



Plan de Monitoreo y Evaluación del Observatorio en Salud Reproductiva -Guatemala-

Enero, 2011










Contenido

| | |
|--|-----------|
| Presentación..... | 3 |
| I. Introducción | 4 |
| II. Monitoreo y evaluación de la salud | 5 |
| III. Aspectos metodológicos..... | 6 |
| IV. Objetivos | 7 |
| V. Compromisos a los que dará seguimiento el OSAR | 8 |
| Marco Jurídico Internacional..... | 8 |
| Marco Jurídico Nacional..... | 9 |
| Temas de interés para el OSAR..... | 11 |
| Ejes transversales | 13 |
| VI. Indicadores para el monitoreo y evaluación | 14 |
| Indicadores de resultados en la condición de salud de la población..... | 14 |
| Indicadores del nivel de esfuerzo para alcanzar resultados..... | 15 |
| VII. Línea de base para los indicadores | 18 |
| Línea de base para los indicadores de resultados | 18 |
| Línea de base para los indicadores del nivel de esfuerzo | 20 |
| VIII. Anexo 1 Fichas técnicas para indicadores de resultado | 26 |
| IX. Bibliografía | 28 |

Presentación

Las organizaciones miembros del Observatorio en Salud Reproductiva –OSAR- con el fin de sistematizar y estandarizar las acciones de monitoreo y evaluación de la implementación del marco político y legal en salud materna, salud reproductiva y VIH de la República de Guatemala, presentan en este documento el Plan de Monitoreo y Evaluación.

Con base en este plan, se espera que la información generada, analizada y diseminada por el OSAR sirva de fundamento para la construcción de propuestas que promuevan la implementación de políticas públicas a favor de la salud materna, salud reproductiva y VIH en la población guatemalteca con énfasis en grupos vulnerables.

| | | |
|---|---|----------------------|
|  | <p>Congreso de la República Guatemala, C. A. Contacto: Diputada Zury Rios-Montt de Weller</p> | <input type="text"/> |
|  | <p>Instancia por la Salud y Desarrollo de las Mujeres –ISDM- Contacto: Dra. Rebeca Guízar Ruiz</p> | <input type="text"/> |
|  | <p>Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala –AGOG- Contacto: Dra. Miriam Betancourt</p> | <input type="text"/> |
|  | <p>Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas –AGMM- Contacto: Dra. Rossana Cifuentes Estrada</p> | <input type="text"/> |
|  | <p>Colegio de Médicos y Cirujanos –COLMED- Contacto: Dr. Mario López Castillo</p> | <input type="text"/> |
|  | <p>Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud Universidad Mariano Gálvez –UMG- Contacto: Dra. Maria Antonieta Fión</p> | <input type="text"/> |
|  | <p>Instituto Universitario de la Mujer Universidad de San Carlos de Guatemala –IUMUSAC- Contacto: Licda. Miriam Maldonado</p> | <input type="text"/> |

I. Introducción

La salud reproductiva es una dimensión fundamental en la calidad de vida de las personas y define sus oportunidades para incorporarse y contribuir al desarrollo de un país. La salud reproductiva es un derecho fundamental de hombres y mujeres desde que nacen hasta que mueren. Es obligación del Estado procurar las mejores condiciones de salud reproductiva para su población y en especial para aquellos que tienen un acceso restringido a los frutos del desarrollo.

En el caso de Guatemala, este derecho es reafirmado por el marco legal nacional que ampara a la población, así como por los Tratados y Acuerdos Internacionales de los que el país es signatario. Entre los principales instrumentos jurídicos que asumen compromisos y metas relacionadas con la salud reproductiva están, entre otros: los Objetivos del Milenio (2000), los Acuerdos de Paz (1996) la Ley para el combate del VIH y sida y la promoción, protección y defensa de los derechos humanos frente al VIH/SIDA (2000), la Ley de Desarrollo Social (2001), la Ley del impuesto sobre la distribución de bebidas alcohólicas destiladas, cerveza y otras bebidas fermentadas (2004) y la Ley del acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración con el programa nacional de salud reproductiva (2006), Ley Contra el Femicidio y otras formas de violencia contra la mujer (2008).

El presente documento es una propuesta de sistematización del proceso de monitoreo, evaluación y fiscalización promovido por el OSAR, forma parte de la asistencia técnica del Proyecto USAID / Iniciativa de Políticas en Salud al Observatorio en Salud Reproductiva –OSAR- de Guatemala, el cual es un mecanismo de integración intersectorial que promueve acciones que coadyuvan al cumplimiento de las políticas públicas y compromisos del Estado de Guatemala relacionados con la salud materna, salud reproductiva y VIH. El OSAR está integrado por el Congreso de la República de Guatemala, la Instancia Coordinadora por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres, la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala, la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de la Universidad Mariano Galvez y el Instituto Universitario de la Mujer de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Los contenidos de este plan de monitoreo y evaluación están divididos en 1) descripción del proceso de monitoreo y evaluación, así como de las etapas y acciones que deben realizarse durante su ejecución. 2) Ámbito de interés para el monitoreo y la evaluación, indicadores de seguimiento del OSAR. 3) Línea base y metas esperadas para los indicadores.

II. Monitoreo y evaluación de la salud

El monitoreo es la recopilación sistemática de información para dar respaldo a la toma de decisiones. La evaluación por su parte, intenta diagnosticar objetivamente la pertinencia, el desempeño, el éxito o la falta de ello, en intervenciones ejecutadas o en curso. El monitoreo y la evaluación, pueden utilizarse como mecanismos sociales que permite a grupos organizados e instituciones, participar en forma ordenada y objetiva en los procesos de desarrollo de un país, mediante la definición de un marco de referencia, deben desarrollarse a través de un plan y en alianza con diversos actores interesados.

En la práctica los procesos de monitoreo y evaluación deben agotar varias etapas. Las que se consideran más importantes se describen a continuación:

- Definir el ámbito de interés, metas e indicadores de seguimiento.
- Vigilar y verificar a través del seguimiento de las metas e indicadores, la situación actual y los avances con respecto a los ámbitos de interés social.
- Compartir y discutir la información con grupos de interés y aliados en diferentes espacios de la sociedad.
- Alertar a los grupos de interés y aliados en los momentos en que dicho avance se detiene o cuando grupos vulnerables no están recibiendo la atención necesaria a sus necesidades.

El derecho a la salud, la cobertura y el acceso a la atención de la salud y específicamente de la salud reproductiva, son de máximo interés social, también por ello, susceptibles de ser monitoreados y evaluados, sobre todo con respecto al cumplimiento de una serie de compromisos adquiridos por Guatemala en este ámbito, tanto a nivel nacional como internacional.

El monitoreo y la evaluación de la salud son retos complejos, por las múltiples causas que tienen los procesos de salud-enfermedad dentro de un país. Sin embargo, para el caso de Guatemala, hay compromisos y metas específicas, cuyo cumplimiento, sin duda contribuye a mejorar la situación de salud de la población, especialmente de la más pobre y postergada.

Estos compromisos, tienen metas específicas que deben cumplirse en los próximos años es decir, que ya esta definido *el nivel de resultados* que debe alcanzarse en los próximos 10 años.

Además, la evidencia científica muestra cuales son las acciones costo-efectivas que permiten alcanzar dichas metas y por lo tanto, deben ser prioridad en las acciones de salud pública que se impulsen en el país. La cobertura y calidad de estas acciones definen *el nivel de esfuerzo* que hace un país para alcanzar los resultados trazados.

III. Aspectos metodológicos

El monitoreo y la evaluación como procesos “sistemáticos” de seguimiento y valoración de los avances que se hacen en relación a ciertos compromisos o situaciones dadas, requieren un conjunto de acciones que dependerán del momento y las circunstancias en que se realicen los procesos.

Con base en el monitoreo y la evaluación del cumplimiento del marco legal de la salud materna, salud reproductiva y VIH, el OSAR brindará asistencia técnica al Congreso de la República en su labor de fiscalización. En esta alianza Congreso – Sociedad Civil en el ámbito de la salud, se ejecutan una serie de acciones que a continuación se describen:

1. Definir el ámbito de interés, metas e indicadores de seguimiento.
 - Precisar los principales compromisos a los que se les dará seguimiento y las metas establecidas para los mismos.
 - Definir los indicadores que evidencian el nivel en que se alcanzan los resultados
 - Definir los indicadores que evidencian el nivel de esfuerzo que se está realizando para alcanzar los resultados.
 - Especificar las fuentes de información para dichos indicadores
2. Vigilar y verificar a través del seguimiento de las metas e indicadores, la situación actual y los avances con respecto a los ámbitos de interés social.
 - Establecer una línea de base que de cuenta de la situación de los indicadores de resultados y de esfuerzo en el momento actual.
 - Definir los instrumentos para el seguimiento de las acciones
 - Establecer el compromiso con los responsables del seguimiento de los indicadores y valorar los avances que se realizan.
3. Compartir y discutir la información sistemáticamente con grupos de interés y aliados en diferentes espacios de la sociedad.
 - Establecer contacto con grupos de interés y aliados para compartir el plan de fiscalización (compromisos, indicadores del nivel de resultados e indicadores del nivel de esfuerzo).
 - Presentar a grupos de interés y aliados la línea base para el proceso de fiscalización.
 - Establecer una red de comunicación que permita compartir los resultados de otras mediciones y los comentarios de los grupos de interés y aliados.
4. Alertar a los grupos de interés y aliados en los momentos en que los avances se detienen o cuando grupos vulnerables no están recibiendo la atención necesaria a sus necesidades.
 - Comunicar a los grupos de interés y aliados cuándo los indicadores no presenten los avances esperados.

- Establecer un plan de incidencia y diálogo político para mejora la situación identificada.
- Definir acciones públicas que permitan evidenciar la situación encontrada y sus consecuencias para la sociedad guatemalteca.

IV. Objetivos

Objetivo General

Sistematizar el monitoreo y evaluación del marco político y legal en Guatemala en lo referente a la salud reproductiva, salud materna y VIH, así como otros compromisos internacionales que el país ha adquirido en estos temas y a los cuales dará seguimiento el OSAR.

Objetivos específicos

- 1) Establecer el marco de referencia para recolectar, generar y estandarizar información sobre la implementación de políticas públicas, Leyes, Acuerdos de Estado y Compromisos internacionales sobre salud materna, salud reproductiva y VIH en Guatemala.
- 2) Promover el análisis y diseminación de información periódica, oportuna, válida y confiable para construir propuestas dirigidas a tomadores y tomadoras de decisión, formadores de opinión y grupos interesados con el fin de mejorar la salud materna y salud reproductiva de la población guatemalteca, así como en frenar el avance de la pandemia de VIH en Guatemala.

V. Compromisos a los que dará seguimiento el OSAR

El marco político y legal en salud materna, salud reproductiva y VIH se ha fortalecido durante los últimos años en Guatemala. La existencia de compromisos internacionales, aunado a las demandas de grupos de sociedad civil y la voluntad política de diferentes gobiernos, motivaron la ratificación de convenios, a la adopción de políticas públicas, leyes y acuerdos destinados a la reducción de la mortalidad materna, al acceso a información y servicios de salud reproductiva y al fortalecimiento de la respuesta nacional en VIH, lo que constituye el marco regulatorio para el monitoreo y la fiscalización.

Marco Jurídico Internacional

| <i>INSTRUMENTO JURÍDICO</i> | <i>PRINCIPALES DERECHOS, COMPROMISOS Y/O METAS</i> |
|---|---|
| Objetivos del Milenio, septiembre 2000 | <p>Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. (Objetivo 3).</p> <p>Mejorar la salud materna: Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 (Objetivo 5)</p> <p>Combatir el VIH/SIDA: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA (Objetivo 6)</p> |
| Conferencia internacional sobre la mujer, Beijing China, septiembre 1995. | Se exhorta a los gobiernos a eliminar las barreras legales y reglamentarias que se oponen a la enseñanza de cuestiones de salud sexual y reproductiva, como parte del establecimiento de sistemas de educación y capacitación no discriminatorios. (Objetivo 8) |
| Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Cairo. Septiembre 1994 | Se exhorta a los gobiernos a evaluar las causas profundas de mortalidad infantil elevada, y en el marco de la atención primaria de salud, facilitar servicios integrados de salud reproductiva, entre ellos programas de maternidad sin riesgo y servicios de planificación de la familiar a toda la a población y en particular a los grupos más vulnerables y desfavorecidos. |
| La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. CEDAW, por sus siglas en inglés, septiembre 1981. | <p>Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a la atención médica, inclusive a los que se refiere a planificación de la familia.</p> <p>También, explica que los Estados Parte garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario. (Art. 12).</p> |
| Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, enero 1976 | El pacto explica que se debe conceder especial protección a las madres durante el período de tiempo razonable antes y después del parto. Asimismo establece que los Estados Partes, realizarán acciones para reducir la mortalidad materna e infantil. |

Marco Jurídico Nacional

| INSTRUMENTO JURÍDICO | PRINCIPALES DERECHOS, COMPROMISOS Y/O METAS |
|--|---|
| Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer, mayo 2008 | Violencia Sexual. Acciones de violencia física o psicológica cuya finalidad es vulnerar la libertad e indemnidad sexual de la mujer, incluyendo la humillación sexual, la prostitución forzada y la negación del derecho a hacer uso de los métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales o a adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual. (art. 3 inciso n) |
| Política nacional de promoción y desarrollo integral de las mujeres, diciembre 2007. | Promueve la participación de las mujeres de las diversas entidades étnico-culturales dentro de la gestión del desarrollo nacional... (Objetivo de política) |
| Política de la prevención de ITS, y la respuesta a la epidemia del sida, noviembre 2004. | Implementar los mecanismos para la educación y prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las ITS, VIH y 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 (Objetivo de política). |
| Ley del acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva, abril 2006. | <p>La presente ley tiene como objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar (Art. 1)</p> <p>Son destinatarios de la presente ley la población en general, especialmente las mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural, que no tengan acceso a servicios básicos de salud, promoviéndose y asegurándose el acceso equitativo de servicios de planificación familiar (Art. 3)</p> <p>Se crea la comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos... que tiene por objeto velar por la disponibilidad de anticonceptivos para garantizar el acceso de la población... (Art. 17)</p> <p>El MSPAS deberá establecer en el Presupuesto General de Ingresos y Gastos del Estado una partida presupuestaria específica para la implementación de métodos anticonceptivos, que garantice la demanda de la población guatemalteca... (Art. 21)</p> |
| Ley del impuesto sobre la distribución de bebidas alcohólicas destiladas, cervezas y otras bebidas fermentadas, junio 2004. | De los recursos recaudados por la aplicación del presente impuesto se destinará un mínimo de 15% para programas de salud reproductiva, planificación familiar y alcoholismo del Ministerio de Salud Pública, destino que no será susceptible de asignarse a otro fin ni a transferencia presupuestaria alguna (Art. 25) |
| Política de protección | Ampliar la cobertura de los servicios de salud ... con el fin de garantizar |

| INSTRUMENTO JURÍDICO | PRINCIPALES DERECHOS, COMPROMISOS Y/O METAS |
|---|--|
| integral y plan de acción nacional para la niñez y adolescencia de Guatemala, septiembre 2003. | <p>el acceso a niños, niñas y adolescentes a su derecho a la salud, especialmente en las áreas rurales y urbano marginales. (Acciones derecho a la salud)</p> <p>Ampliar, remodelar y equipara los servicios de maternidad... (Acciones derecho a la salud)</p> |
| Política de Desarrollo Social y Población, abril 2002 | <p>Reducir en un 15% la mortalidad materna y en un 10% la mortalidad infantil, en el mediano plazo. (Objetivo general en materia de salud)</p> <p>Reducir en un 20% las infecciones de transmisión sexual y el VIH y sida, en el largo plazo. (Objetivo general en materia de salud)</p> <p>Introducir a la currícula la temática en población y desarrollo... haciendo énfasis en salud sexual y reproductiva, equidad de género, paternidad y maternidad responsables... (Acción 1.1.2 en materia de educación).</p> |
| Ley de Desarrollo Social, julio 2001 | <p>Los programas y servicios de planificación familiar, se realizarán basados en información veraz, objetiva y ética, es decir, fundada en la naturaleza de las personas y de la propia sexualidad humana, completa y fácil de entender, accesibles para todas las personas y parejas. (Art. 26 inciso 3)</p> <p>En todas las unidades del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se proporcionará atención específica y diferenciada para la población en edad adolescente... (Art. 26 inciso 4).</p> <p>La vida y la salud de las madres e hijos son un bien público, por lo que la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional. Se promoverán, apoyarán y ejecutarán acciones que disminuyan efectivamente la tasa de mortalidad materna e infantil. (Art. 26 inciso 5)</p> |
| Ley para el combate del VIH y sida y la promoción, protección y defensa de los derechos humanos frente al VIH/SIDA, mayo 2000 | La presente ley tiene por objeto la creación de un marco jurídico para implementar los mecanismos necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las ITS, VIH y sida. (Art. 2) |
| Ley de dignificación y promoción integral de la Mujer, marzo 1999 | <p>La ley tienen como objetivos: promover el desarrollo integral de la mujer (Art. 2).</p> <p>Se establecen los siguiente mecanismos mínimos de protección: ... c) todas aquellas medidas a nivel de educación familiar, que incluya la comprensión adecuada de la maternidad como función social. (Art. 8).</p> |
| Acuerdos de Paz, diciembre 1996 | Reducir la mortalidad infantil y materna, antes del año 2000, a un 50% del índice observado en 1995 (Acuerdo 151) |

Temas de interés para el OSAR

El OSAR define como su principal tema de interés la *maternidad saludable*. El concepto de maternidad saludable involucra tratar al embarazo como un período especial durante el cual todas las mujeres deben tener acceso a cuidados apropiados acordes a su estado, buscar tratamiento para ciertos signos y síntomas que pongan en peligro su vida y contar con un nivel de capacidad resolutoria que permita atender estas complicaciones (1). Específicamente, el OSAR se enfocará en el tema de *acceso a servicios*, que se entiende como el garantizar la promoción de la salud, la información, educación, capacitación y la atención oportuna, con pertinencia cultural, equidad, con calidad y calidez en aspectos preventivos y curativos de la salud.

Los siguientes temas serán de observancia prioritaria para el OSAR:

1) Efectivo cuidado prenatal

Las mujeres embarazadas requieren de información precisa para reconocer signos de riesgo, conocer hábitos que deben observar sobre dieta, complemento de micronutrientes como el hierro y el ácido fólico, vacunas como el toxoide tetánico y el tratamiento de enfermedades que pudieran estar cursando simultáneamente (2).

2) Adecuado trabajo de parto

Como requisitos esenciales se entienden la limpieza y la asistencia de personal calificado que tenga la habilidad y destreza para acompañar el trabajo de parto, reconocer una complicación, practicar una intervención esencial en forma inmediata e iniciar el tratamiento y supervisar la remisión de la madre y del recién nacido a una institución especializada cuando el caso lo amerite.(2)

3) Control oportuno del post parto

Con el fin de evitar complicaciones como la retención de restos placentarios e infecciones que ponen en peligro la vida de la madre, dentro de esto se debe incluir promoción y acompañamiento en la lactancia materna y el acceso a información sobre métodos anticonceptivos (2).

4) Acceso a servicios de planificación familiar.

Toda persona debe tener acceso a la libre elección informada, las mujeres y hombres que estén interesados en usar algún método anticonceptivo deben encontrar fácilmente una fuente de información, asistencia sobre que método adoptar, apoyo permanente para el uso de anticonceptivos y una fuente de reabastecimiento (3). Los servicios deben ser culturalmente adaptados y estar libres de barreras médicas y socioculturales.

5) Prevención de embarazos en adolescentes

La atención en salud debe considerar a el/la adolescente como un ser integral, promoviendo su desarrollo en todos los aspectos; debe facilitar el conocimiento y apropiación de su cuerpo y de su sexualidad, y la construcción de su autonomía y autoestima, para que aprendan a comunicarse y a tomar decisiones libres -responsables e informadas- que les permitan construir un proyecto de vida saludable y asumir los diferentes roles que tendrán que enfrentar en la vida adulta, como el rol de ciudadano/a, trabajador/a, rol de pareja, de padre y madre, rol de cuidador/a o mantenedor/a de la casa (4).

6) Mitigar el impacto del VIH y sida

Detener y hacer retroceder la propagación de la epidemia de VIH y sida, requiere de acceso a los servicios de prevención del VIH, así como al tratamiento, a la atención y al apoyo en materia de sida. (5).

7) Gestión técnica y financiera para la prestación de servicios

Se entiende como gestión técnica y financiera el aseguramiento de las condiciones necesarias para la prestación de servicios, estas condiciones se determinan por disponibilidad de recursos de infraestructura, insumos y personal para la prestación de servicios. Entre los aspectos técnicos de observancia para el OSAR se incluyen la existencia de normas, guías o protocolos que regulen la oferta de los servicios y entre los aspectos financieros la asignación presupuestaria y el uso o destino de los fondos.

Ejes transversales

Enfoque de género:

El OSAR considerará el enfoque de género en un contexto amplio de las relaciones de poder dentro de la sociedad y las formas en que las desigualdades de género, en interacción con otras desigualdades de poder, determinan los perfiles epidemiológicos y las características de accesibilidad y gestión de los sistemas de salud (6). Específicamente, el campo de observación para el OSAR será la violencia sexual hacia las mujeres como desencadenante de riesgo.

Enfoque intersectorial:

El OSAR entenderá y promoverá las acciones intersectoriales como las relaciones que se crean entre los sectores de la sociedad con el fin de tomar acciones para el mejoramiento de los resultados en salud, de manera que tales acciones tengan mayor potencial que si el sector salud actuara solo (6).

Enfoque multicultural:

El OSAR promoverá la igualdad de oportunidades frente a diferentes grupos culturales, evidenciando en los análisis que se realicen, las brechas existentes entre los diferentes grupos de población.

VI. Indicadores para el monitoreo y evaluación

Indicadores de resultados en la condición de salud de la población

Los indicadores de resultado miden el cambio en la condición de la salud materna, salud reproductiva y VIH de la población. Basado en el marco político y legal vigente el cual en algunos casos cuentan con metas específicas, se definieron cuatro indicadores de resultado.

| <i>Tema de interés</i> | | | <i>Indicador de resultado</i> | |
|--|--|--|--|--|
| Enfoque intersectorial Enfoque de género Enfoque multicultural | Maternidad saludable | Acceso a servicios | Cuidado prenatal | 1) Razón de mortalidad materna |
| | | | Atención del parto | |
| | | | Control del evento post-obstétrico | 2) Tasa de mortalidad neonatal |
| | | Planificación familiar | 3) Demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar | |
| | | Prevención de embarazos en adolescentes | | |
| | Mitigar el impacto de la epidemia de VIH y sida. | | | 4) Prevalencia de VIH en adultos de 15-49 años (%) |
| | Gestión | Regulaciones (normas, guías, protocolos, supervisión y sistema de información) | | |
| Financiamiento | | | | |

Indicadores del nivel de esfuerzo para alcanzar resultados

Los indicadores del nivel de esfuerzo para alcanzar resultados, buscan medir el cambio en intervenciones clave o científicamente comprobadas para el logro de los resultados deseados.

| <i>Tema de interés</i> | <i>Indicador de resultado</i> | <i>Indicador de nivel de esfuerzo</i> |
|--------------------------|---|--|
| Salud Materna y Neonatal | 1) Razón de mortalidad materna | 1.1) Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron al menos un control prenatal por personal competente. |
| | 2) Tasa de mortalidad neonatal | 1.2) Porcentaje de partos atendidos por personal competente. |
| Planificación Familiar | 3) Demanda insatisfecha de métodos planificación familiar | 3.1) Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad en unión que usan métodos anticonceptivos. 3.2) Porcentaje de abastecimiento de métodos de planificación familiar en centros de atención. 3.3) Porcentaje de proveedores de planificación familiar que hablan el idioma maya, xinca o garífona de la región. 3.4) Porcentaje de mujeres en unión que deben pedir permiso al esposo o compañero para usar algún método de planificación familiar. |

| | | |
|---------------------|---|--|
| <p>VIH y sida</p> | <p>5) Prevalencia de VIH en adultos de 15-49 años (%)</p> | <p>4.1) Porcentaje de poblaciones más expuestas a las que llegan los programas de prevención de VIH. 4.2) Porcentaje de mujeres (15-49 años) actualmente unidas que utilizan condón. 4.3) Porcentaje de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de elegibilidad. 4.4) Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibieron fármacos antiretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión vertical. 4.5) Porcentaje de adultos y niños con VIH que siguen con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antiretrovítica.</p> |
| <p>Regulaciones</p> | | <p>5.1) Existencia de normas, guías y/o protocolos para la prestación de servicios de maternidad saludable, planificación familiar, VIH y sida. 5.2) Evidencias concretas sobre la implementación de normas, guías y/o protocolos para la prestación de servicios de maternidad saludable, planificación familiar o VIH y sida. 5.3) Funcionamiento del sistema de información en planificación familiar, maternidad y VIH y sida.</p> |

| | | |
|----------------|--|--|
| Financiamiento | | <p>6.1)Asignación presupuestaria específica para servicios de salud reproductiva y planificación familiar.</p> <p>6.2)Asignación en partida específica para métodos de planificación familiar en el presupuesto de ingresos y gastos del estado.</p> |
|----------------|--|--|

VII. Línea de base para los indicadores

Línea de base para los indicadores de resultados

| Indicadores de Resultados | Descripción | Base | Meta | Dato actual | Fuentes |
|--------------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| 1) Razón de mortalidad materna | Es el número de mujeres que fallecen durante un año determinado a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y/o post parto, por cada 100,000 nacidos vivos ese mismo año. Se incluyen las complicaciones relacionadas con abortos (7) | Acuerdos de Paz | | La Línea Basal de Mortalidad Materna del año 2000, reporta 153 muertes maternas por cien mil nacidos vivos Razón mortalidad materna 2005: 148.88 | Ministerio de Salud Pública. Línea Basal de Mortalidad Materna. 2000. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social / Depto. De Epidemiología. Memoria Informática y Vigilancia Epidemiológica. Guatemala, 2005 |
| | | 1995: 190 por cien mil nacidos vivos | 2000: 95 por cien mil nacidos vivos | | |
| | | Política de Desarrollo Social | | | |
| | | 2000: 153 por cien mil nacidos vivos | 130 por cien mil nacidos vivos | | |
| | | Metas del milenio | | | |
| | | 1989: 219 por cien mil nacidos vivos | 2015: 55 por cien mil nacidos vivos | | |
| 2) Tasa de mortalidad neonatal | El número de defunciones de niños menores de 28 días en un determinado año por 1,000 nacidos vivos en ese año | | | Tasa de mortalidad neonatal 2005: 10.68 Tasa de mortalidad neonatal 2005: 23.0 | Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social / Depto. De Epidemiología. Memoria Informática y Vigilancia Epidemiológica. Guatemala, 2005 |

| Indicadores de Resultados | Descripción | Base | Meta | Dato actual | Fuentes |
|--|---|--|---|---|---|
| 3) Demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar | “La necesidad insatisfecha de anticonceptivos se define como las personas sexualmente activas que no desean un embarazo en este momento, después o ya no más, pero que no utilizan ningún método anticonceptivo para prevenirlos. Una importancia adicional de este concepto es que la necesidad insatisfecha de planificación familiar puede conducir a embarazos no deseados” (8) | <p>Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil</p> <p>En 1998 la demanda insatisfecha de planificación familiar fue de 38.2%.</p> | La demanda insatisfecha debe ser reducida al mínimo, para que la noticia del embarazo no cause problemas sociales, económicos y de salud a las mujeres y sus parejas. Las mujeres, los hombres y las parejas, tienen derecho a decidir si desean o no tener hijos, el número de ellos y el momento de su nacimiento | <p>Para el año 2002, la demanda insatisfecha en mujeres de 15 a 49 años fue de 27.6%.</p> <p>Demanda insatisfecha por diferentes características:</p> <p>Mujeres indígenas: 39.3%</p> <p>Mujeres ladinas: 21.9%</p> <p>Área urbana: 20.2 %</p> <p>Área rural: 32.3%</p> | Guatemala. MSPAS, INE, et.al. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2002. Guatemala, octubre de 2003. |
| 4) Prevalencia de VIH en adultos de 15-49 años (%) | Número de casos de VIH/SIDA en un período en una población determinada. | Metas del milenio | | A diciembre 2007, el Programa Nacional de VIH y sida del MSPAS reportó un 0.75% prevalencia en VIH en adultos 15-49 años. | Programa Nacional de ITS/VIH y sida del Ministerio de Salud. Análisis de la situación de VIH y sida a abril 2008. |
| | | 1990: Para el año 2001, la prevalencia de VIH / SIDA en adultos entre 15 y 49 años era de 0.85% (NNUU) | 2015: El indicador debe mantenerse igual o haber disminuido. | | |

Línea de base para los indicadores del nivel de esfuerzo

| INDICADOR | DESCRIPCIÓN | SITUACIÓN DESEADA | SITUACIÓN ACTUAL | FUENTE |
|---|--|--|--|--|
| 1.1) Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron al menos un control prenatal por personal competente. | Personal competente/... agentes de salud que han recibido formación profesional y adquirido los conocimientos prácticos necesarios para atender un parto normal y diagnosticar las complicaciones obstétricas o remitir esas pacientes a establecimientos de mayor capacidad /.../ son por general médicos, parteras o enfermeras. /.../. No se incluyen en esta categoría las comadronas y parteras tradicionales, hayan o no recibido capacitación (9) | Todas las mujeres embarazadas deben de tener al menos un control prenatal por personal calificado. | 2002: 84.3% de las mujeres embarazadas recibió al menos una consulta de atención prenatal / comparado con 86.3% en 1998 se observa un ligero descenso la cobertura. | Guatemala. MSPAS, INE, et.al. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2002. Guatemala, octubre de 2003. |
| 1.2) Porcentaje de partos atendidos por personal competente | /... agentes de salud que han recibido formación profesional y adquirido los conocimientos prácticos necesarios para atender un parto normal y diagnosticar las complicaciones obstétricas o remitir esas pacientes a establecimientos de mayor capacidad /.../ son por general médicos, parteras o enfermeras. /.../. No se incluyen en esta categoría las comadronas y parteras tradicionales, hayan o no recibido capacitación (9) | Proyecciones realizadas con el Modelo Maternidad Segura para Guatemala, estiman que para disminuir la razón de mortalidad materna a 61 por 100,000 n.v. (la meta para el 2015 es de 55 por 100,000 n.v.), es necesario aumentar la atención del parto por personal capacitado al doble del nivel en que se encuentra actualmente a nivel nacional, es decir a 82.8%. | 41.4% de los partos fueron atendidos por médicos o enfermeras 28.35% de los partos registrados por el MSPAS fueron atendidos por médicos, (no se registran partos atendidos por enfermeras) | Guatemala. MSPAS, INE, et.al. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2002. Guatemala, octubre de 2003. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social / Depto. De Epidemiología. Memoria Informática y Vigilancia Epidemiológica. Guatemala, 2004 |

| INDICADOR | DESCRIPCIÓN | SITUACIÓN DESEADA | SITUACIÓN ACTUAL | FUENTE |
|--|--|---|---|--|
| 3.1) Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad en unión que usan métodos anticonceptivos | Mujeres entre 15 a 49 años en unión que usan condón dentro del total de usuarias de métodos de planificación familiar. | Un mayor porcentaje de mujeres en edad fértil utilizan métodos de planificación familiar, ejerciendo su derecho a la elección informada. | En Guatemala, 43% de mujeres en unión utilizan algún método de planificación familiar. De ellas 2.3% reportaron el uso del condón. Con respecto a los hombres en unión 49.5% usa algún método anticonceptivo, de ellos 4.1 usa condón. | Guatemala. MSPAS, INE, et.al. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2002. Guatemala, octubre de 2003 |
| 3.2) Porcentaje de abastecimiento de métodos de planificación familiar en centros de atención. | Se definen como centros de atención todos los lugares donde se ofrece planificación familiar ya sean del nivel I, II, III o del programa de extensión de cobertura. Se entiende como abastecidos los lugares donde se ofrecen todos los métodos de planificación familiar definidos en los protocolos. | El abastecimiento no debería ser inferior al 90% para garantizar la oferta oportuna de métodos de planificación familiar. | | |
| 3.3) Porcentaje de proveedores de planificación familiar que hablan el idioma maya, xinca o garífuna de la región. | | Los proveedores de servicios de planificación familiar, deberían hablar el idioma materno de las usuarias, para asegurar la entrega de servicios culturalmente adaptados. | Más del 90% de las mujeres indígenas que acuden a los servicios de salud en los departamentos donde se realizó el estudio habla un idioma maya, sin embargo, sólo seis de cada diez proveedores/as refirieron que proporcionan consejería en planificación familiar en el idioma maya que predomina en la región. | MSPAS, IGSS, APROFAM. Estudio de barreras socioculturales en los servicios de planificación familiar en población indígena de Guatemala. 2007. |

| INDICADOR | DESCRIPCIÓN | SITUACIÓN DESEADA | SITUACIÓN ACTUAL | FUENTE |
|---|--|---|---|---|
| 3.4) Porcentaje de mujeres en unión que deben pedir permiso al esposo o compañero para usar algún método de planificación familiar. | El indicador mide una característica notable de abuso emocional y de las desigualdades con las que se distribuye el poder entre los miembros de la pareja. | Cada mujer debería tener control sobre su decisión para usar un método de planificación familiar. | El 51.9% de las mujeres en unión deben pedir permiso al esposo o compañero para utilizar algún método de planificación familiar. | Guatemala. MSPAS, INE, et.al. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2002. Guatemala, octubre de 2003 |
| 4.1) Porcentaje de poblaciones más expuestas a las que llegan los programas de prevención de VIH) | Como poblaciones más expuestas se consideran las trabajadoras comerciales del sexo y los hombres que tienen sexo con hombres (10) | Las poblaciones más expuestas deberían tener acceso a programas de prevención en VIH y sida. | Mujeres trabajadoras del sexo < 25 años = 91.84% Mujeres trabajadoras del sexo > 25 años = 93.09% Hombres que tienen sexo con hombres < 25 años = 63.38% Hombres que tienen sexo con hombres > 25 años = 65.84% | Guatemala. MSPAS. Informe Nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaración de compromiso sobre el VIH y sida –UNGASS. 2007. |
| 4.2) Porcentaje de mujeres actualmente unidas que utilizan condón. | Se refiere a mujeres entre 15-49 años, en unión que usan condón dentro del total de usuarias de métodos de planificación familiar. | Un mayor porcentaje de mujeres en unión deberían utilizar el condón para la prevención del VIH. | En Guatemala, 43% de mujeres en unión utilizan algún método de planificación familiar. De ellas 2.3% reportaron el uso del condón. Con respecto a los hombres en unión 49.5% usa algún método anticonceptivo, de ellos 4.1 usa condón. 34% del total de hombres reportan haber usado alguna vez condones. | Guatemala. MSPAS, INE, et.al. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2002. Guatemala, octubre de 2003 |

| INDICADOR | DESCRIPCIÓN | SITUACIÓN DESEADA | SITUACIÓN ACTUAL | FUENTE |
|---|---|---|---|--|
| 4.3) Porcentaje de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de elegibilidad. | Tamizaje sistémico de la sangre que han seguido procedimientos operativos de referencia documentados y participado en un plan de control de calidad externo con referencia al total de unidades de sangre (10) | Todas las unidades de sangre deberían ser tamizadas para la prueba del VIH. | 2007: todas las unidades de sangre son tamizadas con criterios de calidad en el país. | Guatemala. MSPAS. Informe Nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaración de compromiso sobre el VIH y sida. UNGASS 2007 |
| 4.4) Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibieron fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión vertical | Se refiere al número de embarazadas VIH positivas que recibió terapia antirretrovírica durante el último año, para reducir el riesgo de transmisión materno infantil, de acuerdo al protocolo nacional con referencia al número de embarazadas positivas en los últimos 12 meses. (10) | Todas las mujeres embarazadas VIH positivas deberían recibir terapia antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión materno infantil. | 2007: 16.43%, las mujeres embarazadas con VIH estimadas fueron tomadas de las estimaciones 2005 de Spectrum, según el Centro Nacional de Epidemiología. | Guatemala. MSPAS. Informe Nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaración de compromiso sobre el VIH y sida –UNGASS. 2007 |
| 4.5) Porcentaje de adultos y niños con el VIH que siguen con vida y se tiene constancia de que continúan en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica. | Se refiere al número de adultos y niños que siguen con vida y en terapia antirretrovírica a los 12 meses de iniciado el tratamiento con referencia al total de adultos y niños que inició la terapia antirretrovírica y que debía obtener los resultados de 12 meses dentro del período de información, incluidos los que fallecieron desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes. (10) | Todos los adultos y niños con VIH y sida deben tener acceso a terapia antirretrovírica. | Información no disponible. | Guatemala. MSPAS. Informe Nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaración de compromiso sobre el VIH y sida –UNGASS. 2007 |

| INDICADOR | DESCRIPCIÓN | SITUACIÓN DESEADA | SITUACIÓN ACTUAL | FUENTE |
|--|--|---|---|--|
| 5.1) Existencia de normas, guías y / o protocolos para la prestación de servicios de planificación familiar, maternidad y VIH y/o sida. | Significa que se establezcan regulaciones contenidas en documentos oficiales para la prestación de servicios de planificación familiar, maternidad y VIH y sida con pertinencia cultural, basados en evidencia científica, equidad y género, entre otros. | Los prestadores de servicios deberían recibir capacitación sobre las normas, guías y/o protocolos actualizados. | Existen protocolos para: <ul style="list-style-type: none"> - Consejería en planificación familia. - Estrategia para la reducción de la mortalidad materna. - Protocolo de vigilancia epidemiológica para la mortalidad materna. - Protocolo de manejo de las emergencias obstétricas según niveles de servicio. - Protocolo para el acceso universal a servicios de VIH y sida. - Protocolo para el manejo y tratamiento de ITS. - Protocolo para manejo de víctimas de violencia sexual. | Documentos del Programa nacional de salud reproductiva y Programa de ITS, VIH y sida /MSPAS. |
| 5.2)Evidencias concretas sobre la implementación de normas, guías y/o protocolos para la prestación de servicios de maternidad saludable, planificación familiar o VIH y sida. | Este indicador cualitativo documenta evidencias concretas de implementación de políticas. Por ejemplo, diálogos de voluntad política para abordar el tema, ejecución de un programa de actualización para personal de salud, ejecución de un programa de supervisión y retroalimentación, etc. | Las normas, guías y/o protocolos para la prestación de servicios de maternidad saludable, planificación familiar o VIH y sida se deberían aplicar a cabalidad en los centros de atención. | | Información aportada de las organizaciones de sociedad civil contrapartes del OSAR. |

| INDICADOR | DESCRIPCIÓN | SITUACIÓN DESEADA | SITUACIÓN ACTUAL | FUENTE |
|---|---|--|---|--|
| 5.3)Funcionamiento del sistema de información en planificación familiar, maternidad y VIH y sida. | Significa que la información sea recopilada, analizada, compartida mediante un mecanismo al que tengan acceso autoridades, sociedad civil y el personal proveedor de servicios. | Debería existir un mecanismo permanente que permita mediante el análisis de información la toma de decisiones en planificación familiar, maternidad y VIH y sida. | El MSPAS cuenta con el SIGSA para recopilación de datos y genera indicadores para la unidad de epidemiología, los programas de salud reproductiva y VIH y sida. | Programa nacional de salud reproductiva y Programa de ITS, VIH y sida /MSPAS. |
| 6.1)Asignación presupuestaria específica para los servicios de salud reproductiva y planificación familiar. | Significa que anualmente el Ministerio de Finanzas debe asignar el 15% del impuesto de bebidas alcohólicas para programas de salud reproductiva y alcoholismo. | El programa de Salud Reproductiva debería elaborar propuesta para inversión en intervenciones costo efectivas en salud reproductiva y con visión de al menos 4 años. | En los últimos tres años se ha asignado el total del 15% recaudado en impuesto de bebidas alcohólicas al PNSR, sin embargo no ha habido programación para intervenciones costo efectivas. | Presupuesto de ingresos y egresos del Estado. Ministerio de Finanzas. Propuesta presupuestaria MSPAS. |
| 6.2) Asignación en partida específica para métodos de planificación familiar en el presupuesto de ingresos y gastos del estado. | Creación y uso anual de partida específica para métodos de planificación familiar en presupuesto de ingresos y gastos del Estado. | Debería crearse dentro del rubro compra de medicamentos una línea específica para compra de anticonceptivos. | La compra de anticonceptivos se realiza bajo el rubro de compra de medicamentos. Los fondos utilizados actualmente provienen en un 70% de donaciones. | Presupuesto de ingresos y gastos del Estado. Finanzas Públicas. Presupuesto del MSPAS. |

VIII. Anexo 1 Fichas técnicas para indicadores de resultado

| Indicador 1 | <i>Razón de mortalidad materna</i> |
|---|---|
| Numerador | Número de mujeres que fallecen durante un año a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo parto o post parto, se incluyen también las complicaciones relacionadas con abortos naturales o provocados. |
| Denominador | Número de nacidos vivos durante el año de análisis multiplicado por 100,000 |
| Problema social que aborda el indicador | La mortalidad materna no afecta solamente a las mujeres, sino también a sus familias y a sus comunidades. Los niños y niñas que pierden a sus madres experimentan un mayor riesgo de muerte y de otros problemas, como la desnutrición. La pérdida de vidas de mujeres durante sus años productivos también implica una pérdida de recursos para la sociedad en su conjunto. Las muertes maternas reflejan el bajo estatus de las mujeres en la sociedad, la falta de acceso y control sobre los recursos, oportunidades educativas limitadas, mala nutrición y la falta de poder de decisión de las mujeres. |
| Método de medición | Seguimiento a muertes de mujeres en edad fértil, método de medición de línea base de mortalidad materna, año 2000. |
| Frecuencia de recolección de datos | Cada vez que se produce una muerte materna. |
| Criterios para análisis | 1) Habilidad de las embarazadas para identificar signos de peligro, 2) la disposición de las familias y las comunidades para referir, la capacidad de pagar su costo y los recursos (humanos y materiales) 3) disponibilidad del transporte para la referencia, disponibles en el lugar de referencia, 4) las competencias y capacitación del personal de salud que atiende el parto y la habilidad para referir cuando surgen complicaciones. |

| Indicador 2 | <i>Tasa de mortalidad neonatal</i> |
|---|--|
| Numerador | Número de defunciones de niños o niñas menores de 28 días en un determinado año |
| Denominador | Total de niños o niñas nacidos vivos en ese año por 1,000 |
| Problema social que aborda el indicador | La mortalidad neonatal es el indicador más básico para expresar el nivel de desarrollo que tiene la atención del recién nacido en el servicio de salud. Los factores que inciden en este indicador son el buen control del embarazo y atención profesional del parto, el cuidado intensivo neonatal y la buena atención del recién nacido. |
| Método de medición | Conteo de muertes en niños y niñas menores de 28 días. |
| Frecuencia de recolección de datos | Cada vez que se produce una muerte neonatal. |
| Criterios para análisis | Masa corporal y alimentación de las madres durante el embarazo, condiciones de infraestructura en los servicios de salud, condiciones de la atención del parto, competencias y capacitación del personal de salud, región de ocurrencia de muertes neonatales. |

| | |
|---|--|
| Indicador 3 | <i>Demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar</i> |
| Numerador | (Necesidad insatisfecha para limitar = Mujeres actualmente embarazadas o en amenorrea cuyo último embarazo no fue deseado + Mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni en amenorrea y manifestaron no desear más hijos o hijas) + (Necesidad insatisfecha para espaciar = Mujeres actualmente embarazadas o en amenorrea cuyo último embarazo sí fue deseado, pero más tarde + Mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni en amenorrea y que manifestaron que sí desean más hijos o hijas pero prefieren esperar por lo menos dos años) |
| Denominador | Total de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) |
| Problema social que aborda el indicador | La necesidad insatisfecha en planificación familiar conduce a embarazos no deseados. Entre las razones mas comunes para la necesidad insatisfecha están los servicios inconvenientes o insatisfactorios, la falta de información, los temores acerca de los efectos secundarios de los anticonceptivos, y la oposición de los maridos, familiares u otros. Entre las mujeres del grupo de necesidad insatisfecha los obstáculos que se oponen al uso de anticonceptivos pueden cobrar mayor importancia, o la intención de regular su fecundidad quizá sea menos firme.(8) |
| Método de medición | Encuesta donde se identifica la necesidad insatisfecha para limitar y para espaciar los embarazos. |
| Frecuencia de recolección de datos | Cada cuatro años |
| Criterios para análisis | Se espera que la demanda insatisfecha de planificación familiar disminuya respecto al porcentaje mostrado en encuestas anteriores que han utilizado los mismos criterios de medición, esta disminución debería ser proporcional entre las mujeres del área urbana y las mujeres del área rural. Además, en cada encuesta debería ir disminuyéndose esta brecha entre los grupos ladino e indígena. |

| | |
|---|---|
| Indicador 4 | <i>Prevalencia de VIH en adultos de 15-49 años(%)</i> |
| Numerador | Número de adultos viviendo con VIH y sida documentados durante un año. |
| Denominador | Estimación o censo de la población total del país durante el mismo año por 100. |
| Problema social que aborda el indicador | Las epidemias de VIH y sida generalmente se concentran en grupos de población económicamente activa, lo cual impacta el desarrollo económico y social de los países. Las desigualdades de género y la falta de poder que sufren las mujeres, niñas y adolescentes ha contribuido tremendamente a la transmisión incontrolada del VIH. Cuando un miembro de la familia enferma o muere por VIH y sida, los familiares cercanos se enfrentan al estigma y discriminación en sus comunidades, lo cual impacta principalmente en los niños y niñas. |
| Método de medición | Conteo casos documentados en boletas de información obligatoria en VIH y sida. |
| Frecuencia de recolección de datos | Cada vez que se documenta un resultado seropositivo para VIH o sida. |
| Criterios para análisis | Enfoque de las intervenciones grupos de alto riesgo como mujeres trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres y mujeres embarazadas. Existencia e implementación de un marco político y regulatorio para la respuesta nacional al VIH y sida. Ejecución de programas de prevención, con énfasis en jóvenes y grupos de alto riesgo. Acceso universal para el tratamiento del VIH y sida. |

IX. Bibliografía

1. <http://www.ops.org.gt/SFC/Sim/Maternidad%20Saludable.PDF>
2. Organización Panamericana de la salud / Magda Palacio URTado. Maternidad Saludable. Colombia 1998.
3. http://www.icmer.org/RHO/html/fpp_overview.html#increasing-access
4. <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/sa-servicios.htm>
5. <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/TowardsUniversalAccess/default.asp>
6. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud. 525 Street, N.W. Washington, D 20037C.
7. Population Reference Bureau. Manual sobre la población. 2001
8. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística, et.al. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2002. Guatemala, octubre de 2003.
9. UNFPA. Mortalidad Materna. Actualización 2002. En especial, atención obstétrica de emergencia. Nueva York, 2003. www. UNFPA. ORG / PUBLICATIONS.
10. <http://www.globalpc.net/Comunidad/articulos/ignacio-lee/Necesidades.asp>
11. Guatemala. Ministerio de Salud. Situación de la Salud y su Financiamiento. Tercer Informe. Período 1999-2003. Guatemala, abril 2005.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social / Depto. De Epidemiología. Memoria Informática y Vigilancia Epidemiológica. Guatemala, 2004.y. De Epidemiología. Memoria Informática y Vigilancia Epidemiológica. Guatemala, 2005.
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social / Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH y sida. Informe Nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaración de compromisos sobre el VIH y sida –UNGASS. Guatemala, 2007.
14. Luis Távara. Como lograr una maternidad segura. Perú, enero 2001.