

# **Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y sida**

**Guatemala  
2017-2021**





**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas

Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida

**Plan Estratégico Nacional**  
**para la Prevención, Atención y**  
**Control de ITS, VIH y sida**  
**2017-2021**

Guatemala



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)  
Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud (DGRVCS)  
Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las personas (DRPAP)  
Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida (PNS)  
Unidad de Planificación Estratégica (UPE)  
Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplán)

Guatemala, octubre 2016



Este documento se imprimió con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo el Convenio Cooperativo AID-OAA-A-11-00015. Los Contenidos no necesariamente reflejan los puntos de vista de PEPFAR, USAID o del Gobierno de Estados Unidos.

## **AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

Doctor Carlos Enrique Soto Menegazzo  
**Ministro de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

Licenciado José Gustavo Arévalo Henríquez  
**Viceministro Administrativo**  
**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

Doctor José Roberto Molina Barrera  
**Viceministro Técnico**  
**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

Doctor Mario Alberto Figueroa Álvarez  
**Viceministro de Hospitales**  
**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

Doctor Humberto García Colindres  
**Viceministro de Atención primaria en Salud**  
**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

Doctor Arnaldo Bringuez Aragón  
**Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud- SIAS-**  
**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

Doctora Karla Pamela Chávez Cheves  
**Directora General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud**  
**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

Doctora Delmy Waleska Zeceña Alarcón  
**Jefa del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas**  
**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**



# ÍNDICE

Agradecimientos.....	1
Siglas y acrónimos.....	3
Presentación.....	5
Introducción.....	6
Antecedentes.....	8
Principios Rectores.....	11
Metodología.....	12
Marco legal para la promoción, prevención, atención y control de las ITS, VIH y sida.....	16
<b>CAPÍTULO I</b>	
Análisis de la situación de las ITS, VIH y sida en Guatemala.....	19
<b>CAPÍTULO II</b>	
Modelo conceptual de las ITS, VIH y sida.....	32
<b>CAPÍTULO III</b>	
Modelo explicativo de las ITS, VIH y sida.....	37
<b>CAPÍTULO IV</b>	
Resultados y Lineamientos Estratégicos.....	41
<b>CAPÍTULO V</b>	
Escenarios, Financiamiento y Sostenibilidad.....	56
<b>CAPÍTULO VI</b>	
Monitoreo y Evaluación.....	65
Referencias Bibliográficas .....	72
<b>ANEXOS</b> .....	81



## AGRADECIMIENTOS

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS y VIH sida agradece el apoyo en la elaboración del Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y sida 2017-2021 (PEN ITS, VIH y sida 2017-2021), a las siguientes instituciones:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- Dirección Superior en especial al señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social y a sus Viceministros.
- Unidad de Planificación Estratégica (UPE).
- Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud (DGRVCS).
  - Departamento de Regulación de los Programas de Atención de las Personas (DRPAP): el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida (PNS), el Programa Nacional de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre, el Programa de Salud Mental, el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN), el Programa de Salud Integral de la Niñez, el Programa Nacional de Adolescencia y Juventud, Programa de Tuberculosis, Programa Nacional de Salud Bucodental, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, CONASIDA, Programa de Salud y Seguridad Laboral.
  - Laboratorio Nacional de Salud.
- Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud.
  - Direcciones de Áreas de Salud.
  - Unidades de Atención Integral de todo el país.

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplan).

Ministerios: de Trabajo, de Gobernación, de Educación, de la Defensa Nacional, Procuraduría de los Derechos Humanos y Procuraduría General de la Nación.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

Mecanismo Coordinador de País de Guatemala correspondiente al Fondo Mundial (MCP-G). Junta Directiva y miembros de diferentes sectores .

Organizaciones de Base Comunitaria de sociedad civil (OBC) y participantes en la respuesta nacional del VIH.

Organizaciones de personas con VIH.

Organizaciones de las poblaciones claves y en particular de MTS, TRANS y HSH.

Organismos internacionales de cooperación técnica y financiera.

Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM).

Universidades (Mesa Interuniversitaria de ITS y VIH).

Otros actores responsables de proyectos de prevención y atención integral del VIH y sida.

## SIGLAS Y ACRÓNIMOS

<b>AHF</b>	Aids Health care Foundation
<b>AID</b>	Agencia del Gobierno de Los Estados Unidos para El Desarrollo
<b>ALF</b>	Agente Local del Fondo
<b>ARV</b>	Antirretrovirales
<b>CCC</b>	Comunicación para el Cambio de Comportamiento
<b>CDC</b>	Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Guatemala
<b>COMISCA</b>	Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana
<b>CNE</b>	Centro Nacional de Epidemiología
<b>CONASIDA</b>	Comisión Nacional Multisectorial de Organizaciones que velan y trabajan en la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual , VIH y sida
<b>CV</b>	Carga Viral
<b>DAS</b>	Direcciones de Áreas de Salud
<b>DGSP</b>	Dirección General Sistema Penitenciario.
<b>ECVC</b>	Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de ITS y VIH
<b>FM</b>	Fondo Mundial de Lucha contra el sida, Tuberculosis y Malaria
<b>HIVOS</b>	Instituto Humanista de Cooperación para el Desarrollo
<b>HSH</b>	Hombres que tienen sexo con hombres
<b>HTS</b>	Hombres Trabajadores Sexuales
<b>IDH</b>	Índice de Desarrollo Humano
<b>IGSS</b>	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión sexual
<b>JAN</b>	Evaluación Conjunta de Estrategias Nacionales (por sus siglas en inglés)
<b>JRS</b>	Jóvenes en riesgo social
<b>MCP-G</b>	Mecanismo Coordinador de País de Guatemala
<b>MEGAS</b>	Medición del Gasto en sida
<b>MSPAS</b>	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
<b>TRANS</b>	Personas Transgénero ( mujeres y hombres trans )
<b>MTS</b>	Mujeres trabajadoras sexuales
<b>M&amp;E</b>	Monitoreo y Evaluación
<b>OBC</b>	Organizaciones de Base Comunitaria
<b>OMS</b>	Organización Mundial de La Salud
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre VIH y sida
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud

<b>OSC</b>	Organizaciones de la Sociedad Civil
<b>PASCA</b>	Programa para fortalecer la respuesta centroamericana al VIH
<b>PEMAR</b>	Población en más alto riesgo y vulnerabilidad
<b>PASMO</b>	Organización Panamericana de Mercadeo Social
<b>PEA</b>	Población Económicamente Activa
<b>PEN</b>	Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS VIH y sida
<b>PEPFAR</b>	Plan de Emergencia del Presidente (de los Estados Unidos de América) para el Alivio del sida
<b>PNS</b>	Programa Nacional de prevención y control de las ITS, VIH y sida
<b>PNT</b>	Programa Nacional de Tuberculosis
<b>PNUD</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>POA</b>	Plan Operativo Anual
<b>PPL</b>	Personas Privadas De Libertad
<b>PTMI</b>	Prevención de la Transmisión Materno-Infantil
<b>RP</b>	Receptor principal
<b>Segeplán</b>	Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia
<b>SIAS</b>	Sistema Integrado de Atención de Salud
<b>SICA</b>	Sistema de la Integración Centroamericana
<b>sida</b>	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>SIGSA</b>	Sistema de Información Gerencial de Salud
<b>SMS</b>	Servicio de Mensaje Corto (por sus siglas en inglés)
<b>SR</b>	Sub receptor
<b>TAR</b>	Tratamiento Antirretroviral
<b>TMI</b>	Transmisión Materno Infantil
<b>TVC</b>	Tamizaje voluntario con consejería
<b>UAI</b>	Unidades de atención integral
<b>UNGASS</b>	United Nations General Assembly Special Session
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>UNICEF</b>	Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas
<b>UPE</b>	Unidad de Planificación Estratégica 8 (MSPAS)
<b>USAID</b>	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
<b>USD</b>	Dólar de Estados Unidos
<b>UGS</b>	Unidad de Género de la Salud
<b>VICITS</b>	Centro de Vigilancia Centinela de ITS y VIH
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana
<b>WHO</b>	World Health Organization

# Presentación

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha liderado el proceso de elaboración del Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y sida 2017-2021 (PEN ITS, VIH y sida 2017-2021), que se plantea como resultado estratégico, disminuir al 75 % el número de casos nuevos por VIH e ITS y el número de muertes atribuibles al sida en la población en general y en las poblaciones prioritarias: hombres que tienen sexo con otros hombres, personas trans, trabajadoras y trabajadores sexuales, personas con VIH, personas que usan drogas, personas privadas de libertad y poblaciones vulnerables, incluyendo jóvenes, migrantes, mujeres y niñas.

El resultado estratégico planteado puede ser alcanzado como consecuencia del arduo trabajo de las y los trabajadores de salud que laboran en las diferentes instituciones que integran el sistema de salud, de la labor de las personas que conforman las organizaciones de la sociedad civil y de base comunitaria así como del apoyo de los organismos de cooperación internacional que junto con el país, se han comprometido a alcanzar "cero nuevas infecciones" y "cero estigma y discriminación" al finalizar el año 2030.

El PEN ITS, VIH y sida 2017-2021 fue elaborado con la participación de técnicos y profesionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como de otras instancias de gobierno, sector privado, universidades y actores de la sociedad civil involucradas en la respuesta, tomando en consideración los compromisos nacionales e internacionales asumidos por el país y siguiendo los lineamientos normados por Segeplán.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ratifica su compromiso de asumir el rol rector que le compete, e insta a todas las organizaciones involucradas en la respuesta a apropiarse y asumir este Plan Estratégico como una herramienta que oriente todas las acciones a disminuir la incidencia de personas con VIH y el número de muertes, garantizando así el derecho a la salud y a la vida de la población guatemalteca.

  
Dr. Carlos Enrique Soto Menegazzo  
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social  
Guatemala, 2017





# INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de las ITS, VIH y sida 2017-2021 (PEN ITS, VIH y sida 2017-2021) constituye la síntesis del esfuerzo nacional y multisectorial para afrontar el problema principal identificado como “Alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) concentrada en poblaciones prioritarias siguientes: hombres que tienen sexo con otros hombres, personas trans, trabajadoras y trabajadores sexuales, personas con VIH, personas que usan drogas, personas privadas de libertad y poblaciones vulnerables, incluyendo jóvenes, migrantes, mujeres y niñas.

El PEN ha sido formulado involucrando actores de los sectores públicos y privados integrantes de las siguientes instituciones: MSPAS, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), las organizaciones de la sociedad civil, el Fondo Mundial de lucha contra el VIH y sida, la tuberculosis y la malaria y las instituciones de la cooperación internacional, las agencias del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida, SEGEPLAN, Universidades (Mesa Interuniversitaria de ITS Y VIH) y Asociación Pro bienestar de la Familia (APROFAM).

El Plan ha sido diseñado con acciones multisectoriales dirigidas al logro de las metas 90 90 90. Este compromiso de país fue ratificado por Guatemala en la Declaración Política de las Naciones Unidas el VIH y el SIDA: En vías rápidas para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la Epidemia del SIDA para el año 2030, adoptada en la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre SIDA en el año 2016; así como en la Declaratoria “Guatemala avanza hacia el control de la epidemia VIH y sida” firmada por el estado de Guatemala, sociedad civil organizada y las instituciones de la cooperación internacional de julio del 2015.

La elaboración del Plan fue realizada de acuerdo con la metodología de gestión por resultados que orienta todos los esfuerzos de planificación y presupuesto de las entidades gubernamentales de acuerdo con el marco jurídico vigente (MINFIN y Segeplán, 2013).

El presente documento, se organiza en los siguientes capítulos:

- Capítulo I. Análisis de la situación actual de las ITS, VIH y sida en Guatemala.
- Capítulo II. Modelo conceptual de las ITS, VIH y sida.
- Capítulo III. Modelo explicativo de las ITS, VIH y sida.
- Capítulo IV. Resultados y Lineamientos.
- Capítulo V. Escenarios, Financiamiento y Sostenibilidad.
- Capítulo VI. Sistema de Monitoreo y Evaluación.

Finalmente cabe resaltar que la responsabilidad de la implementación del presente plan, dada la naturaleza multisectorial, es responsabilidad de todos los actores involucrados en la respuesta nacional de las ITS, VIH y sida.

## ANTECEDENTES

El Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida 2017-2021 es un instrumento que organiza las propuestas de intervención a nivel nacional como respuesta a la problemática que representa las ITS y el VIH en el país. Recoge las experiencias de trabajo de los cuatro planes anteriores, lo que ha permitido optimizar, ordenar y socializar las intervenciones y estrategias anteriores.

En el año 2015 se desarrolló la evaluación del PEN ITS, VIH y sida 2011-2015 (MSPAS/PNS, 2011), que dio como resultado la identificación de un conjunto de áreas críticas (MSPAS y PNS, 2015), así como la toma de la decisión de ampliar por un año más, el horizonte temporal para la implementación de dicho plan teniendo presente el cambio de autoridades gubernamentales en el año 2016 (MSPAS, 2016).

De las recomendaciones de esta evaluación, se han incorporado:

- Construcción multisectorial de intervenciones a través del análisis de las brechas para mejorar la respuesta, incluyendo las que dirigidas a poblaciones priorizadas.
- La divulgación del plan estratégico como un elemento guía para la construcción de la respuesta nacional.
- Seguimiento e implementación del PEN.
- Retomar la rectoría del MSPAS en la respuesta al tema de ITS, VIH y sida.
- Sostenibilidad de la generación de fondos para el desarrollo de las intervenciones.

Adicionalmente, el PEN consideró en su estructura los siguientes documentos:

- El Plan K`atun Nuestra Guatemala 2032, en su eje "Bienestar para la Gente", tomando la prioridad "detener la epidemia de VIH y realizar un tratamiento de calidad a la población que convive con el virus".
- La Política General de gobierno 2016-2020, responsabiliza al MSPAS la atención de un conjunto de temas relacionados con el eje salud integral. En este documento se analiza la problemática del VIH y sida, y se plantea la necesidad de la reforma del sector salud, para proveer servicios de salud accesibles a toda la población (Gov. Guatemala, 2016).
- El Plan Estratégico Institucional del MSPAS, la prioridad "Infecciones de Transmisión Sexual y dentro de ellas, particularmente al VIH y sida, 2016", principios, valores, estrategias y ámbitos estratégicos, los cuales se describen a continuación:

## PRINCIPIOS Y VALORES

Un sistema óptimo de servicios de salud se caracteriza por:

1. Estar centrado en la persona y enfocado en la comunidad.
2. Satisfacer las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades.
3. Responder a las tendencias demográficas y epidemiológicas.
4. Facilitar el acceso a la atención apropiada, a tiempo y en el lugar adecuado, con énfasis en el primero y segundo nivel de atención que conlleve al acceso universal.
5. Proveer la continuidad de la atención ampliada a través de la coordinación con las instituciones.
6. Articular las relaciones con todos los sectores para optimizar los servicios.
7. Garantizar estándares de calidad de atención que sean consistentes en toda la institución.
8. Optimizar la utilización de los recursos.
9. Incrementar la efectividad del sistema.
10. Ofrecer servicios con equidad de género, pertinencia cultural, respeto y dignidad.

## ESTRATEGIAS

1. El enfoque hacia la prevención y promoción de la salud integral .
2. El funcionamiento en redes integradas del MSPAS.
3. Reforma del Sector Salud.

## ÁMBITOS ESTRATÉGICOS

1. Fortalecimiento de gobernanza y rectoría del MSPAS.
2. Fortalecimiento y provisión de los servicios en los tres niveles de atención e integración de redes.
3. Formación de recursos humanos y desarrollo de la carrera sanitaria.
4. Acceso a medicamentos.
5. Sistema de información.
6. Garantía de calidad.
7. Financiamiento de las salud.

- La política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres – PNPDIM- y Plan de Equidad de oportunidades –PEO- 2008-2023, la cual analiza la situación de las mujeres en el país y plantea como objetivo general: “Promover el desarrollo integral de las mujeres mayas, garífunas, xincas y mestizas en todas las esferas de la vida económica, social, política y cultural”, así como un conjunto de ejes estratégicos que deben ser desarrollados y dentro de los cuales, el eje de equidad en el desarrollo de la salud integral con pertinencia cultural; el eje de erradicación de la violencia contra las mujeres y el eje de racismo y discriminación contra las mujeres, tienen una importancia fundamental en el desarrollo de las intervenciones propuestas en el PEN ITS, VIH y sida 2017- 2021 (Gob. Guatemala y Segeplán, 2009).
- Objetivos de Desarrollo Sostenible 3, 5, 10 y 16 relacionados con la respuesta nacional de ITS, VIH y sida.
- Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 de la OMS/OPS, el cual persigue poner fin a las epidemias de sida e ITS como problemas de salud pública en la Región de las Américas para el año 2030.
- Los compromisos establecidos en los planes regionales impulsados por el Sistema de Integración Centroamericano y de la República Dominicana (SICA) y los compromisos aceptados por los Ministros de Salud de la subregión (COMISCA) (SICA & COMISCA, 2010).

# PRINCIPIOS RECTORES

El PEN ITS, VIH y sida 2017-2021 contempla el desarrollo de nueve principios y valores que se verán reflejados en el PEN como elementos transversales y rectores para cada lineamiento estratégico y área de intervención propuesta en el presente plan:

1. Concepción integral e interdisciplinaria de la salud pública.
2. Ejercicio de los derechos humanos.
3. Eliminación del estigma y la discriminación.
4. Enfoque de la interculturalidad y los derechos de los pueblos que integran nuestro país pluricultural, multiétnico y multilingüe.
5. Intersectorialidad.
6. Igualdad de género.
7. Respeto a las orientaciones sexuales diferentes.
8. La no violencia.
9. Cumplimiento del derecho al acceso universal de la salud y seguridad social.

Para medir su progreso se contará con una serie de indicadores que contempla el porcentaje de avance y cumplimiento.

# METODOLOGÍA

La construcción del PEN ITS, VIH y sida 2017-2021 fue realizada mediante la aplicación de la metodología de Gestión por resultados (GpR) adoptada por el Gobierno de Guatemala a partir del año 2012, con el objetivo de “dirigir todos los recursos hacia a construcción de resultados de desarrollo”.

La planificación orientada a resultados tiene un carácter estratégico, operativo y participativo.

El presente plan es multianual, multisectorial y operativo orientando la definición de las metas de corto, mediano y largo plazo. En esta dirección, se establece una cadena de resultados en donde los insumos y los procesos son necesarios para proveer servicios, actividades, productos y como resultado, el logro de efectos directos e impactos (MINFIN y Segeplán, 2013).

El proceso de planificación y programación contempla cuatro etapas:

- a) Diagnóstico y análisis de situación.
- b) Diseño (resultados y sus cadenas causales y la definición de productos);
- c) Implementación .
- d) Seguimiento y evaluación.

Para la elaboración del presente plan estratégico, se realizaron las siguientes fases:

1. **Identificación y análisis de la problemática.** Al respecto fue elaborado un análisis de situación que se detalla en el capítulo correspondiente con el fin de describir los principales problemas relacionados con la epidemia de VIH y sida que ha sido estudiada en el país desde hace más de 30 años. Tomando en consideración la información disponible, con relación a los diferentes problemas abordados, fue determinado la prevalencia, tasa de mortalidad, el análisis de acuerdo con grupos etáreos, condición étnica, lugar de residencia, así como los principales factores condicionantes y determinantes de las ITS, VIH y sida, que permitieron posteriormente construir el modelo conceptual.

2. **Priorización de problemas.** En esta fase fue discutido y aceptado una definición del problema priorizado agrupando criterios científico-técnicos y los aportes de la comunidad internacional con relación al tema.
3. **Construcción de un modelo conceptual.** Posterior a la priorización que permitió definir el problema principal, fue elaborado el modelo o marco conceptual de este problema. Para el efecto fue utilizado el modelo de Pedro Luis Castellanos (1990) para describir y explicar la situación actual. La discusión con distintos profesionales en diferentes momentos permitió la identificación de las causas directas, causas indirectas y causas básicas que son especificadas en el capítulo correspondiente (Ver Gráfico 6).
4. **Elaboración del modelo explicativo.** La formulación del modelo explicativo, contempló la identificación de un conjunto de factores causales, con relación a cada una de las causas directas e indirectas que fueron definidas en el modelo conceptual (paso 1). Posteriormente se procedió a la jerarquización de los factores causales (paso 2), de mayor a menor jerarquía en función a las magnitudes de la ocurrencia del factor en la población o grupo de interés, especificándose con negrilla “Qué” y el “Quiénes” por cada factor identificado (MINFIN & Segeplán, 2013).

El desarrollo del modelo explicativo se muestra en el capítulo pertinente. En esta fase se inició el proceso de indicadores que posteriormente fueron definidos una vez establecidos los resultados inmediatos en la fase correspondiente, se determinó la magnitud del problema priorizado y se valoró la fuerza explicativa de las intervenciones inicialmente propuestas, anotando en cada caso, la o las evidencias, de acuerdo con los criterios establecidos por la metodología de gestión de resultados, para cada uno de los factores causales como de las intervenciones propuestas.

5. **Identificación de caminos causales críticos.** Esta fase fue desarrollada como resultado de la discusión de un conjunto de profesionales que valoraron la jerarquía del conjunto de factores.
6. **Elaboración del modelo prescriptivo.** En esta fase fueron identificadas las intervenciones más efectivas de acuerdo con las evidencias científico-técnicas a disposición, describiendo de forma clara y precisa, el “Qué” y el “Quiénes” de cada una de ellas<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> El “Qué” se refiere al problema o condición explícita del factor causal y el “Quiénes”, al grupo poblacional específico que se ve afectado por dicho problema o condición. Al definir el elemento “Quiénes”, también se define la población objetivo.

7. **Diseño del modelo lógico que integra el resultado estratégico, los resultados intermedios y los resultados inmediatos.** De acuerdo con el análisis hasta el momento realizado y tomando en consideración los compromisos nacionales e internacionales en la materia, fue definido el resultado estratégico del presente plan, así como los resultados intermedios, que luego permitieron la precisión de las líneas estratégicas PEN ITS, VIH Y sida 2017-2021, y para cada una de ellas, los resultados inmediatos o intervenciones, estando cada una de ellas vinculadas con uno o más caminos críticos descritos anteriormente (Ver Anexo 5).

A partir de la construcción del modelo conceptual, la elaboración del modelo explicativo y la identificación de los caminos causales, fueron señaladas causas indirectas y factores causales, los cuales dada su naturaleza relacionada con la gobernanza y sostenibilidad del propio plan estratégico, fueron agrupados y dio como resultado la estructuración de otro resultado intermedio.

El seguimiento del proceso metodológico anteriormente expuesto significó la realización de un conjunto de actividades que se detallan a continuación:

- a) Conformación de la comisión ad hoc de conducción por parte de la coordinación del PNS.
- b) Revisión y aprobación de la metodología, plan de trabajo y cronograma.
- c) Reunión preparatoria con funcionarios de SEGEPLAN y la Unidad de Planificación Estratégica del MSPAS.
- d) Realización de entrevistas.
- e) Convocatoria y comunicación de la metodología de elaboración del PEN y referencias bibliográficas a los actores involucrados.
- f) Capacitación en la Metodología de Gestión por Resultados de SEGEPLAN.
- g) Organización e integración de comisiones multisectoriales y especializadas para la elaboración del PEN con la participación de actores públicos y privados.
- h) Elaboración de documentos borradores durante la realización del proceso.

- i) Organización y desarrollo de talleres regionales de consulta y validación de propuestas de modelo conceptual, factores causales e intervenciones estratégicas.
- j) Realización del Taller de validación del documento Final con los actores relevantes en la respuesta multisectorial.
- k) Elaboración y presentación a las autoridades superiores el documento del PEN ITS, VIH y sida 2017-2021 para su aprobación final.

Las etapas de implementación del PEN ITS, VIH y sida 2017-2021 y de monitoreo y evaluación, serán desarrolladas posteriormente bajo la dirección del Programa Nacional de Prevención y control de las ITS, VIH y SIDA.

## MARCO LEGAL PARA LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS, VIH Y SIDA

El sistema legal de la salud pública y la seguridad social en Guatemala está integrado por la Constitución Política de la República de Guatemala (Guatemala, 1985), un conjunto de tratados y convenios internacionales reconocidos por el Estado, y dos cuerpos legales fundamentales, el Código de Salud (Congreso de la República, 1997) y la Ley Orgánica del Seguro Social (Congreso de la República, 1946). Este sistema legal está conformado por un conjunto de herramientas jurídicas que expresadas en leyes y normas de la legislación ordinaria, que se refieren a aspectos relacionados con la administración de la justicia, salud de las personas, y la formación de los recursos humanos y el desarrollo de la investigación (Sánchez Viesca, A., 2015).

El Capítulo II de la Constitución Política de la República de Guatemala, el estado garantiza los derechos sociales, entre ellos: derecho a la salud, seguridad, educación, asistencia social, ambientes libres de contaminación y con equilibrio ecológico, así como el derecho y el deber de las comunidades de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud a nivel de la comunidad (Guatemala, 1985). En lo que respecta a la seguridad social, el artículo 100 de la Constitución política establece: "el Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación, indicando que su régimen se instituye como función pública, en forma nacional, unitaria y obligatoria indicando que el régimen de seguridad social corresponde al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) (Guatemala, 1985).

Por su parte el Decreto 90-97, el Código de Salud y sus reformas, regula que todos los habitantes de la república tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación. Postula además, la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En el marco legal general antes mencionado, las acciones de promoción, prevención, atención y control de las ITS, VIH y sida en Guatemala, se desarrollan de acuerdo con un marco legal particular, dentro del cual se puntualizan un conjunto de normas jurídicas integradas en los siguientes apartados:

- a) Tratados y convenios internacionales de obligatorio cumplimiento para el Estado.

- b) Instrumentos jurídicos nacionales que regulan la promoción, prevención, atención y control de las ITS, VIH y sida.
- c) Instrumentos jurídicos relacionados con higiene y seguridad laboral.
- d) Instrumentos jurídicos relacionados con la protección legal de las personas y asuntos penales.
- e) Instrumentos jurídicos relacionados con el desarrollo social.
- f) Instrumentos jurídicos relacionados con el desarrollo de los recursos humanos.

En el apartado relacionado con los instrumentos jurídicos nacionales que regulan la promoción, prevención, atención y control de las ITS, VIH y sida, debe resaltarse por su importancia, los siguientes:

1. El Decreto Ley No. 27-2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH– y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –sida– y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/sida. Este instrumento jurídico tiene como objeto la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-sida-, así como, garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades. Considera como un problema social esta epidemia y crea el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida, como rector nacional en la materia; con enfoque intersectorial, interinstitucional, interprogramático y multidisciplinario con la participación de la sociedad civil organizada, y adaptando el entorno multicultural y plurilingüe de la población. Así mismo, organiza la Comisión Multisectorial, conformada por aquellas organizaciones que velan y trabajan en la prevención de ITS, VIH, y sida, la cual deberá, coordinar y apoyar las políticas que dicte el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a nivel nacional (Congreso de la República, 2000).
2. El Acuerdo Gubernativo No. 317-2002, Reglamento de la Ley General para el combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH– y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –sida-. En este reglamento se ratifica la urgencia y el carácter social de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –sida-, y norma lo relativo a los mecanismos necesarios para el cumplimiento de la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -sida- y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA, así como garantizar el respeto,

promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades (Gob. Guatemala, 2002).

3. La Política Pública No. 638-2005, respecto de la prevención a las Infecciones de Transmisión Sexual -ITS- y a la respuesta a la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -sida-. Esta política implementará los mecanismos para la educación y prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las enfermedades de transmisión sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), como problema social y económico de urgencia nacional, así como garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades. Los ejes de la política son dos. El primer eje de carácter sectorial que incluye: a) Prevención; b) Atención integral de ITS, VIH y sida; c) Reducción, contención y mitigación del impacto de ITS, VIH y sida y d) Atención de grupos vulnerables, y el segundo eje transversal con los siguientes componentes: a) Garantía de los derechos humanos; b) Participación comunitaria; c) Pluriculturalidad; d) Generación de sinergias y e) Comunicación social (Gob. Guatemala, 2005).

La descripción de las normas jurídicas que respaldan la respuesta nacional se detalla en el Anexo 1.



# **CAPÍTULO I**

## **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LAS ITS, VIH Y SIDA EN GUATEMALA**



# ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LAS ITS, VIH Y SIDA EN GUATEMALA

## Análisis Epidemiológico

En el año 2013 se estimó que 35 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, 2.1 millones de personas contrajeron esta infección en el mismo año y 1.5 millones de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida. Así mismo, 13.6 millones de personas tuvieron acceso a medicamentos antirretrovirales (ONUSIDA, 2014).

Mientras tanto, se ha estimado que en América Latina y el Caribe había alrededor de dos millones de personas en el año 2014, de los cuales, 46,000 eran niños de 0 a 14 años de edad y se produjeron alrededor de 100,000 nuevos casos de infección y 50,000 defunciones relacionadas con el sida.

Estos datos están relacionados con una prevalencia general de la infección en América Latina de 0.4 % situándose entre 0,1 y 0,3% en los hombres jóvenes y entre 0,1 y 0,2% en las mujeres jóvenes (OPS/OMS, 2016).

En el caso de Guatemala, la prevalencia de VIH ha sido estimada en 0.53 % dentro de la población adulta comprendida entre los 15 a 49 años de edad (MSPAS, ONUSIDA, OPS/OMS, 2015).

En el documento de Avanzando hacia el control de la epidemia de VIH y sida se estima que para el año 2013, la situación con relación a la cascada de atención reflejaba que había un total de 47,800 personas con VIH (100%), de las cuales el número de personas vivas diagnosticadas con VIH sumaban un total de 20,479 (43%). No se conocía el total de personas vinculadas a la atención y el total de personas retenidas en atención era de 18,325 (38%) y personas en tratamiento, un total de 16,386 (34%), reportándose 9,639 personas (20%) con supresión de la carga viral y un total de 8,572 personas (18%) con carga viral indetectable (MSAPS, ONUSIDA, OPS, 2015).

En consecuencia, y de acuerdo con la información disponible y consensuada, se ha estimado para el año 2016, un total de 50,900 personas con VIH, proyectándose para el año 2018, un total de 53,600 y 56,800 para el año 2020, así como las metas de personas a ser diagnosticadas, en tratamiento y con supresión de la carga viral (MSPAS, ONUSIDA y OPS/OMS, 2015).

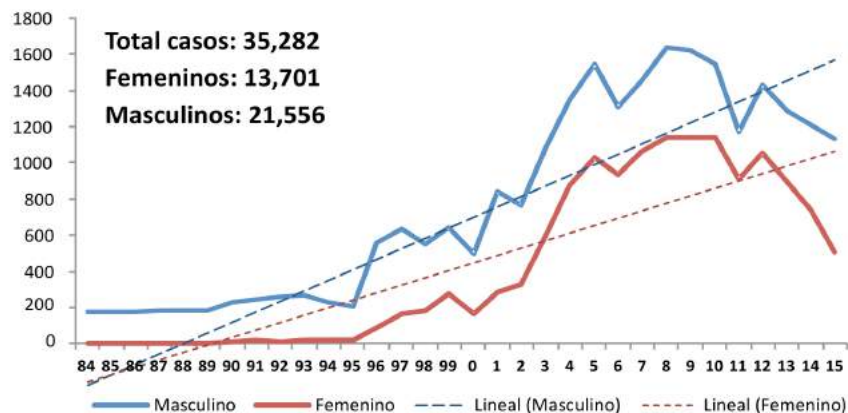
**CUADRO 1  
METAS BIANUALES A 2016, 2018 Y 2020.  
PNS. GUATEMALA**

	METAS BIANUALES		
	2016	2018	2020
Estimación de Personas con VIH	50,900	53,600	56,800
Metas de Personas diagnosticadas	30,540	42,880	51,120
Metas de Personas en TAR	17,102	27,447	36,806
Metas de Personas con supresión de la carga viral	11,971	21,957	33,125

Fuente: MSPAS/PNS, ONUSIDA y OPS/OMS (2015:37-38)

“En el periodo 1984-2015 el sistema de vigilancia epidemiológica nacional ha registrado un total de 35, 282 casos de los cuales, 13, 701 casos son femeninos y 21, 556 casos son masculinos (Ver Gráfico 1). En el 2014, se registró 61 % de casos masculinos y 39 % de mujeres (CNE, 2015 b). La razón hombre/mujer agrupando todos los casos en el periodo 1984-2015 es de 1.6:1 Con la información reportada demuestra que la razón hombre/mujer ha descendido de 3.5:1 en 1986 a 2.1:1.4 en 2013 y 1.06 por cada mujer en 2014 (CNE, 2016). lo cual es un dato “inequívoco” de la feminización de la epidemia (Banco Mundial, 2006).”

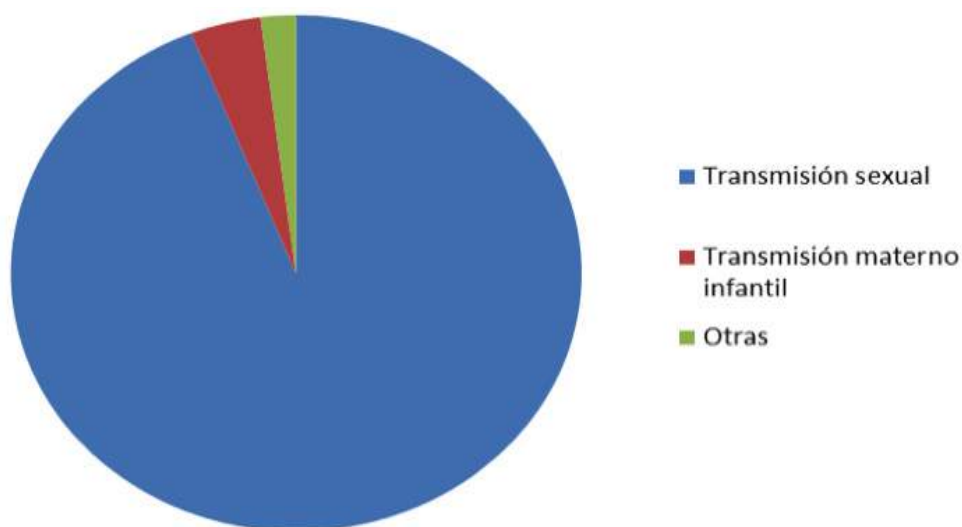
**GRÁFICO 1  
CASOS DE VIH SEGÚN SEXO. GUATEMALA. 1984-2015**



Fuente: CNE, 2015: a

De acuerdo con los casos registrados, la epidemia presenta una transmisión predominantemente sexual (93 % de todos los casos) y el 4 %, por transmisión materno-infantil (CNE, 2015: a). (Ver Gráfico 2).

**GRÁFICO 2**  
**TIPO DE TRANSMISIÓN DEL VIH.**  
**PORCENTAJE. GUATEMALA. 2014**



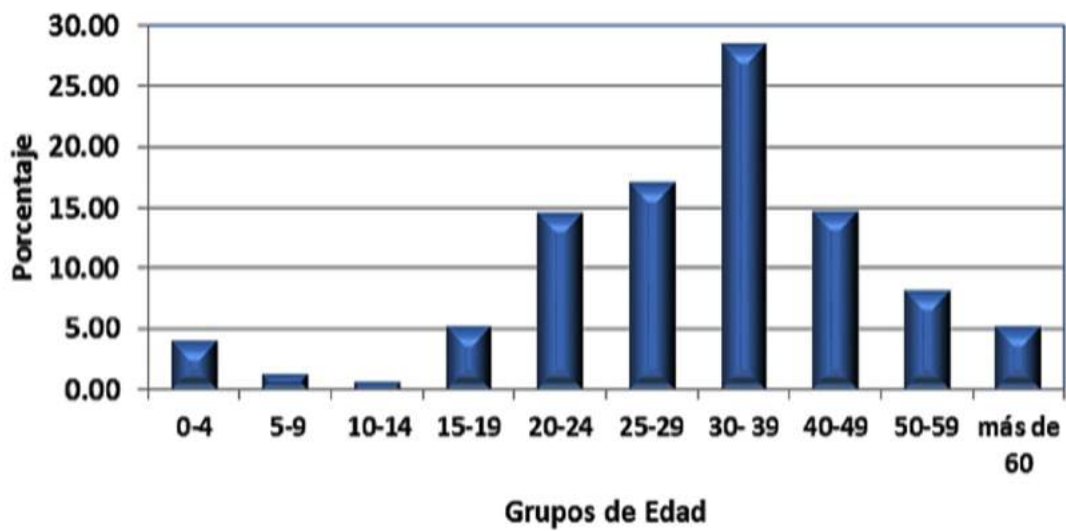
Fuente: CNE, 2015: a

Del total de los casos de VIH y sida notificados en el año 2014, el 77.1 % se auto definió ladino o mestizo; 19.6 %, mayas; 0.5 %, garífunas y en 2.8% de los casos no se reportó pertenencia étnica (CNE, 2015 b).

Tomando en cuenta la subnotificación existente, el análisis de la mortalidad registrada permite observar una tendencia ascendente hasta el año 2005, y a partir de este año una tendencia hacia la disminución que puede ser atribuible al incremento en el acceso al TAR (CNE, 2015 b). Un estudio publicado recientemente ha demostrado que la tasa de mortalidad por VIH y sida ha disminuido consistentemente desde 2005, año en que se registró una tasa de mortalidad de 5.64 por 100,000 habitantes, hasta alcanzar 2.91 por casos por 100,000 habitantes en 2013 (Moscoso. V. y C. Flores, 2016).

El sistema de información reportó que en 2014, se han presentado casos de VIH y sida en todos los grupos etáreos, concentrándose el mayor número de casos entre los 20 y 39 años (64.5 %). (Ver Gráfico 3) .

**GRÁFICO 3**  
**PORCENTAJE DE CASOS DE VIH POR GRUPOS ETÁREOS.**  
**GUATEMALA. 2014**



Fuente: CNE, 2015: a

Al igual que en América Latina, el país presenta una epidemia de VIH de carácter concentrado en los grupos poblacionales siguientes : Hombres que tienen sexo con Hombres, HSH, Mujeres Trabajadoras Sexuales MTS, Hombres Trabajadores Sexuales y Mujeres Trans. Como se corroboró en la Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de ITS y VIH (ECVC), la cual, como producto de estudios realizados en diferentes ciudades, señaló que en Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) la prevalencia es 8.9%, en Mujeres Trans (TRANS) 23.8% y en Mujeres trabajadoras sexuales (MTS), 3.7% (MSPAS, UVG, HIVOS, 2013).<sup>3</sup>

**CUADRO 2**  
**PREVALENCIAS DE VIH E ITS EN DIFERENTES POBLACIONES PORCENTAJE (%).**  
**DIFERENTES CIUDADES. GUATEMALA. 2013**

<b>POBLACIONES</b>	<b>VIH</b>	<b>Sífilis</b>	<b>Sífilis activa</b>
HSH	8.9	6.6	4.7
TRANS mujeres	23.8	13.5	5.6
MTS	3.7	9.0	6.0
Jóvenes en riesgo social	0.2	0.2	0.0
Personas privadas de libertad (Hombres y mujeres)	0.7	5.3	0.5
Hombres privados de libertad	0.4	3.3	0.8
Mujeres privadas de libertad	1.2	9.4	0.0
Policías	0.0	0.2	0.0
Conductores de larga distancia y policías	0.5	2.5	0.0
Trabajadores agrícolas temporales	0.0	0.3	0.0

Fuente: (MSPAS, UVG e HIVOS, 2013)

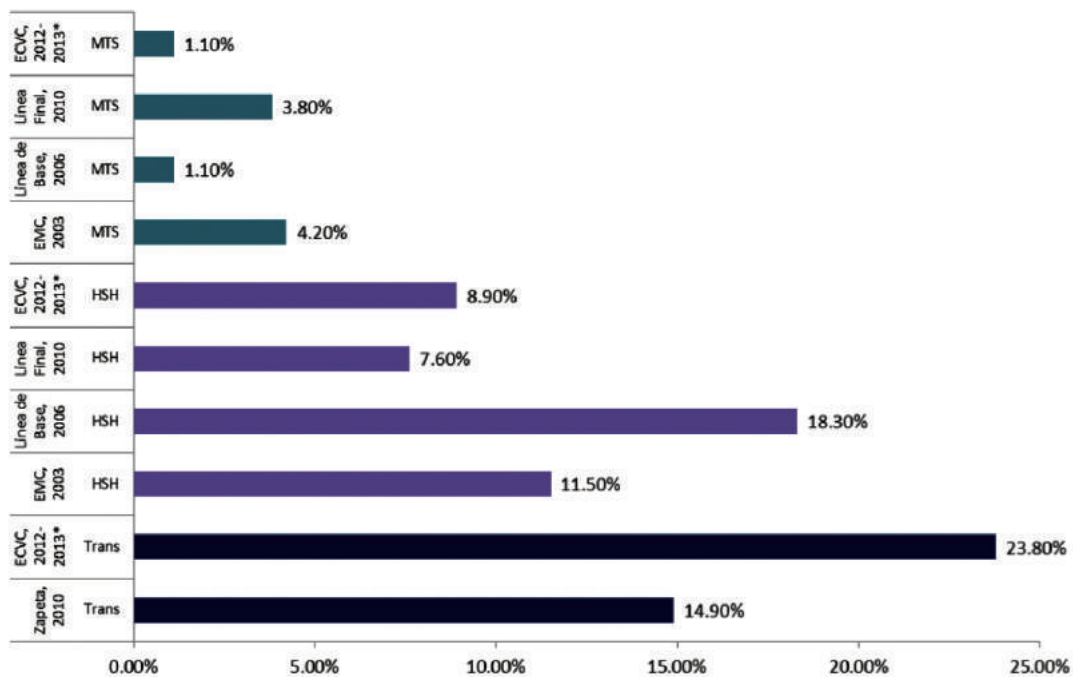
Notas: a) En HSH, MTS se obtuvieron diferentes prevalencias según la ciudad objeto de estudio. Se toma para este plan, la prevalencia más alta obtenida en la ciudad objeto de estudio; b) Sífilis activa: definida cómo título de anticuerpos no treponémicos medidos por RPR mayor a 1:8.

<sup>2</sup> Epidemia concentrada: El VIH se ha difundido rápidamente en un subgrupo de población determinado, pero no está bien establecido entre la población general. Este estadio de la epidemia señala la presencia de redes activas de riesgo entre el subgrupo. La trayectoria de la epidemia estará determinada por la frecuencia y naturaleza de las relaciones entre los subgrupos de población con alto grado de infección y la población general. "Proxy" numérico: La prevalencia del VIH se ha mantenido constante, por encima del 5%, en por lo menos un subgrupo de población. La prevalencia el virus es de menos de 1% entre las mujeres embarazadas de las zonas urbanas (OMS, 2000).

<sup>3</sup> En el año 2010, la Organización OTRANS reportó una prevalencia de VIH de 14.9 % en este grupo (OTRANS-rn, 2010)

**Las poblaciones prioritarias:** hombres que tienen sexo con otros hombres, personas trans, trabajadoras y trabajadores sexuales, personas con VIH, personas que usan drogas, personas privadas de libertad y poblaciones vulnerables, incluyendo jóvenes, migrantes, mujeres y niñas, son las más afectadas por la epidemia<sup>4</sup>. Diferentes evaluaciones han dado como diversos resultados en estas poblaciones de acuerdo como se ilustra en el gráfico 4.

**GRÁFICO 4**  
**PREVALENCIA DE VIH SIDA EN POBLACIONES CLAVE.**  
**GUATEMALA. 2003-2013**



Fuente: (MSPAS, UVG e HIVOS, 2013)

Con base en el estudio "Estimación del tamaño de poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad al VIH" (ONUSIDA y UVG, 2010), se concluyó que el total de HSH es de 104,875; en MTS, 25,849 (PNS, 2015), y para TRANS: 840 (HIVOS, PASMO, The Task Force y TEPHINET, 2015). Además, las condiciones de vulnerabilidad de estas poblaciones, están agravadas por cobertura deficiente de los servicios sociales y de salud, así como la estigmatización de la orientación sexual, identidad de género y trabajo sexual; los entornos punitivos, la marginación social y la estigmatización y la discriminación continuadas a los que se enfrentan (PDH, 2014:a).

En el periodo 1984-2015 el sistema de vigilancia epidemiológica nacional ha registrado un total de 35,282 casos de los cuales, 13,701 casos son femeninos y 21,556 casos son masculinos (Ver Gráfico 1). En el 2014, se registró 61 % de casos masculinos y 39 % de mujeres (CNE, 2015 b). La razón hombre/mujer agrupando todos los casos en el periodo 1984-2015 es de 1.6:1. Con la información reportada demuestra que la razón hombre/mujer ha descendido de 3.5:1 en 1986 a 2.1:1.4 en 2013 y 1.06 por cada mujer en 2014 (CNE, 2016). lo cual es un dato "inequívoco" de la feminización de la

<sup>4</sup> Poblaciones prioritarias : de acuerdo con el Manual de ORIENTACIONES TERMINOLÓGICAS DE ONUSIDA (2015), el término " grupos de poblaciones clave, puede ser sustituido por el término Poblaciones prioritarias "

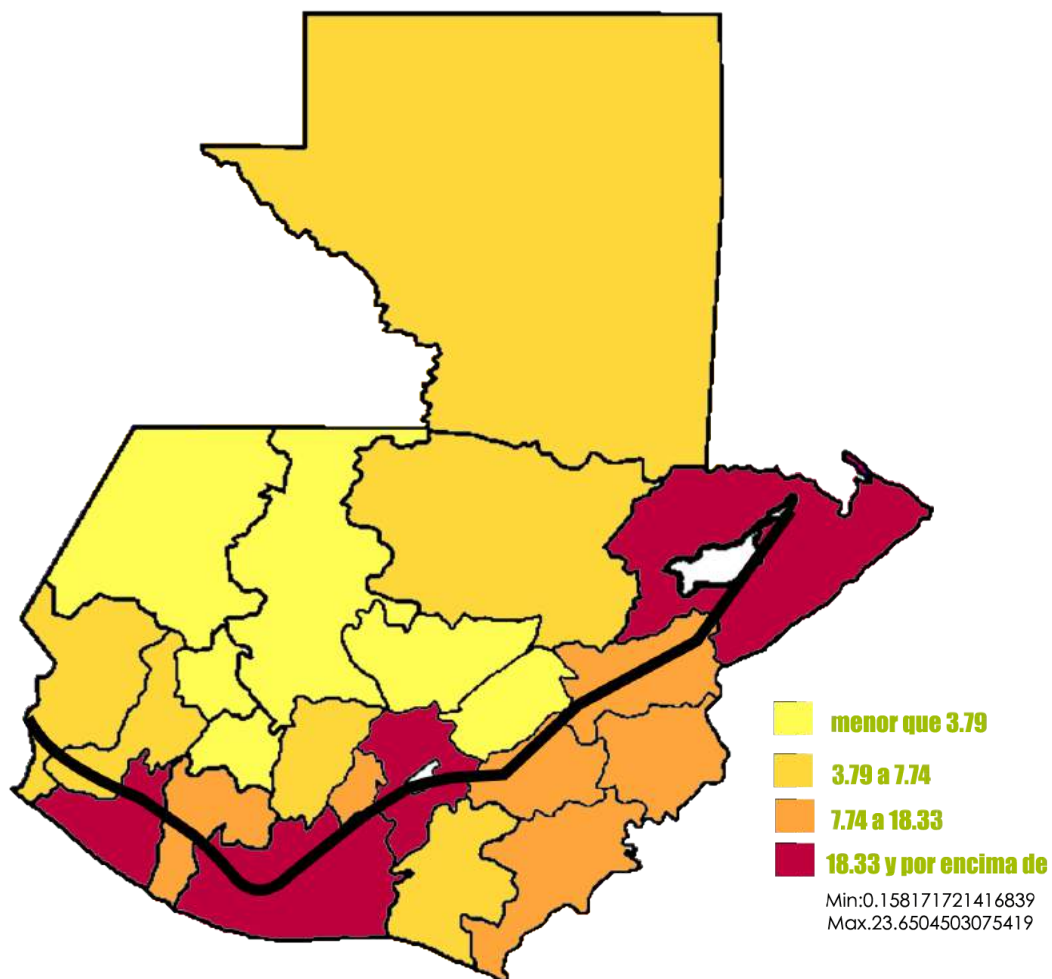
<sup>5</sup> De acuerdo con la serie presentada por vigilancia centinela de las ITS, en HSH luego de una disminución en 2013, volvió a incrementar la prevalencia de VIH a 8 % en 2014 (VICITS N° 2, 2014) (MSPAS y VICITS, 2014).

**En relación con el lugar de residencia** se han registrado casos de VIH y sida en todos los departamentos del país. En 2015, el 78 % de los casos se concentraron en ocho departamentos: Guatemala, Escuintla, Izabal, San Marcos, Retalhuleu, Petén, Alta Verapaz y Jutiapa, los cuales reportan tasas por 100,000 habitantes, superiores a la media nacional.

El análisis de los casos según lugar de residencia establece un corredor geográfico de VIH que no ha variado desde el año 2004, y el mismo coincide con rutas de desarrollo económico, rutas comerciales, departamentos con mayor actividad comercial, puertos y además con rutas utilizadas en los procesos de migración externa y la narcoactividad. (Ver gráfico 5 ).

Los datos anteriores han permitido priorizar departamentos en función de fortalecer los esfuerzos para alcanzar las metas nacionales de acceso a diagnóstico y tratamiento (MSPAS, ONUSIDA, OPS/OMS, 2015).

### GRÁFICO 5. VIH Y VIH AVANZADO, CORREDOR GEOGRÁFICO GUATEMALA, ENERO A DICIEMBRE DE 2015



Fuente: CNE (2015:a)

Con relación a las otras ITS, la información epidemiológica evidencia problemas de subregistro y calidad del dato. La notificación de hombres con gonorrea, exudado uretral y adultos con úlcera genital en los últimos 12 meses es muy baja corroborando lo anteriormente señalado (GARPR, 2014).

Sin embargo, cabe resaltar que la ECVC (2012-2013), encontró que en las personas con VIH, la prevalencia de sífilis fue de 5.8 %, con una variación de 6.8 % en la Ciudad de Guatemala y 0.2 % en Coatepeque, encontrándose además un 1.4 % de sífilis activa en la primera ciudad y un 0.2 % en la segunda. Con respecto a la población de HSH, la prevalencia de sífilis fue de 6.6%; en Trans mujeres, de 13.5 % y en MTS, 9.0 %, grupo en el cual, se reportó que del 6.5 al 22.3 % padeció alguna ITS en el último año. (MSPAS, UVG, HIVOS, 2013).

### **Transmisión Materno-Infantil**

Con respecto a la transmisión materno-infantil el MSPAS ha reportado una prevalencia de 0.33 % de VIH en embarazadas (MCP.G, 2015), y el Centro Nacional de Epidemiología, ha estimado que el 4 % de todos los casos son producto de una transmisión materno-infantil como se ha señalado anteriormente (CNE, 2015: a).

La tasa de sífilis congénita registrada en 2009 fue de 1.25 por cada 1000 Nacidos Vivos (NV) y la tasa estimada con cobertura del 100% y tamizaje "real" fue estimada en 1.76 por 1000 NV (MSPAS, DRPAP, PNS, 2013).

En relación a la transmisión materno-infantil de Hepatitis B no existe un registro que dé cuenta de la magnitud del problema, solamente existen estudios parciales (Navas, S. et al, 2012).

### **Pacientes con tuberculosis (TB)**

El porcentaje de pacientes con tuberculosis (TB) a los que se realiza la prueba de VIH ha aumentado hasta alcanzar el 86% en 2014 (MSPS, PNT, 2016). El porcentaje de coinfección es del 7.5% en 2014. La mortalidad estimada por co-infección TB/VIH en 2013 fue de 2.6 por 100,000 habitantes. De acuerdo con el reporte del CNE (2014), en 6% de los casos notificados se diagnosticó tuberculosis.

## Factores condicionantes y determinantes de la epidemia de VIH

Las altas prevalencias de ITS, VIH y sida presentan un conjunto de determinaciones y condicionamientos en diferentes planos y espacios de análisis (Castellanos, J.C., 1990).

Desde el punto de vista político, económico, social y étnico-cultural, cabe señalar en primer lugar que el Índice de Desarrollo Humano (IDH) ha sido estimado en 0.581 (posición 133 de 187 países, siendo el promedio en los países de desarrollo humano medio de 0.64 y en los países latinoamericanos y caribeños de 0.74. El IDH ajustado por la desigualdad fue estimado en 0.389, que significa una pérdida de 33.1%, debido a la desigualdad en los ingresos, educación y la esperanza de vida (PNUD, 2013).

Además, uno de los factores más relevantes son la exclusión y la desigualdad en que vive la mayoría de la población guatemalteca que expresada en el coeficiente de GINI de 0.562, coloca al país entre los más desiguales del mundo (PNUD, 2005).

Los altos porcentajes de pobreza y pobreza extrema que son más elevadas en las poblaciones indígenas, el bajo nivel de empleo y el alto desempleo de la población económicamente activa y en particular en las personas comprendidas entre los 20 y 39 años de edad.

El bajo nivel educativo de la población también incide negativamente en las epidemias de ITS, VIH y sida. El nivel educativo de la población está inversamente relacionado con la transmisión del VIH. El 67% de los casos suceden en personas analfabetas y el 12 % de los casos entre las personas que han alcanzado una escolaridad secundaria o superior (MSPAS y ONUSIDA, 2012). Al respecto también hay que señalar que los esfuerzos emprendidos en el campo de la comunicación y educación sexual con enfoque intercultural han sido insuficientes hasta el momento, evidenciándose que solamente el 24% de los hombres y el 20% de las mujeres de 15 a 19 años tienen conocimientos adecuados sobre el VIH (IPPF, 2015).

Por otro lado, el carácter moderado que presenta la transición demográfica en Guatemala constituye uno de los factores condicionantes y determinantes de las epidemias de ITS, VIH y sida, el cual se expresa en la disminución de la fecundidad y la mortalidad, con variaciones no cuantificadas en la migración interna e internacional, debiéndose destacar que dentro de la misma, las poblaciones integrantes de los pueblos indígenas, pobres y rurales presentan una transición demográfica de carácter rezagada que repercute en una menor capacidad de respuesta.

En el año 2015 la población total estimada fue de 16,176,133 habitantes proyectándose para el año 2020 un total de 18,055,025 personas (INE, 2012:a), esperándose dentro de ellos, un total de 10,490,987 habitantes comprendidos entre los 15 y los 64 años equivalentes al 58.10% del total de la población (Hidalgo, E. y R. Molina, 2008). De esta manera, en el periodo 2015-2020 deberá contabilizarse un millón de personas más ubicadas entre los 15 a 39 años en relación al quinquenio anterior, y en donde se concentran precisamente el mayor número de casos hasta el momento registrados (MSPAS, PNS, 2011). Asimismo, los grupos etáreos comprendidos entre los 15 a 49 años superarán el 48.69 % del total de la población y el grupo comprendido entre los 10 a 24 años, representará en el año 2020, la tercera parte de la población (INE, 2012:b).

Otro factor que contribuye al avance de la epidemia de VIH en el país es la falta de sinergias de trabajo entre el estado y la sociedad civil para optimizar las intervenciones de prevención, tamizaje voluntario, vinculación y adherencia, y la implementación de un modelo de atención integral de la salud intercultural e incluyente.

### **Captación y Vinculación de casos positivos**

Actualmente el MSPAS cubre aproximadamente al 60% de la población; el IGSS al 17% (trabajadores formales); el sector privado al 11.7% y el resto (11%) no tiene acceso a los servicios de salud (Sojo, Ana, 2009). En el MSPAS, los casos de VIH y sida son captados en la red de servicios y referidos a las Unidades de Atención Integral (UAI). En el IGSS, los casos son captados en las unidades de atención y referidos a la Unidad de Infectología.

Actualmente existe 19 UAI ubicadas en hospitales del tercer nivel de atención de las cuales 16 pertenecen al MSPAS; 1 pertenece al IGSS, 1 a Sanidad Militar y 1 a Hospicio San José.

En todas las UAI varía el número de personal de acuerdo con la demanda y dentro de todas, tres UAI son de referencia nacional: la Clínica de enfermedades infecciosas del Hospital Roosevelt, Clínica Luis Ángel García asociada al Hospital General San Juan de Dios y la Unidad de Infectología del IGSS (MSPAS, OPS/OM, 2014). Además se reporta que solamente 342 centros de salud ofrecen servicios de asesoramiento y pruebas del VIH (GARPR, 2014). Existen 36 ONG trabajando en el campo de la prevención del VIH y sida y algunas de ellas, en aspectos de TAR como adherencia, medicamentos y consejería (MSPAS/OPS/OMS, 2014).

La desprotección social en materia de salud y seguridad social, los costos económicos de los medicamentos, y de atención de las personas en los servicios de salud son altos y repercuten en el individuo la familia, la comunidad y el estado.

## **La respuesta al VIH**

El Sector Público ha sido la principal fuente de financiamiento para la respuesta nacional al VIH y sida (64%), seguidas de la fuente internacional (31%) y privada (5%), sin embargo este crecimiento en la inversión no ha sido constante en cada año, según el informe Megas 2015.

El financiamiento dirigido a intervenciones de poblaciones clave desarrolladas por ONG, tienen una alta dependencia financiera ligada a los fondos externos, con programas para HSH, para trabajadores(as) del sexo y sus clientes, mujeres trans y monitoreo y evaluación, que los hace vulnerables en la sostenibilidad ante una eventual disminución de inversión de estas fuentes.

Como resultado del proceso de análisis y consenso global, se concluyó que para acercarse al fin de la epidemia es necesario que por lo menos el 90% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico; que el 90% de las personas que conocen su estado serológico reciban tratamiento antirretroviral; y que el 90% de las personas en tratamiento tengan supresión viral (carga viral indetectable), por lo cual su sistema inmunológico seguirá siendo fuerte y no transmitirán la infección.

Guatemala se integró a la realización del ejercicio de metas nacionales proponiendo metas alcanzables y estrategias para dar cumplimiento a las metas enfocadas en cada uno de los pilares.

En los capítulos posteriores se hace referencia a la problemática principal para reducir la prevalencia de la epidemia.

# **CAPÍTULO II**

## **MODELO CONCEPTUAL DE LAS ITS, VIH Y SIDA**



## MODELO CONCEPTUAL DEL PROBLEMA PRINCIPAL

### “Alta prevalencia de ITS, VIH y sida concentrada en poblaciones prioritarias”

El análisis de situación de las ITS y del VIH/sida en Guatemala permite priorizar como problema principal las “**Alta prevalencia de ITS, VIH y sida concentrada en poblaciones prioritarias**”. A partir de esta selección fue construido el modelo o marco conceptual de este problema, de acuerdo a las orientaciones metodológicas de la planificación de gestión por resultados (MINFIN y Segeplán, 2013).

El modelo conceptual fue consensuado con los diferentes actores participantes en el proceso de elaboración del PEN ITS, VIH y sida 2017-2021, sustentándose sobre la base de un conjunto de evidencias que se relacionan con las referencias bibliográficas colocadas en este documento (Ver Gráfico 6).

**De esta manera, una vez definido el problema principal fueron seleccionadas las siguientes causas directas:**

- 1) Persistencia de prácticas de riesgo que favorecen la transmisión de ITS y VIH.
- 2) Persistencia de la transmisión materno-infantil de VIH, Sífilis y Hepatitis B.
- 3) Insuficiente captación, diagnóstico, tratamiento, adherencia, retención y supresión de la carga viral en personas con VIH y sida que inciden en el cumplimiento de las metas de la cascada del continuo de atención y otras ITS.
- 4) Entornos desfavorables que promueven el estigma y discriminación.

**La primera causa directa, persistencia de prácticas de riesgo que favorecen la transmisión de las ITS y VIH tiene como causa indirecta:**

La deficiente educación sexual y prácticas ideológicas, culturales y religiosas que, al favorecer el estigma y la discriminación, repercuten negativamente en la salud de las personas, las familias y la comunidad.

**La segunda causa directa, persistencia de la transmisión materno-infantil de VIH, Sífilis y Hepatitis B, presenta las siguientes causas indirectas:**

- a) Abastecimiento limitado de insumos, pruebas y otras tecnologías para el diagnóstico de ITS y VIH.
- b) Insuficiente personal de salud calificado.
- c) Deficiente educación sexual.

**La tercera causa directa, insuficiente captación, diagnóstico, tratamiento, adherencia, retención y supresión de la carga viral en personas con VIH y sida que inciden en el cumplimiento de las metas de la cascada del continuo de atención y otras ITS, tiene como causas indirectas, las siguientes:**

- a) Deficiente disponibilidad y acceso a los servicios de salud.
- b) Insuficiente personal de salud calificado.
- c) Abastecimiento limitado de insumos, pruebas y otras tecnologías para el diagnóstico de ITS y VIH.
- d) Deficiente educación sexual.

**La cuarta causa directa, entornos desfavorables que promueven el estigma y discriminación, tiene como causas indirectas:**

La deficiente educación sexual, y la falta de empoderamiento de la población sobre derechos humanos y las prácticas ideológicas, culturales y religiosas que repercuten negativamente en la salud de las personas, las familias y la comunidad y favorecen el estigma y la discriminación.

Además del insuficiente personal capacitado y multidisciplinario para la prestación de servicios y la gestión de los programas de ITS, VIH y sida que ha sido determinado como una causa indirecta, existen dos factores causales que están presentes en la explicación de diferentes causas directas, los cuales serán motivo de consideración especial en el documento final PEN ITS, VIH y sida 2017-2021, son los siguientes:

- a) Insuficiente financiamiento y falta de desarrollo de una estrategia de sostenibilidad para el futuro.
- b) No existen acciones que integren y proporcionen calidad en la información de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación y que permitan hacer análisis periódicos existe una escasa agenda de investigaciones nacionales en ITS, VIH y sida.

En la base explicativa de las causas directas e indirectas del problema principal las *“Alta prevalencia de ITS, VIH y sida concentrada en poblaciones clave”*, se encuentra un conjunto de causas básicas que determinan finalmente el problema principal.

**Finalmente cabe señalar que las causas directas e indirectas están condicionadas y determinadas por un conjunto de causas básicas que tienen un carácter estructural ,las cuales son las siguientes:**

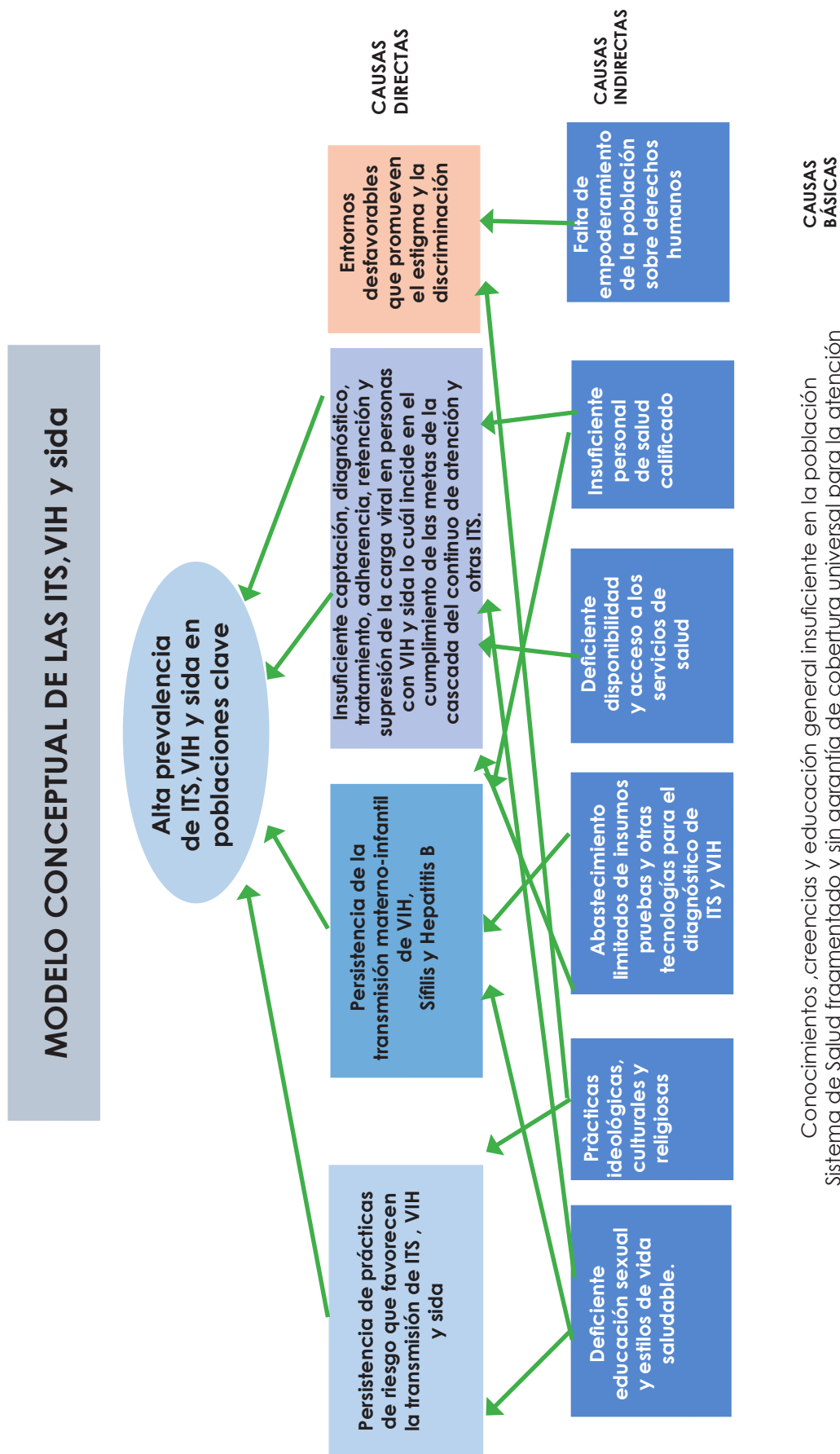
- a) Conocimientos, creencias y educación general insuficiente en la población.
- b) Un sistema de salud fragmentado que no ofrece garantía de cobertura universal para la atención integral y de calidad de salud.
- c) Un sistema de protección social insuficiente y
- d) La situación de pobreza y pobreza extrema de la mayoría de la población guatemalteca.

Es necesario mencionar que existen otros factores causales estructurales que afectan la respuesta al VIH como:

“Insuficiente desarrollo de mecanismos políticos, técnicos y administrativos que favorecen la gobernanza y la sostenibilidad del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida”.



GRÁFICO 6





# **CAPÍTULO III**

## **MODELO EXPLICATIVO DE LAS ITS, VIH Y SIDA**



## **MODELO EXPLICATIVO DEL PROBLEMA PRINCIPAL DE LAS ITS, VIH Y SIDA EN GUATEMALA**

El modelo explicativo está integrado por los siguientes factores causales priorizados para cada una de las cuatro causas directas definidas en el modelo conceptual.

### **FACTORES CAUSALES CORRESPONDIENTES A LA CAUSA DIRECTA 1:**

#### **“Persistencia de prácticas de riesgo que favorecen la transmisión de ITS, VIH y sida”:**

1. Deficiente educación sexual y reproductiva en población general.
2. Persistencia de factores de riesgo en las poblaciones clave, puente, trabajo sexual y trata de personas.
3. Incremento en el número de casos relacionados con violencia de género, física, sexual, patrimonial, económica y psicológica en población en general.
4. Limitado acceso y utilización de estrategias para garantizar el ejercicio de una sexualidad informada, responsable y protegida.
5. Incremento de prácticas sexuales de riesgo en la niñez, adolescencia y juventud.
6. Vulnerabilidad de las poblaciones migrantes, de desplazados y niñez en situación de calle e institucionalizada.
7. Factores psicosociales de riesgo asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas en la población en general.

### **FACTORES CAUSALES CORRESPONDIENTES A LA CAUSA DIRECTA 2:**

#### **“Persistencia de transmisión materno-infantil de VIH, sífilis y hepatitis B”:**

1. Insuficiente cobertura de la atención prenatal, parto y puerperio por personal de salud calificado para las embarazadas.
2. Baja captación y seguimiento de embarazadas, niñas/os y adolescentes con VIH, sífilis y hepatitis B que necesitan tratamiento.
3. Baja disponibilidad y acceso de las embarazadas a pruebas de VIH, sífilis y hepatitis B.

4. No existe una efectiva aplicación de las normas contempladas en la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH, sífilis y hepatitis B por parte del personal de salud.
5. Falta de ejercicio de la rectoría del Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y sida para la integración de las intervenciones multisectoriales en salud materno-infantil sobre VIH, sífilis y hepatitis B.

## **FACTORES CAUSALES CORRESPONDIENTES A LA CAUSA DIRECTA 3:**

**“Insuficientes estrategias de captación, diagnóstico, tratamiento, adherencia, retención y supresión de la carga viral en personas con VIH y sida que inciden en el cumplimiento de las metas de la cascada del continuo de atención y otras ITS”**

1. No hay implementación de estrategias diferenciadas, novedosas y coordinadas de comunicación y educación sobre ITS, y VIH para diferentes poblaciones, dirigidas a captar nuevos diagnósticos y vinculaciones al tratamiento.
2. Limitada disponibilidad, accesibilidad y acceso al diagnóstico de ITS y VIH y vinculación de las personas diagnosticadas a los servicios de salud.
3. Falta de atención integral de las ITS, VIH y sida con pertinencia intercultural en los servicios de salud.
4. Insuficiente porcentaje de personas con VIH, con adherencia al TARV y retenidas en los servicios de salud para alcanzar los objetivos de supresión viral.
5. Falta de cumplimiento de las acciones dirigidas a garantizar la atención integral de personas con VIH, TB y otras IOS en los servicios de salud.
6. Limitaciones para el abastecimiento de insumos para la realización de pruebas para tamizaje, confirmación y seguimiento de VIH, sífilis y hepatitis B e IOS en los servicios de salud y pruebas de tamizaje y reactivos para el seguimiento clínico.
7. Limitado sistema de información, vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación de casos de VIH, sida e ITS en el sistema de salud.
8. Desactualización y falta de socialización, implementación y seguimiento de normas, guías, protocolos y manuales para la atención integral en salud de poblaciones clave y las personas con ITS, VIH sida.
9. Insuficientes recursos humanos multidisciplinarios y calificados en los establecimientos de salud para la prestación de servicios y la gestión de los programas de ITS, VIH y sida.
10. Falta de condiciones de acceso integral a una vida saludable en personas con VIH.

## FACTORES CAUSALES DE LA CAUSA DIRECTA 4:

### “Entornos desfavorables que promueven el estigma y discriminación”

1. Limitada aplicación del marco legal existente en materia de ITS, VIH y sida.
2. Deficiente respuesta del sistema administrativo judicial para el seguimiento, resolución y sanción para la defensa y promoción de los derechos humanos.
3. Desactualización del marco legal y político para la protección, la defensa, respeto y observancia de los derechos humanos de las personas con VIH, comunidad LGBTI, trabajadores/as sexuales, personas privados de libertad; mujeres, niñez, adolescencia y juventud, en situación de calle e institucionalizado; la migración y el desplazamiento forzado interna y externo.
4. Prácticas religiosas, culturales e ideológicas que mantienen la inequidad y la exclusión de todas las personas con VIH, LGBTI, hombres y mujeres trabajadores sexuales y personas privados de libertad.
5. Insuficientes servicios públicos y privados sensibilizados para brindar atención sin estigma y discriminación a las personas con VIH, LGBTI, hombres y mujeres trabajadores sexuales, personas privadas de libertad, niñez, adolescencia, juventud y poblaciones indígenas.
6. Falta de utilización de un enfoque de interseccionalidad para el abordaje de la equidad de género en las personas con VIH y LGBTI, hombres y mujeres trabajadores sexuales, personas privadas de libertad; niñez, adolescencia y juventud.



# **CAPÍTULO IV**

## **RESULTADOS Y LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS**



## LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS Y RESULTADOS DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL DE ITS, VIH Y SIDA 2017-2021

Según el modelo conceptual, la cadena de resultados del PEN ITS, VIH y sida 2017-2021, está integrada por:

- El problema central, el resultado final y los indicadores de impacto.
- Las causas directas y los lineamientos estratégicos.
- Por cada lineamiento estratégico:
  - Los resultados intermedios y los indicadores de efecto.
  - Los resultados inmediatos y los indicadores de producto.

### RESULTADO FINAL O ESTRATÉGICO

A partir de la definición del problema principal “Alta prevalencia en ITS, VIH y sida concentrada en poblaciones priorizadas”, se formula el siguiente resultado final o estratégico:

**Disminución del 75% el número de casos nuevos por VIH e ITS y el número de muertes atribuibles al sida en la población en general y las poblaciones priorizadas al finalizar el 2021.**

<b>Poblaciones priorizadas</b>	
<b>PV</b>	Personas con el VIH (adultos y niños)
<b>HSH</b>	Hombres que tienen sexo con otros hombres
<b>MTS</b>	Mujeres trabajadoras sexuales
<b>TRANS</b>	Personas transgénero, transexuales y travestis
<b>ME</b>	Mujeres embarazadas
<b>H-ME VIH+</b>	Hijos de mujeres seropositivas al VIH
<b>VIH/TB</b>	Personas con coinfección de VIH y TB

Problema central	Resultado final	Indicadores de impacto	
Alta prevalencia de ITS, VIH y sida en poblaciones priorizadas	Disminución del 75% en el número de casos nuevos de VIH e ITS y el número de muertes atribuibles al sida en la población en general y las poblaciones priorizadas al finalizar el 2021.	1	Número de muertes relacionadas con el VIH .
		2	Número de nuevos casos de VIH en el año previo al año de reporte.
		3	% de adultos y niños VIH+ que se reportan vivos y en tratamiento 12 meses después de haber iniciado TARV.
		4	% estimado de transmisión materno-infantil del VIH en el año previo al año de reporte.
		5	Número de niños nacidos con VIH en el año previo al año de reporte.
		6	Tasa de incidencia de sífilis congénita (número de casos por 1,000 nacidos vivos).
		7	Tasa de casos fallecidos por coinfección producidos por TB VIH.
		8	Número de muertes por hepatitis B y C entre las personas coinfectadas por VIH.
		9	Prevalencia de sífilis activa en HSH (%).
		10	Prevalencia de sífilis activa en TRANS mujeres (%).
		11	Prevalencia de sífilis activa en MTS (%).
		12	Tasa de incidencia de cáncer de cérvix (25 a 69 años) en el año previo al año de reporte (por 100,000 habitantes).
		13	Incidencia de ITS en PV en el año previo al año de reporte.
		14	Número de actos de violencia (incluyendo homicidios), contra personas LGBTI en el año previo al año de reporte.

Causas directas		Lineamientos estratégicos	
1	Persistencia de prácticas de riesgo que favorecen la transmisión de VIH y otras ITS.	1	Incremento de la oferta de intervenciones de prevención combinada, adoptando nuevos enfoques y utilizando estrategias y tecnologías innovadoras que han demostrado alto impacto en la prevención de la transmisión del VIH, con énfasis en las poblaciones priorizadas.
2	Persistencia de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B.	2	Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B con estrategias nacionales planteadas en base a las estrategias globales.
3	Insuficiente captación, diagnóstico, tratamiento, adherencia, retención y supresión de la carga viral en personas con VIH y sida, lo cual incide en el cumplimiento de las metas de la cascada del continuo de atención del VIH y otras ITS.	3	Incremento de la oferta de atención integral de las ITS, VIH y sida, de forma continua y centrada en las personas, la familia y la comunidad.
4	Entornos desfavorables que promueven el estigma y la discriminación.	4	Promoción de un entorno social, jurídico y normativo favorable que promueva la equidad en el acceso a la salud, la igualdad de género y el pleno ejercicio de los derechos humanos.
5	Insuficiente desarrollo de mecanismos políticos, técnicos y administrativos que favorezcan la gobernanza y la sostenibilidad del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida, y las intervenciones orientadas a incrementar la oferta de servicios de prevención, atención integral y la protección de los derechos humanos de las poblaciones priorizadas.	5	Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social y de los vínculos con los diferentes sectores que conforman la respuesta nacional para la implementación de mecanismos políticos, estratégicos, técnicos y administrativos que favorezcan la rectoría, la gobernanza y la sostenibilidad de la respuesta nacional para el control del VIH y otras ITS.

<b>Causa directa 1:</b>		Persistencia de prácticas de riesgo que favorecen la transmisión de VIH y otras ITS.	
<b>Lineamiento estratégico 1:</b>		Incremento de la oferta de intervenciones de prevención combinada, adoptando nuevos enfoques y utilizando estrategias y tecnologías innovadoras que han demostrado alto impacto en la prevención de la transmisión del VIH, con énfasis en las poblaciones priorizadas	
<b>Resultados intermedios</b>		<b>Indicadores de efecto</b>	
1	Reducción de la transmisión del VIH en las poblaciones priorizadas	1	Prevalencia de VIH en HSH
		2	Prevalencia de VIH en TRANS
		3	Prevalencia de VIH en MTS
		4	% de embarazadas que tuvieron un resultado positivo en la prueba de VIH en los últimos 12 meses
		5	Prevalencia de VIH en población general (desagregado por sexo)
2	Incremento en el uso del condón para la prevención del VIH en las poblaciones priorizadas	6	% de HSH que reportan el uso de condón la última vez que tuvieron sexo anal con una pareja masculina.
		7	% de TRANS que reportan el uso de condón en su última relación sexual con penetración anal o vaginal.
		8	% MTS que reportan el uso de condón con su más reciente cliente en los últimos 12 meses.
		9	% de mujeres de 15 a 49 años, que tuvieron más de una pareja en los pasados 12 meses, que usaron el condón durante su última relación sexual
3	Incremento en la oferta de educación integral en sexualidad dirigida a jóvenes	10	% de hombres de 15 a 49 años, que tuvieron más de una pareja en los pasados 12 meses, que usaron el condón durante su última relación sexual
		11	% de mujeres de 15-24 años con conocimiento comprensivo del VIH/sida. <sup>6</sup>
		12	% de hombres de 15-24 años con conocimiento comprensivo del VIH/sida. <sup>6</sup>

<sup>6</sup> Conocimiento comprensivo significa saber que el uso consistente de condón durante las relaciones sexuales y tener una sola pareja fiel puede reducir el riesgo de contraer el virus del sida; saber que una persona que luce saludable puede tener el virus del Sida; y rechazar las dos creencias erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del virus del sida.

Resultados inmediatos		Indicadores de producto	
1	Incremento en la oferta de información sobre la prevención combinada de la transmisión del VIH para personas de las poblaciones priorizadas	1	Número de HSH participantes en intervenciones de Comunicación Para el Desarrollo en los últimos 12 meses.
		2	Número de mujeres trans participantes en intervenciones de Comunicación Para el Desarrollo en los últimos 12 meses.
		3	Número de MTS participantes en intervenciones de Comunicación Para el Desarrollo en los últimos 12 meses.
		4	Número de ME participantes en intervenciones de Comunicación Para el Desarrollo en los últimos 12 meses.
		5	Número de PV participantes en intervenciones de Comunicación Para el Desarrollo en los últimos 12 meses (desagregado por sexo).
		6	Número de establecimientos educativos del nivel medio y diversificado que incorporan la Estrategia Nacional de Educación Integral en Sexualidad (EIS) .
		7	Número de jóvenes que están recibiendo los contenidos definidos en la EIS. (desagregado por sexo).
2	Incremento en la oferta de sangre segura para transfusión.	8	% de unidades de sangre para transfusión tamizadas para detectar HIV, VHB, VHC, sífilis y T, Cruzi. <sup>7</sup>
3	Incremento en la oferta de PEP y PrEP para personas de las poblaciones priorizadas	9	% de personas con indicación de Profilaxia Posterior a la Exposición (PEP) y que la recibieron (desagregado por sexo).
		10	% de personas sobrevivientes de violencia sexual que recibieron Profilaxia Posterior a la Exposición (PEP) según las normas nacionales (desagregado por sexo).
		11	Número de proyectos piloto ofreciendo PrEP a poblaciones clave (HSH, TRANS, MTS).
		12	% de parejas serodiscordantes de PV con acceso a PrEP, desagregado por sexo (ver comentarios en la operacionalización de indicadores).
		13	% de personas de poblaciones clave (HSH, TRANS, MTS) recibiendo PrEP entre las personas alcanzadas proyectos de prevención combinada (ver comentarios en la operacionalización de indicadores).

<sup>7</sup> Comité Regional de La OMS para Las Américas (2016). Plan de Acción para La Prevención y el Control de La Infección Por el VIH y Las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021. Washington D.C.

<b>Causa directa 2:</b>		Persistencia de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B.	
<b>Lineamiento estratégico 2:</b>		Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B con estrategias nacionales planteadas en base a las estrategias globales	
<b>Resultados intermedios</b>		<b>Indicadores de efecto</b>	
1	Eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH.	1	% de embarazadas que tuvieron un resultado positivo en la prueba de VIH en los últimos 12 meses .
		2	% de embarazadas con estatus serológico del VIH conocido que resolvieron su embarazo en los últimos 12 meses (incluyendo las mujeres seronegativas, seropositivas y/o con estatus positivo conocido).
		3	% de mujeres embarazadas con VIH que recibieron tratamiento antirretroviral efectivo para prevenir la transmisión de madre a hijo.
		4	% de niños nacidos de mujeres con VIH que recibieron una prueba virológica de VIH antes de los 2 meses de nacidos. 8
2	Eliminación de la transmisión materno-infantil de sífilis.	5	% de embarazadas tamizadas para sífilis durante el control prenatal en los últimos 12 meses.
		6	% de embarazadas con sífilis que recibieron tratamiento.
		7	Número de casos de sífilis congénita.
3	Eliminación de la transmisión materno-infantil de hepatitis B.	8	% de ME con diagnóstico de hepatitis B.
		9	% de RN vacunados para hepatitis B.

11 Unaid 2016 Global Aids Monitoring 2017. Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declarations on HIV and Aids. Pag.90

Resultados inmediatos		Indicadores de producto	
1	Disminución de la transmisión materno-infantil de VIH.	1	Número de embarazadas con estatus serológico del VIH conocido que resolvieron su embarazo en los últimos 12 meses (incluyendo las mujeres seronegativas, seropositivas y/o con estatus positivo conocido).
		2	Número de embarazadas que tuvieron un resultado positivo en la prueba de VIH en los últimos 12 meses.
		3	Número de embarazadas con VIH que recibieron tratamiento ARV en los últimos 12 meses.
		4	% de recién nacidos de madres con VIH que reciben sucedáneos de leche materna según normativa nacional.
		5	% de mujeres con VIH en edad fértil que acceden a métodos de planificación familiar.
2	Disminución de mortalidad por transmisión materno-infantil de VIH.	6	Número de niños nacidos de mujeres con VIH que recibieron una prueba virológica de VIH antes de los 2 meses de nacidos. <sup>9</sup>
3	Disminución de la transmisión materno-infantil de sífilis.	7	Número de embarazadas tamizadas para sífilis durante el control prenatal en los últimos 12 meses.
		8	Número de embarazadas con sífilis que recibieron tratamiento.
4	Disminución de la transmisión materno-infantil de hepatitis B.	9	Número de ME con diagnóstico de hepatitis B.
		10	Número de RN vacunados para hepatitis B.
5	Incremento de la oferta del paquete básico de Prevención de la Transmisión Materno Infantil	11	% de establecimientos de 2 y 3 nivel que ofrecen servicios de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis congénita y hepatitis B.

<sup>9</sup> UNAIDS (2016). *Global AIDS Monitoring 2017. Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS*. Page 46.

<b>Causa directa 3:</b>		Insuficiente captación, diagnóstico, tratamiento, adherencia, retención y supresión de la carga viral en personas con VIH y sida, lo cual incide en el cumplimiento de las metas de la cascada del continuo de atención del VIH y otras ITS.	
<b>Lineamiento estratégico 3:</b>		Incremento de la oferta de atención integral de las ITS, VIH y sida, de forma continua y centrada en las personas, la familia y la comunidad.	
<b>Resultados intermedios</b>		<b>Indicadores de efecto</b>	
1	Diagnóstico del 90% de las personas con VIH.	1	% de personas con VIH que han sido diagnosticadas. (desagregado por sexo).
		2	% de HSH que se han practicado la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados.
		3	% de TRANS que se han practicado la prueba de VIH, en los últimos 12 meses y conocen sus resultados.
		4	% de MTS que se han practicado la prueba de VIH, en los últimos 12 meses y conocen sus resultados.
		5	% de mujeres de 15 a 24 años de edad que se practicó la prueba de VIH y conoce sus resultados
		6	% de hombres de 15 a 24 años de edad que se practicó la prueba de VIH y conoce sus resultados.
		7	Prevalencia de VIH en poblaciones específicas (Migrantes, Jóvenes en riesgo Social, Privados de Libertad), desagregado por sexo.
		8	% de pacientes con diagnóstico de TB (todas las formas) que recibieron una prueba de VIH, en los últimos 12 meses y conocen sus resultados. (desagregado por sexo).
2	Diagnóstico temprano de PV	9	% de PV con recuentos iniciales de CD4 inferiores a 200/mm <sup>3</sup> (desagregado por sexo).
	Rápida vinculación de las PV con los servicios de atención integral del VIH		
4	Tratamiento antirretroviral para el 90% de las PV.	10	% de pacientes diagnosticados con VIH (nuevos diagnósticos) que iniciaron TARV en el año previo al año de reporte (desagregado por sexo).
5	Supresión viral en el 90 % de las personas en TAR	11	% de personas en TARV con supresión viral (carga viral de menos de 1.000 copias/ml) (desagregado por sexo).

6	Incremento en la oferta de atención y tratamiento integral para las personas con coinfección de TB/VIH	12	Seroprevalencia de VIH en pacientes con TB (desagregado por sexo)
		13	% de personas diagnosticadas con coinfección TB/VIH que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH (desagregado por sexo).
		14	% de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH (desagregado por sexo).
7	Incremento en la detección de conductas de riesgo en PV	15	Incidencia de ITS en PV (desagregado por sexo).
<b>Resultados inmediatos</b>		<b>Indicadores de producto</b>	
1	Incremento de la oferta de TARV	1	Número de PV en TARV (desagregado por sexo).
2	Incremento en la oferta de monitoreo de la CV en PV	2	Número promedio de pruebas de carga viral por paciente en tratamiento ARV por año <sup>10</sup> (desagregado por sexo).
3	Incremento en la oferta de detección de conductas de riesgo en PV	3	% de PV que recibieron servicios de diagnóstico de ITS (desagregado por sexo).
		4	% de PV que recibieron tratamiento de ITS (desagregado por sexo).
		5	% de PV en TARV que reciben apoyo de pares para mantener la adherencia al tratamiento (desagregado por sexo).
4	Disminución de la comorbilidad y mortalidad por TB en PV	6	% de adultos y niños incorporados en atención para VIH que tuvieron una evaluación para TB registrada en su última visita (desagregado por sexo).
		7	% de PV (adultos y niños) que reciben tratamiento preventivo de TB según las normas nacionales (desagregado por sexo).

<sup>10</sup> Organización Panamericana de La Salud (2014). Marco de Monitoreo del Continuo de La Atención al VIH 2014. Página 36.

<b>Causa directa 4:</b>		Entornos desfavorables que promueven el estigma y la discriminación.	
<b>Lineamiento estratégico 4:</b>		Promoción de un entorno social, jurídico y normativo favorable que promueva la equidad en el acceso a la salud, la igualdad de género y el pleno ejercicio de los derechos humanos.	
<b>Resultados intermedios</b>		<b>Indicadores de efecto</b>	
1	Protección de los DDHH de las PV y poblaciones prioritarias	1	% de PV que refieren que sus DDHH han sido violados (desagregado por sexo).
		2	% de personas de 15 a 49 años que reporta actitudes discriminatorias hacia las PV. <sup>11</sup> (desagregado por sexo).
		3	% de denuncias por violaciones de derechos humanos de PV y poblaciones clave que cuentan con una resolución (desagregado por sexo).
		4	% de PV que reportan discriminación en los servicios de salud. (desagregado por sexo).
		5	% de personas de las poblaciones clave y vulnerables que reportan discriminación en los servicios de salud (desagregado por sexo).
		6	Número de personas trabajadoras sexuales que reportan haber sufrido violencia de instituciones de estado (desagregado por sexo).
<b>Resultados inmediatos</b>		<b>Indicadores de producto</b>	
1	Aseguramiento de un entorno jurídico y/o político que favorezca la eliminación del estigma y la discriminación	1	Número de denuncias de violaciones de DDHH a PV y poblaciones clave interpuestas. (desagregado por sexo).
		2	Número de instituciones públicas que adoptan políticas para reducir el estigma y la discriminación hacia PV y PEMAR.
		3	Número de normas jurídicas y/o políticas públicas discriminatorias que han sido derogadas o reformadas favorablemente que afectan a las poblaciones clave y vulnerables .
		4	Número de normas jurídicas y/o políticas públicas discriminatorias que han sido derogadas o reformadas favorablemente que afectan a las personas que viven con VIH.
		5	Número de personas capacitadas en el marco jurídico, legal y de derechos humanos para el ejercicio pleno de sus derechos humanos.
		6	No. de PV que son beneficiarios de un programa de protección social del Estado de Guatemala.

<sup>11</sup> UNAIDS (2016). *Global AIDS Monitoring 2017. Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS*. Page 90.

<b>Causa directa 5:</b>		Insuficiente desarrollo de mecanismos políticos, técnicos y administrativos que favorezcan la gobernanza y la sostenibilidad del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida, y las intervenciones orientadas a incrementar la oferta de servicios de prevención, atención integral y la protección de los derechos humanos de las poblaciones priorizadas.	
<b>Lineamiento estratégico 5:</b>		Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social y de los vínculos con los diferentes sectores que conforman la respuesta nacional para la implementación de mecanismos políticos, estratégicos, técnicos y administrativos que favorezcan la rectoría, la gobernanza y la sostenibilidad de la respuesta nacional para el control del VIH y otras ITS.	
<b>Resultados intermedios</b>		<b>Indicadores de efecto</b>	
1	Incremento de la inversión en prevención combinada para poblaciones priorizadas.	1	Gasto total en prevención como porcentaje del gasto total en VIH.
		2	Gasto total en prevención en HSH, MTS y TRANS como porcentaje del gasto total en VIH.
2	Aseguramiento del abastecimiento continuo de ARVs.	3	Número de episodios de ruptura de abastecimiento de medicamentos antirretrovirales en el año previo al año de reporte.
3	Incremento en la calidad de atención de los servicios de salud que atienden a las poblaciones priorizadas.	4	% de clínicas/servicios de salud que cuentan con una satisfacción de usuarios por arriba del 85%.
4	Fortalecimiento del sistema de información del MSPAS	5	% de los indicadores del PEN que se reportan en informes periódicos del sistema de información del MSPAS.
5	Estandarización y sistematización de los servicios de diagnóstico y atención de las ITS.	6	% de normas de atención de ITS actualizadas de acuerdo a estándares de la OMS, socializadas.

7	Estandarización y sistematización de la implementación de las normas de bioseguridad y protección universal en los servicios de salud	7	% de normas nacionales de bioseguridad y protección universal actualizada de acuerdo con las directrices más recientes de la OMS, socializadas.
Resultados inmediatos		Indicadores de producto	
1	Implementación de 1 mecanismos políticos, técnicos y administrativos que favorezcan la gobernanza y la sostenibilidad de la respuesta nacional para el control del VIH y otras ITS.	1	% de normativa nacional con criterios actualizados sobre el inicio y seguimiento del tratamiento antirretroviral y atención integral del VIH..
		2	PEN 2017- 2021 socializado y utilizado por los actores de la respuesta nacional al VIH.
		3	% de normas nacionales de Co-infección Tb/VIH y VIH/Tb desarrolladas en alineación con las directrices más recientes de la OMS, actualizadas y socializadas.
		4	% de normas nacionales de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B, actualizadas y socializadas, alineadas con las directrices de la OMS (incluyendo la normativa nacional de atención prenatal, parto y puerperio para mujeres en edad fértil).
		5	% de normas nacionales sobre apoyo a la Adherencia alineadas con las directrices más recientes de la OMS, actualizadas y socializadas.
		6	% de normas nacionales para Bancos de Sangre y Medicina Transfusional alineadas con las directrices más recientes de la OMS, actualizadas y socializadas.
		7	% de normas nacionales de Nutrición de PV alineadas con las directrices más recientes de la OMS, actualizadas y socializadas.

		8	% de normas nacionales sobre procedimiento y adquisición de medicamentos e insumos alineadas con las directrices más recientes de la OMS, actualizadas y socializadas.
		9	Política Pública 638-2005 actualizada.
		10	Número de establecimientos que reportan falta de disponibilidad en el kit de insumos para la aplicación de las medidas profilácticas post exposición ocupacional y no ocupacional, para las personas en riesgo, incluyendo a las mujeres, niñas/os y hombres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual y al personal de salud.
2	Registro de medicamentos e insumos sanitarios genéricos para reducir costos y ampliar la disponibilidad de los servicios de prevención combinada y atención integral	11	% de medicamentos antirretrovirales genéricos utilizados en las clínicas de atención integral del MSPAS.
3	Red nacional de laboratorios del MSPAS fortalecida para el diagnóstico confirmatorio de VIH, pruebas basales de monitoreo (CD4, CV), controles de calidad de bancos de sangre	12	% de laboratorios del MSPAS fortalecidos para el diagnóstico confirmatorio de VIH, pruebas basales de monitoreo (CD4, CV), controles de calidad de bancos de sangre.

## **CAPÍTULO V**

# **ESCENARIOS, FINANCIAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD**



## ESCENARIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PEN ITS, VIH Y SIDA 2017-2021

En el contexto de mejorar las condiciones de la población para alcanzar una vida saludable, y alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible (ONU, 2015:a), se han diseñado diferentes escenarios (Institute for alternative futures, 2014).

En este marco, la estrategia 2011-2015, “Llegar a cero” lanzada en el año 2010 por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (ONUSIDA, 2010), planteaba un conjunto de direcciones estratégicas para alcanzar en el año 2015, “cero nuevas infecciones por el VIH, cero muertes relacionadas con el sida y cero discriminación”.

Después de evaluarse los resultados alcanzados, fue planteada la estrategia de “Fast Track, ending the aids epidemic by 2030”, la cual contemplaba tres escenarios:

- **Escenario 1:**

Esfuerzos insuficientes: un escenario tendencial en donde se desarrollan acciones tradicionales

- **Escenario 2:**

Acción acelerada a partir de las coberturas alcanzadas en 2013 identificándose intervenciones costo efectivas en algunas áreas

- **Escenario 3:**

Escalamiento rápido, que presupone el logro de metas ambiciosas con la identificación y puesta en práctica de intervenciones costo efectivas en todas las áreas (ONUSIDA, 2015:a)

A partir de la utilización del método de GOALS (herramienta de la familia de Spectrum), la oficina de ONUSIDA de Guatemala junto con el MSPAS y otros actores relevantes, han realizado el estudio denominado “Caso de Inversión 2016: Estimando los efectos de la inversión óptima de los recursos financieros en la incidencia y mortalidad de VIH en Guatemala” (MSPAS, ONUSIDA, Avenir Health y USAID PASCA LMG, 2016).

Este estudio permitió proyectar 5 escenarios contruidos a partir de la identificación de las siguientes variables: a) Situación epidemiológica; b) Poblaciones según riesgo; c) Comportamientos de las personas; d) Posibilidad de transmisión; e) Nuevas infecciones; f) Cobertura de las intervenciones; g) Costos unitarios de tratamiento, laboratorios, consejerías y pruebas.

El diseño de estos escenarios, luego de la contrastación de diferentes intervenciones costo efectivas, identifica la necesidad de presupuestar recursos financieros que asumen costos diferenciados en cada uno los escenarios contruidos.

### Con los resultados del estudio anteriormente fueron contruidos los siguientes escenarios:

- 1) **Escenario base.** Este escenario implica continuar haciendo las mismas cosas que en el año 2015. Las intervenciones y coberturas de los servicios se mantienen iguales hasta el 2020.
- 2) **Escenario conservador.** En este escenario se incrementa en un 2% anual el número de pacientes en tratamiento antirretroviral; se logra aumentar al 100 % la cobertura de eTMI; los programas para HSH y Trans se incrementan hasta alcanzar el 70% de cobertura; los programas de trabajadoras/es del sexo hasta un 85%, y un aumento hasta el 60% en programas de prevención para la población en general.
- 3) **Escenario restringido.** En este escenario se logra solamente un incremento del 1% anual por pacientes en TAR. Se aumenta la cobertura de eTMI de manera lineal hasta 100%. En los programas para HSH y Trans se alcanza un 45% de cobertura y en las y los trabajadores sexuales, el 70%. En programas de prevención para la población en general se alcanza un 60%.
- 4) **Escenario Fast Track.** En este escenario el 90% de personas viviendo con VIH conocen su diagnóstico, el 90% de ellas, recibe TAR y el 90% que reciben TAR logran supresión viral. Se logra un 100% cobertura para la estrategia de eliminación de la transmisión matero-infantil de VIH, sífilis y hepatitis B, la cobertura para las poblaciones clave se incrementa hasta el 90%, y las intervenciones orientadas a la población en general se incrementan hasta un 80%.
- 5) **Escenario costo efectivo.** Este escenario presupone aumentar la cobertura de los programas más costo-efectivos, de los que se están implementando en la actualidad, mediante la redistribución de los recursos disponibles, disminuyendo los recursos asignados a los programas de menor costo-efectividad y aumentando la cobertura de eTMI al 100%. En términos generales, este escenario constituye una variante del escenario base.

Los costos de cada uno de los anteriores escenarios son diferentes en dependencia de la inversión en los siguientes aspectos: i) Comunicación; ii) Pruebas para la población general; iii) Condones; iv) Trabajadores sexuales; v) HSH y Trans; vi) Tratamiento ITS, vii) Sangre segura; viii) Profilaxis post exposición (PEP); ix) TAR adultos y niños; x) e TMI; xi) Estructura organizacional.

**Los costos acumulados durante el periodo 2015-2020, asumiendo una reducción de costos de los medicamentos antirretrovirales, son los siguientes:**

1	Escenario base	\$ USD 261.7 millones
2	Escenario conservador	\$ USD 428.9 millones
3	Escenario restringido	\$ USD 419.0 millones
4	Escenario Fast Track,	\$ USD 533.4 millones
5	Escenario costo efectivo	\$ USD 268.1. millones

En el Escenario Fast Track, en caso se mantengan los precios internacionales, debe contemplarse al menos \$ USD 19.3 adicionales. En este escenario, la inversión en TAR (adultos y niños) significa el 40% del costo total; las pruebas a la población en general del 25%, la inversión en la eTMI, del 11% y los costos de disponibilidad de condón, cercanos al 5%. Estos cuatro componentes suman el 81% del total del presupuesto previsto en el escenario Fast Track.

El escenario Fast Track, que se plantea el cumplimiento de las metas 90.90.90 para finales del año 2020, es el escenario preferido por el Estado y la sociedad civil guatemalteca.

La selección de este escenario presupone avanzar en otros aspectos fundamentales en el sistema de salud y en particular, el compromiso 3.7 del objetivo 3 del desarrollo sostenible que señala: “De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales” (NNUU, 2015).

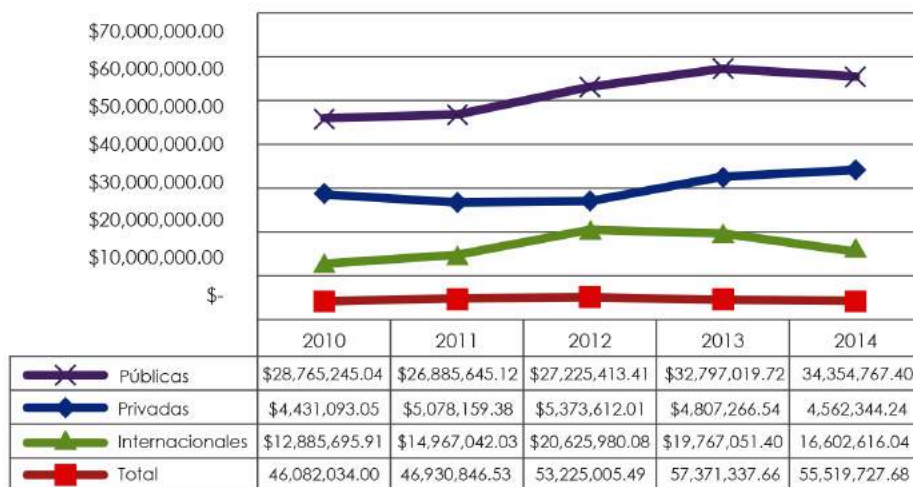
Dado el costo de la escogencia del Escenario Fast Track como escenario preferido, esta decisión, significa un conjunto de implicaciones políticas, económicas, sociales y étnico-culturales, dentro de los cuales se privilegian los siguientes:

- 1°. Gobernanza del sistema de salud y el ejercicio de la rectoría del MSPAS.
- 2°. Implementación del Modelo de Atención en Salud con Enfoque Intercultural
- 3°. Efectividad en la utilización del apoyo del Fondo Mundial para la respuesta nacional del VIH/sida e ITS.
- 4°. Negociación de los mejores precios internacionales de los medicamentos.
- 5°. Avance significativamente en relación a “cero discriminación”.

## FINANCIAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD

De un total de USD 46.08 millones invertidos en el año 2010 el gasto en VIH y sida se ha incrementado hasta alcanzar USD 55.5 millones en el año 2014 debiéndose resalta que del año 2013 a 2014, la inversión disminuyó en USD 1.8 millones a costa de la inversión privada y especialmente internacional (Ver Gráfico 7).

**GRÁFICO 7.**  
**GASTO EN VIH Y SIDA POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO. GUATEMALA.**  
**2010-2014**



Fuente: MEGAS 2014, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida  
Tasa de cambio del 7.73

En el año 2013, el total del gasto en prevención el 27% se destinó a la prevención de la transmisión materno-infantil. El 10.7% fue destinado a la provisión de condones masculinos, sea en forma gratuita o comercial; en comunicación para el cambio de comportamiento se gastó el 24%; 3.16% fue empleado en la prevención y tratamiento de ITS y otro 5.5% en la seguridad hematológica en bancos de sangre. En 2013, la prevención en PV captó el 6.9% del gasto; en trabajadoras(es) sexuales, el gasto fue del 5.94 % del total; la prevención en HSH recibió un 4.6%. En total, el gasto preventivo en poblaciones más expuestas alcanzó un 12.1% del gasto en prevención.

El gasto nacional en VIH es insuficiente dado los bajos techos presupuestarios asignados para dar respuesta a la epidemia de VIH y sida. Aún existe dependencia de los recursos externos y los recursos públicos están concentrados en las acciones de tratamiento de las personas con VIH y sida. El gasto total del país ascendió en 2013 a \$ 57.3 millones (0.2 % del total del gasto público en salud), con un incremento del 7% con respecto al año 2012. Sin embargo, el gasto en 2014 disminuyó a USD \$ 55.5 (MEGAS, 2014).

En el 2014 el total del gasto en prevención el 28.94% se destinó a la prevención de la transmisión materno infantil. El 16.65% fue destinado a la provisión de los condones masculinos, sea de forma gratuita o comercial; 15.68% en comunicación para el cambio de comportamiento; 10.11% fue empleado en prevención y tratamiento de ITS y 8.11% en seguridad hematológica. El total del gasto en prevención por población según la clasificación megas de desglosa de la siguiente manera: 2.92% para PV, 5.40% para trabajadoras(es) sexuales, y 2.67 para HSH, alcanzando un 7.307% de poblaciones más expuestas del dato de prevención.

En el año 2014, el financiamiento de la respuesta nacional al VIH se distribuyó de la siguiente manera: fuentes públicas 62%, fondos internacionales (30%) y fuentes privadas (8%). Por otro lado, en este mismo año, el 94.5% del gasto se dirigió a tres categorías: Atención y el tratamiento, 41.2%; prevención, 31.5% y gestión de programas, 21.4, lo cual presentó algunas variantes con respecto a 2013. El gobierno central reportó el mayor aporte en prevención con un 30% (USD 5,309, 835.45), para intervenciones de asesoramiento de pruebas de VIH para embarazadas, suministro de condones y oferta de prueba voluntaria de VIH para población general.

El sector público dio los mayores aportes a la atención y el tratamiento (79.7%) y la prevención (46.6%); las fuentes privadas constituidas fundamentalmente por gasto de bolsillo el (92.8%) dirigen sus recursos a la prevención. Con los recursos externos se financia la investigación (100%), el entorno favorable (100%), la protección social y servicios sociales (87.8%), la gestión y administración de programas (85.6%) (MSPAS, 2015:a).

**Los resultados del análisis del Pilar 3:** Uso racional y eficiente de los recursos financieros (MCPG, 2015:b), permitió destacar que:

- a) Persisten obstáculos que dificultan la reducción de costos en la compra de ARV, pruebas, reactivos e insumos (Protección de patentes, falta de unificación de mecanismos de compra, desaduanaje).
- b) Continuar desarrollando acciones tendientes a la disminución de los costos de los medicamentos .
- c) Mejorar el sistema de adquisiciones, los procesos logísticos, las instalaciones de almacenamiento y la gestión de insumos en contextos clínicos. Se resalta también que no se ha establecido y extendido un plan de simplificación de esquemas de ARV con todos los proveedores de atención integral como el IGSS y Sanidad Militar, así como la necesidad de establecer mecanismos para garantizar eficiencia y transparencia en la gestión de recursos internos y externos (USAID/PASCA LMG, 2015:a).

En estas circunstancias, el país se ha planteado como objetivo general del plan de sostenibilidad, reducir la dependencia de recursos externos para el financiamiento de las acciones dirigidas a la atención integral y a la prevención en poblaciones clave como parte de la apropiación nacional de la respuesta del VIH y como objetivos específicos:

- a) Definir cuál será la absorción en el MSPAS, en el área de atención y prevención, de las poblaciones clave: HSH, TRANS y MTS, en función de montos y temporalidad para el próximo proyecto de presupuesto general de ingresos y egresos del Estado 2018.
- b) Implementar acciones de vigilancia gestión y asesoría de la sociedad civil con otros actores clave para garantizar el presupuesto de las intervenciones que están financiadas por el FM durante el 2017 (MCPG, 2015: b).

Por otro lado, el MSPAS tiene previsto adoptar la Estrategia regional de sostenibilidad preparada por los países centroamericanos en el marco de la Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana (COMISCA y el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) (COMISCA y SICA, 2013) y abogará por el incremento del presupuesto de VIH sida para los próximos años.

Los recursos previstos totales para el año 2017 son de Dls. \$ 31, 721,034 previéndose una carencia anticipada para ese mismo año de Dls. \$89,039,935.00 de tal manera que la solicitud de la NCS al FM, de Dls. \$ 12, 026, 825 que incluye los previstos por el RP MSPAS y el RP HIVOS, a septiembre de 2016, constituye financiamiento esencial para el desarrollo de las acciones a ser ejecutadas con la presente NCS

y en particular en los módulos de prevención, entorno y derechos humanos. En este campo, finalmente se plantea que es necesaria una nueva orientación estratégica en la asignación de recursos y debe promoverse la auditoría social tanto para la asignación, como para la gestión de los recursos.

El MSPAS tiene previsto adoptar la Estrategia regional de sostenibilidad preparada por los países centroamericanos en el marco de la Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana (COMISCA y el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) (COMISCA y SICA, 2013) y abogará por el incremento del presupuesto de VIH sida para los próximos años.

# CAPÍTULO VI

## MONITOREO Y EVALUACIÓN



## MONITOREO Y EVALUACIÓN

El sistema de monitoreo y evaluación del PEN ITS, VIH y sida 2017-2021 es un componente fundamental del plan. En el presente capítulo se desarrollan los siguientes componentes: a) Resumen de la evaluación realizada al sistema de monitoreo y evaluación; b) Elementos del marco de referencia del monitoreo y evaluación; c) Requerimientos nacionales e internacionales de información; d) Resultados inmediatos del sistema de monitoreo y evaluación, sistema de información y vigilancia epidemiológica y de investigaciones del PEN ITS, VIH y sida 2017-2021 y e) Sistema de evaluación del presente plan estratégico.

La operacionalización de Indicadores para el monitoreo de cada uno de los resultados del PEN ITS, VIH y sida 2017-2021 se adjuntan en el Anexo 3.

### EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

La evaluación realizada en el año 2009 sobre el monitoreo y evaluación de los planes estratégicos de ITS, VIH y sida demostró el carácter incipiente del mismo, y en 2013, fue valorado que el alto número de indicadores de impacto, eran de difícil medición e interpretación.

La evaluación del PEN 2011-2015 realizada en marzo de 2015, evidenció así mismo, que con relación al objetivo estratégico del área prioritaria 5, Desarrollar e implementar a partir de 2011, un sistema de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional ante la epidemia del VIH, la valoración era baja. En este particular, las agencias de cooperación la valoraron con un 20 % de cumplimiento, y los funcionarios del PNS con un 52% para un promedio del 38.7% de cumplimiento.

Durante dicha evaluación fueron entrevistados actores claves, quienes a pesar de reconocer avances en el sistema de información, señalaron que el área de investigación requiere de fortalecimiento, ya que a su juicio, los resultados de las mismas aún no se utilizan para la toma de decisiones.

Por otro lado, a pesar de que fue constituido el Comité Nacional de Monitoreo y evaluación de las ITS, VIH y sida, su funcionamiento no había sido sistemático (MSPAS, PNS, 2015).

También cuando se evaluó el proceso de formulación del plan de monitoreo y evaluación, se indicó que al momento, existen diferentes estructuras con

funciones de monitoreo y evaluación, el sistema no se ha implementado con las mismas normas en todas las estructuras participantes en el ámbito nacional, y no existía control de la calidad de los datos (MSPAS, PNS, CNE, 2016).

De esta manera, se considera que los procesos de monitoreo y evaluación realizados con relación a los planes estratégicos de ITS, VIH y sida han sido insuficientes con relación al objetivo estratégico planteado en 2011, y que lo explicitaba de la siguiente manera: “Desarrollar e implementar a partir del año 2011 un sistema de Monitoreo y Evaluación de la respuesta nacional ante la epidemia del VIH, el cual suministre información confiable, oportuna, y de calidad, que permita la toma de decisiones”.

## ELEMENTOS DEL MARCO DE REFERENCIA DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo y evaluación de las ITS, VIH y sida, es una de las piedras angulares en la respuesta al VIH ya que “permiten justificar recursos, mejorar el desempeño, demostrar si se está produciendo el efecto deseado cuando se ejecutan políticas, planes, programas y proyectos; y porque además proporcionan información y evidencia sobre las mejores prácticas y lecciones aprendidas” (SICA, COMISCA, MCR, 2,009).

Los diferentes textos de referencia definen monitoreo como “el seguimiento continuo y rutinario de información prioritaria y de elementos clave del desempeño y sus resultados”, aspecto que “se realiza mediante el mantenimiento de registros, informes periódicos, técnicas de observación y encuestas, entre otros” (SICA, COMISCA, MCR, 2,009). El monitoreo puede utilizar los mismos indicadores que posteriormente son utilizados en la evaluación.

Por su parte, evaluación es la “valoración sistemática de los efectos e impacto de un plan, programa o proyecto”. Datos e información suficiente y relevante para apoyar un juicio, sobre el mérito o el valor de tal forma tal que sirva de base o guía para una toma de decisiones racional e inteligente entre diferentes cursos de acción...para solucionar problemas y promover el conocimiento y la comprensión de los factores asociados al éxito o fracaso de sus resultados (Aguilar E., María José, 1994).

Producto de la evaluación es posible relacionar directamente un efecto o resultado específico con una intervención en particular. Los objetivos y la metodología usados en evaluación son distintos a los usados en monitoreo. En general, las evaluaciones son más complejas debido “al rigor metodológico que exigen y a sus costos, que suelen ser elevados, en especial las evaluaciones de

resultados y de impacto, que a menudo requieren encuestas de tipo poblacional u otros diseños rigurosos de investigación” (SICA, COMISCA, MCR, 2,009).

Por su parte, indicador es definido como: “una medida cuantitativa o cualitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar una acción, o la calidad de la misma. Cada indicador tiene asociado un estándar o grado de cumplimiento exigible que sirve de guía en el control y valoración de la acción que desea medirse”. Además, según el tipo, los indicadores pueden ser: a) indicadores de estructura o insumos; b) indicadores de procesos; c) indicadores de productos (output); d) indicadores de resultados (outcome); y e) dentro de éstos, los indicadores de impacto (SICA, COMISCA, MCR, 2,009).

## **REQUERIMIENTOS NACIONALES E INTERNACIONALES DE INFORMACIÓN PERIÓDICA**

El país ha asumido compromisos regionales e internacionales que requieren la elaboración, análisis y remisión de información periódica. Estos son esencialmente los siguientes (MSPAS, PNS, 2010):

1. Acuerdos presidenciales de la Declaración de San Salvador.
2. Declaración Biministerial Prevenir con Educación.
3. UNGASS, Acceso Universal y GARPR (Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida).
4. Indicadores Top Ten del Fondo Mundial.
5. Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS).

La formulación del sistema de monitoreo y evaluación del PEN ITS, VIH y sida 2017-2021 toma en consideración, el Marco de monitoreo continuo de la atención al VIH (OPS/OMS, 2014), que recoge las recomendaciones emitidas por expertos participantes en la Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH.

Además, la construcción de este sistema de monitoreo y evaluación considera las recomendaciones de vigilancia del VIH de segunda (OMS. UNAIDS. 2000) y tercera generación cuando corresponde. Se toma en cuenta además, la lista de 10 indicadores globales recomendados por la OMS (WHO. 2015: b).

En consecuencia, en el proceso de elaboración del sistema de monitoreo y evaluación del PEN ITS, VIH y sida 2017-2021, fueron revisados los indicadores internacionales, los indicadores del PEN 2011-2015, los indicadores del Plan de Monitoreo y Evaluación para el Plan estratégico regional de VIH/sida de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015 (SICA, COMISCA, MCR, 2009). Componentes de las fichas técnicas de los anteriores planteamientos, fueron utilizadas para formular la ficha técnica del presente sistema de monitoreo y evaluación del PEN ITS, VIH y sida 2017-2021.

También han sido incorporados los indicadores de la cascada del continuum de la atención de VIH correspondientes al plan de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional al VIH aprobados por el MSPAS en septiembre del año 2016 (MSPAS, PNS, 2016).

## **RESULTADOS INMEDIATOS EN EL CAMPO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN, SISTEMA DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA E INVESTIGACIONES**

Con relación al monitoreo y evaluación, el PEN ITS, VIH y sida 2017-2021 establece los siguientes resultados inmediatos:

1. Monitorear y evaluar de acuerdo con la metodología, procedimientos, indicadores y plazos establecidos, el resultado final, los resultados intermedios y los resultados inmediatos contemplados en el presente Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida 2017-2021.
2. Monitorear y evaluar el cumplimiento de los convenios, tratados y resoluciones internacionales aceptadas por el país en derechos humanos y con relación a la atención integral de las personas con ITS, VIH y sida, de acuerdo con los plazos y metas establecidas para cada uno de ellos.

**En lo que respecta al sistema de información y vigilancia epidemiológica, también establece los siguientes resultados inmediatos:**

1. Actualizar, periódica y sistemáticamente durante el periodo 2017-2021, y consolidar el sistema de información y vigilancia epidemiológica mediante la adopción de las buenas prácticas desarrolladas, las necesidades del sistema de monitoreo y evaluación y los nuevos requerimientos previstos en la implementación de Modelo Incluyente en Salud.

2. Promover el acceso, por parte de las prestadoras del subsistema privado de servicios de salud de ITS, VIH y sida, al sistema de información del MSPAS cumpliendo con los requisitos establecidos, a partir de 2017.

**En consecuencia, el sistema de información y vigilancia epidemiológica deberá alcanzar los siguientes productos:**

- a) Continuación de la implementación del código único para el registro de las personas y pacientes en los servicios de salud con la finalidad de evitar duplicidad de datos y contar con una base única de información nacional.
- b) Suministro de materiales y equipo que permitan el funcionamiento de la red de informática en todos los establecimientos involucrados de la red de servicios.
- c) Aseguramiento del proceso de registro y notificación eficiente y oportuna de los casos ITS, VIH y sida y de VIH, sífilis y hepatitis B en embarazadas y niños/as en todos los niveles de atención de salud desglosado por municipios, así como el registro de información sobre el continuum de atención brindado a las personas y a la madre y el niño/a.
- d) Control y seguimiento de la realización de salas situacionales de ITS, VIH y sida y de la transmisión materno-infantil de VIH, sífilis y hepatitis B en todos los establecimientos y ámbitos gerenciales del sistema de salud utilizando para este objetivo datos desagregados del ámbito municipal.
- e) Monitoreo de la calidad de la información registrada en el sistema, desde donde se origina hasta donde se procesa y analiza para la toma de decisiones.

**En referencia a las investigaciones en ITS, VIH y sida, el presente plan estratégico nacional establece el siguiente resultado inmediato:**

1. “Elaborar en el año 2017, la Agenda nacional de investigaciones sobre ITS, VIH y sida y ejecutar en conjunto con las instituciones nacionales e internacionales, las investigaciones contempladas durante el periodo 2018-2021, con una inversión creciente a partir de la asignación del 1 % del presupuesto de la respuesta nacional de ITS, VIH y sida”.

De esa manera, junto con la evaluación inicial, las evaluaciones intermedias y la evaluación final que han sido establecidas, las investigaciones originarán evidencias que serán utilizadas para la toma de decisiones políticas, técnicas y administrativas. Se espera que el país cuente con más elementos que permitan precisar intervenciones comenzando con aquellas líneas estratégicas en donde aún se tienen vacíos.

## EVALUACIÓN DEL PEN ITS, VIH Y SIDA 2017-2021

El PEN ITS, VIH y sida 2017-2021 será evaluado anualmente por parte del equipo de técnicos y profesionales del PNS, con la participación de otros programas del MSPAS con responsabilidades expresas en el presente plan estratégico.

El proceso de evaluación del plan estratégico, será desarrollado mediante términos de referencia expresos, y durante el periodo comprendido entre enero a marzo de cada año.

De esta manera, se establecen las siguientes evaluaciones del PEN ITS, VIH y sida 2017-2021:

- Primera evaluación o evaluación inicial a ser realizada entre enero a marzo de 2018.
- Segunda evaluación o primera evaluación intermedia, a ser realizada entre enero a marzo de 2019.
- Tercera evaluación o segunda evaluación intermedia, a ser realizada entre enero a marzo de 2020.
- Cuarta evaluación o evaluación final, a ser realizada entre enero a marzo de 2021.

Los resultados de la evaluación inicial y las evaluaciones intermedias serán considerados para modificar o reformular cualesquiera de los resultados inmediatos o intermedios previstos, ya sea porque fueron alcanzados o como consecuencia de que en la práctica concreta se hayan encontrado evidencias justificativas de esta decisión.

La evaluación final a ser realizada en el primer trimestre del año 2021 será tomada en cuenta para la formulación del siguiente Plan Estratégico Nacional 2022-2026.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. APEVIHS. (2011). Determinación de prácticas y creencias relacionadas con lactancia materna en madres con VIH de la región del Takalik Abaj. Retalhuleu.
2. APEVIHS. (2013). Buenas prácticas. Mejoramiento en las vidas de mujeres con VIH.
3. API. (2013). Índice para la medición del esfuerzo de Programa VIH y sida en Guatemala. Guatemala.
4. Banco Mundial. (2006). Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/sida en Centroamérica: Guatemala situación del VIH/sida y respuesta a la epidemia. 67 p.
5. Barrazola, R. (2015). Conocimientos sobre VIH/sida y estilos de vida en mujeres en edad reproductiva infectas con VIH. Lima.
6. Bronfman, M. y R. Leyva. Migración y sida en México. 19 p.
7. Cabrera, Victoria et al. (2013). Estilos de vida de los jóvenes y las necesidades en educación sexual. Bogotá.
8. Castellanos, P.L. (1990). Sobre el concepto de salud/enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. Boletín epidemiológico OPS, 10 (4).
9. Chinchá, O. et al (2008). Asociación entre consumo de alcohol y la infección por VIH. Rev Ch Infect 25(1) 49-53.
10. CIM/OEA y ONUSIDA. (2015). Derechos humanos de las mujeres que viven con VIH en las Américas. Obtenido de <http://www.oas.org/es/cim/docs/VIH-DDHH-ESP.pdf>.
11. Boivin, R.R. (2014). "Se podría evitar muchas muertes". Discriminación, estigma y violencia contra minorías sexuales en México. Sexualidad, salud y sociedad. (Rio J) (16).
12. CNE. (2014). Informe de vigilancia VIH y VIH avanzado.
13. CNE. (2015 a). Boletín epidemiológico 2014. Guatemala.
14. CNE. (2015 b). Informe de vigilancia VIH y VIH avanzado. Casos por año de notificación. Guatemala. Enero 1984 a 2015.
15. CNE (2016). Informe de vigilancia VIH. Guatemala.
16. Congreso mundial de familias (2012). Efectos colaterales de la promiscuidad y de la infidelidad. Madrid.
17. Congreso de la República (1946). Ley orgánica del IGSS. Obtenido de:<http://int>.

search.tb.ask.com/search/GGmain.jhtml?st=sb&ptb=FBAFE0E3-47A7-4A4B-A8CAD0943218A315&n=781b8797&ind=2015070103&p2=^BBQ^x&si=CLOnyfvvusYCFdgJgQodfasHRg&searchfor=Ley+IGSS%2C+Guatemala

18. Congreso de la República (1997). Código de Salud. Obtenido de: <http://www.iadb.org/Research/legislacionindigena/leyn/docs/GUA-Decreto-90-97-Código-Salud.htm>
19. Congreso de la República (2000). Ley General para el combate del VIH y sida y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/sida. Guatemala.
20. ENSMI. (2014-2015). VI ENSMI 2014-2015 Informe de Indicadores básicos. Obtenido de <http://int.search.tb.ask.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=ine+guatemala%2C+ensmi+2014-2015&n=781b8797&p2=^BBQ^x>
21. FELGTB. (2013). Estudio 2013 sobre discriminación. Obtenido de: <http://int.search.tb.ask.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=Discriminación+por+orientación+sexual.+2015-2019&tpr=hpsb&p2=%5EBBQ%5Exdm008%5EYVA%5Egt&n=781b8797&st=hp&ptb=FBAFE0E3-47A7-4A4B-A8CA-D0943218A315&q=si=CLOnyfvvusYCFdgJgQodfasHRg&ts=146>.
22. FLACSO-Guatemala, UNPFA. (2015). ¡Me cambió la vida! Guatemala.
23. Flores, R. et al (2012). Migración internacional y VIH sida en México. Obtenido de: <http://int.search.tb.ask.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=flores%2C+et+al%2C+2012.+VIH+y+migración+en+méxico&tpr=hpsb&p2=%5EBBQ%5Exdm008%5EYVA%5Egt&n=781b8797&st=hp&ptb=FBAFE0E3-47A7-4A4B-A8CA-D0943218A315&q=si=CLOnyfvvusYCFdgJgQodfasHRg&ts=1472004155591>
24. Fondo Mundial. (2015). Nota informativa del Fondo Mundial: consideraciones sobre el trabajo sexual, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y personas transgénero en el contexto de la epidemia del VIH .
25. GARPR. (2014). Informe GARPR 2014. Guatemala.
26. Gob. Guatemala (2016). Política General de Gobierno. Guatemala. 29 p.
27. Guatemala (1985). Constitución Política de Guatemala. Obtenido de: [http://cc.gob.gt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=219:constitucionpdf&catid=36:catpublicaciones&Itemid=67](http://cc.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=219:constitucionpdf&catid=36:catpublicaciones&Itemid=67)
28. Gob. Guatemala (2002). Decreto Gubernativo No. 317-2002. Reglamento de la Ley General para el combate del VIH y sida. Guatemala.
29. Gob. Guatemala (2005). Política pública respecto a la prevención de las ITS y a la respuesta a la epidemia del sida. Guatemala.

30. Hernández, L. (2010). El modelo incluyente en salud. Guatemala.
31. Hidalgo, E. y R. Molina. (2008). ¡Cómo hemos cambiado! Transición demográfica en Guatemala (Vol. 1). Guatemala: Amamuense editorial.
32. HIVOS. (2012: a). Evaluación de la efectividad de las acciones de prevención del VIH en poblaciones de mayor riesgo. Obtenido de: <http://hivos.org.gt/publicaciones/>
33. HIVOS. (2012: b). Mapeo de grupos de auto apoyo de PV a nivel nacional. 77p.
34. HIVOS et al. (2015). Discriminación por orientación sexual e identidad de género. Guatemala.
35. HIVOS, PASMO, The Task Force y TEPHINET. (2015). Caracterización y estimación del tamaño de población en mujeres trans en Guatemala.
36. IGSS. (2015). Boletín epidemiológico N° 45. Guatemala.
37. INE. (2011). Pobreza en Guatemala. Obtenido de: <http://www.ine.gob.gt/np/poblacion/index.htm>.
38. INE. (2012:a). Proyecciones de población. Obtenido de <http://www.oj.gob.gt/estadisticaj/files/poblacion-total-por-municipio1.pdf>.
39. INE. (2012:b). Caracterización de la República de Guatemala. Guatemala.
40. Institute for alternative futures. (2014). Public Health 2030: an scenario exploration.
41. IPPF. (2015). Informe de evaluación Prevenir con educación. Obtenido de <https://www.ippfwhr.org/es/publicaciones/evaluaci%C3%B3n-de-la-implementaci%C3%B3n-de-la-declaraci%C3%B3n-ministerial-prevenir-con-educaci%C3%B3n-2>.
42. ITPC. (2014). Estudio comparativo de precios de medicamentos (ARV) y factores relacionados en 6 países de Latinoamérica, Bolivia, Ecuador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Perú.) .
43. Laboratorio Nacional de Salud. (2016). Informe técnico. Guatemala.
44. Lucho, M. y J.F. Jeri (2004). Abuso adicción a sustancias psicoactivas en pacientes con VIH. Rev. Neuro Psiquit. 67:64-79
45. Mayén, V. et al (2011). Prácticas relacionadas con la lactancia materna en madres con VIH.
46. MCP-G. (2015:a). Informe de Diálogo de país. Guatemala.
47. MCP-G. (2015:b). Guate\_VIH\_MCPG\_ Simplified Application\_CCM Request to A2Funding. Guatemala.

48. MCP-G. (2015.c). Estrategias de la nota conceptual simplificada. Guatemala
49. MEGAS. (2014). Guatemala.
50. Mejía, C., M.E. Luarte. (2014). Informe de monitoreo y evaluación transmisión materno-infantil VIH, sífilis y hepatitis B (2011-2013).
51. Mejía, C., M.E. Luarte y Rosa Valle. (2012). Eliminación de Transmisión vertical de VIH en Hospital Roosevelt 2005-2011.
52. Mejía, Carlos et al. (2012). Highly Active Antiretroviral Treatment (HAART) for the prevention of HIV Mother to Child transmission. Word Journal of AIDS.
53. Mendizábal, R. y J.M. Aguilar. (2015). Aceptabilidad de profilaxis pre- exposición en hombres que tienen sexo con hombres de la ciudad de Guatemala. Colectivo de Amigos contra el sida (CAS).
54. MINFIN y Segeplán. (2013). Guía conceptual de planificación y presupuesto por resultados para el sector público de Guatemala. Guatemala. 114 p.
55. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. (2011). Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva. Madrid.
56. MLCM+, ONUSIDA y ACNUR. (2011). Nuestras historias, en nuestras palabras: la descripción de la situación de las mujeres que viven con VIH en 14 países en América Latina.
57. MINTRAB. Reglamento de salud y seguridad ocupacional. Acuerdo Gubernativo No. 229-2014.
58. Moral J., María (2007) Personalidad, resiliencia y otros factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia: propuesta etiológica. Obtenido de: <http://int.search.tb.ask.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=FACTORES+PSICO+SOCIALES+ASOCIADOS+CONSUMO+SPA&tpr=hpsb&p2=%5EBBQ%5Exdm008%5EYEA%5Egt&n=781b8797&st=hp&ptb=FBAFE0E3-47A7-4A4B-A8CA-D0943218A315&q=&si=CLOnyfvvusYCFdgJgQodfasHRg&ts=1470861974454>
59. Moscoso, V. y C. Flores (2016). Mortalidad por VIH sida en Guatemala. Rev. Med. Int. 20:1
60. MSPAS (2007:b). Modelo de atención integral en salud (MAIS). Guatemala.
61. MSPAS. (2011). Manual de utilización de condones. Guatemala.
62. MSPAS. (2012). Reglamento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual (its) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). 9 P.
63. MSPAS. (2012). Manual la atención de la salud sexual y reproductiva. Obtenido de

- <http://int.search.tb.ask.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=MSPAS+%282012%29.+Manual+para+la+atenci%C3%B3n+de+l+a+salud+sexual+y+reproductiva+de+mujeres+que+viven+con+VIH+y+VIH+avanzado&tpr=hpsb&p2=%5EBBQ%5Exdm008%5EYEA%5Egt&n=781b8797&st=tab&ptb=FBAFE0E3-4>.
64. MSPAS. (2014). Informe Nacional sobre los progresos realizados en la lucha contra el VIH y sida.
  65. MSPAS. (2015). Informe Final de la medición del gasto en sida. Guatemala.
  66. MSPAS (2016:a). Plan estratégico institucional 2016-2020. Guatemala.
  67. MSPAS (2016:b). Modelo de atención del primer nivel. Guatemala. Obtenido de: <http://int.search.tb.ask.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=MODELO+DE+ATENCIÓN+SALUD+GUATEMALA&tpr=hpsb&p2=%5EBBQ%5Exdm008%5EYEA%5Egt&n=781b8797&st=hp&ptb=FBAFE0E3-47A7-4A4B-A8CA-D0943218A315&q=CLOnyfvvusYCFdgJgQodfasHRg&its=1471721699383>
  68. MSPAS y ONUSIDA. (2014). Case study: Guatemala.
  69. MSPAS y PNS. (2014). Informe nacional sobre los progresos realizados en la lucha contra el vih y sida. Guatemala.
  70. MSPAS y PNS. (2015). Evaluación del Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida 2011-2015. Guatemala.
  71. MSPAS y PNS. (2016) Plan De Monitoreo De La Cascada De La Atención
  72. MSPAS y VICITS. (2014). Vigilancia centinela de ITS 2014. Guatemala.
  73. MSPAS y Visión Mundial. (2010). Línea Final de Evaluación. Guatemala.
  74. MSPAS, CNE, USAID/PASCA LMG, ONUSIDA. (2012). Modos de transmisión del VIH -MoT-. Obtenido de <http://www.pasca.org/content/modos-de-transmisi%C3%B3n-mot>
  75. MSPAS, DGRVC (2011). Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. Pp.391-398.
  76. MSPAS, DRPAP y PNS. (2013). Plan Nacional para la eliminación de Transmisión Materno Infantil del VIH y sífilis congénita (2013-2016). Guatemala.
  77. MSPAS, ONUSIDA y OPS/OMS. (2015). Avanzando hacia el control de la epidemia de vih y sida en Guatemala. Guatemala.
  78. MSPAS, OPS/OMS, ONUSIDA. (2013). Misión técnica conjunta para la expansión y la sostenibilidad en la atención integral del VIH bajo la iniciativa del Tratamiento 2.0. Guatemala.

79. MSPAS, OPS/OMS, UNICEF, CLAP/MSR. (2015). Informe de evaluación de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis.
80. MSPAS, PEPFAR, USAID Capacity. (2014). Resultados de la Evaluación de Adherencia al tratamiento. Guatemala.
81. MSPAS, PNMTBS. (2016). Informe técnico de la dirección. Programa nacional de medicina transfusional y bancos de sangre.
82. MSPAS, PNS. (2011). Plan Estratégico Nacional de VIH Sida 2011-2015. Guatemala.
83. MSPAS, PNS. (2015). Informe de la implementación de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil VIH y la sífilis congénita en Guatemala.
84. MSPAS, PNS, Unidad de logística. (2016). Informe Técnico. Guatemala.
85. MSPAS, PNSR. (2013). Guía para facilitadores/as con abordaje de género e interculturalidad. 61 p.
86. MSPAS, PNSR. (2015). Política Nacional de comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala. 32 p.
87. MSPAS, PNSR. (2016). Informe técnico de PNSR.
88. MSPAS, USAID. (2008). Guía para una alimentación saludable. Aprendiendo a vivir positivo/a. Guatemala.
89. MSPAS, UVG e HIVOS. (2013). Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de ITS y VIH en poblaciones vulnerables y poblaciones clave. Capítulo Guatemala. (H. y.-C. MSPAS, Ed.)
90. MSPAS/OPS/OMS. (2014). Análisis y caracterización de las UAI en Guatemala. Guatemala.
91. MSPAS/PNS. (2011). Plan estratégico nacional para la prevención, atención y control del ITS, VIH y sida en Guatemala 2011-2015. Guatemala.
92. MSPAS/PNS. (2014). Informe Nacional sobre los progresos realizados en la lucha contra el vih y el sida en Guatemala. Guatemala.
93. MSPAS/PNS. (2015). Evaluación final del PEN 2011-2015. Guatemala.
94. MSPAS/PNS y USAID. (2014). Informe final de la evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral y condiciones institucionales que puedan influir en el proceso. Guatemala.
95. MSPAS/PNS y USAID/proyecto Capacity CA. (2014). Resultados de la evaluación de adherencias de TAR, cascada de servicios de vih y condiciones institucionales Guatemala.

96. MSPAS/SIGSA. (2014). Vigilancia de VIH y VIH avanzado. Guatemala.
97. MSPAS/PNT. (2016) Plan estratégico nacional de Tuberculosis 2016- 2020. 76 p.
98. MSPS. (2011). Prevención del VIH a través de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Ministerio de Sanidad, políticas sociales e igualdad. España.
99. Navas, S. et al. (2012). Transmisión vertical HB en un hospital de Guatemala.
100. NNUU. (1979). Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Obtenido de: <http://int.search.tb.ask.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=CEDAW&tpr=hpsb&p2=%5EBBQ%5Exdm008%5EYEA%5Egt&n=781b8797&st=tab&ptb=FBAFE0E3-47A7-4A4B-A8CA-D0943218A315&q=si=CLOnyfvvu sYCFdgJgQodfasHRg&ts=1467422711491>.
101. NNUU. (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030. New York. 2017-2021
102. NNUU, Derechos Humanos y ONUSIDA. (2015). Manual sobre el VIH y los derechos humanos para las instituciones nacionales de Derechos Humanos. Obtenido de [http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HandbookHIV\\_NHRIs\\_sp.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HandbookHIV_NHRIs_sp.pdf).
103. OIM y FLACSO. (2016). Condición de salud, acceso a los servicios e identificación de riesgos y vulnerabilidades asociadas a la migración en Guatemala.
104. OMS. (2012. a). Política de la OMS sobre actividades de colaboración entre VIH y TB. Geneve.
105. OMS. (2012: b). Actualización programática. Uso de ARV para tratar a las embarazadas y prevenir la infección por el VIH en los lactantes. Obtenido de: [http://www.who.int/hiv/pub/mtct/programmatic\\_update2012/es/](http://www.who.int/hiv/pub/mtct/programmatic_update2012/es/)
106. OMS. (2015). OMS. (2015). Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y la sífilis.
107. OMS. (2016). Alimentación del lactante y del niño pequeño. Nota descriptiva # 342 Obtenido de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>.
108. ONU. (2015). Estructuras del Fondo Mundial. Obtenido de <http://www.theglobalfund.org/es/about/structures/>.
109. ONU. (2015:a). Objetivos de desarrollo sostenible. Obtenido de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.
110. ONUSIDA. (2005). Manual de teatro y VIH sida para México y Centro América.

111. ONUSIDA. (2010). Informe global sobre la epidemia VIH/sida. Obtenido de: [http://int.search.tb.ask.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=onusida%2C+2010&tpr=hpsb&p2=%5EBBQ%5Exdm008%5EYY A%5Egt&n=781b8797&st=hp&ptb=FBAFE0E3-47A7-4A4B-A8CA-D0943218A315&q=&si=CLOnyfvvusYCFdgJgQodfasHRgfile%3A%2F%2 F%2FC%3A%2FUsers%2FANGELS%7E1%2FAppData%2FLocal%2FTemp%2FJC2034\\_UNAIDS\\_Strategy\\_es.pdf.&ts=1475174985214](http://int.search.tb.ask.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=onusida%2C+2010&tpr=hpsb&p2=%5EBBQ%5Exdm008%5EYY A%5Egt&n=781b8797&st=hp&ptb=FBAFE0E3-47A7-4A4B-A8CA-D0943218A315&q=&si=CLOnyfvvusYCFdgJgQodfasHRgfile%3A%2F%2 F%2FC%3A%2FUsers%2FANGELS%7E1%2FAppData%2FLocal%2FTemp%2FJC2034_UNAIDS_Strategy_es.pdf.&ts=1475174985214)
112. ONUSIDA (2014) Fast track. Ending the AIDS epidemic by 2030. Geneve. 40 p.
113. ONUSIDA. (2015:a). Acción acelerada. Fin de la epidemia en 2030. Obtenido de: [http://www.unaids.org/es/resources/documents/2014/JC2686\\_WAD2014report](http://www.unaids.org/es/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report).
114. ONUSIDA. (2015:b). Ejercicio de triangulación en Guatemala. 2014- 2015. Guatemala.
115. ONUSIDA y UVG. (2010). Estimación del tamaño de poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad al VIH. Guatemala.
116. ONUSIDA, Red Legal de DDHH y Fundación Fernando Iturbide. (2011). Índice de estigma y discriminación en personas VIH. Guatemala.
117. ONUSIDA, Avenir Health, USAID/PASCA LMG. (2016). Case study 2016. Estimando los efectos de la inversión óptima de los recursos financieros en la incidencia y mortalidad por VIH en Guatemala. 31p.
118. OPS/OMS. (2008). Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH en Guatemala. Guatemala.
119. OPS/OMS. (2014). Misión técnica conjunta para la expansión y la sostenibilidad en la atención integral del vih bajo la iniciativa del tratamiento 2.0. Guatemala.
120. OPS/OMS. (2016). Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones por transmisión sexual (2016- 2021). Washington, D.C.
121. OPS/OMS y MCR. (2013). Análisis de la Situación Actual de La Consejería en VIH.
122. OSAR. (2015). Informe embarazo adolescentes. Obtenido de [http:// www.osarguatemala.org/embarazo.php?id=243](http://www.osarguatemala.org/embarazo.php?id=243).
123. OTRANS-rn. (2010). Estudio exploratorio 2010. Guatemala.
124. PNS y CONASIDA (2016). Marco legal ampliado. Guatemala.
125. USAID/PASCA LMG. (2013). Estigma y discriminación asociados al VIH. Encuesta de opinión pública.
126. USAID/PASCA LMG. (2015). Informe del Taller sobre brechas programáticas. Guatemala.

127. PDH. (2014:a). Tercer informe nacional sobre la situación de los derechos humanos de las personas con VIH y poblaciones en más alto riesgo. Guatemala.
128. PDH. (2014:b). Informe Trata de personas en Guatemala. Obtenido de [http://www.pdh.org.gt/archivos/descargas/Biblioteca/ Informes%20Especiales/informe\\_trata.pdf](http://www.pdh.org.gt/archivos/descargas/Biblioteca/ Informes%20Especiales/informe_trata.pdf).
129. PDH. (2015). Cuarto informe nacional sobre la situación de los Derechos Humanos. Guatemala.
130. PDH. (2016). Informe Nacional sobre la situación de los derechos humanos de las personas con VIH y poblaciones. Guatemala.
131. Pérez, Claudia et al. (2011). Complicaciones obstétricas y transmisión de VIH en embarazadas en el Hospital Roosevelt, Guatemala 2010. La Gaceta de Infectología y Microbiología, Clínica Latinoamericana, 2(1).
132. Pérez, Itahisa, et al. (2015). Comportamientos y prejuicios de los jóvenes con relación al VIH/sida: un estudio cualitativo con jóvenes universitarios nicaragüenses. Población y salud en Mesoamérica, 13(1).
133. PNS & Unidad de Logística. (2014-2015). Informe de abastecimiento de los servicios de salud. Guatemala.
134. PNS. (2015). Orientación de la nota conceptual, insumos, organización y metodología de trabajo de las comisiones. Guatemala.
135. PNS. (2016). Informe de unidad de logística. Guatemala.
136. PNS. (2016:a). Críticas al modelo educativo actual. Opinión técnica
137. PNT. (2016). Informe de la Unidad de Monitoreo y Evaluación de PNT.
138. PNUD. (2005). Informe del Desarrollo Humano. Obtenido de [http:// www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/49/Archivos/ca5.pdf](http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/49/Archivos/ca5.pdf).
139. PNUD (2012). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Obtenido de: [http:// www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-17-partnerships-for-the-goals.html](http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-17-partnerships-for-the-goals.html)
140. PNUD. (2013). Informe de Desarrollo Humano.
141. Programa conjunto Giro 180. (2011). Modelo de promoción de estilos de vida saludable y prevención VIH sida entre adolescentes. San José, Costa Rica.
142. REDLACTRANS. (2011). La noche es otro país. Buenos Aires.
143. Salgado, V. et al. (2007). La migración México-Estados Unidos: las consecuencias para la salud.



# ANEXOS



## ANEXO 1

### Instrumentos jurídicos de la respuesta nacional a las ITS Y VIH sida

#### Tratados y convenios internacionales de obligatorio cumplimiento para el Estado

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.
2. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.
3. Declaración Universal de Derechos Humanos.
4. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
5. Convención Americana sobre Derechos Humanos.
6. Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales .
7. Convención sobre los Derechos del Niño.
8. Declaración de Compromisos con la Lucha contra el VIH/sida de las Organización de las Naciones Unidas. 2001.
9. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006. ONUSIDA. 2006.
10. Acceso Universal a la Prevención, Tratamiento, Atención y Apoyo Relacionados con el VIH. ONUSIDA. 2010.
11. OPS/OMS. Plan regional de ITS/VIH para el sector salud. 2006-2015.
12. OPS/OMS. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual. 2016-2021.
13. Objetivos del desarrollo sostenible (ODS). ONU. 2015.
14. Compromisos de la RESSCAD –Reunión del Sector Salud de Centro América y República Dominicana-.
15. Compromisos adquiridos por el Estado de Guatemala en COMISCA (Reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica).
16. Compromisos adquiridos por el Estado de Guatemala en la Cumbre Extraordinaria de Jefes de Estado y de Gobierno de los Países del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA).

## **Instrumentos jurídicos nacionales que regulan la promoción, prevención, atención y control de las ITS, VIH y sida**

17. Acuerdo Gubernativo No. 115-99. Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que regula la organización y funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sus dependencias.
18. Decreto Ley No. 27-2000. Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –sida- y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/ sida (Congreso de la República, 2000).
19. Acuerdo Gubernativo No. 317-2002. Reglamento de la Ley General para el combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –Sida, que declara la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –sida- como un problema social de urgencia nacional. Regula el rol y funciones de los diferentes actores relacionados con la respuesta nacional al VIH (Gob. Guatemala, 2002).
20. Acuerdo Gubernativo No. 57-2012. Reglamento para la prevención diagnóstico, tratamiento y control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
21. Política Pública No. 638-2005, respecto de la prevención a las Infecciones de Transmisión Sexual –ITS- y a la respuesta a la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida sida (Gob. Guatemala, 2005).
22. Decreto Ley No. 87-97. Decreto Ley de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre que declara de interés público todas las actividades relacionadas con la obtención, donación, conservación, procesamiento, transfusión y manejo de sangre humana y sus componentes y derivados. Crea y organiza “Comisión Nacional de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre, “como un panel de asesores que desarrollara los estándares y procedimientos técnicos para la administración sanitaria de la sangre. Describe la composición y funciones de la Comisión. Deroga el Decreto Ley No. 27-95 del Congreso de la República.
23. Decreto Ley No. 64-98. Reformas a la Ley de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre: modifica los artículos 3, 4 16 y 20 del Decreto 87-97, conocido como Ley de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre. Los cambios se refieren a la integración de la Comisión Nacional de Servicios de Bancos de Sangre, funciones, definición de fraccionamiento de sangre y análisis para el diagnóstico de sida y otras enfermedades.
24. Acuerdo Gubernativo No. 75-2003. Reglamento de la Ley de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre: Emite el Reglamento de la Ley de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre en lo que se refiere a los estándares de calidad que deberán mantenerse tanto en las

instalaciones como en el personal encargado de manipular la sangre, al mismo tiempo normara todo lo relativo a la administración, clasificación, acreditación y control de los servicios de medicina transfusional y bancos de sangre. Deroga al mismo tiempo el Acuerdo Gubernativo 145-2000 del 6 de Abril del 2000.

25. Decreto Ley No. 27-2003. Ley de Protección de la Infancia, Niñez y Adolescencia.
26. Decreto Ley No. 32-2005. Ley del Sistema de Seguridad Alimentaria: Establece la política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la República de Guatemala, dentro del marco de las estrategias de reducción de pobreza que se definan y de las políticas globales, sectoriales y regionales, en coherencia con la realidad nacional. En el tema específico de VIH, se hace necesario enmarcar como parte de la seguridad alimentaria y nutricional la adquisición de sucedáneos de la leche para lactantes hijos de madres con VIH.
27. Decreto Ley No. 87-2005. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de Planificación Familiar y su integración en el programa nacional de salud sexual y reproductiva: tiene como objeto asegurar el acceso de toda la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve entre otros aspectos, la capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual plena, responsable y con libertad para elegir el número de hijos y decidir el momento y frecuencia de los embarazos.
28. Acuerdo Gubernativo No. 379-2009. Reglamento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva.
29. Acuerdo Gubernativo No. 376-2007. Reglamento para la Regulación, Autorización, Acreditación y Control de Establecimientos de Atención para la Salud. Regula los mecanismos y los procedimientos para la regulación, autorización, acreditación y control de establecimientos de atención para la salud.
30. Acuerdo Gubernativo No. 279-2009. Reglamento de la Ley de acceso universal y equitativo de servicios de Planificación Familiar y su integración en el programa nacional de salud sexual y Reproductiva. Vincula la Currícula nacional base de los niveles primario y medio, con la temática de ITS, VIH y sida.
31. Acuerdo Gubernativo No. 91-2007. Política Nacional de Discapacidad formulada por el Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad.
32. Acuerdo Ministerial No. 43-98 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por medio del cual se crea la Comisión Nacional de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre y cuya organización se basa en el artículo 3 del Decreto 87-97.
33. Acuerdo Ministerial No. SPM-1349-2000 del MSPAS mediante el cual se crea la CONASIDA, como entidad integradora de la participación multisectorial en la respuesta nacional al VIH.

34. Acuerdo Ministerial No. SP-M-1163 del MSPAS que reforma el arto. 1 del Acuerdo Ministerial 1349-2000.
35. Acuerdo Ministerial No. 204-2015 del MSPAS Manual para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (Sida).
36. Decreto Ley No. 32-2010, Ley de la Maternidad Saludable.
37. Acuerdo Gubernativo No. 65-2012, Reglamento de la Ley de la Maternidad Saludable.
38. Acuerdo Ministerial No. 18-2012 que crea el Comité Nacional de Monitoreo y Evaluación en salud para ITS, VIH y sida.

### **Instrumentos jurídicos relacionados con higiene y seguridad laboral**

39. Decreto Ley No. 1441 Código de Trabajo. 2016. Regula los asuntos relacionados con higiene y seguridad en el trabajo, las apelaciones de trabajo y la previsión social.

### **Instrumentos jurídicos relacionados con la protección legal de las personas y asuntos penales**

40. Decreto Ley No. 106. Código Civil. Define la protección legal de la persona desde su concepción, siempre y cuando nazca en condiciones de viabilidad.
41. Decreto Ley No. 17-73. Código Penal. Regula los asuntos relacionados con los delitos contra la salud y discriminación.
42. Decreto Ley No. 57-2003. Reforma al Código Penal relativa a la discriminación, Arto. 2002. Bis.
43. Decreto Ley No. 22-2008. Ley del Femicidio y otras formas de violencia contra la mujer.
44. Decreto Ley No. 09-2009. Ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas.

### **Instrumentos jurídicos relacionados con el desarrollo social**

45. Decreto Ley No. 42-2001, Ley de Desarrollo Social, que crea el marco jurídico para implementar la procedimientos legales y de políticas públicas para llevar a cabo la promoción, planificación, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación gubernativas y del Estado encaminada al desarrollo de la persona humana en los aspectos social, familiar, humano y su entorno.
46. Decreto Ley No. 11-2002. Decreto Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. Regula la participación de la población Maya, Xinca y Garífuna y la no indígena, en la gestión pública para llevar a cabo el proceso de

- planificación democrática del desarrollo local.
47. Decreto Ley No. 12-2002. Código Municipal: Desarrolla los principios constitucionales referentes a la organización, gobierno, administración y funcionamiento de las municipalidades, siendo una de sus principales competencias, velar por el cumplimiento y observancia de las normas de control sanitario para garantizar la salud de los habitantes del municipio.
  48. Decreto Ley No. 52-2005. Ley Marco de los Acuerdo de Paz. Rige los procesos de elaboración, ejecución, monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones del Estado para el cumplimiento de los Acuerdos de Paz.
  49. Decreto Ley No. 74-2005. Decreto Aprobación del Consejo Nacional de Desastres Aprobación del Convenio de 95 CEPREDENAC. Actualmente se cuentan con planes de emergencia y contingencia en caso de desastres en los que se plantea un abordaje específico para la temática de salud sexual y reproductiva e ITS, VIH y sida.
  50. Decreto Ley No. 80-96. Ley del Programa de aporte al Adulto Mayor.
  51. Acuerdo Gubernativo No. 173-2012. Política Nacional de Juventud.

### **Instrumentos jurídicos relacionados con el desarrollo de los recursos humanos**

52. Decreto Ley No. 325, Ley Orgánica de la USAC.
53. Ley de Colegiación obligatoria.
54. Convenio del MSPAS y la Facultad de Medicina de la USAC.
55. Convenios entre el MSPAS y Escuelas y facultades de la salud.
56. Decreto Ley No. 07-2007 sobre la regulación del ejercicio de la Enfermería en la República de Guatemala.



## ANEXO 2

### Participantes en el proceso de elaboración del pen ITS,VIH y sida 2017-2021

<b>Participantes en las reuniones de las comisiones multisectoriales, revisión y validación de marco conceptual, factores causales e intervenciones estratégicas. Ciudad de Guatemala. 28 Junio y los días 04, 11 y 19 julio 2016</b>		
<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Institución</b>	<b>Cargo</b>
Aldo Dávila	Gente Positiva	Director
Alejandra Rojas	PNS/MSPAS	Técnica Normativa
Alma de León	ITPC-LATCA	Directora Regional
Amelia Flores	USAID/PASCA LMG Guatemala	Representante de País
Ángel Sánchez	USAID/PASCA LMG Guatemala	Consultor para elaboración del PEN 2017-2021
Aracely Rivera	APEVIHS	Directora de Ayuda Humanitaria
Arovi Martínez	PNS/MSPAS	Técnica Normativa ITS
Astrid Miranda	Segeplán	Analista de planificación Institucional y Sectorial/ Dirección de Planificación Sectorial
Audelio Ramírez	Gente Nueva	Director
Berta Taracena	USAID/Capacity	Representante de País
Bertha Chete	ICW/Latina Guatemala	Referente
Brenda Medina	UPE/MSPAS	Analista Profesional
Carlos Mejía	Hospital Roosevelt	Jefe de Clínica de Infecciosas
Cecilia Pinto	Clínica Familiar Luis Angel García	Coordinadora Monitoreo
Claudia Rodríguez	HIVOS	Coordinadora Técnica
Cristina Barrera	PNS/MSPAS	Técnica Normativa Punto Focal PEN
Daniel Ambelis	ITPC-LATCA	Asistente dirección
Daniel Muralles	USAID	Especialista Proyectos
Douglas Palma	Clínica Familiar Luis Angel García	Coordinador Psicología
Edgar Machic Monzón	PNS/MSPAS VIH Sida	Asistente Financiero
Edgar Orantes	PASMO	Gerente de VIH

Elizabeth Reynoso	OMES	Asistente Incidencia
Emma Betancourt	OMES	A.P
Enrique Cajbon	ITPC/LADCA	Consultor
Ericka Soto	PNS/MSPAS	Administración
Eunice López	PMA/UN	Punto Focal VIH
Fabiola Lorenzina	HIVOS	Oficial
Flor De María Díaz	PASMO	Coordinadora VIH
Franklin Morales	LAMBDA	Coordinador Incidencia
Fredy Vivar	DRPAP/MSPAS	Comunicación
Gabriela Dalila	Gente Positiva	Coordinadora
Galilea Bracho	REDMMUTRANS	Directora
Gaudi Haydee Ortiz	Clinica Familiar Luis Angel Garcia	Supervisora Química Bióloga
Gerber Solorzano	PNS/MSPAS	Asistente de Logística
Giovanni Meléndez	PASMO	Director
Henry Escalante	Alianza Nacional	Admón. Financiera
Herbert Bran	APROFAM	Consejero en SSR
Herminio García	PNS/MSPAS	Encargado Informática
Humberto Lopez	Cruz Roja Guatemala	Coordinador VIH
Indira Franco	PNS/MSPAS	Técnica normativa
Iris Isabel López	CONASIDA	Secretaria Ejecutiva
Iris Reyes	UGS/MSPAS	Asesora
Jakeline González	OMES	A.P.
Jeniffer Kerns	ASI/1540	Estigma y Discriminación
Jennifer Pamela Molineros	Clinica Familiar Luis Angel Garcia	Coordinadora Trabajo Social
Jorge Arreola	PNS/MSPAS	Técnico Normativo
José Antonio Cajas	Mesa Interuniversitaria en ITS y VIH	Representante
José Nestor Carrillo	Proyecto VIH/DAS	Coordinador
Juan Carlos Fonseca	UVG	Coordinador VICITS
Juan Carlos Peña	Clinica Familiar Luis Angel Garcia	Coordinador Médico
Judith García	Epidemiología	Coordinadora CNE

Karelia Ramos	UNFPA	Especialista USH
Marco Juárez	Paz Joven / MCP	Asesor
Marco Loarca	SOMOS	Director
Marco Polo Yancor	CAS	Director
Marco Vinicio Monzón	Segeplán	Profesional en poblaciones excluidas y vulneradas
Maria Dolores Yoc	RED MPA	Coordinadora de Fortalecimiento Institucional
Maria Lucrecia Marroquín	Clinica Familiar Luis Angel Garcia	Coordinadora Farmacia
Mariela Bardales	Direccion General Sistema Penitenciario	Encargada de VIH
Mario Enrique Anton	PNS/MSPAS	Técnico Normativo
Marleny Negreros	AHF Guatemala	Gerente Prevención
Martha Salazar	PNUD	Punto Focal VIH Salud y Desarrollo
Mary Ann Seday	ONUSIDA	Informática Estadística
Monica Rodriguez	IGSS	Medico Epidemiologia
Monica Silvestre	Hospital Roosevelt	Coordinadora MyE
Nancy Urbizo	PNS/MSPAS	Encargada Unidad Logística
Nivay Vellafont	REDMMUTRANS	Administración
Otto Renè Calito	PNS/MSPAS	Soporte Técnico
Pamela Molineros	Clinica Familiar Luis Angel Garcia	Coordinador TS
Pedro Avedillo	OPS	Consultor
Pedro Rizzo	APROFAM	Sud-Dirección
Ramiro Quezada	UNICEF	Especialista MYE
Rebeca López	CFLAC	Médico
Rocio Samayoa	Red Legal	Abogada
Rodrigo Pascal	ONUSIDA	DDHH
Rodrigo Vega	HIVOS	Coordinador MYE
Rosa Elena Morales	CDC/CAR	Asesora VIH
Rudy Cabrera	FUNCAFE	Asesor de Salud
Sabrina Navas Castillo	Infeciosas/HR	Coordinador
Saira Ortega	HIVOS	Director
Salvador España	PNS/MSPAS	Personal de apoyo DRPAP
Sandra Ramírez	HIVOS	Oficial

Gari Chocoj	Paz Joven, Baja Verapaz	Técnico de Campo
Gerardo Siquic	DAS Alta Verapaz	Auxiliar de Promoción
German Orlando Cuyuch	UAI, Cobán	Coordinador
Gladys Vásquez Franco	UAI Petén	Enfermera Profesional
Irma Marroquin Sandoval	DAS Izabal	Coordinadora Programa de VIH
Isabel Vasquez Reyes	ADEJODI, Baja Verapaz	Facilitador
Jaime Guerra	DAS, Zacapa	Director
Janette Corzantes	DAS PETÉN	Médica
Jorge Arreola	PNS	Técnico Normativo Prevención
Josselin Daniela Folgar Agustin	DAS Chiquimula	Encargada de VIH
Josué Obed Morales	DAS Petén	Coordinador Promoción
Julia Isabel Herrera	UAI, COBÁN	Enfermera
Katherine Rios Alonzo	UAI Hospital Infantil Eliza Martínez	Educadora
Kimberly Vargas	Cruz Roja Guatemala	Facilitadora
Lizandro Najera	C.A.I. Hospital De La Amistad Japón	Administrador
Mariela López	DAS Alta Verapaz	Encargada del PNS
Petronila Gonzalez	UAI, Zacapa	Coordinadora de Enfermería
Salvador España	PNS/MSPAS	Personal de apoyo DRPAP
Sandra Antón	DAS Zacapa	Coordinadora VIH
Silvia Lucrecia Rios	PNS/MSPAS	Encargada de Promoción
Silvia Reyes	DAS Petén	Coordinadora VIH
Vilma Sánchez	Red VIH, Zacapa	Sociedad Civil
Wendolin Guerra	PNS/MSPAS	Atención Integral

<b>Taller regional sur occidente. Revisión y validación de marco conceptual, factores causales e intervenciones estratégicas. Quetzaltenango. 26 Julio de 2016</b>		
<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>CARGO</b>
Abundio Santos	Cosechando Vida Nueva, Red VIH Jalapa	Secretario Tesorero
Adela Patricia Caceres	PDH Retalhuleu	Oficial Defensoría
Amelia Flores	USAID/PASCA LMG	Representante Guatemala
Ana Elizabeth Chen	DAS Quiche	Coordinadora de Comisión
Ana Loarca	UAI Hospital Regional Occidente	Psicóloga
Angel Sánchez	USAID/PASCA LMG	Consultor elaboración del PEN 2017-2021
Astrid Miranda	Segeplán	Analista de planificación Institucional y Sectorial/ Dirección de Planificación Sectorial
Benjamín Montes	Asociación IDEI	Voluntario
Carlos Gallego	DAS Ixil	Trabajo Social
Carlos Sandoval	Proyecto Vida	Administración
Cesar Cifuentes	CICA HRR	Médico
Cristina Barrera	PNS/MSPAS	Técnica Normativa
Dee Smith	Proyecto Vida	Directora
Eduardo Celada	Hospital Retalhuleu	Coordinador
Enrique Hernández	APEVIHS	Director de Proyecto
Ericka Hernández	Vidas Paralelas	Presidenta
Ericka Soto	PNS/MSPAS	Profesional II
Floridalma Rodas	Hospital Coatepeque	Coordinadora PTMI
Gandhy Velásquez	CIVIHH	Sub-Coordinador
Gladys Sajche	UAI Coatepeque	Coordinadora
Helen Montenegro	DAS, RETALHULEU	Trabajo Social
Hilda Villatoro	DAS Huehuetenango	Encargada de VIH
Ingrid Gómez	DAS Quiché	Encargada de VIH
Janet Medina	Asociación IDEI	Directora
José Luis Velásquez	REDSO, Coatepeque	Coordinador
Juan Nájera	DAS Quetzaltenango	Director
Lucrecia Cordón	DAS Retalhuleu	Coordinadora de VIH

María Calderón	Vidas Paralelas	Voluntaria
Maribel López	DAS, Huehuetenango	Coordinador de VIH
Mario Antón	PNS/MSPAS	Encargado UAI
Miriam Merida	Dirección De Area De Salud	Coordinadora de Promoción
Odilia Rodriguez	DAS Ixil	Enfermera Unidad de VIH
Omar Gomez	CIVIHH	Vocal III
Ondina Reyes	DAS Quetzaltenango	Encargada de VIH
Petrona Vargas	DAS San Marcos	Encargada de VIH
Salvador Soto	Distrito Sur Quetzaltenango	Director de Distrito
Thelma Batz	Hospital Quiché	Encargada de VIH
Thelma Sales	MINTRAB	Inspectora de Trabajo
Veronica Girón	PNS/MSPAS	Logística
Víctor Maldonado	Asociación IDEI	Educador
Víctor Mayen	APEVIHS	Director
Vilma Reyes	Hospital Huehuetenango	Coordinadora de VIH

**Taller regional central. Revisión, análisis y validación de marco conceptual, factores causales e intervenciones estratégicas.  
Ciudad de Guatemala. 28 Julio 2016**

<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	<b>INSTITUCION</b>	<b>CARGO</b>
Amelia Flores	USAID/PASCA LMG	Representante Guatemala
Ana Lucila Sajbochol	DAS Chimaltenango	Encargada VIH
Angel Sánchez	USAID/PASCA LMG	Consultor para la elaboración del PEN 2017-2021
Astrid Miranda	Segeplán	Analista de planificación Institucional y Sectorial/Dirección de Planificación Sectorial
Aura Mendez	UAR, Hospital de Escuintla	Médica UAI Coordinadora
Alejandra Rojas	PNS/MSPAS	Técnica Normativa
Bárbara Aguilar	DAS Guatemala Sur	Programa VIH
Beci López Ojeda	DAS Escuintla	Trabajadora Social
Cristina Barrera	PNS/MSPAS	Técnica Normativa Punto Focal PEN
Carlos F. Contreras	MSPAS/DRPAP	Técnico P.S.

Marlene Conchas	UASPIIG	Técnica
Nancy Almengor	PROSAN/DRPAP	Técnica Normativa
Nancy Urbizo	PNS	Encargada de logística
Nery Ramos	Sanidad Militar Comisida	Secretario
Orlando López	MP	Encargado de DDHH
Ovidio Rodríguez	PROEDUSA/SIAS	Técnico
Ricardo Méndez	PNS	Técnico Normativo
Rosa García	DGSP	Enfermera
Rudy López	IGSS	Infectólogo
Tania Méndez	PGN	Técnica
Walfred Torrez	PNS	Asistente logística
Wendolin Guerra	PNS	Técnica Normativa
Yessica Tager	MINGOB	Técnica en Género
Zully García	PNS	Coordinadora
<b>Participantes en las reuniones multisectoriales taller revisión y validación del Plan Estratégico Nacional de Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y sida. Ciudad de Guatemala. 18 De octubre de 2016.</b>		
<b>Nombre Y Apellido</b>	<b>INSTITUCION</b>	<b>CARGO</b>
Alejandra Rojas	PNS/MSPAS	Técnica Normativa MEGAS
Amelia Flores	USAID/PASCA LMG	Representante Guatemala
Angel Sánchez	USAID/PASCA LMG	Consultor la elaboración del PEN 2017-2021
Arovi Martínez	PNS/MSPAS	Técnica Normativa Atención Integral
Astrid Miranda	Segeplán	Analista de planificación Institucional y Sectorial/ Dirección de Planificación Sectorial
Aura Méndez	UAI Escuintla	Coordinadora
Bertha Chete	ICW/LATINA Guatemala	Referente
Bertha Taracena	USAID/Capacity	Médica
Carlos Marroquín	ONUSIDA	Informática
Claudia Escobar	PNS/MSPAS	Técnica Normativa
Claudia Villatoro	PNS/MSPAS	Técnica IEC
Cristina Barrera	PNS/MSPAS	Técnica Normativa Punto Focal PEN

Daniel Muralles	USAID	Representante
Emilio Pérez	Sanidad Militar Comisida/ Ministerio de La Defensa	Coordinador de COMISIDA
Ericka Soto	PNS/MSPAS	Profesional II
Eunice López	PMA/NU	Consultora
Flor De María Díaz	PASMO	Coordinadora VIH
Fredy Vivar	DRPAP/MSPAS	Comunicación Social
Gabriela Dávila	Gente Positiva	Monitoreo y Evaluación
Gabriela Sicán	Programa Nacional De Tuberculosis	Técnica Normativa
Galilea Bracho	REDMUTRANS	Coordinadora
Javier Rosales	Hospital Escuintla	Orientador
Jorge Arreola	PNS/MSPAS	Técnico Normativo Prevención
Jose Antonio Cajas	Mesa Interuniversitaria ITS y VIH	Representante
Juan Carlos Fonseca	UVG	Representante de país VICITS
Judith Anleu	UPCV/MINGOB	Psicóloga
Judith García	CNE	Epidemiología
Karelia Ramos	UNFPA	Especialista USH
Katherin Véliz	PGN	Abogada
Leticia Castillo	LNS	Coordinadora
Londy Aida Barrera	Clínica Familiar Luis Angel García	Orientadora
Lubia Castillo	PROEDUSA	Técnica
Luis López	MCP-G	Representante
Marcela Urizar	REDMUTRANS	Administración
Marco Monzón	Segeplán	Profesional en poblaciones excluidas y vulneradas
María del Pilar Said	PNS/MSPAS	Técnica Normativa Prevención
María Dolores Yoc	RED MPA	Coordinadora Fortalecimiento Institucional
Marissa Guzmán	Hospital PNC	Trabajadora Social
Marixa López	AHF Guatemala	Enfermera Profesional

Marleny Negreros	AHF Guatemala	Abogada
Marline Paz	Programa Salud Mental	Técnica Normativa
Monica Rodríguez	IGSS/Epidemiología	Médica
Nancy Urbizo	PNS/MSPAS	Encargada de Logística
Nery Ramos	Sanidad Militar COMISIDA/Ministerio de la Defensa	Secretario
Osmundo Vásquez	REDCA	Educador
Oscar Guzmán	DDHH	Activista
Otto Rene Calito	PNS/MSPAS	Informática
Pedro Rizzo	APROFAM	Sub dirección
Perla Urzúa	CNE/MSPAS	Epidemiología
Ramiro Quezada	UNICEF	Representante
Ricardo García	ONUSIDA	Representante de país
Rodrigo Vega	HIVOS	Monitoreo y Evaluación
Rosa Elena Morales	CDC	Asesora VIH
Saira Ortega	HIVOS	Coordinadora
Silvia Lucrecia Ríos	PNS/MSPAS	Técnica Normativa
Sindy Echeverría	UASPIIG	Terapeuta Física
Stacy Velásquez	OTRANS –RN	Coordinadora Incidencia
Susana Oscar	HOSPITAL PNC	Psicóloga
Verónica Girón	PNS/MSPAS	Técnica Normativa Logística
Waleska Zeceña	DRPAP/MSPAS	Jefe
Walter Saba	ONUSIDA	Asesor en movimiento social
Wilfredo Mesia	REDMUTRANS	Educador
Zully García	PNS/MSPAS	Coordinadora PNS /2017
Ilcia García	PNS/MSPAS	Técnica Normativa Monitoreo
Dra. Silvia Palma	PNS/MSPAS	Técnica Normativa



## ANEXO 3: INDICADORES

### Indicadores de impacto para el resultado final

<b>Problema central:</b>	Alta prevalencia de ITS, VIH y Sida en poblaciones priorizadas
<b>Resultado final:</b>	Disminución del 75% en el número de casos nuevos de VIH e ITS y el número de muertes atribuibles al sida en la población en general y las poblaciones priorizadas al finalizar el 2021.

#### Indicadores de impacto

Tipo de indicador	Indicador	Línea de base (LB)	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios	
Impacto	1	Número de muertes relacionadas con el VIH.	1,700 (<1,000 – 2,900)	12	2015	---	425	Número de muertes relacionadas con el VIH en el año previo al año de reporte.	No aplica	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La meta en el 2021 es el 25% de la LB.</li> <li>Una vez obtenido el dato de LB, la meta del 2021 se ajustará si fuera necesario.</li> <li>Desagregación por cada una de las poblaciones priorizadas y población general.</li> </ul>
Impacto	2	Número de nuevos casos de VIH en el año previo al año de reporte.	3,700	13	2015	---	925 (25% de LB)	Número de nuevos casos de VIH en el año previo al año de reporte.	No aplica	MSPAS, IGSS, CNE, INE, ONG	<ul style="list-style-type: none"> <li>La meta en el 2021 es el 25% de la LB.</li> <li>La LB es una estimación (que se efectúa anualmente con Spectrum).</li> <li>Una vez obtenido el dato de LB, la meta del 2021 se ajustará si fuera necesario.</li> <li>Desagregación por cada una de las poblaciones priorizadas y población general.</li> </ul>
Impacto	3	% de adultos y niños VIH+ que se reportan vivos y en tratamiento 12 meses después de haber iniciado TARV.	75.1%	14	2016	---	90%	Número de adultos y niños que siguen vivos y en el tratamiento antirretroviral a los 12 meses después de iniciar el tratamiento, entre los que iniciaron el tratamiento 2 años antes del año en que se	Número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral 2 años antes del año en que se reporta y de quienes se esperaban resultados 12 meses después del período de inicio especificado, incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han	MSPAS, IGSS, Hospicio San José y Hospital Militar.	<p>Para el primer reporte (trimestre 1 del 2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Numerador:</b> número de adultos y niños que iniciaron tratamiento entre enero y diciembre del 2016 y que siguen vivos y en tratamiento 12 meses después. Por ejemplo, quienes iniciaron en enero del 2016, deberían estar registrados como vivos y en tratamiento en enero del 2017 para ser incluidos en el numerador.</li> <li><b>Denominador:</b> número de adultos y niños que iniciaron</li> </ul>

<sup>12</sup> UNAIDS (2016). *Prevention Gap Report*. Pág. 233

<sup>13</sup> UNAIDS (2016). *Prevention Gap Report*. Pág. 221

<sup>14</sup> Informe GAM 2017/datos proporcionados por 8 Unidades de Atención Integral del MSPAS que representan el 68.7% del total de nuevos inicios en TARV del año 2015.

								años antes del año en que se reporta.	inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 12 meses.		· Denominador: número de adultos y niños que iniciaron tratamiento entre enero y diciembre del 2016, incluyendo los fallecidos, los abandonos y los que se han perdido para el seguimiento.
Impacto	4	% estimado de transmisión materno-infantil del VIH en el año previo al año de reporte. <sup>15</sup>	7%	16	2014	Medición de LB	2% o menos <sup>17</sup>	Número estimado de niños infectados con VIH por transmisión vertical en los 12 meses previos.	Número estimado de niños nacidos de madres con VIH en los 12 meses previos.	MSPAS, IGSS, Hospicio San José y Hospital Militar.	· La línea de base es un estimado regional. · En el 2018 se llevará a cabo un estimado para Guatemala utilizando datos registrados en el 2017. · Las estimaciones se llevan a cabo utilizando el programa informático Spectrum.
Impacto	5	Número de niños nacidos con VIH en el año previo al año de reporte	275	18	2015	—	0	Número de niños nacidos con VIH en el año previo al año de reporte, sin importar la fecha en la que se confirma el diagnóstico	No aplica	MSPAS (PNS, CNE), IGSS, Hospicio San José, Hospital Militar	
Impacto	6	Tasa de incidencia de sífilis congénita (número de casos por 1,000 nacidos vivos)	1.3	19	2014	Medición de LB	0.5 o menos	Número de casos de sífilis congénita en el año previo al año de reporte	Número de nacidos vivos en el año previo al año del reporte.	MSPAS (PNS, CNE), IGSS, Hospicio San José, Hospital Militar, APROFAM, ONG.	· La línea de base es un estimado regional. · En el 2018 se llevará a cabo un estimado para Guatemala utilizando datos registrados en el 2017.

<sup>15</sup> UNAIDS, 2016. *Global AIDS Monitoring 2017. Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS.*

<sup>16</sup> Dato regional en el reporte: Comité Regional de la OMS para las Américas (2016). *Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Infección Por el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021.* Washington D.C. La fuente citada en dicho reporte es ONUSIDA/OMS/UNICEF, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida.*

<sup>17</sup> Meta propuesta en el: *Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Infección Por el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021.* Washington D.C. Página 7.

<sup>18</sup> *Estimaciones de Spectrum. Ejercicio 2016 para Guatemala.*

<sup>19</sup> Dato regional en el reporte: Comité Regional de la OMS para las Américas (2016). *Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Infección Por el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021.* Washington D.C. La fuente citada en dicho reporte es ONUSIDA/OMS/UNICEF, *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida.*

Impacto	7	Tasa de casos fallecidos por coinfección producidos por TB VIH. <sup>20</sup>	2.6 por 100,000 habitantes	21	2014	Medición de LB	Menor a 1 por 100,000 habitantes <sup>22</sup>	Número registrado de muertes por coinfección TB/VIH en el año previo al año de reporte.	Número estimado de habitantes para el año previo al año de reporte.	MSPAS (PNS, PNT CNE), IGSS, Hospicio San José, Hospital Militar	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>La meta global propone reducir en un 75% el número de muertes por tuberculosis entre las personas infectadas por el VIH.<sup>23</sup></li> </ul>
Impacto	8	Número de muertes por hepatitis B y C entre las personas coinfectadas por VIH	Sin dato	---	---	Medición de LB	Reducción de al menos de 10% de la LB	Número registrado de muertes por hepatitis B y C entre las personas coinfectadas por VIH, en el año previo al año de reporte.	No aplica	MSPAS (PNS, CNE), IGSS, Hospicio San José, Hospital Militar, INE	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>La meta global propone reducir en un 10% los fallecimientos por hepatitis B y C entre las personas coinfectadas por VIH, en consonancia con las metas de mortalidad fijadas para todas las personas con hepatitis B y C crónicas.<sup>24</sup></li> </ul>
Impacto	9	Prevalencia de sífilis activa en HSH (%)	4.7%	25	2013	---	2.35%	Número de HSH con diagnóstico de sífilis activa.	Número de HSH que se hicieron la prueba diagnóstica de sífilis activa en el año previo al año de reporte.	MSPAS (PNS, CNE), IGSS, ONG, Sociedad Civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aunque la ECVC 2013 reporta datos para varios departamentos sin presentar un dato nacional, se ha tomado el valor de Coatepeque.</li> <li>La meta se ha establecido en armonía con el compromiso de disminuir la transmisión sexual del VIH en 50% para el 2015.</li> </ul>
Impacto	10	Prevalencia de sífilis activa en TRANS mujeres (%)	5.6%	26	2013	---	2.8%	Número de TRANS con diagnóstico de sífilis activa.	Número de TRANS que se hicieron la prueba diagnóstica de sífilis activa en el año previo al año de reporte.	MSPAS (PNS, CNE), IGSS, ONG, Sociedad Civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>La ECVC 2013 reporta únicamente datos para ciudad de Guatemala.</li> <li>La meta se ha establecido en armonía con el compromiso de disminuir la transmisión sexual del VIH en 50% para el 2015.</li> </ul>
Impacto	11	Prevalencia de sífilis activa en MTS (%)	6%	27	2013	---	3%	Número de MTS con diagnóstico de sífilis activa.	Número de MTS que se hicieron la prueba diagnóstica de sífilis activa en el año previo al año de reporte.	MSPAS (PNS, CNE), IGSS, ONG, Sociedad Civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aunque la ECVC 2013 reporta datos para varios departamentos sin presentar un dato nacional, se ha tomado el valor de Escuintla.</li> <li>La meta se ha establecido en armonía con el compromiso de</li> </ul>

<sup>20</sup> Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis. Guatemala 2016-2020. Página 65.

<sup>21</sup> Dato del SIGSA citado en el Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis. Guatemala 2016-2020. Página 65.

<sup>22</sup> Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis. Guatemala 2016-2020. Página 65.

<sup>23</sup> 69.ª Asamblea Mundial de la Salud (2016). *Proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud - VIH, 2016-2021: Informe de la Secretaría*. Páginas 19 y 20.

<sup>24</sup> 69.ª Asamblea Mundial de la Salud (2016). *Proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud - VIH, 2016-2021: Informe de la Secretaría*. Páginas 19 y 20.

<sup>25</sup> ECVC 2013. Páginas 34 - 35 - 118.

<sup>26</sup> ECVC 2013. Páginas 34 - 3 - 143.

<sup>27</sup> ECVC 2013. Páginas 34 y 35.

											disminuir la transmisión sexual del VIH en 50% para el 2015.
Impacto	12	Tasa de incidencia de cáncer de cérvix (25 a 69 años) en el año previo al año de reporte (por 100,000 habitantes).	11 (348 casos)	28	2014	---	10%	Número de casos de cáncer de cérvix reportados en mujeres de 25 a 69 años en el año previo al año de reporte.	Número estimado de mujeres de 25 a 69 años en el año previo al año de reporte.	MSPAS (PNS, CNE, PNSR), INCAN, IGSS, INE	• La meta regional para el año 2020 es disminuir la tasa en 50% <sup>29</sup>
Impacto	13	Incidencia de ITS en PV en el año previo al año de reporte. <sup>30</sup>	Sin dato	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de casos nuevos de ITS diagnosticadas en PV en el año previo al año de reporte.	Número de PV que acudieron a consulta a las clínicas especializadas en el año previo al año de reporte.	MSPAS (PNS, CNE), IGSS, Hospicio San José, Hospital Militar, INE	• En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017. • La meta se establecerá cuando se cuente con la medición de línea de base.
Impacto	14	Número de actos de violencia (incluyendo homicidios), contra personas LGBTI en el año previo al año de reporte.	Sin dato	---	---	Medición de LB	Reducción de al menos 30% de la LB <sup>31</sup>	Número de actos de violencia/crímenes de odio (incluyendo homicidios), registrados contra personas que viven con VIH, en el año previo al año de reporte.	No aplica.	MP, PDH, MSPAS, IGSS, CNE, PNC, OJ, DEMI, CODISRA	• En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.

<sup>28</sup> Colom, B. S. (2015, 30 de diciembre). *Vigilancia epidemiológica de Cáncer*. Centro Nacional de Epidemiología. MSPAS, Guatemala.

<sup>29</sup> Comité Regional de la OMS para las Américas (2016). *Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Infección Por el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021*. Washington D.C.

<sup>30</sup> Tinajeros, F. (2014). *Estrategia Regional Salud, Dignidad y Prevención Positivas para Centroamérica y República Dominicana*. Sistema de la Integración Centroamericana, Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, Mecanismo de Coordinación Regional, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Páginas 38 y 41.

<sup>31</sup> La meta está definida en el documento: *Llamado a la Acción. Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención: "Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención"*. Rio de Janeiro, Brasil, 18 -20 de agosto de 2015. Página 6.

## Indicadores de efecto y producto para el lineamiento estratégico 1

<b>Causa directa 1:</b>		Persistencia de prácticas de riesgo que favorecen la transmisión de VIH y otras ITS.									
<b>Lineamiento estratégico 1:</b>		Incremento de la oferta de intervenciones de prevención combinada, adoptando nuevos enfoques y utilizando estrategias y tecnologías innovadoras que han demostrado alto impacto en la prevención de la transmisión del VIH, con énfasis en las poblaciones priorizadas									
Indicadores de efecto y producto											
Tipo de indicador		Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios
Efecto	1	Prevalencia de VIH en HSH	8.9%	32	2013	---	4.45%	Número de HSH con prueba positiva al VIH	Número de HSH a quienes se les hizo la prueba de VIH	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La meta corresponde al compromiso de los países miembros de la ONU acerca de la disminución de la transmisión sexual del VIH en 50% para el 2015.</li> <li>Aunque la ECVC reporta datos para varios departamentos sin presentar un dato nacional, se ha tomado el valor de la ciudad capital de Guatemala.</li> </ul>
Efecto	2	Prevalencia de VIH en TRANS	23.8%	33	2013	---	11.9%	Número de TRANS con prueba positiva al VIH	Número de TRANS a quienes se les hizo la prueba de VIH	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La meta corresponde al compromiso de los países miembros de la ONU acerca de la disminución de la transmisión sexual del VIH en 50% para el 2015.</li> <li>La ECVC reporta datos únicamente para ciudad Guatemala.</li> </ul>
Efecto	3	Prevalencia de VIH en MTS	3.7%	34	2013	---	1.85%	Número de MTS con prueba positiva al VIH	Número de MTS a quienes se les hizo la prueba de VIH	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La meta corresponde al compromiso de los países miembros de la ONU acerca de la disminución de la transmisión sexual del VIH en 50% para el 2015.</li> <li>Aunque la ECVC reporta datos para varios departamentos sin presentar un dato nacional, se ha</li> </ul>

<sup>32</sup> ECVC – 2013. Tasa de prevalencia más alta por ciudad tomado de la Encuesta Centroamericana del Comportamiento en Guatemala 2013. *Dato publicado en:* FM/ONUSIDA/OPS/PEPFAR/USAID/CDC. (2014). Enfoque conjunto para aplicaciones de VIH/SIDA en la región de Centroamérica y la República Dominicana ante el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria 2014-2020.

<sup>33</sup> ECVC – 2013. Tasa de prevalencia más alta por ciudad tomado de la Encuesta Centroamericana del Comportamiento en Guatemala 2013. *Dato publicado en:* FM/ONUSIDA/OPS/PEPFAR/USAID/CDC. (2014). Enfoque conjunto para aplicaciones de VIH/SIDA en la región de Centroamérica y la República Dominicana ante el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria 2014-2020

<sup>34</sup> ECVC – 2013. Tasa de prevalencia más alta por ciudad tomado de la Encuesta Centroamericana del Comportamiento en Guatemala 2013. *Dato publicado en:* FM/ONUSIDA/OPS/PEPFAR/USAID/CDC. (2014). Enfoque conjunto para aplicaciones de VIH/SIDA en la región de Centroamérica y la República Dominicana ante el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria 2014-2020

<b>Causa directa 1:</b>		Persistencia de prácticas de riesgo que favorecen la transmisión de VIH y otras ITS.									
<b>Lineamiento estratégico 1:</b>		Incremento de la oferta de intervenciones de prevención combinada, adoptando nuevos enfoques y utilizando estrategias y tecnologías innovadoras que han demostrado alto impacto en la prevención de la transmisión del VIH, con énfasis en las poblaciones priorizadas									
Indicadores de efecto y producto											
Tipo de indicador		Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios
											tomado el valor de la ciudad Escuintla.
Efecto	4	% de embarazadas que tuvieron un resultado positivo en la prueba de VIH en los últimos 12 meses	0.362%	35	2015	---	0.18%	Número de ME con prueba positiva al VIH	Número de ME a quienes se les hizo la prueba de VIH	MSPAS (PNS, PNSR, CNE), IGSS, APROFAM	· La meta corresponde al compromiso de los países miembros de la ONU acerca de la disminución de la transmisión sexual del VIH en 50% para el 2015.
Efecto	5	Prevalencia de VIH en población general (desagregado por sexo)	0.7%	36	2013	---	0.35%	Número de personas de población general con prueba positiva al VIH	Número de personas de población general a quienes se les hizo la prueba de VIH	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	· La meta corresponde al compromiso de los países miembros de la ONU acerca de la disminución de la transmisión sexual del VIH en 50% para el 2015.
Efecto	6	% de HSH que reportan el uso de condón la última vez que tuvieron sexo anal con una pareja masculina.	62.2%	37	2013		90%	Número de HSH que reportan haber usado un condón la última vez que tuvieron sexo anal con una pareja masculina.	Número de HSH que reportan haber tenido sexo anal con una pareja masculina en los últimos 6 meses.	MSPAS, ONGs	· La definición del indicador, así como las definiciones operacionalizadas de numerador y denominador fueron tomadas de Indicator Registry ( <a href="http://www.indicatorregistry.org/">http://www.indicatorregistry.org/</a> ) · Aunque la ECVC 2013 reporta datos para varios departamentos, se ha utilizado como LB el dato reportado para la Ciudad de Guatemala. · La ECVC reporta un indicador diferente: "Uso de condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con última pareja".

<sup>35</sup> GARPR. Numerador = Embarazadas testeadas seropositivas al VIH (628). Denominador = Embarazadas testeadas (173,148).

<sup>36</sup> Tasa de prevalencia más alta por ciudad tomado de la Encuesta Centroamericana del Comportamiento en Guatemala 2013. Dato publicado en: FM/ONUSIDA/OPS/PEPFAR/USAID/CDC. (2014). Enfoque conjunto para aplicaciones de VIH/SIDA en la región de Centroamérica y la República Dominicana ante el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria 2014-2020

<sup>37</sup> ECVC 2013. Página 109.

<b>Causa directa 1:</b>		Persistencia de prácticas de riesgo que favorecen la transmisión de VIH y otras ITS.									
<b>Lineamiento estratégico 1:</b>		Incremento de la oferta de intervenciones de prevención combinada, adoptando nuevos enfoques y utilizando estrategias y tecnologías innovadoras que han demostrado alto impacto en la prevención de la transmisión del VIH, con énfasis en las poblaciones priorizadas									
<b>Indicadores de efecto y producto</b>											
Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios	
Efecto	7 % de TRANS que reportan el uso de condón en su última relación sexual con penetración anal o vaginal.	66.1%	38	2013	---	90%	Número de personas TRANS que reportan haber usado un condón la última vez que tuvieron sexo anal o vaginal.	Número de personas TRANS entrevistadas.	MSPAS, ONGs	<ul style="list-style-type: none"> <li>La definición del indicador, así como las definiciones operacionalizadas de numerador y denominador fueron tomadas de Indicator Registry (<a href="http://www.indicatorregistry.org/">http://www.indicatorregistry.org/</a>)</li> <li>La ECVC únicamente reporta datos para la ciudad de Guatemala.</li> <li>La ECVC reporta un indicador diferente: "Uso de condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con última pareja".</li> </ul>	
Efecto	8 % MTS que reportan el uso de condón con su más reciente cliente en los últimos 12 meses.	97.7%	39	2013	---	98%	Número de MTS que reportan el uso de condón con su último cliente.	Número de MTS que reportan haber tenido relaciones sexuales comerciales en los últimos 12 meses.	MSPAS, ONGs	<ul style="list-style-type: none"> <li>La definición del indicador, así como las definiciones operacionalizadas de numerador y denominador fueron tomadas de Indicator Registry (<a href="http://www.indicatorregistry.org/">http://www.indicatorregistry.org/</a>)</li> <li>Aunque la ECVC 2013 reporta datos para varios departamentos, se ha utilizado como LB el dato reportado para la ciudad de Guatemala.</li> </ul>	
Efecto	9 % de mujeres de 15 a 49 años, que tuvieron más de una pareja en los pasados 12 meses, que usaron el condón durante su última relación sexual	22.9%	40	2015	---	90%	Número de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses, que usaron condón en la última relación sexual.	Número de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.	MSPAS, ONGs	---	

<sup>38</sup> ECVC 2013. Página 135.

<sup>39</sup> ECVC 2013. Página 109.

<sup>40</sup> MSPAS/INE/SEGEPLAN. VI Encuesta de Salud Materno Infantil 2014-2015. Guatemala. 2017. Páginas 378 y 380.

<b>Causa directa 1:</b>		Persistencia de prácticas de riesgo que favorecen la transmisión de VIH y otras ITS.									
<b>Lineamiento estratégico 1:</b>		Incremento de la oferta de intervenciones de prevención combinada, adoptando nuevos enfoques y utilizando estrategias y tecnologías innovadoras que han demostrado alto impacto en la prevención de la transmisión del VIH, con énfasis en las poblaciones priorizadas									
<b>Indicadores de efecto y producto</b>											
Tipo de indicador		Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios
Efecto	10	% de hombres de 15 a 49 años, que tuvieron más de una pareja en los pasados 12 meses, que usaron el condón durante su última relación sexual	43.6%	41	2015	---	90%	Número de hombres de 15 a 49 años que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses, que usaron condón en la última relación sexual.	Número de hombres de 15 a 49 años que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.	MSPAS, ONGs	---
Efecto	11	% de mujeres de 15-24 años con conocimiento comprensivo del VIH/Sida. <sup>42</sup>	22.2%	43	2015	---	50%	Número de mujeres que declaran que el uso consistente de condón durante las relaciones sexuales y tener una sola pareja fiel puede reducir el riesgo de contraer el virus del Sida; saben que una persona que luce saludable puede tener el virus del Sida; y rechazan las dos creencias erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del virus del Sida.	Número de mujeres entrevistadas entre 15 y 49 años.	MINEDUC, Organizaciones de Base Comunitaria, Sociedad Civil, MSPAS	---
Efecto	12	% de hombres de 15-24 años con	21.9%	45	2015	---	50%	Número de hombres que	Número de hombres	MINEDUC, Organizac	---

<sup>41</sup> MSPAS/INE/SEGEPLAN. VI Encuesta de Salud Materno Infantil 2014-2015. Guatemala. 2017. Páginas 379 y 381.

<sup>42</sup> Conocimiento comprensivo significa saber que el uso consistente de condón durante las relaciones sexuales y tener una sola pareja fiel puede reducir el riesgo de contraer el virus del sida; saber que una persona que luce saludable puede tener el virus del Sida; y rechazar las dos creencias erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del virus del sida.

<sup>43</sup> MSPAS/INE/SEGEPLAN. VI Encuesta de Salud Materno Infantil 2014-2015. Guatemala. 2017. Página 401-403.

<b>Causa directa 1:</b>		Persistencia de prácticas de riesgo que favorecen la transmisión de VIH y otras ITS.									
<b>Lineamiento estratégico 1:</b>		Incremento de la oferta de intervenciones de prevención combinada, adoptando nuevos enfoques y utilizando estrategias y tecnologías innovadoras que han demostrado alto impacto en la prevención de la transmisión del VIH, con énfasis en las poblaciones priorizadas									
Indicadores de efecto y producto											
Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios	
	conocimiento comprensivo del VIH/Sida. <sup>44</sup>						declaran que el uso consistente de condón durante las relaciones sexuales y tener una sola pareja fiel puede reducir el riesgo de contraer el virus del Sida; saben que una persona que luce saludable puede tener el virus del Sida; y rechazan las dos creencias erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del virus del Sida.	entrevistados entre 15 y 49 años.	Organizaciones de Base Comunitaria Sociedad Civil MSPAS		
Producto	1	Número de HSH participantes en intervenciones de Comunicación para el Desarrollo en los últimos 12 meses	Sin dato	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de HSH participantes en intervenciones de Comunicación para el Desarrollo en los últimos 12 meses	No aplica	MSPAS, ONGs	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>La meta se establecerá cuando se cuente con la medición de línea de base.</li> </ul>
Producto	2	Número de mujeres trans participantes en intervenciones de Comunicación para el Desarrollo en los últimos 12 meses	Sin dato	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de mujeres trans participantes en intervenciones de Comunicación para el Desarrollo en los últimos 12 meses	No aplica	MSPAS, ONGs	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>La meta se establecerá cuando se cuente con la medición de línea de base.</li> </ul>

<sup>44</sup> Conocimiento comprensivo significa saber que el uso consistente de condón durante las relaciones sexuales y tener una sola pareja fiel puede reducir el riesgo de contraer el virus del sida; saber que una persona que luce saludable puede tener el virus del Sida; y rechazar las dos creencias erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del virus del sida.

<sup>45</sup> MSPAS/INE/SEGEPLAN. VI Encuesta de Salud Materno Infantil 2014-2015. Guatemala. 2017. Página 401-403.

<b>Causa directa 1:</b>		Persistencia de prácticas de riesgo que favorecen la transmisión de VIH y otras ITS.									
<b>Lineamiento estratégico 1:</b>		Incremento de la oferta de intervenciones de prevención combinada, adoptando nuevos enfoques y utilizando estrategias y tecnologías innovadoras que han demostrado alto impacto en la prevención de la transmisión del VIH, con énfasis en las poblaciones priorizadas									
<b>Indicadores de efecto y producto</b>											
Tipo de indicador	Indicador		Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios
Producto	3	Número de MTS participantes en intervenciones de Comunicación para el Desarrollo en los últimos 12 meses	Sin dato	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de MTS participantes en intervenciones de Comunicación para el Desarrollo en los últimos 12 meses	No aplica	MSPAS, ONGs	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>La meta se establecerá cuando se cuente con la medición de línea de base.</li> </ul>
Producto	4	Número de ME participantes en intervenciones de Comunicación para el Desarrollo en los últimos 12 meses	Sin dato	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de ME participantes en intervenciones de Comunicación para el Desarrollo en los últimos 12 meses	No aplica	MSPAS, IGSS, ONGs	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>La meta se establecerá cuando se cuente con la medición de línea de base.</li> </ul>
Producto	5	Número de PV participantes en intervenciones de Comunicación para el Desarrollo en los últimos 12 meses (desagregado por sexo)	Sin dato	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de PV participantes en intervenciones de Comunicación para el Desarrollo en los últimos 12 meses (desagregado por sexo)	No aplica	MSPAS, IGSS, ONGs	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>La meta se establecerá cuando se cuente con la medición de línea de base.</li> </ul>

<b>Causa directa 1:</b>		Persistencia de prácticas de riesgo que favorecen la transmisión de VIH y otras ITS.									
<b>Lineamiento estratégico 1:</b>		Incremento de la oferta de intervenciones de prevención combinada, adoptando nuevos enfoques y utilizando estrategias y tecnologías innovadoras que han demostrado alto impacto en la prevención de la transmisión del VIH, con énfasis en las poblaciones priorizadas									
<b>Indicadores de efecto y producto</b>											
Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios	
Producto	6 Número de establecimientos educativos del nivel medio y diversificado que incorporan la Estrategia Nacional de Educación Integral en Sexualidad (EIS)	25	46	2017	---	Pendiente	Número de establecimientos educativos del nivel medio y diversificado que incorporan la Estrategia Nacional de Educación Integral en Sexualidad (EIS)	No aplica	MINEDUC con el acompañamiento del MSPAS (PNS, PNSR) Organizaciones de Base Comunitaria		
Producto	7 Número de jóvenes que están recibiendo los contenidos definidos en la EIS (desagregado por sexo)	Sin dato	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de jóvenes que están recibiendo los contenidos definidos en la EIS (desagregado por sexo)	No aplica	MINEDUC con el acompañamiento del MSPAS (PNS, PNSR) Organizaciones de Base Comunitaria		
Producto	8 % de unidades de sangre para transfusión tamizadas para detectar HIV, VHB, VHC, sífilis y T. Cruzi. <sup>47</sup>	Sin dato	---	---	Medición de LB	100%	Número de unidades de sangre para transfusión tamizadas para detectar HIV, VHB, VHC, sífilis y T. Cruzi, con controles de calidad	Número de unidades de sangre para transfusión registradas en el año previo al año de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE	En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017. La medición debe incluir controles de calidad interna y externa.	

<sup>46</sup> MINEDUC (2017)

<sup>47</sup> Comité Regional de la OMS para las Américas (2016). Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Infección Por el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021. Washington D.C.

<b>Causa directa 1:</b>		Persistencia de prácticas de riesgo que favorecen la transmisión de VIH y otras ITS.									
<b>Lineamiento estratégico 1:</b>		Incremento de la oferta de intervenciones de prevención combinada, adoptando nuevos enfoques y utilizando estrategias y tecnologías innovadoras que han demostrado alto impacto en la prevención de la transmisión del VIH, con énfasis en las poblaciones priorizadas									
<b>Indicadores de efecto y producto</b>											
Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios	
Producto	9 % de personas con indicación de Profilaxia Posterior a la Exposición (PEP) y que la recibieron (desagregado por sexo)	Sin dato	---	---	Medición de LB	90%	Número de personas con indicación de Profilaxia Posterior a la Exposición (PEP), que la recibieron (desagregado por sexo)	Número de personas con indicación de Profilaxia Posterior a la Exposición (PEP) de acuerdo a la normativa de la OMS/OPS (desagregado por sexo)	MSPAS (PNS,PNSR, Unidad de Violencia Sexual de Embarazadas menores de 14 años y de maltrato infantil del SIAS, Mesa de Violencia, CNE) IGSS	En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017	
Producto	10 % de personas sobrevivientes de violencia sexual que recibieron Profilaxia Posterior (PEP) a la Exposición según las normas nacionales (desagregado por sexo)	Sin dato	---	---	Medición de LB	90%	Número de personas sobrevivientes de violencia sexual que recibieron Profilaxia Posterior a la Exposición (desagregado por sexo)	Número de personas sobrevivientes de violencia sexual reportadas en el último año (desagregado por sexo)	MSPAS (PNS,PNSR, Unidad de Violencia Sexual de Embarazadas menores de 14 años y de maltrato infantil del SIAS, Mesa de Violencia, CNE) IGSS	En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017	

<b>Causa directa 1:</b>		Persistencia de prácticas de riesgo que favorecen la transmisión de VIH y otras ITS.									
<b>Lineamiento estratégico 1:</b>		Incremento de la oferta de intervenciones de prevención combinada, adoptando nuevos enfoques y utilizando estrategias y tecnologías innovadoras que han demostrado alto impacto en la prevención de la transmisión del VIH, con énfasis en las poblaciones priorizadas									
Indicadores de efecto y producto											
Tipo de indicador		Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios
Producto	11	Número de proyectos piloto ofreciendo Profilaxia Previa a la Exposición -PrEP- a poblaciones clave (HSH, TRANS, MTS)	1	48	2017	---	3	Número de proyectos piloto ofreciendo Profilaxia Previa a la Exposición -PrEP- a HSH	No aplica	MSPAS, ONGs	---
Producto	12	% de parejas serodiscordantes de PV con acceso a Profilaxia Previa a la Exposición -PrEP- (desagregado por sexo)	0	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de parejas serodiscordantes de PV que reciben Profilaxia Previa a la Exposición -PrEP- (desagregado por sexo)	Número de parejas serodiscordantes entre los alcanzados por proyectos de prevención combinada.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>Se priorizarán inicialmente para el cumplimiento de este indicador las acciones realizadas por Sociedad Civil que cuentan con fondos de cooperación internacional, elementos que brindarán aportes para evaluar la viabilidad, factibilidad y sostenibilidad</li> </ul>
Producto	13	% de personas de poblaciones clave (HSH, TRANS, MTS) recibiendo Profilaxia Previa a la Exposición -PrEP- entre las personas alcanzadas por proyectos de prevención combinada	0 <sup>49</sup>	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de HSH alcanzados por proyectos de prevención combinada que reciben Profilaxia Previa a la Exposición -PrEP-.	Número de HSH, TRANS, MTS alcanzados por proyectos de prevención combinada.	MSPAS, CNE, ONGs	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>Se priorizarán inicialmente para el cumplimiento de este indicador las acciones realizadas por Sociedad Civil que cuentan con fondos de cooperación internacional, elementos que brindarán aportes para evaluar la viabilidad, factibilidad y sostenibilidad</li> </ul>

<sup>48</sup> Colectivo Amigos contra el Sida.

<sup>49</sup> A marzo del año 2017 hay 14 HSH recibiendo servicios de PrEP en CAS, pero en relación al total de personas que tuvieron acceso a servicios de prevención combinada, el porcentaje es muy cercano a cero.

## Indicadores de efecto y producto para el lineamiento estratégico 2

<b>Causa directa 2:</b>		Persistencia de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B.									
<b>Lineamiento estratégico 2:</b>		Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B con estrategias nacionales planteadas en base a las estrategias globales									
<b>Indicadores de efecto y producto</b>											
Tipo de indicador		Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios
Efecto	1	% de embarazadas que tuvieron un resultado positivo en la prueba de VIH en los últimos 12 meses	0.362 %	50	2015	---	0.15%	Número de ME con prueba positiva al VIH	Número de ME a quienes se les hizo la prueba de VIH	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	· La meta corresponde al compromiso de los países miembros de la ONU acerca de la disminución de la transmisión sexual del VIH en 50% para el 2015.
Efecto	2	% de embarazadas con estatus serológico del VIH conocido que resolvieron su embarazo en los últimos 12 meses (incluyendo las mujeres seronegativas, seropositivas y/o con estatus positivo conocido)	Sin dato	--	--	Medición de LB	Igual o mayor al 95%	Número de ME que conocen su estado serológico para VIH, incluyendo las mujeres seronegativas, seropositivas y/o con estatus positivo conocido.	Número de embarazadas estimadas para el año previo al año de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	· En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador definido, utilizando datos registrados en el 2017.
Efecto	3	% estimado de mujeres embarazadas con VIH que recibieron tratamiento antirretroviral efectivo para prevenir la transmisión de madre a hijo.	13% (9%-21%)	51	2015	---	100%	Número estimado de mujeres embarazadas con VIH que recibieron tratamiento antirretroviral efectivo para prevenir la transmisión de madre a hijo.	Número estimado de mujeres embarazadas con VIH en el año previo al año de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	---

<sup>50</sup> GARPR. Numerador = Embarazadas testeadas seropositivas al VIH (628). Denominador = Embarazadas testeadas (173,148).

<sup>51</sup> UNAIDS (2016). *Prevention Gap Report*. Page 237.

<b>Causa directa 2:</b>		Persistencia de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B.									
<b>Lineamiento estratégico 2:</b>		Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B con estrategias nacionales planteadas en base a las estrategias globales									
Indicadores de efecto y producto											
Tipo de indicador		Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios
Efecto	4	% de niños nacidos de mujeres con VIH que recibieron una prueba virológica de VIH antes de los 2 meses de nacidos. <sup>52</sup>	Sin dato	---	---		100%	Número de niños nacidos de mujeres con VIH que recibieron una prueba virológica de VIH antes de los 2 meses de nacidos.	Número de mujeres embarazadas que viven con VIH que han dado a luz en los últimos 12 meses	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La OMS recomienda que los programas nacionales establezcan la capacidad de proporcionar pruebas virológicas precoces de los lactantes para el VIH a las seis semanas o lo antes posible para guiar la toma de decisiones clínicas.</li> <li>La enfermedad del VIH progresa rápidamente entre los niños, por lo cual necesitan comenzar el tratamiento tan pronto como sea posible porque, sin tratamiento temprano, casi el 50% de los niños habrán fallecido en el segundo año.</li> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador definido, utilizando datos registrados en el 2017.</li> </ul>
Efecto	5	% de embarazadas tamizadas para sífilis durante el control prenatal en los últimos 12 meses.	80.49 %	53	2014	Medición de LB	Igual o mayor al 95%	Número de embarazadas tamizadas para sífilis durante el control prenatal en el año previo al año de reporte.	Número de embarazadas que acudieron a control prenatal	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el dato tomado como LB se registraron pruebas de sífilis efectuadas a embarazadas y no embarazadas que se hicieron la prueba de sífilis.</li> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador definido, utilizando datos registrados en el 2017.</li> </ul>
Efecto	6	% de embarazadas con sífilis que recibieron tratamiento	86.84 %	54	2014	Medición de LB	100%	Número de ME que recibieron tratamiento para sífilis en el año previo al año de reporte	Número de ME con diagnóstico de sífilis en el año previo al año de reporte	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador definido, utilizando datos registrados en el 2017.</li> </ul>
Efecto	7	Número de casos de sífilis congénita.	Sin dato	---	---	Medición de LB	0	Número de casos de sífilis congénita en el año previo al año de reporte.	No aplica	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.</li> </ul>

<sup>52</sup> UNAIDS (2016). *Global AIDS Monitoring 2017. Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS*. Page 46.

<sup>53</sup> GARPR. Numerador = Número de embarazadas a las que se les hizo la prueba de sífilis durante el control prenatal en los últimos 12 meses (221,881). Denominador = Embarazadas con atención prenatal en los últimos 12 meses (275,630)

<sup>54</sup> GARPR. Numerador = ME que recibieron tratamiento para sífilis en el año previo al año de reporte (198). Denominador = ME con diagnóstico de sífilis en el año previo al año de reporte (228).

**Causa directa 2:** Persistencia de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B.

**Lineamiento estratégico 2:** Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B con estrategias nacionales planteadas en base a las estrategias globales

### Indicadores de efecto y producto

Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios
Efecto	8 % de ME con diagnóstico de hepatitis B	0.1%	55	2010	Medición de LB	0.05%	Número de ME con diagnóstico de hepatitis B	Número de ME para el año previo al año de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.
Efecto	9 % de RN vacunados para hepatitis B.	Sin dato	---	---	Medición de LB	100%	Número de RN vacunados para hepatitis B.	Número de nacidos vivos	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.
Producto	1 Número de embarazadas con estatus serológico del VIH conocido que resolvieron su embarazo en los últimos 12 meses (incluyendo las mujeres seronegativas, seropositivas y/o con estatus positivo conocido)	Sin dato	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de ME que conocen su estado serológico para VIH, incluyendo las mujeres seronegativas, seropositivas y/o con estatus positivo conocido.	No aplica	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador definido, utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>La meta se establecerá cuando se cuente con la medición de línea de base.</li> </ul>
Producto	2 Número de embarazadas que tuvieron un resultado positivo en la prueba de VIH en los últimos 12 meses	628	56	2015	---	314	Número de ME con prueba positiva al VIH	No aplica	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	La meta corresponde al compromiso de los países miembros de la ONU acerca de la disminución de la transmisión sexual del VIH en 50% para el 2015.
Producto	3 Número de embarazadas con VIH que recibieron tratamiento ARV en los últimos 12 meses	214	57	2015	---	Igual o mayor al 95% de las ME PV estimadas para el año previo al año de	Número de embarazadas con VIH que recibieron tratamiento ARV en los últimos 12 meses	No aplica	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	---

<sup>55</sup> N= 708. Proyección del INE (2010) publicada en: Ministerio de salud Pública y asistencia social, Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas, Programa Nacional de Prevención y Control de IT, VIH y sida (2013). Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis congénita 2013 – 2016. Guatemala. Página 1.

<sup>56</sup> GARPR. Embarazadas testeadas seropositivas al VIH (628).

<sup>57</sup> Numerador (GARPR) = 214.

<b>Causa directa 2:</b>		Persistencia de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B.									
<b>Lineamiento estratégico 2:</b>		Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B con estrategias nacionales planteadas en base a las estrategias globales									
Indicadores de efecto y producto											
Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios	
						reporte					
Producto	4	% de recién nacidos de madres con VIH que reciben sucedáneos de leche materna según normativa nacional	Sin dato	---	---	Medición de LB	100%	Número de recién nacidos de madres con VIH que reciben sucedáneos de leche materna según normativa nacional	Número de recién nacidos de madres con VIH en el año previo al año de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	• En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.
Producto	5	% de mujeres con VIH en edad fértil que acceden a métodos de planificación familiar	Sin dato	---	---	Medición de LB	100%	Número de mujeres con VIH en edad fértil que acceden a métodos de planificación familiar	Número de mujeres con VIH en edad fértil estimadas para el año previo al año de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	• En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.
Producto	6	Número de niños nacidos de mujeres con VIH que recibieron una prueba virológica de VIH antes de los 2 meses de nacidos. <sup>58</sup>	Sin dato	---	---	Medición de LB	100% de los niños nacidos de ME PV estimados para el año previo al año de reporte	Número de niños nacidos de mujeres con VIH que recibieron una prueba virológica de VIH antes de los 2 meses de nacidos.	No aplica	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.
Producto	7	Número de embarazadas tamizadas para sífilis durante el control prenatal en los últimos 12 meses.	221,881	59	2014	---	Igual o mayor al 95% de las ME estimadas para el año previo al año de reporte	Número de embarazadas tamizadas para sífilis durante el control prenatal en el año previo al año de reporte.	No aplica	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	---

<sup>58</sup> UNAIDS (2016). Global AIDS Monitoring 2017. Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. Page 46.

<sup>59</sup> GARPR. Número de embarazadas a las que se les hizo la prueba de sífilis durante el control prenatal en los últimos 12 meses (221,881).

<b>Causa directa 2:</b>		Persistencia de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B.									
<b>Lineamiento estratégico 2:</b>		Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B con estrategias nacionales planteadas en base a las estrategias globales									
<b>Indicadores de efecto y producto</b>											
Tipo de indicador	Indicador		Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios
Producto	8	Número de embarazadas con sífilis que recibieron tratamiento	198	60	2014	---	Igual o mayor al 95% de las ME con sífilis estimadas para el año previo al año de reporte	Número de ME que recibieron tratamiento para sífilis en el año previo al año de reporte	No aplica	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	---
Producto	9	Número de ME con diagnóstico de hepatitis B	718	61	2010	---	Igual o mayor al 95% de las ME con VHB estimadas para el año previo al año de reporte	Número de ME con diagnóstico de hepatitis B	No aplica	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	---
Producto	10	Número de RN vacunados para hepatitis B.	Sin dato	---	---	Medición de LB	100%	Número de RN vacunados para hepatitis B.	No aplica	MSPAS (Programa de Inmunizaciones, PNS, PNSR, CNE), IGSS, INE.	• En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017.
Producto	11	% de establecimientos de 2 y 3 nivel que ofrecen servicios de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis congénita y hepatitis B	Sin dato	---	2017	Medición de LB	Pendiente	Número de establecimientos de 2 y 3 nivel que cumplen con el paquete básico de Prevención de la Transmisión Materno Infantil	Número de establecimientos de 2 y 3 nivel que deben cumplir con el paquete básico de Prevención de la Transmisión Materno Infantil según la norma nacional.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	• En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017. • La meta se establecerá cuando se cuente con la medición de línea de base.

<sup>40</sup> GARPR. ME que recibieron tratamiento para sífilis en el año previo al año de reporte (198).

<sup>41</sup> N= 708. Proyección del INE (2010) publicada en: Ministerio de salud Pública y asistencia social, Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas, Programa Nacional de Prevención y Control de IT, VIH y sida (2013). Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis congénita 2013 – 2016. Guatemala. Página 1.

## Indicadores de efecto y producto para el lineamiento estratégico 3

## Causa directa 3:

Insuficiente captación, diagnóstico, tratamiento, adherencia, retención y supresión de la carga viral en personas con VIH y sida, lo cual incide en el cumplimiento de las metas de la cascada del continuo de atención del VIH y otras ITS.

## Lineamiento estratégico 3:

Incremento de la oferta de atención integral de las ITS, VIH y sida, de forma continua y centrada en las personas, la familia y la comunidad.

## Indicadores de efecto y producto

Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios
Efecto	1 % de personas con VIH que han sido diagnosticadas (desagregado por sexo)	43%	62	2015	---	90% (51,120)	Número de personas diagnosticadas con VIH en el año previo al año de reporte.	Número estimado de personas con VIH para el año previo al año de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	La meta se define como parte de los compromisos de país para cumplir con las metas de 90-90-90.
Efecto	2 % de HSH que se han practicado la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados	45%	63	2013	---	90%	Número de HSH que se han sometido a una prueba de VIH en el año previo al período de reporte.	Tamaño estimado de la población de HSH para el año previo al año de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	La ECVC aunque no brinda datos representativos de país, es la fuente más confiable disponible. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala. Es necesario fortalecer el registro de datos en el SIGSA 1.2 para valorar su uso
Efecto	3 % de TRANS que se han practicado la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados	59.2%	64	2013	---	90%	Número de TRANS que se han sometido a una prueba de VIH en el año previo al período de reporte.	Tamaño estimado de la población de TRANS para el año previo al año de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	La ECVC aunque no brinda datos representativos de país, es la fuente más confiable disponible. La LB corresponde al dato de la ciudad de Guatemala. Es necesario fortalecer el registro de datos en el SIGSA 1.2 para valorar su uso
Efecto	4 % de MTS que se han practicado la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados	75%	65	2013	---	90%	Número de MTS que se han sometido a una prueba de VIH en el año previo al período de reporte.	Tamaño estimado de la población de MTS para el año previo al año de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	La ECVC aunque no brinda datos representativos de país, es la fuente más confiable disponible. Para la LB se utilizó el dato de la ciudad de Guatemala. Es necesario fortalecer el registro de datos en el SIGSA 1.2 para valorar su uso

<sup>62</sup> ONUSIDA (2015). Avanzando hacia el Control de la Epidemia de VIH y Sida en Guatemala: Establecimiento de Metas Nacionales de Acceso y Diagnóstico. Editorial Serviprensa: Guatemala. Pág. 33

<sup>63</sup> ECVC-2013

<sup>64</sup> ECVC-2013

<sup>65</sup> ECVC-2013

<b>Causa directa 3:</b>		Insuficiente captación, diagnóstico, tratamiento, adherencia, retención y supresión de la carga viral en personas con VIH y sida, lo cual incide en el cumplimiento de las metas de la cascada del continuo de atención del VIH y otras ITS.									
<b>Lineamiento estratégico 3:</b>		Incremento de la oferta de atención integral de las ITS, VIH y sida, de forma continua y centrada en las personas, la familia y la comunidad.									
Indicadores de efecto y producto											
Tipo de indicador	Indicador		Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios
Efecto	5	% de mujeres de 15 a 24 años de edad que se practicó la prueba de VIH y conoce sus resultados	15.7%	66	2015	---	90%	Número de mujeres de 15 a 24 años de edad que se practicó la prueba de VIH y conoce sus resultados	Número de mujeres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses	MSPAS, IGSS, CNE, INE	·
Efecto	6	% de hombres de 15 a 24 años de edad que se practicó la prueba de VIH y conoce sus resultados	9.5%	67	2015	---	90%	Número de hombres de 15 a 24 años de edad que se practicó la prueba de VIH y conoce sus resultados	Número de hombres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses	MSPAS, IGSS, CNE, INE	·
Efecto	7	Prevalencia de VIH en poblaciones específicas (Migrantes, Jóvenes en riesgo Social, Privados de Libertad)	Sin dato	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de personas de poblaciones específicas (migrantes, jóvenes en riesgo social, privados de libertad) con resultado positivo en la prueba de VIH	Número de personas de poblaciones específicas (migrantes, jóvenes en riesgo social, privados de libertad) que se hicieron la prueba de VIH en el año previo al año de reporte.	MSPAS, MIDEX, IGSS, CONJUVE, MP, Ministerio de Gobernación, ONG	· En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos registrados en el 2017.
Efecto	8	% de pacientes con diagnóstico de TB (todas las formas) que recibieron una prueba de VIH, conocen sus resultados (desagrado por sexo)	92%	68	2015	---	100%	Número de pacientes con diagnóstico de TB (todas las formas) que recibieron una prueba de VIH, conocen sus resultados y estos están anotados en el registro de TB.	Número de pacientes con diagnóstico de TB (todas las formas) reportados en el año previo al año de reporte.	MSPAS (PNT, PNS, CNE), IGSS.	---
Efecto	9	% de PV con	48%	69	2013	Medición	Menor al	Número de PV con	Número total de	MSPAS,	· El dato de LB únicamente

<sup>66</sup> MSPAS/INE/SEGEPLAN. VI Encuesta de Salud Materno Infantil 2014-2015. Guatemala. 2017. Página 419-421.

<sup>67</sup> MSPAS/INE/SEGEPLAN. VI Encuesta de Salud Materno Infantil 2014-2015. Guatemala. 2017. Página 419-421.

<sup>68</sup> Global Report del 2016 de OMS (son datos 2015) se reporta que el 92% de los casos de TB conocen su estatus de VIH (de los 3381 casos notificados para ese año).

<b>Causa directa 3:</b>		Insuficiente captación, diagnóstico, tratamiento, adherencia, retención y supresión de la carga viral en personas con VIH y sida, lo cual incide en el cumplimiento de las metas de la cascada del continuo de atención del VIH y otras ITS.									
<b>Lineamiento estratégico 3:</b>		Incremento de la oferta de atención integral de las ITS, VIH y sida, de forma continua y centrada en las personas, la familia y la comunidad.									
Indicadores de efecto y producto											
Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios	
	recuentos iniciales de CD4 inferiores a 200/mm <sup>3</sup> (para vinculación), desagregado por sexo				Medición de LB	10%	recuentos iniciales de CD4 inferiores a 200/mm <sup>3</sup>	personas que viven con el VIH con un recuento inicial de células CD4 durante el período del informe.	IGSS, CNE, INE.	<p>corresponde al % de PV total con recuentos iniciales de CD4 inferiores a 200/mm<sup>3</sup>, no así al % de PV con recuentos iniciales de CD4 inferiores a 200/mm<sup>3</sup> con retraso en la vinculación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>La meta se define como parte de los compromisos de país para cumplir con las metas de 90-90-90.</li> <li>Para el resultado intermedio de vinculación, las personas deben cumplir con los siguientes criterios: fecha de diagnóstico registrada, fecha del primer recuento de CD4 registrada, cálculo de la diferencia entre las fechas -las fechas que difieren en más de un mes pueden indicar un retraso en la vinculación a la atención-.</li> </ul>	
Efecto	10	% de pacientes diagnosticados con VIH (nuevos diagnósticos) que iniciaron TARV en el año previo al año de reporte (desagregado por sexo)	Sin dato	---	2017	Medición de LB	90%	Número de pacientes diagnosticados con VIH (nuevos diagnósticos) que iniciaron TARV en el año previo al año de reporte.	Número de pacientes diagnosticados con VIH (nuevos diagnósticos) en el año previo al año de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017.</li> </ul>
Efecto	11	% de personas en	58.82%	70	2015	---	90%	Número de	Número de	MSPAS,	<ul style="list-style-type: none"> <li>La meta se define como</li> </ul>

<sup>69</sup> Diagnóstico tardío. 2016. Fuente GAM 2017 (no publicado).

<sup>70</sup> ONUSIDA (2015). Avanzando hacia el Control de la Epidemia de VIH y Sida en Guatemala: Establecimiento de Metas Nacionales de Acceso y Diagnóstico. Editorial Serviprensa: Guatemala. Pág. 3

<b>Causa directa 3:</b>		Insuficiente captación, diagnóstico, tratamiento, adherencia, retención y supresión de la carga viral en personas con VIH y sida, lo cual incide en el cumplimiento de las metas de la cascada del continuo de atención del VIH y otras ITS.								
<b>Lineamiento estratégico 3:</b>		Incremento de la oferta de atención integral de las ITS, VIH y sida, de forma continua y centrada en las personas, la familia y la comunidad.								
<b>Indicadores de efecto y producto</b>										
Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios
	TARV con supresión viral (carga viral de menos de 1.000 copias/ml), desagregado por sexo						personas en TARV con supresión viral (carga viral de menos de 1.000 copias/ml)	personas en TARV	IGSS, CNE, INE.	parte de los compromisos de país para cumplir con las metas de 90-90-90.
Efecto	12 Seroprevalencia de VIH en pacientes con TB (desagregado por sexo)	6%	71	2015	---	3%	Número de pacientes diagnosticados con VIH entre los que fueron diagnosticados con TB en el año previo al período de reporte.	Número de pacientes diagnosticados con TB en el año previo al período de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	---
Efecto	13 % de personas diagnosticadas con coinfección TB/VIH que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH (desagregado por sexo)	86%	72	2015	---	100%	Número de personas diagnosticadas con coinfección TB/VIH que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH en el año previo al período de reporte.	Número de personas diagnosticadas con coinfección TB/VIH en el año previo al período de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	---
Efecto	14 % de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH (desagregado por sexo)	62%	72	2015	---	100%	Número de personas diagnosticadas con coinfección TB/VIH que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH en el año previo al período de reporte.	Número de personas estimadas con coinfección TB/VIH en el año previo al período de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	
Efecto	15 Incidencia de ITS en PV (desagregado por sexo)	Sin dato	---	2017	Medición de LB	100%	Número de PV diagnosticadas ITS en el año previo al período de	Número de PV vinculadas a las clínicas de atención integral	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	- En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados

<sup>71</sup> Informe Mundial sobre la TB 2016 OMS.

<sup>72</sup> Global Report del 2016 de OMS (son datos 2015) se reporta que Pacientes coinfectados TB/VIH que reciben tratamiento antirretroviral y tratamiento para TB: 86%=167/195\*100, 62%=167/270(OMS)\*100.

<b>Causa directa 3:</b>		Insuficiente captación, diagnóstico, tratamiento, adherencia, retención y supresión de la carga viral en personas con VIH y sida, lo cual incide en el cumplimiento de las metas de la cascada del continuo de atención del VIH y otras ITS.									
<b>Lineamiento estratégico 3:</b>		Incremento de la oferta de atención integral de las ITS, VIH y sida, de forma continua y centrada en las personas, la familia y la comunidad.									
<b>Indicadores de efecto y producto</b>											
Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios	
							reporte.	del VIH.		en el 2017.	
Producto	1	Número de PV en TARV (desagregado por sexo)	16,639	73	2016	---	90% de las PV diagnosticadas	Número de PV en TARV al final del año previo al período de reporte.	No aplica.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	
Producto	2	Número promedio de pruebas de carga viral por paciente en tratamiento ARV por año. <sup>74</sup> (desagregado por sexo)	Sin dato	75	2017	Medición de LB	2	Número de pruebas de carga viral efectuadas a pacientes en TARV en el año previo al período de reporte.	Número de pacientes en TARV en el año previo al período de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	• En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017.
Producto	3	% de PV que recibieron servicios de diagnóstico de ITS (desagregado por sexo)	Sin dato	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de personas con VIH que recibieron servicios de diagnóstico de ITS.	Número de PV en control o TARV en las clínicas especializadas.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	• En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017. • La meta se establecerá cuando se cuente con la medición de línea de base.
Producto	4	% de PV que recibieron tratamiento de ITS (desagregado por sexo)	Sin dato	---	---	Medición de LB	100%	Número de PV que recibieron tratamiento de ITS en el año previo al año de reporte.	Número de PV con diagnóstico de ITS en el año previo al año de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	• En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017.
Producto	5	% de PV en TARV que reciben apoyo de pares para mantener la adherencia al tratamiento (desagregado por sexo)	Sin dato	---	---	Medición de LB	100%	Número de PV en TARV que reciben apoyo de pares para mantener la adherencia al tratamiento.	Número de PV en TARV en el año previo al año de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	• En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017.
Producto	6	% de adultos y niños incorporados en	Sin dato	---	---	Medición de LB	100%	Número de adultos y niños	Número de adultos y niños	MSPAS, IGSS,	• En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de

<sup>73</sup> Informe GAM, 2017/bases de datos del PNS.

<sup>74</sup> Organización Panamericana de la Salud (2014). Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH 2014. Página 36.

<sup>75</sup> Organización Panamericana de la Salud (2014). Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH 2014. Página 36.

<b>Causa directa 3:</b>		Insuficiente captación, diagnóstico, tratamiento, adherencia, retención y supresión de la carga viral en personas con VIH y sida, lo cual incide en el cumplimiento de las metas de la cascada del continuo de atención del VIH y otras ITS.								
<b>Lineamiento estratégico 3:</b>		Incremento de la oferta de atención integral de las ITS, VIH y sida, de forma continua y centrada en las personas, la familia y la comunidad.								
Indicadores de efecto y producto										
Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios
	atención para VIH que tuvieron una evaluación para TB registrada en su última visita (desagregado por sexo)						incorporados en atención para VIH que tuvieron una evaluación para TB registrada en su última visita	incorporados en atención para VIH en el año previo al año de reporte.	CNE, INE.	base del indicador utilizando datos registrados en el 2017.
Producto	7 % de PV (adultos y niños) que reciben tratamiento preventivo de TB según las normas nacionales (desagregado por sexo)	Sin dato	---	---	Medición de LB	100%	Número de PV (adultos y niños) que reciben tratamiento preventivo de TB según las normas nacionales.	Número de PV (adultos y niños) en atención para VIH en el año previo al año de reporte.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	· En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017.

## Indicadores de efecto y producto para el lineamiento estratégico 4

<b>Causa directa 4:</b>		Entornos desfavorables que promueven el estigma y la discriminación.								
<b>Lineamiento estratégico 4:</b>		Promoción de un entorno social, jurídico y normativo favorable que promueva la equidad en el acceso a la salud, la igualdad de género y el pleno ejercicio de los derechos humanos.								
Indicadores de efecto y producto										
Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios
Efecto	1 % de PV que refieren que sus DDHH han sido violados (desagregado por sexo)	39.12%	76	2008	---	Menos del 15%	Número de PV que refieren que sus DDHH han sido violados	Número de PV entrevistadas	MSPAS, IGSS, PDH, CNE, INE.	---
Efecto	2 % de personas de 15 a 49 años que reporta actitudes discriminatorias hacia las PV. <sup>77</sup> (desagregado por sexo)	60.6%	78	2008	---	Menos del 30%	Número de personas de 15 a 49 años que responden "NO" a las 2 preguntas. <sup>79</sup>	Número de personas de 15 a 49 años que responden haber escuchado sobre el VIH.	MSPAS, IGSS, PDH, CNE, INE.	---
Efecto	3 % de denuncias por violaciones de derechos humanos de PV y poblaciones clave que cuentan con una resolución (desagregado por sexo)	Sin dato	---	---	Medición de LB	80%	Número de denuncias por violaciones de derechos humanos de PV y PEMAR que cuentan con una resolución	Número de denuncias de violaciones de DDHH a PV y poblaciones clave interpuestas en el año previo al año de reporte.	MSPAS, IGSS, PDH, CNE, INE.	· En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador.
Efecto	4 % de PV que reportan discriminación en los servicios de salud (desagregado por sexo)	Sin dato	---	---	Medición de LB	Menos del 15%	Número de PV que reportan discriminación en los servicios de salud.	Número de PV entrevistadas	MSPAS, IGSS, PDH, CNE, INE.	· En el 2017 se tendrá información para este indicador. · Los datos de monitoreo se pueden recoger a través de una encuesta virtual dirigida a personas con VIH y poblaciones clave
Efecto	5 % de personas de las poblaciones clave y vulnerables que reportan discriminación en los servicios de salud (desagregado por sexo)	Sin dato	---	---	Medición de LB	Menos del 15%	Número de personas de las poblaciones clave y vulnerables que reportan discriminación en los servicios de salud	Número de personas de las poblaciones clave entrevistadas.	MSPAS, IGSS, PDH, CNE, INE.	· En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador. · Los datos de monitoreo se pueden recoger a través de una encuesta virtual

<sup>76</sup> Visión Mundial. Informe final de consultoría: "Porcentaje de personas que viven con VIH o Sida que declaran que sus Derechos Humanos han sido respetados". 2009. Página 27.

<sup>77</sup> UNAIDS (2016). Global AIDS Monitoring 2017. Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. Page 90.

<sup>78</sup> UNAIDS – GARPR. ENSMI 2008-2009.

<sup>79</sup> El numerador se integra por las personas que responden "NO" a 2 preguntas: 1) ¿Compraría usted vegetales frescos de un vendedor si usted supiera que dicha persona tiene VIH? (Sí/No). 2) ¿Cree usted que los niños con VIH pueden asistir a la misma escuela que niños que no tienen VIH? (Sí/No).

											dirigida a personas con VIH y poblaciones clave
Efecto	6	Número de personas trabajadoras sexuales que reportan haber sufrido violencia de instituciones de estado (desagregado por sexo)	Sin dato	---	---	Medición de LB	Menos del 15%	Número de trabajadoras y trabajadores sexuales que reportan haber sufrido violencia de instituciones de estado	No aplica	MSPAS, IGSS, PDH, CNE, INE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador.</li> </ul>
Producto	1	Número de denuncias de violaciones de DDHH a PV y poblaciones clave interpuestas (desagregado por sexo)	496	80	2016	---	Disminución de al menos 15% de la LB	Número de denuncias de violaciones de DDHH a PV y poblaciones clave.	No aplica	MSPAS, IGSS, PDH, CNE, INE.	---
Producto	2	Número de instituciones públicas que adoptan políticas para reducir el estigma y la discriminación hacia PVV y PEMAR	Sin dato	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de instituciones públicas que adoptan políticas para reducir el estigma y la discriminación hacia PVV y PEMAR	No aplica	MSPAS, IGSS, PDH, CNE, INE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>La meta se establecerá cuando se cuente con la medición de línea de base.</li> </ul>
Producto	3	Número de normas jurídicas y/o políticas públicas discriminatorias que han sido derogadas o reformadas favorablemente que afectan a las poblaciones clave y vulnerables	Sin dato	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de normas jurídicas y/o políticas públicas discriminatorias que han sido derogadas o reformadas favorablemente que afectan a las poblaciones clave y vulnerables	No aplica	MSPAS, IGSS, PDH, CNE, INE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>La meta se establecerá cuando se cuente con la medición de línea de base.</li> </ul>
Producto	4	Número de normas jurídicas y/o políticas públicas discriminatorias que han sido derogadas o reformadas favorablemente que afectan a las personas que viven con VIH.	Sin dato	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de normas jurídicas y/o políticas públicas discriminatorias que han sido derogadas o reformadas favorablemente que afectan a las personas que viven con VIH.	No aplica	MSPAS, IGSS, PDH, CNE, INE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>La meta se establecerá cuando se cuente con la medición de línea de base.</li> </ul>
Producto	5	Número de personas capacitadas en el marco jurídico, legal y de derechos humanos para el ejercicio pleno de sus derechos humanos	Sin dato	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de personas capacitadas en el marco jurídico, legal y de derechos humanos para el ejercicio pleno de sus derechos humanos	No aplica	PDH, Sociedad Civil Organizada, Organizaciones de Base	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>La meta se establecerá cuando se cuente con la medición de línea de</li> </ul>

<sup>80</sup> Quinto Informe de Situación de Derechos Humanos de las Personas con VIH y PEMAR. Guatemala, 2016. Página 68.

										Comunitaria, PV	base.
Producto	6	No. de PV que son beneficiarios de un programa de protección social del Estado de Guatemala	0	---	---	Medición de LB	Pendiente	No. de PV que son beneficiarios de un programa de protección social del Estado de Guatemala	No aplica	MIDES, PROSAN, MAGA, Secretaría de Bienestar Social de la Esposa del Presidente	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>La meta se establecerá cuando se cuente con la medición de línea de base.</li> </ul>

### Indicadores de efecto y producto para el lineamiento estratégico 5

<b>Causa directa 5:</b>		Insuficiente desarrollo de mecanismos políticos, técnicos y administrativos que favorezcan la gobernanza y la sostenibilidad del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida, y las intervenciones orientadas a incrementar la oferta de servicios de prevención, atención integral y la protección de los derechos humanos de las poblaciones priorizadas.									
<b>Lineamiento estratégico 5:</b>		Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social y de los vínculos con los diferentes sectores que conforman la respuesta nacional para la implementación de mecanismos políticos, estratégicos, técnicos y administrativos que favorezcan la rectoría, la gobernanza y la sostenibilidad de la respuesta nacional para el control del VIH y otras ITS.									
<b>Indicadores de efecto y producto</b>											
Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios	
Efecto	1	Gasto total en prevención como porcentaje del gasto total en VIH	34.07 %	81	2015	---	Gasto en prevención	Gasto total en VIH	MSPAS, IGSS, ONGs	---	
Efecto	2	Gasto total en prevención en HSH, MTS y TRANS como porcentaje del gasto total en VIH	Sin dato	---	---	Medición de LB	25% o más <sup>82</sup>	Gasto total en prevención en HSH, MTS y TRANS	Gasto total en VIH	MSPAS, IGSS, ONGs	En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador.
Efecto	3	Número de episodios de ruptura de abastecimiento de medicamentos antirretrovirales en el año previo al año de reporte	Sin dato	---	---	Medición de LB	0	Número de episodios de ruptura de abastecimiento de medicamentos antirretrovirales en el año previo al año de	No aplica	MSPAS, IGSS, ONGs	En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador.

<sup>81</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (s.f.) Informe de la medición del gasto en Sida - MEGAS 2015. Página 32.

<sup>82</sup> UNAIDS-2016. Prevention Gap Report. Página 12: "The percentage required for prevention varies by country. It might be lower than 25% in high-prevalence countries with large numbers of people needing antiretroviral therapy, and higher than 25% in countries with epidemics highly concentrated among key populations and low treatment needs. (Stover J, Bollinger L, Izazola JA, Loures L, DeLay P, Ghys PD, et al. (2016) What Is Required to End the AIDS Epidemic as a Public Health Threat by 2030? The Cost and Impact of the Fast-Track Approach. PLoS ONE 11(5):e0154893)."

<b>Causa directa 5:</b>		Insuficiente desarrollo de mecanismos políticos, técnicos y administrativos que favorezcan la gobernanza y la sostenibilidad del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida, y las intervenciones orientadas a incrementar la oferta de servicios de prevención, atención integral y la protección de los derechos humanos de las poblaciones priorizadas.									
<b>Lineamiento estratégico 5:</b>		Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social y de los vínculos con los diferentes sectores que conforman la respuesta nacional para la implementación de mecanismos políticos, estratégicos, técnicos y administrativos que favorezcan la rectoría, la gobernanza y la sostenibilidad de la respuesta nacional para el control del VIH y otras ITS.									
Indicadores de efecto y producto											
Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios	
							reporte				
Efecto	4	% de clínicas/servicios de salud que cuentan con una satisfacción de usuarios por arriba del 85%.	Sin dato	---	---	Medición de LB	Pendiente	Número de clínicas/servicios de salud que cuentan con una satisfacción de usuarios por arriba del 85%.	Número de clínicas/servicios de salud priorizados	MSPAS, IGSS, ONGs	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017.</li> <li>La meta se establecerá cuando se cuente con la medición de línea de base.</li> </ul>
Efecto	5	% de los indicadores del PEN que se reportan en informes periódicos del sistema de información del MSPAS	0%	---	2017	25%	100%	Número de los indicadores del PEN que se reportan en informes periódicos del sistema de información del MSPAS	Número de indicadores del PEN cuya fuente de información es el sistema de información del MSPAS.	MSPAS, IGSS, CNE, INE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se suman al denominador aquellos indicadores que se miden por medio de encuestas u otro tipo de estudios.</li> </ul>
Efecto	6	% de normas de atención de ITS actualizadas de acuerdo a estándares de la OMS, socializadas.	Sin dato	---	---	Medición de LB	100%	Número de normas de atención de ITS actualizadas, socializadas e implementadas de acuerdo a estándares internacionales.	Número de normas de atención de ITS que necesitan ser actualizadas, socializadas e implementadas de acuerdo a estándares internacionales.	MSPAS, IGSS, CNE	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017.</li> </ul>
Efecto	7	% de normas nacionales de bioseguridad y protección universal actualizada de acuerdo con las directrices más recientes de la OMS, socializadas.	Sin dato	---	---	Medición de LB	100%	Número de normas nacionales de bioseguridad y protección universal actualizadas, socializadas e implementadas de acuerdo con las directrices más recientes de la OMS	Número de normas nacionales de bioseguridad y protección universal que necesitan ser actualizadas, socializadas e implementadas de acuerdo con las directrices más recientes de la OMS	MSPAS, IGSS, CNE	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base del indicador utilizando datos registrados en el 2017.</li> </ul>

<b>Causa directa 5:</b>	Insuficiente desarrollo de mecanismos políticos, técnicos y administrativos que favorezcan la gobernanza y la sostenibilidad del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida, y las intervenciones orientadas a incrementar la oferta de servicios de prevención, atención integral y la protección de los derechos humanos de las poblaciones priorizadas.
<b>Lineamiento estratégico 5:</b>	Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social y de los vínculos con los diferentes sectores que conforman la respuesta nacional para la implementación de mecanismos políticos, estratégicos, técnicos y administrativos que favorezcan la rectoría, la gobernanza y la sostenibilidad de la respuesta nacional para el control del VIH y otras ITS.

## Indicadores de efecto y producto

Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios	
Producto	1	Porcentaje de normativa nacional con criterios actualizados sobre el inicio y seguimiento del tratamiento antirretroviral y atención integral del VIH.	0	---	---	---	100%	Número de normas nacionales nacional con criterios actualizados sobre el tratamiento antirretroviral, incluida la recomendación de iniciar el tratamiento antirretroviral independientemente del recuento de CD4 en los pacientes con infección por el VIH y con hepatitis B crónica grave.	Número de normas nacionales que deben ser actualizadas.	MSPAS, IGSS	---
Producto	2	PEN 2017-2021 socializado y utilizado por los actores de la respuesta nacional al VIH	0	---	---	---	100%	No aplica	No aplica	MSPAS, IGSS, ONG, Sociedad Civil	---
Producto	3	Porcentaje de normas nacionales de Co-infección Tb/VIH y VIH/Tb desarrolladas en alineación con las directrices más recientes de la OMS, actualizadas y socializadas	0	---	---	---	100%	No aplica	No aplica	MSPAS (PNS, PNT), IGSS	---
Producto	4	Porcentaje de normas nacionales de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B, actualizadas y socializadas, alineadas con las directrices de la OMS (incluyendo la normativa nacional de atención prenatal, parto y puerperio para mujeres	0	---	---	---	100%	No aplica	No aplica	MSPAS (PNS, PNSR), IGSS	---

<b>Causa directa 5:</b>		Insuficiente desarrollo de mecanismos políticos, técnicos y administrativos que favorezcan la gobernanza y la sostenibilidad del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida, y las intervenciones orientadas a incrementar la oferta de servicios de prevención, atención integral y la protección de los derechos humanos de las poblaciones priorizadas.									
<b>Lineamiento estratégico 5:</b>		Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social y de los vínculos con los diferentes sectores que conforman la respuesta nacional para la implementación de mecanismos políticos, estratégicos, técnicos y administrativos que favorezcan la rectoría, la gobernanza y la sostenibilidad de la respuesta nacional para el control del VIH y otras ITS.									
<b>Indicadores de efecto y producto</b>											
Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios	
	en edad fértil)										
Producto	5	Porcentaje de normas nacionales sobre apoyo a la Adherencia alineada con las directrices más recientes de la OMS, actualizada y socializada.	0	---	---	---	100%	No aplica	No aplica	MSPAS, IGSS	---
Producto	6	Porcentaje de normas nacionales para Bancos de Sangre y Medicina Transfusional alineadas con las directrices más recientes de la OMS, actualizadas y socializadas	0	---	---	---	100%	No aplica	No aplica	MSPAS, IGSS	---
Producto	7	Porcentaje de normas nacionales de Nutrición de PV alineadas con las directrices más recientes de la OMS, actualizadas y socializadas	0	---	---	---	100%	No aplica	No aplica	MSPAS, IGSS	---
Producto	8	Porcentaje de normas nacionales sobre procedimiento y adquisición de medicamentos e insumos alineadas con las directrices más recientes de la OMS, actualizadas y socializadas	0	---	---	---	100%	No aplica	No aplica	MSPAS, IGSS	---
Producto	9	Política Pública 638-2005 actualizada	0	---	---	---	100%	No aplica	No aplica	MSPAS, IGSS	---
Producto	10	Número de establecimientos que reportan falta de disponibilidad en el kit	Sin dato	---	---	Medición de LB	0%	Número de establecimientos que reportan falta de disponibilidad en el kit	---	MSPAS (PNS, PNSR, Unidad de Violencia)	• En el 2018 se llevará a cabo la medición de línea de base utilizando datos

<b>Causa directa 5:</b>		Insuficiente desarrollo de mecanismos políticos, técnicos y administrativos que favorezcan la gobernanza y la sostenibilidad del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida, y las intervenciones orientadas a incrementar la oferta de servicios de prevención, atención integral y la protección de los derechos humanos de las poblaciones priorizadas.								
<b>Lineamiento estratégico 5:</b>		Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social y de los vínculos con los diferentes sectores que conforman la respuesta nacional para la implementación de mecanismos políticos, estratégicos, técnicos y administrativos que favorezcan la rectoría, la gobernanza y la sostenibilidad de la respuesta nacional para el control del VIH y otras ITS.								
Indicadores de efecto y producto										
Tipo de indicador	Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios
	de insumos para la aplicación de las medidas profilácticas post exposición ocupacional y no ocupacional, para las personas en riesgo, incluyendo a las mujeres, niñas/os y hombres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual y al personal de salud						de insumos para la aplicación de las medidas profilácticas post exposición ocupacional y no ocupacional, para las personas en riesgo, incluyendo a las mujeres, niñas/os y hombres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual y al personal de salud		Sexual de Embarazadas menores de 14 años y de Maltrato Infantil-SIAS, Mesa de Violencia, CNE), IGSS.	registrados en el 2017.
Producto	11 Porcentaje de medicamentos antirretrovirales genéricos utilizados en las clínicas de atención integral del MSPAS	75%	83	2017	--	100%	Número de medicamentos antirretrovirales genéricos utilizados en las clínicas de atención integral del MSPAS	Número total de medicamentos antirretrovirales utilizados en las clínicas de atención integral del MSPAS		Actualmente los medicamentos con patente o protección de molécula son: Lopinavir+Ritonavir 200 mg+50 mg tableta; Lopinavir+Ritonavir 100 mg + 25 mg tableta; Darunavir 150 mg tableta; Raltegravir 100mg tableta masticables; Raltegravir 400 mg tableta; Etravirina 100 mg tableta; Etravirina 200 mg tableta; Maraviroc 50 mg tableta; Dolutegravir 50 mg tableta; Tenofovir+Emtricitabina +Elvitegravir+Cobicistat 300+200+150+150 mg tableta.

83 Datos provistos por Unidad de Logística del PNS/MSPAS, año 2017 (75%=30/40+100).

<b>Causa directa 5:</b>		Insuficiente desarrollo de mecanismos políticos, técnicos y administrativos que favorezcan la gobernanza y la sostenibilidad del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida, y las intervenciones orientadas a incrementar la oferta de servicios de prevención, atención integral y la protección de los derechos humanos de las poblaciones priorizadas.									
<b>Lineamiento estratégico 5:</b>		Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social y de los vínculos con los diferentes sectores que conforman la respuesta nacional para la implementación de mecanismos políticos, estratégicos, técnicos y administrativos que favorezcan la rectoría, la gobernanza y la sostenibilidad de la respuesta nacional para el control del VIH y otras ITS.									
<b>Indicadores de efecto y producto</b>											
Tipo de indicador		Indicador	Línea de base	Fuente de LB	Año de LB	Meta 2018	Meta 2021	Número o Numerador	Denominador	Actores clave	Comentarios
Producto	12	% de laboratorios del MSPAS fortalecidos para el diagnóstico confirmatorio de VIH, pruebas basales de monitoreo (CD4 y CV), controles de calidad de bancos de sangre	Sin dato	---	---	Medición de LB	100%	Número de laboratorios del MSPAS fortalecidos para el diagnóstico confirmatorio de VIH, pruebas basales de monitoreo (CD4 y CV), controles de calidad de bancos de sangre	No. de laboratorios del MSPAS	MSPAS (Laboratorio Nacional, PNS, Programa de Medicina Transfusional)	

## AGENDA DE INVESTIGACIÓN

### Resultado final:

Disminución del 75% en el número de casos nuevos de VIH e ITS y el número de muertes atribuibles al sida en la población en general y las poblaciones priorizadas al finalizar el 2021.

Indicadores de impacto		Medición de LB en el 2018	Ajuste de meta para el 2021	Definición de meta para el 2021
1	Número de muertes relacionadas con el VIH.		✓	
2	Número de nuevos casos de VIH en el año previo al año de reporte.		✓	
4	% estimado de transmisión materno-infantil del VIH en el año previo al año de repo <sup>84</sup>	✓		
6	Tasa de incidencia de sífilis congénita (número de casos por 1,000 nacidos vivos)	✓		
7	Tasa de casos fallecidos por coinfección producidos por TB VIH	✓		
8	Número de muertes por hepatitis B y C entre las personas coinfectadas por VIH	✓		
13	Incidencia de ITS en PV en el año previo al año de reporte. <sup>85</sup>	✓		✓
14	Número de actos de violencia (incluyendo homicidios), contra personas LGBTI en el año previo al año de reporte.	✓		

### Lineamiento estratégico 1:

Incremento de la oferta de intervenciones de prevención combinada adoptando nuevos enfoques y utilizando tecnologías innovadoras que han demostrado alto impacto en la prevención de la transmisión del VIH, con énfasis en las poblaciones priorizadas.

Indicadores de producto		Medición de LB en el 2018	Ajuste de meta para el 2021	Definición de meta para el 2021
1	Número de HSH participantes en intervenciones de Comunicación para el Desarrollo en los últimos 12 meses	✓		✓
2	Número de mujeres trans participantes en intervenciones de Comunicación para el Desarrollo en los últimos 12 meses	✓		✓
3	Número de MTS participantes en intervenciones de Comunicación para el Desarrollo en los últimos 12 meses	✓		✓

<sup>84</sup> UNAIDS, 2016. *Global AIDS Monitoring 2017. Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS.*

<sup>85</sup> Tinajeros, F. (2014). *Estrategia Regional Salud, Dignidad y Prevención Positivas para Centroamérica y República Dominicana. Sistema de la Integración Centroamericana, Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, Mecanismo de Coordinación Regional, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Páginas 38 y 41.*

4	Número de ME participantes en intervenciones de Comunicación para el Desarrollo en los últimos 12 meses	✓		✓
5	Número de PV participantes en intervenciones de Comunicación para el Desarrollo en los últimos 12 meses	✓		✓
6	Número de establecimientos educativos del nivel medio y diversificado que incorporan la Estrategia Nacional de Educación Integral en Sexualidad (EIS)			✓
7	Número de jóvenes que están recibiendo los contenidos definidos en la EIS.	✓		✓
8	% de unidades de sangre para transfusión tamizadas para detectar HIV, VHB, VHC, sífilis y T, Cruzi.	✓		
9	% de personas con indicación de Profilaxia Posterior a la Exposición (PEP) y que la recibieron.	✓		
10	% de personas sobrevivientes de violencia sexual que recibieron Profilaxia Posterior a la Exposición (PEP) según las normas nacionales.	✓		
12	% de parejas serodiscordantes de PV con acceso a PrEP (desagregado por sexo)	✓		✓
13	% de personas de poblaciones clave (HSH, TRANS, MTS) recibiendo PrEP entre las personas alcanzadas por programas de prevención combinada	✓		✓

### Lineamiento estratégico 2:

Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B.

Indicadores de efecto		Medición de LB en el 2018	Ajuste de meta para el 2021	Definición de meta para el 2021
2	% de embarazadas con estatus serológico del VIH conocido que resolvieron su embarazo en los últimos 12 meses (incluyendo las mujeres seronegativas, seropositivas y/o con estatus positivo conocido)	✓		
4	% de niños nacidos de mujeres con VIH que recibieron una prueba virológica de VIH antes de los 2 meses de nacidos.	✓		
5	% de embarazadas tamizadas para sífilis durante el control prenatal en los últimos 12 meses.	✓		
6	% de embarazadas con sífilis que recibieron tratamiento	✓		
7	Número de casos de sífilis congénita.	✓		
8	% de ME con diagnóstico de hepatitis B	✓		
9	% de RN vacunados para hepatitis B.	✓		

Indicadores de producto		Medición de LB en el 2018	Ajuste de meta para el 2021	Definición de meta para el 2021
1	Número de embarazadas con estatus serológico del VIH conocido que resolvieron su embarazo en los últimos 12 meses (incluyendo las mujeres seronegativas, seropositivas y/o con estatus positivo conocido)	✓		✓
4	% de recién nacidos de madres con VIH que reciben sucedáneos de leche materna según normativa nacional	✓		
5	% de mujeres con VIH en edad fértil que acceden a métodos de planificación familiar	✓		
6	Número de niños nacidos de mujeres con VIH que recibieron una prueba virológica de VIH antes de los 2 meses de nacidos	✓		
10	Número de RN vacunados para hepatitis B.	✓		
11	% de establecimientos de 2 y 3 nivel que ofrecen servicios de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis congénita y hepatitis B	✓		✓

**Lineamiento estratégico 3:**

Incremento de la oferta de atención integral de las ITS, VIH y sida, de forma continua y centrada en las personas, la familia y la comunidad.

Indicadores de efecto		Medición de LB en el 2018	Ajuste de meta para el 2021	Definición de meta para el 2021
7	Prevalencia de VIH en poblaciones específicas (Migrantes, Jóvenes en riesgo Social, Privados de Libertad)	✓		✓
9	% de PV con recuentos iniciales de CD4 inferiores a 200/mm <sup>3</sup> (para vinculación), desagregado por sexo	✓		
10	% de pacientes diagnosticados con VIH (nuevos diagnósticos) que iniciaron TARV en el año previo al año de reporte.	✓		
15	Incidencia de ITS en PV	✓		

Indicadores de producto		Medición de LB en el 2018	Ajuste de meta para el 2021	Definición de meta para el 2021
2	Número promedio de pruebas de carga viral por paciente en tratamiento ARV por año. <sup>86</sup>	✓		
3	% de PV que recibieron tamizaje de ITS	✓		✓
4	% de PV que recibieron tratamiento de ITS	✓		
5	% de PV en TARV que reciben apoyo de pares para mantener la adherencia al tratamiento.	✓		
6	% de adultos y niños incorporados en atención para VIH que tuvieron una evaluación para TB registrada en su última visita	✓		
7	% de PV (adultos y niños) que reciben tratamiento preventivo de TB según las normas nacionales.	✓		

**Lineamiento estratégico 4:**

Promoción de un entorno social, jurídico y normativo favorable que promueva la equidad en el acceso a la salud, la igualdad de género y el pleno ejercicio de los derechos humanos.

Indicadores de efecto		Medición de LB en el 2018	Ajuste de meta para el 2021	Definición de meta para el 2021
3	% de denuncias por violaciones de derechos humanos de PV y poblaciones clave que cuentan con una resolución	✓		
4	% de PV que reportan discriminación en los servicios de salud.	✓		
5	% de personas de las poblaciones clave y vulnerables que reportan discriminación en los servicios de salud	✓		
6	Número de trabajadoras y trabajadores sexuales que reportan haber sufrido violencia de instituciones de estado	✓		

Indicadores de producto		Medición de LB en el 2018	Ajuste de meta para el 2021	Definición de meta para el 2021
2	Número de instituciones públicas que adoptan políticas para reducir el estigma y la discriminación hacia PVV y PEMAR	✓		✓
3	Número de normas jurídicas y/o políticas públicas discriminatorias que han sido derogadas o reformadas favorablemente que afectan a las poblaciones clave y vulnerables	✓		✓
4	Número de normas jurídicas y/o políticas públicas discriminatorias que han sido derogadas o reformadas favorablemente que afectan a las personas que viven con VIH.	✓		✓

5	Número de personas capacitadas en el marco jurídico, legal y de derechos humanos para el ejercicio pleno de sus derechos humanos	✓		✓
6	No. de PV que son beneficiarios de un programa de protección social del Estado de Guatemala			✓

**Lineamiento estratégico 5:**

Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social y de los vínculos con los diferentes sectores que conforman la respuesta nacional para la implementación de mecanismos políticos, estratégicos, técnicos y administrativos que favorezcan la rectoría, la gobernanza y la sostenibilidad de la respuesta nacional para el control del VIH y otras ITS.

	Indicadores de efecto	Medición de LB en el 2018	Ajuste de meta para el 2021	Definición de meta para el 2021
2	Gasto total en prevención en HSH, MTS y TRANS como porcentaje del gasto total en VIH	✓		
3	Número de episodios de ruptura de abastecimiento de medicamentos antirretrovirales en el año previo al año de reporte	✓		
4	Porcentaje de clínicas/servicios de salud que cuentan con una satisfacción de usuarios por arriba del 85%.	✓		✓
6	% de normas de atención de ITS actualizadas de acuerdo a estándares de la OMS, socializadas.	✓		
7	% de normas nacionales de bioseguridad y protección universal actualizada de acuerdo con las directrices más recientes de la OMS, socializadas.	✓		
10	Número de establecimientos que reportan falta de disponibilidad en el kit de insumos para la aplicación de las medidas profilácticas post exposición ocupacional y no ocupacional, para las personas en riesgo, incluyendo a las mujeres, niñas/os y hombres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual y al personal de salud	✓		
12	% de laboratorios del MSPAS fortalecidos para el diagnóstico confirmatorio de VIH, pruebas basales de monitoreo (CD4 y CV), controles de calidad de bancos de sangre	✓		

**Otros estudios:**

Estudios adicionales que contribuyen al seguimiento integral de la problemática de ITS, VIH y Sida en el país

Tema		Medición de LB en el 2018	Ajuste de meta para el 2021	Definición de meta para el 2021
1	Sub registro de diagnóstico de ITS y VIH	✓		
2	Sub registro de mortalidad	✓		
3	Seguimiento de niños expuestos nacidos de madres VIH positivas	✓		
4	Consumo de sustancias psicoactivas en poblaciones vulnerables	✓		