 ejemplares de las directrices de monitoreo de indicadores de salud en los diferentes centros de prestación de servicios, así como los programas, servicios y otras estructuras del MINSABS.	1000	X								8.500.000	Número de monitoreo de los indicadores de salud difundidas	MINSABS y Socios.					
	11) Organización de un taller nacional de 40 participantes para la definición de los indicadores/metadatos del SNIS (propuesta: Bata).	40	X								8.665.000	Lista de los indicadores SNIS y sus metadatos disponibles	MINSABS y Socios.					
	12) Formación de 30 profesionales (delegados provinciales de sanidad, responsables de programas, directores de los hospitales provinciales y regionales) como formadores del personal operativo de los centros de prestación de servicios para la implementación de las directrices de monitoreo de los indicadores de servicios de salud.	30	X								10.685.000	Número de formadores formados/sexo	MINSABS y Socios.					
e) Proporción de estructuras que transmiten los datos estadísticos de las enfermedades de a potencial epidémico.	13) Formación de 164 técnicos sanitarios (delegados distritales de salud, médicos de APS y auxiliares de estadística de los distritos) para llevar a cabo las sesiones monitoreo de indicadores de salud de todos los centros sanitarios operativos cada 3 meses.	164	X								48.920.000	Nº de técnicos formados sobre directrices de monitoreo/sexo	MINSABS y Socios.					
	14) Implementación del monitoreo periódico cada 3 meses de las actividades prioritarias en termino de disponibilidad; accesibilidad, utilización y calidad en los 102 centros de salud y 19 hospitales públicos, distribuidos en 3 grupos (1 sesión en la isla de Bioko y 2 en la región continental) durante 4 días; a razon de 1 representante por centro de salud, 1 delegado distrital de sanidad/director del hospital, 1 médico jefe de APS, 1 representante de la delegación de gobierno, 1 delegado provincial de sanidad.	15	X	X	X	X	X	X	X	X	150.000.000							
g) Nº de anuarios estadísticos elaborados y publicados.	15) Desarrollo de los 8 indicadores de proceso de las Naciones Unidas a través de la Atención Obstétrica de Urgencia, mediante el fortalecimiento de la recogida de datos de rutina para seguir las tendencias de la mortalidad materna y neonatal en los hospitales públicos, parapúblicos y privados.	3	X	X	X	X	X	X	X	X	20.000.000							

PLAN ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO del Sistema Nacional de Información Sanitaria

RESULTADO ESPECÍFICO 2: Se dispone de un paquete esencial de indicadores definidos y adoptados para responder a las necesidades de planificación, evaluación y seguimiento de los servicios, programas y proyectos de salud en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.										316.060.000		
	16)	Formación de 160 técnicos sanitarios encargados de la vigilancia epidemiológica, la producción y distribución de materiales de gestión de los indicadores en los 102 centros de salud, 18 hospitales, los establecimientos sanitarios parapúblicos y privados, para el fortalecimiento de la capacidad del sistema de vigilancia epidemiológica.	160	X	X					22.000.000		
	17)	Producción (en color) y distribución de 200 ejemplares de Medatados de indicadores sanitarios, a las diferentes estructuras del Sistema Nacional de Salud.	200	X						2.400.000		
RESULTADO ESPECÍFICO 3: La fuente de datos del SNIS, que incluye la vigilancia epidemiológica está consolidada y diversificada en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.										2.194.204.000		
a) Proporción de estructuras sanitarias que utilizan estimaciones del censo de población comunitario para calcular indicadores de salud de su jurisdicción. b) Proporción de estructuras con herramientas estandarizadas de recogida de datos de actividad. c) Proporción de estructuras comunitarias con un sistema de registro civil. d) Informes de investigaciones específicos en salud (AOU, VIH/SIDA, cobertura vacunal, confección Tb/VIH) disponibles.	18)	Organización de 1 taller nacional de 35 participantes para la actualización y armonización de herramientas de recogida de datos de servicios, programas y proyectos específicos del MINSABS (VIH/SIDA, Tuberculosis, Cáncer) durante 3 días (propuesta: Bata).	1	X						8.145.000	Número de participantes/sexo y Documento de herramientas actualizadas.	MINSABS y Socios.
	19)	Organización de 1 taller nacional de 35 participantes para la actualización y armonización de herramientas de recogida de los datos de rutina del SNIS en 4 días (propuesta: Luba).	1	1						14.280.000	Número de participantes/sexo - Documento de herramientas actualizadas.	MINSABS y Socios.
	20)	Reproducción y distribución (cada 2 años) de las herramientas actualizadas y armonizadas para la recogida de datos según necesidades.	3	X	3	X			X	170.800.000	Herramientas del SNIS distribuidas.	MINSABS y Socios.
	21)	Apoyar a los distritos sanitarios en la organización de censos sanitarios (FRS).	3		X				X	150.000.000	Nº de Distritos que disponen de censo de población actualizado.	MINSABS y Socios.
	22)	Apoyar las evaluaciones periódicas de monitoreo de los 8 indicadores de AOU (Atención Obstétrica de Urgencias) de las Naciones Unidas.	3	X		X			X	90.500.000	Resultados de 8 indicadores de AOU disponibles y monitoreados.	MINSABS y Socios.
	23)	Realizar cada 2 años una encuesta de cobertura vacunal de la población objeto.	3			X			X	80.000.000	Resultados de investigación cobertura vacunal disponibles.	MINSABS y Socios.
	24)	Realizar cada 2 años una encuesta de cobertura de eliminación de la transmisión vertical del VIH.	3			X			X	60.837.500	Resultados encuestas eliminación transmisión vertical.	MINSABS y Socios.
	25)	Realizar cada año una encuesta sobre la prevalencia de la co-infección Tb/VIH.	5	X	X	X	X		X	124.000.000	Resultados encuestas VIH/Co infección-Tb disponibles.	MINSABS y Socios.

PLAN ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO del Sistema Nacional de Información Sanitaria

RESULTADO ESPECÍFICO 3: La fuente de datos del SNIS, que incluye la vigilancia epidemiológica está consolidada y diversificada en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.										2.194.204.000		
a) Proporción de estructuras del SNS sin ruptura de stock de material de gestión del SIS en los 6 últimos meses. b) Proporción de estructuras con personal formado en gestión de datos estadísticos según normas establecidas. c) % de personal de salud formado en VE (detección precoz, notificación, análisis de casos y publicación de los resultados).	26)	Elaborar cada 3 años el mapa sanitario nacional de Guinea Ecuatorial (FRS).	2				X			X	Documentos del mapa sanitario disponibles.	MINSABS y Socios.
	27)	Elaborar cada 2 años las cuentas nacionales de la Salud (expertos nacionales e internacionales).	3				X			X	Documentos de las Cuentas de la Salud disponibles.	MINSABS y Socios.
	28)	Realizar cada 2 años el censo de establecimientos sanitarios privados, así como el paquete mínimo de servicios y actividades que prestan.	3				X			X	Lista de establecimientos disponible.	MINSABS y Socios.
	29)	Realizar 3 censos del personal sanitario del sector público, para-público y privado (FRS).	3				X			X	Datos del personal sanitario disponible y actualizado.	MINSABS y Socios.
	30)	Realización de la segunda EDSGE (2018/2019).	1				X				Resultados EDSGE-2 disponibles.	MINSABS y Socios.
	31)	Apoyar a los proyectos de investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (incluidas las investigaciones operativas).	5				X			X	Resultados investigación Instituto Salud Pública disponibles.	MINSABS y Socios.
RESULTADO ESPECÍFICO 4: La disponibilidad y utilización de una información sanitaria de calidad, que incluye la VE está fortalecida en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.										547,588,000		
a) Proporción de estructuras del SNS sin ruptura de stock de material de gestión del SIS en los 6 últimos meses. b) Proporción de estructuras con personal formado en gestión de datos estadísticos según normas establecidas. c) % de personal de salud formado en VE (detección precoz, notificación, análisis de casos y publicación de los resultados).	32)	Formación de 25 formadores (2 nivel central, 2 regionales, 8 provinciales y 13 distritales) durante 3 días en cuanto al relleno del material de recogida de datos del SNIS (propuesta: Bata por 3 cuadros del MINSABS)	1				X				Muchos formadores formados/sexo al relleno de las herramientas de recogida del SNIS.	MINSABS y Socios.
	33)	Formación durante 3 días (8 sesiones) de 280 agentes (46 CS, 160 PS, 18 Hospitales, 18 Distrito y 20 CS privados) sobre el SIS de rutina en las provincias (con el apoyo de 24 formadores).	8				X				Muchos agentes formados/sexo al relleno de las herramientas de recogida del SNIS por nivel.	MINSABS y Socios.
	34)	Formación durante 3 días (en 8 sesiones) de 280 agentes/ auxiliares de estadística y/o comunitarios (46 CS, 160 PS, 18 Hospitales, 18 Distritos y 20 CS privados) sobre la vigilancia epidemiológica(con el apoyo de los 24 formadores).	8				X				Número de agentes formados/sexo a la vigilancia epidemiológica por nivel.	MINSABS y Socios.
	35)	Realizar giras de supervisión (equipo de 3 personas del nivel central) cada 4 meses para verificar la recogida y envío de datos en los 18 Distritos Sanitarios.	18				X			X	Número de informes de supervisión de la recogida/envío de datos disponibles.	MINSABS y Socios.

PLAN ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO del Sistema Nacional de Información Sanitaria

RESULTADO ESPECÍFICO 4: La disponibilidad y utilización de una información sanitaria de calidad, que incluye la VE está fortalecida en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional.										547,588,000
d) % de completud de informes de estructuras sanitarias. e) % de prontitud de transmisión de informes de datos a nivel de las estructuras sanitarias. f) % estructuras por nivel que realizan retro - información sobre los informes recibidos. g) Plataforma de datos estadísticos operativo, que toma en cuenta todas las fuentes de información sanitaria. h) % de estructuras que cumplen con los procedimientos de transmisión de datos de VE. i) % de estructuras parrapublicas y privadas que cumplen con los procedimientos de VE. j) Proporción de Distritos sanitarios que elaboran y remiten informes mensuales, trimestrales, semestrales y anuales de la actividad desarrollada.	36)	Realizar supervisiones trimestrales (equipo de 2 personas: 1 del nivel provincial y 1 distrital) sobre la recogida y envío de datos en los 18 Distritos Sanitarios.	24	X	X	X	X	X	Muchos informes de supervisión de la reco-gida de datos del nivel provincial disponibles.	MINSABS y Socios.
	37)	Organización de reuniones semestrales de 3 días con 45 partici-pantes, para la validación de los datos del SNIS (propuesta: Bata).	12	X	X	X	X	X	Número de informes de validación de datos del SNIS disponibles.	MINSABS y Socios.
	38)	Implementar una Plataforma de gestión de datos del SNIS a través de una asistencia técnica internacional. (FRS).	1	X	X	X	X	X	Depósito de datos funcional.	MINSABS y Socios.
	39)	Apoyar el proceso de implementación del programa informático de gestión de los recursos humanos WISN con la formación de 15 personas del nivel central, regional y provincial.	1	X	X	X	X	X	Programa informático MISN funcional.	MINSABS y Socios.
	40)	Proveer apoyo a las unidades provinciales para la organización de talleres de elaboración de anuarios estadísticos sanitarios. (FRS).	5	X	X	X	X	X	Anuario nacional de estadísticas sanitarias validado.	MINSABS y Socios.
	41)	Elaboración y validación del anuario estadístico sanitario (cada año) en un taller de 3 días y con 45 participantes. (FRS).	5	X	X	X	X	X	Documentos/Ficheros anuarios distrito validados.	MINSABS y Socios.

PLAN ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO del Sistema Nacional de Información Sanitaria

RESULTADO ESPECÍFICO 5: La difusión y utilización de la información sanitaria, que incluye los datos de VE para la planificación y toma de decisiones son efectivas en todos los niveles de la pirámide sanitaria nacional y en los medios de comunicación sociales.										171.000.000		
a) Cantidad de Anuarios estadísticos sanitarios elaborados y distribuidos cada año. b) Numero de boletines epidemiológicos y otros impresos distribuidos cada año. c) Existencia de una Página Web para la difusión de la información sanitaria. d) N° de informes de investigaciones y estudios publicados en la página web del MINSABS. e) N° de talleres de difusión de informes de investigaciones y estudios de salud organizados por el Instituto Nacional de Salud Pública de Guinea Ecuatorial. f) N° de sesiones de sensibilización en dirección de Parlamentarios, Senadores y socios en salud sobre la información sanitaria en la toma de decisiones y los logros en el sector salud.	42)	Reproducción, distribución y publicación por cada año de 600 ejemplares del anuario estadístico sanitario para las diferentes entidades estatales (incluyendo las embajadas de G.E. en el exterior), los organismos internacionales y las instituciones públicas, parapúblicas y privadas del sector salud. (FRS)	600	X	X	X	X	X	36.000.000	Nº de anuarios nacionales publicados al año.	MINSABS y Socios.	
	43)	Reproducción, distribución y publicación por cada año de 4000 ejemplares del boletín epidemiológico para las diferentes entidades estatales (incluyendo las embajadas de G.E. en el exterior), los organismos internacionales y las instituciones públicas, parapúblicas y privadas del sector salud. (FRS)	4000	X	X	X	X	X	40.000.000	Nº de anuarios de distrito publicados al año.	MINSABS y Socios.	
	44)	Organización de reuniones anuales para la sensibilización de los órganos legislativos nacionales (Parlamento y Senado) sobre la importancia del uso datos sanitarios para la toma de decisiones..	5	X	X	X	X	X	30.000.000	Nº de anuarios nacionales publicados al año.	MINSABS y Socios.	
	45)	Organización de reuniones anuales para la sensibilización de los socios al desarrollo sobre los logros alcanzados en el sector salud.	5	X	X	X	X	X	30.000.000	Nº de anuarios nacionales publicados al año.	MINSABS y Socios.	
	46)	Potenciar la difusión de los indicadores de salud en los medios de comunicación masiva (públicos y privados) para mayor información de la población sobre los problemas de salud, los servicios disponibles, así como sus derechos a la salud. (FRS)	5	X	X	X	X	X	35.000.000	Nº de Spot publicitario y Debates interactivos RTV.	MINSABS y Socios.	

PLAN ESTRATÉGICO DE FORTALECIMIENTO del Sistema Nacional de Información Sanitaria

RESULTADO ESPECÍFICO 6: El marco institucional y organizacional de gestión del SNIS está fortalecido en los diferentes niveles de la pirámide de sanitaria, a nivel de los socios de apoyo en salud y otras instituciones sociales implicadas.										806.309.000					
a) Un Plan Estratégico de SNIS aprobado y operacional. b) Un Organigrama de Gestión del SNIS operacional. c) Un Comité de Coordinación del SNIS operativo. d) % de estructuras de salud con PTA que integran actividades del SIS. e) N° de informes de reuniones del Comité de Coordinación del SNIS disponibles. f) N° de informes de monitoreo periódico del SIS disponibles. g) N° de informes de auditorías de Cuentas de gestión del PEFSNIS disponibles. h) N° de informes de evaluaciones periódicas del PEFSNIS disponibles.	47)	Adopción y aplicación del marco orgánico de la nueva Dirección General de Planificación y Programación Sanitaria que alberga el SNIS.	1	X	X	X	X	X	900.000	Documento del marco orgánico del DGPPS adoptado.	MINSABS y Socios.				
	48)	Fortalecimiento del Comité técnico del MINSABS para apoyar la gestión de los planes operativos del SNIS, mediante reuniones periódicas de monitoreo y evaluación.	1	X	X	X	X	X	2.925.000	Comité de Coordinación SNIS funcional.	MINSABS y Socios.				
	49)	Reclutamiento de 1 experto especialista en sistema de información (nivel central) de apoyo en la aplicación del plan estratégico por un período de tiempo de 3 años.	1	X	X	X	X	X	142.480.000	Experto en SNIS reclutado con contrato.	MINSABS y Socios.				
	50)	Adquisición de 10 vehículos 4x4 TT para facilitar la movilidad de los equipos de supervisión, el personal de recogida de información, la gestión logística y traslado de material de trabajo (nivel central, nivel regional y nivel provincial).	10			X			240.960.000	Número de vehículos 4x4TT adquiridos y servicios beneficiarios.	MINSABS y Socios.				
	51)	Reclutamiento de 10 conductores para el servicio de transporte del personal y otros recursos del SNIS; afín de garantizar el uso eficiente de los vehículos.	10	X	X	X	X	X	120.000.000	Conductores reclutados con contrato.	MINSABS y Socios.				
	52)	Adquisición de 54 motos de apoyo para la supervisión y recogida de los datos en los distritos sanitarios.	54				X		82.944.000	Número de motos compradas y de centros de salud beneficiarios.	MINSABS y Socios.				
	53)	Organización de viajes de estudios por 4 cuadros en los países del África Occidental y Central con experiencias y buenas prácticas en Sistemas Nacionales de Información Sanitaria (SNIS).	2	X	X				18.600.000	Número de participantes en los viajes de intercambio sobre el SNIS.	MINSABS y Socios.				
	54)	Implementación de un sistema de motivación para las diferentes estructuras de prestación de servicios en cuanto a la calidad de los trabajos del SNIS basados en el resultado (completud y prontitud).	5	X	X	X	X	X	36.000.000	N° de beneficiarios de primas por establecimiento sanitario.	MINSABS y Socios.				
	55)	Proveer apoyo para la organización de las reuniones semestrales del Comité de Coordinación del SNIS (2 reuniones cada año).	10	X	X	X	X	X	36.000.000	N° de reuniones y participantes/sexo.	MINSABS y Socios.				
	56)	Realización de auditorías anuales gestionadas por un Gabinete especializado.	5	X	X	X	X	X	32.400.000	Informe anual de auditoría disponible.	MINSABS y Socios.				
										10.600.000	Resultado evaluación disponible.	MINSABS y Socios.			
										22.500.000	Informe evaluación final y nuevo Plan Estratégico disponibles.	MINSABS y Socios.			
										60.000.000	Materiales y equipamientos bien mantenidos.	MINSABS y Socios.			
GASTOS DE GESTIÓN Y COMUNICACIÓN										X	X	X	X	X	460,861,954.40
PRESUPUESTO TOTAL DEL PLAN PARA LOS 5 AÑOS (FCFA)										5,069,481,498.40					



Ministerio de Sanidad y Bienestar Social
República de Guinea Ecuatorial

