

Manual de llenado Reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C SIGSA SIDA 1.2




MAN-SIGSA-SIDA 1.2 V3.0 / 08-2020

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL -MSPAS-


SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL DE SALUD -SIGSA
6Av. 3-45 ZONA 11 PBX: 2444-7474 EXT: 1249
<http://www.mspas.gob.gt/>



	Manual		Código	
	Llenado Reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C		MAN-SIGSA-SIDA 1.2	
			Versión	Página:
			3.0	2/21
			Vigente a partir de:	
		Agosto 2020		

Contenido


I. Objetivo	4
II. Alcance.....	4
III. Información General	4
IV. Logotipo y Referencia.....	4
V. Encabezado	5
VI. Formulario SIGSA SIDA	6
VII. Flujo de información para el reporte de datos en ITS y VIH.....	15
VIII. Glosario.....	20

	Manual		Código	
	Llenado Reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C		MAN-SIGSA-SIDA 1.2	
			Versión	Página:
			3.0	3/21
			Vigente a partir de:	
		Agosto 2020		

Introducción

El presente manual ha sido elaborado para brindar al usuario, una guía del proceso del registro de datos pertinentes al tamizaje y confirmación de VIH, Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C, estandarizando procedimientos de reporte y entrega de información del Instrumento de Reporte de Datos en ITS y VIH en cada uno de los niveles de atención que realicen dichos tamizajes, con el objetivo de fortalecer el sistema de información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el nivel local y central con información confiable, oportuna y unificada.

El registro de la información en el “SIGSA SIDA 1.2” tiene carácter obligatorio y la notificación debe realizarse diariamente o en los plazos correspondientes.

	Manual		Código	
	Llenado Reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C		MAN-SIGSA-SIDA 1.2	
			Versión	Página:
			3.0	4/21
			Vigente a partir de:	
		Agosto 2020		

MANUAL DE LLENADO FORMULARIO Reporte de Datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C

I. Objetivo

El presente manual tiene como finalidad, el registro de la información en los formularios del SIGSA, para que el personal de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social administre de forma efectiva y eficiente los datos de tamizaje y confirmación de pruebas de VIH, Sífilis y Hepatitis B y C, la entrega de información en cada uno de los niveles de atención que realicen tamizaje y conformación de pruebas de VIH, Hepatitis B y C, y Sífilis para el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida.

II. Alcance

Harán uso del sistema en primera instancia:

- Orientador/a
 - Es quien brinda orientación pre y post prueba, entrega resultados, registra en instrumento FOR-SIGSA-SIDA-Reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C; y traslada los instrumentos al estadígrafo de manera diaria y lleva archivo de los mismos.
- Técnico de laboratorio, Personal de hospitales:
 - Es quien realiza la prueba de VIH, Sífilis o Hepatitis B y C.
- Los estadígrafos de los distritos:
 - Serán los responsables de la digitalización de los datos.

III. Información General


Debe llenar el formulario claramente con LETRA DE MOLDE, de acuerdo al instructivo adjunto. Para descargar el formulario-SIGSA-SIDA /versión 3.0/septiembre 2019, debe realizar lo siguiente:

- Ingrese a <http://sigsa.mspas.gob.gt/>
- Seleccione la pestaña **Formularios / SIDA**
- Seleccione el formulario que desee descargar.

IV. Logotipo y Referencia

Los formularios incluyen el logo institucional del MSPAS y el de SIGSA.

Cada formulario se identifica con el número de formulario, mes y año a partir del cual es válido y la referencia que está estructurada por identificación del formulario (FOR, SIGSA, SIDA, guion, número de versión (##), diagonal, mes y año de oficialización (mes-año).

	Manual	Código	
	Llenado Reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C	MAN-SIGSA-SIDA 1.2	
		Versión	Página:
		3.0	5/21
		Vigente a partir de:	
Agosto 2020			


	Código	
	FOR-SIGSA-SIDA 1.2	
	Versión	
	3.0	
	Vigente a partir de:	
Febrero 2020		

V. Encabezado

	REPORTE DE DATOS EN ITS, VIH Y HEPATITIS B Y C							Código:	FOR-SIGSA-SIDA 1.2	
								Versión:	3.0	
								Vigente a partir de:	Febrero 2020	
								Firma:		
								Nombre de Servicio de Salud:		
Área de Salud:	Distrito de Salud:	Municipio:	Mes:	Año:						
Responsable de la información:	y Cargo:		y Tipo de Servicio:							

Debe llenar el encabezado con los datos que se requieren:

- **Área de Salud:** Anote el nombre del Área de Salud al que corresponde la información
- **Distrito de salud:** Debe escribir el nombre del distrito de salud al que pertenece el servicio que reporta la información.
- **Municipio:** Debe escribir el nombre del municipio en donde está ubicado el servicio de salud.
- **Mes y año:** Debe escribir en números el mes y año en el que se hizo la orientación.
- **Hoja:** Debe escribir el número de hoja en uso (1, 2,3...) del mes que reporta.
- **Responsable de la información:** Debe escribir en el espacio el nombre de la persona responsable de la información.
- **1/Cargo:** Debe escribir en el espacio correspondiente el número que corresponde al cargo de la persona responsable de la información, de acuerdo al catálogo:
 1. Médico/a
 2. Psicólogo/a
 3. Trabajadora Social
 4. Enfermera/o
 5. Auxiliar de Enfermería
 6. Educador/a
 7. Facilitador/a
 8. Otros
- **2/ Tipo de servicio:** Debe escribir el tipo de servicio de salud al que corresponde la información que se está registrando en el formulario de acuerdo al siguiente catálogo:
 1. Centro Comunitario
 2. Puesto de Salud
 3. Centro de Salud
 4. Centro de Atención Permanente (CAP)
 5. Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI)
 6. Hospital
 7. Unidad de Atención Integral (UAI)
 8. ONG
 9. Otros

	Manual	Código		
	Llenado Reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C		MAN-SIGSA-SIDA 1.2	
	Versión	Página:		
	3.0	6/21		
	Vigente a partir de:			
Agosto 2020				


- **Nombre del Servicio de salud:** Debe escribir en el espacio el nombre exacto del servicio.
- **Firma:** firma de la persona responsable de la información.

VI. Formulario SIGSA SIDA

GOBIERNO DE GUATEMALA MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL		REPORTE DE DATOS EN ITS, VIH Y HEPATITIS B Y C										Código FOR-SIGSA-SIDA 1.2	
												Versión 3.0	
												Vigencia a partir de: Febrero 2020	
Área de Salud: _____		Diario de Salud: _____		Municipio: _____		Mes: _____		Año: _____		Hoja: _____			
Responsable de la información: _____		1/ Cargo: _____		2/ Tipo de Servicio: _____		Nombre de Servicio de Salud: _____				Firma: _____			
DATOS GENERALES No. de Orden: _____ Datos de Contacto: _____ Nombre y apellidos del paciente: _____ CUI: Código Único de Identificación: _____ Lugar de Nacimiento: Departamento: _____ Municipio: _____ Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA 1/ Etnia: _____ 2/ Nacionalidad: _____ 3/ Sexo: _____ Dirección de residencia Actual: Departamento: _____ Municipio: _____ Colonia, Zona, Aldea, Caserío, Cantón: _____		16/ Comorbilidad (seleccionar todas las que apliquen) 17/ Estado Civil 18/ Estado de embarazo 19/ Tipo de parto 20/ Tipo de parto 21/ Tipo de parto 22/ Tipo de parto 23/ Tipo de parto 24/ Tipo de parto 25/ Tipo de parto 26/ Tipo de parto 27/ Tipo de parto 28/ Tipo de parto 29/ Tipo de parto 30/ Tipo de parto 31/ Tipo de parto 32/ Tipo de parto 33/ Tipo de parto 34/ Tipo de parto 35/ Tipo de parto 36/ Tipo de parto 37/ Tipo de parto 38/ Tipo de parto 39/ Tipo de parto 40/ Tipo de parto 41/ Tipo de parto 42/ Tipo de parto 43/ Tipo de parto 44/ Tipo de parto 45/ Tipo de parto 46/ Tipo de parto 47/ Tipo de parto 48/ Tipo de parto 49/ Tipo de parto 50/ Tipo de parto 51/ Tipo de parto 52/ Tipo de parto 53/ Tipo de parto 54/ Tipo de parto 55/ Tipo de parto 56/ Tipo de parto 57/ Tipo de parto 58/ Tipo de parto 59/ Tipo de parto 60/ Tipo de parto 61/ Tipo de parto 62/ Tipo de parto 63/ Tipo de parto 64/ Tipo de parto 65/ Tipo de parto 66/ Tipo de parto 67/ Tipo de parto 68/ Tipo de parto 69/ Tipo de parto 70/ Tipo de parto 71/ Tipo de parto 72/ Tipo de parto 73/ Tipo de parto 74/ Tipo de parto 75/ Tipo de parto 76/ Tipo de parto 77/ Tipo de parto 78/ Tipo de parto 79/ Tipo de parto 80/ Tipo de parto 81/ Tipo de parto 82/ Tipo de parto 83/ Tipo de parto 84/ Tipo de parto 85/ Tipo de parto 86/ Tipo de parto 87/ Tipo de parto 88/ Tipo de parto 89/ Tipo de parto 90/ Tipo de parto 91/ Tipo de parto 92/ Tipo de parto 93/ Tipo de parto 94/ Tipo de parto 95/ Tipo de parto 96/ Tipo de parto 97/ Tipo de parto 98/ Tipo de parto 99/ Tipo de parto 100/ Tipo de parto		101/ Tipo de parto 102/ Tipo de parto 103/ Tipo de parto 104/ Tipo de parto 105/ Tipo de parto 106/ Tipo de parto 107/ Tipo de parto 108/ Tipo de parto 109/ Tipo de parto 110/ Tipo de parto 111/ Tipo de parto 112/ Tipo de parto 113/ Tipo de parto 114/ Tipo de parto 115/ Tipo de parto 116/ Tipo de parto 117/ Tipo de parto 118/ Tipo de parto 119/ Tipo de parto 120/ Tipo de parto 121/ Tipo de parto 122/ Tipo de parto 123/ Tipo de parto 124/ Tipo de parto 125/ Tipo de parto 126/ Tipo de parto 127/ Tipo de parto 128/ Tipo de parto 129/ Tipo de parto 130/ Tipo de parto 131/ Tipo de parto 132/ Tipo de parto 133/ Tipo de parto 134/ Tipo de parto 135/ Tipo de parto 136/ Tipo de parto 137/ Tipo de parto 138/ Tipo de parto 139/ Tipo de parto 140/ Tipo de parto 141/ Tipo de parto 142/ Tipo de parto 143/ Tipo de parto 144/ Tipo de parto 145/ Tipo de parto 146/ Tipo de parto 147/ Tipo de parto 148/ Tipo de parto 149/ Tipo de parto 150/ Tipo de parto									

Datos Generales

- **No. De orden:** Debe escribir el orden correlativo de las personas atendidas cuando se proporciona la orientación, ejemplo: 1, 2, 3, 4, etc.
- **Día de la orientación:** Debe escribir en el espacio correspondiente el día del mes en el cual se realiza la orientación; el mes y el año están consignados al inicio del instrumento.
- **Nombres y apellidos del paciente:** debe registrar los nombres y apellidos completos del paciente.
- **CUI (Código Único de Identificación):** Se debe ingresar el número del documento personal de identificación (DPI) del paciente que extiende RENAP. El CUI se mantendrá invariable hasta el fallecimiento de la persona natural, como único referente de identificación de la misma. Si la persona es extranjera, debe colocar una línea horizontal en el espacio correspondiente al CUI (-----).
- **Lugar de nacimiento:** Debe escribir en el espacio el lugar de nacimiento de la persona, departamento y municipio.
- **Fecha de nacimiento:** Se presentan tres columnas en la que debe registrar la fecha de nacimiento en formato dd/mm/aaaa.
- **3/Nacionalidad:** Debe escribir en el espacio correspondiente de la nacionalidad de la persona, según el siguiente catálogo:
 1. guatemalteca
 2. beliceña
 3. salvadoreña
 4. hondureña
 5. nicaragüense
 6. costarricense
 7. panameña
 8. mexicana
 9. otro país

	Manual	Código	
	Llenado Reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C	MAN-SIGSA-SIDA 1.2	
		Versión	Página:
		3.0	7/21
		Vigente a partir de:	
Agosto 2020			

- **4/Sexo:** Esta variable se refiere a las diferencias biológicas entre hombre y mujer, sin embargo, para efectos de este instrumento se utilizarán las variables de género: “Masculino” y “Femenino”, como sinónimo de la variable de sexo al nacer de “Hombre” y “Mujer” respectivamente. Por lo que, debe escribir en el espacio, el número correspondiente al sexo al nacer de la persona, de acuerdo con el siguiente catálogo:
 1. Masculino
 2. Femenino


- **Dirección de residencia actual:** Debe escribir el lugar actual de residencia de la persona, iniciando por el departamento, municipio, colonia, zona, aldea, caserío o cantón.
Ejemplo: Guatemala, Villa Nueva, Colonia Tabacal.

- **5Orientación sexual:** Debe escribir el número que corresponde según autodefinición del usuario.
 - 0. No Aplica:** Personas menores de 15 años.
 - 1. Heterosexual:** Atracción y comportamiento sexuales dirigidos al sexo opuesto. (Hombre y mujer)
 - 2. Bisexual:** Personas cuya atracción sexual es hacia miembros de ambos sexos. (Mujer, hombre y mujer) (Hombre, mujer y hombre)
 - 3. Homosexual:** Atracción y comportamiento sexuales dirigidos al mismo sexo. (Hombre y hombre) (Mujer y mujer)

- **6/ Identidad de género**
 - 0. No Aplica:** Personas menores de 15 años y aquellas que no se identifiquen con las opciones del catálogo de esta variable.
 - 1. Persona Trans:** Persona hombre o mujer cuyo sexo biológico no armoniza con su identidad de género y quien mediante tratamientos hormonales y la operación quirúrgica de reasignación de sexo, busca cambiar su cuerpo físico para armonizarlo con su identidad de género. Adicional el término Trans ampara múltiples formas de expresión de identidad o subcategorías como transexuales, transgéneros, travestis, y otras identidades de quienes definen su sexo como “otro”.

- **7/Estado Civil:** Debe escribir el número correspondiente la opción de estado civil de la persona según el siguiente catálogo:
 0. No aplica
 1. Casado
 2. Unido
 3. Soltero
 4. Viudo

- **8/Escolaridad:** Debe escribir en el espacio el número que corresponde al nivel educativo que la persona indica según el siguiente catálogo:
 0. No aplica: Esta opción corresponde únicamente para niños menores de 7 años de edad.
 1. Analfabeta: Toda persona mayor de 7 años que no sabe leer, ni escribir.
 2. Alfabeta: Tiene conocimiento básico acerca de lectura y escritura sin grado académico (mínimo primaria)
 3. Primaria incompleta
 4. Primaria completa

	Manual	Código	
	Llenado Reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C	MAN-SIGSA-SIDA 1.2	
		Versión	Página:
		3.0	8/21
		Vigente a partir de:	
Agosto 2020			


5. Básico incompleto
6. Básico completo
7. Diversificado incompleto
8. Diversificado completo
9. Universidad incompleta
10. Universidad completa

➤ **9/Pueblo:** Debe escribir el número correspondiente a la identidad de pueblo que indique la persona según su propia autodefinición, de acuerdo al siguiente catálogo:


1. Mestizo, Ladino
2. Maya
3. Garífuna
4. Xinca
5. Otros
6. No indica

➤ **10/Comunidad Lingüística:** Debe escribir en el espacio el número correspondiente a la opción de comunidad lingüística que indique la persona según su propia autodefinición, de acuerdo con el siguiente catálogo. Esta opción solo debe llenarse cuando la persona indique que pertenece al pueblo maya.

1. Achi'
2. Akateka
3. Awakateka
4. Ch'orti'
5. Chalchiteka
6. Chuj
7. Itza'
8. Ixil
9. Jakalteka
10. Kaqchikel
11. K'iche'
12. Mam
13. Mopan
14. Poqomam
15. Poqomchi
16. Q'anjob'al
17. Q'eqchi'
18. Sakapulteka
19. Sipakapensa
20. Tektiteka
21. Tz'utujil
22. Uspanteka
23. No indica

	Manual		Código	
	Llenado Reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C		MAN-SIGSA-SIDA 1.2	
			Versión	Página:
			3.0	9/21
			Vigente a partir de:	
		Agosto 2020		

- **11/Condición de riesgo:** Debe escribir en el espacio el número correspondiente a la opción de condición de riesgo de la persona según la percepción de quien realiza la orientación.
1. **Privado de libertad:** Persona recluida (hombre o mujer mayor o igual a 18 años) o privada de libertad que se encuentra en centro preventivo o de condena.
 2. **Adolescente en riesgo psicosocial:** Adolescentes entre 10 a menores de 18 años de edad que se identifiquen con alguno de los siguientes factores:
 - Sexualmente activo
 - Planificación familiar
 - Se encuentre en contexto de calle o institucionalización (adolescentes que estén en albergues temporales, en orfandad, en conflicto con la ley penal y que están en centros de rehabilitación para jóvenes)
 - Miembros de maras o pandillas juveniles
 - Residentes de áreas afectadas por factores económicos y sociales que facilitan la transmisión de ITS y VIH
 - Adolescentes que no están en educación formal y están en economía informal (vendedores informales, lustradores, etc.)
 - Transfusión sanguínea o hemoderivados en los últimos seis meses
 - Perforaciones (con aguja o pistola para perforación/o tatuajes)
 - Uso de drogas (cocaína, marihuana, hongos entre otras)
 - Consumo de alcohol
 3. **Migrante Interno:** Persona guatemalteca que realiza procesos de movilidad hacia un área geográfica diferente de su lugar de origen dentro del país, se considera principalmente a personas trabajadoras agrícolas migratorias temporales.
 4. **Migrante Internacional** Persona extranjera que se traslada fuera de su lugar de origen a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones.
 5. **Hombre en riesgo:** Hombre mayor de edad (de 18 años en adelante) que se identifica con alguno de los siguientes factores:
 - a. Uso inconsistente o no uso del condón
 - b. Uso de drogas (cocaína, marihuana, hongos entre otras)
 - c. Haber tenido antecedentes de una ITS
 - d. Múltiples parejas sexuales
 - e. Antecedentes de una pareja discordante
 - f. Transfusión sanguínea o hemoderivados en los últimos seis meses
 - g. Perforaciones (cuando se realiza la perforación ya sea con aguja o pistola para perforación/o tatuajes)
 - h. Práctica sexual anal penetrativa o receptivo sin condón
 - i. Trasplantes de órganos
 6. **Mujer en riesgo:** Mujer mayor de edad (de 18 años en adelante) que se identifique con alguno de los siguientes factores:
 - a. Uso inconsistente o no uso del condón
 - b. Uso de drogas (cocaína, marihuana, hongos entre otras)
 - c. Haber tenido antecedentes de una ITS
 - d. Múltiples parejas sexuales
 - e. Antecedentes de una pareja discordante
 - f. Transfusión sanguínea o hemoderivados en los últimos seis meses
 - g. Perforaciones (cuando se realiza la perforación ya sea con aguja o pistola para

	Manual		Código		
	Llenado Reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C		MAN-SIGSA-SIDA 1.2		
			Versión	Página:	
			3.0	10/21	
			Vigente a partir de:		
		Agosto 2020			

perforación/o tatuajes)

h. Práctica sexual anal receptiva sin condón

i. Trasplantes de órganos

7. Uniformado: Persona mayor de edad (hombre o mujer) que pertenece a las fuerzas armadas: policía, ejército, guardias penitenciarios, guardias de seguridad, etc.

8. Trabajo sexual: Acción que realiza persona hombre o mujer, mayor o igual a 18 años que reciben remuneración económica o en especie por intercambio de prácticas sexuales.

9. Clientes de trabajadores/as sexuales: Persona (hombre o mujer) que obtiene prácticas sexuales a cambio de remuneraciones económicas o especies con trabajadores sexuales.


10. Niño/a en contexto de vulnerabilidad: Persona (niño o niña) menor de 10 años de edad, que se identifique con alguno de los siguientes factores:

- Con sospecha de alguna enfermedad oportunista causada por el VIH.
- Haber sufrido agresión sexual
- Sospecha de alguna infección de transmisión sexual
- Ser hijo/a de padres con VIH, Hepatitis B y C y Sífilis
- Se encuentren en contexto de calle.
- Se encuentra fuera del contexto educativo
- Ser huérfano
- Condición de pobreza
- Perteneciente a familias de grupos de riesgo
- Discapacidad
- Situación de calle
- Hijo/a de migrantes
- Padecimiento de enfermedades crónicas

➤ **12/Motivo de la orientación:** Debe escribir el número correspondiente del motivo que llevó a la persona a realizarse la prueba, utilizando el siguiente catálogo:

1. Referencia
2. Iniciativa propia
3. Tuberculosis
4. Embarazo
5. Infecciones de transmisión sexual
6. Accidente Laboral
7. Profilaxia sexual
8. Pareja con VIH
9. Hijo de Padre y/o Madre Seropositivo
10. Agresión sexual: Quien, con violencia física o psicológica, realice actos con fines sexuales o eróticos a otra persona, al agresor o a sí misma¹.
11. Transfusión sanguínea
12. Usuario de drogas inyectables
13. Otros riesgos sanitarios
14. Pareja de embarazada

¹ Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolo de atención a víctimas / sobrevivientes de violencia sexual, MSPAS. Guatemala, 2019.

	Manual	Código	
	Llenado Reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C	MAN-SIGSA-SIDA 1.2	
		Versión	Página:
		3.0	11/21
		Vigente a partir de:	
Agosto 2020			

- **13/ Control prenatal / puerperio:** Debe escribir en el espacio el número de opción correspondiente a la información otorgada por la embarazo según corresponda.
 0. No aplica
 1. Primero
 2. Segundo
 3. Tercero
 4. Cuarto
 5. Más de cuatro
 6. Parto / post parto (Postparto: 72 horas después del resultado del parto)
 7. Puerperio temprano


- **14/ Semana de gestación:** Escriba el número de la semana gestacional (1,2,3,4... 42).

- **15/ Orientación pre prueba:** Debe escribir en el espacio el número correspondiente a la opción de realización de la orientación pre prueba:
 0. No aplica: Se anota cero cuando no se realiza la orientación. La orientación pre prueba sólo puede dejar de efectuarse cuando se realiza la prueba por una orden médica o de juez, por donación de sangre y/o hemoderivados.
 1. Si
 2. No

- **15/ Prueba de tamizaje VIH:** Debe escribir en el espacio el número de opción correspondiente a la realización de prueba de tamizaje de VIH:
 0. No aplica: Cuando no se realizó una prueba de tamizaje de VIH, ya que el usuario viene referido de otro servicio para realizarle únicamente prueba confirmatoria.
 1. Si
 2. No

- **16/ Resultado prueba de tamizaje VIH:** Debe escribir en el espacio el número de opción correspondiente al resultado de prueba de tamizaje de VIH:
 0. No aplica: Cuando no se realizó una prueba de tamizaje de VIH, ya que el usuario viene referido de otro servicio para realizarle únicamente prueba confirmatoria.
 1. Reactivo
 2. No reactivo

- **15/ Prueba confirmatoria para VIH:** Debe escribir en el espacio el número de opción correspondiente a la realización de la prueba confirmatoria de VIH:
 0. No aplica: Se marcará opción cero cuando la prueba rápida de como resultado no reactivo.
 1. Si Se marcará la opción 1 cuando se realice prueba confirmatoria en el servicio.
 2. No Se marcará la opción 2 cuando el resultado de la primera prueba dio reactivo y el servicio no cuenta con pruebas confirmatoria.

	Manual	Código	
	Llenado Reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C	MAN-SIGSA-SIDA 1.2	
		Versión	Página:
		3.0	12/21
		Vigente a partir de:	
Agosto 2020			

- **17/ Resultado de prueba confirmatoria VIH:** Debe escribir en el espacio el número de opción correspondiente al resultado de prueba confirmatoria de VIH:
 - 0. No aplica: Se anota cero para aquellos casos en los que se entrega el resultado de la prueba en día diferente al que se realizó. (Se envía la muestra al Laboratorio Nacional o un servicio de referencia del área para su confirmación)
 - 1. Positivo
 - 2. Negativo


- **18/Prueba Treponémica de Sífilis:** Debe escribir en el espacio el número de la opción correspondiente según realización de prueba treponémica:
 - 1. Prueba Rápida
 - 2. TPHA
 - 3. No Se colocará esta opción cuando no se realice esta prueba.

- **17/ Resultado prueba treponémica de Sífilis:** Debe escribir en el espacio el número de opción correspondiente al resultado de prueba treponémica:
 - 0. No aplica: Se anota cero cuando no se realizó al usuario, ninguna prueba treponémica de sífilis.
 - 1. Positivo
 - 2. Negativo

- **19/Prueba no Treponémica de Sífilis:** Debe escribir en el espacio el número de la opción correspondiente según realización de prueba no treponémica:
 - 1. RPR
 - 2. VDRL
 - 3. No Se colocará esta opción cuando no se realice esta prueba.

- **20/Resultado de la dilución:** Debe escribir en el espacio el número de la opción correspondiente según el resultado de dilución de la prueba de VDRL o RPR:
 - 0. No aplica Se anota cero cuando no se realizó al usuario ninguna prueba no treponémica de sífilis.
 - 1. No reactivo
 - 2. Reactivo 1/1
 - 3. Reactivo 1/2
 - 4. Reactivo 1/4
 - 5. Reactivo 1/8
 - 6. Reactivo 1/16
 - 7. Reactivo 1/32
 - 8. Reactivo 1/64

- **15/ Prueba de tamizaje Hepatitis B:** Debe escribir en el espacio el número de opción correspondiente a la realización de prueba de tamizaje de Hepatitis B:
 - 0. No aplica Se anota cero cuando no se realizó al usuario prueba de tamizaje de hepatitis B.
 - 1. Si

	Manual	Código	
	Llenado Reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C	MAN-SIGSA-SIDA 1.2	
		Versión	Página:
		3.0	13/21
		Vigente a partir de:	
Agosto 2020			

2. No
- **16/ Resultado prueba de tamizaje Hepatitis B:** Debe escribir en el espacio el número de opción correspondiente al resultado de prueba de tamizaje de Hepatitis B:
 - 0. No aplica Se anota cero cuando no se realizó al usuario prueba de tamizaje de hepatitis B.
 - 1. Reactivo
 - 2. No reactivo




 - **15/ Prueba de tamizaje Hepatitis C:** Debe escribir en el espacio el número de opción correspondiente a la realización de prueba de tamizaje de Hepatitis C:
 - 0. No aplica Se anota cero cuando no se realizó al usuario prueba de tamizaje de hepatitis C.
 - 1. Si
 - 2. No

 - **16/ Resultado prueba de tamizaje Hepatitis C:** Debe escribir en el espacio el número de opción correspondiente al resultado de prueba de tamizaje de Hepatitis C
 - 0. No aplica Se anota cero cuando no se realizó al usuario prueba de tamizaje de hepatitis C
 - 1. Reactivo
 - 2. No reactivo

 - **15/ Entrega de resultado con orientación post prueba:** Debe escribir una de las siguientes opciones:
 - 0. No aplica Se anota cero para aquellos casos que se entrega el resultado de la prueba de VIH en día diferente al que se realizó. (Se envía la muestra al Laboratorio Nacional o un servicio de referencia del área para su confirmación)
 - 1. Si
 - 2. No

 - **21/Referencia:** Debe escribir el número en el espacio del servicio al que se ha realizado la referencia en la siguiente categoría:
 - 0. No aplica
 - 1. UAI
 - 2. Hospital
 - 3. Centro de salud
 - 4. CAIMI
 - 5. Maternidad
 - 6. IGSS
 - 7. Otras


 - **22/ UAI a la que se refirió:** debe escribir, solamente si en “Referencia es 1”, el número que corresponda a la UAI al que fue referido:
 - 0. Roosevelt
 - 1. San Juan de Dios

 GOBIERNO de GUATEMALA <small>DR. ALEJANDRO GUERRA</small>	 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL	 SIGSA <small>MINISTERIO DE SALUD</small>	Manual		Código			
			Llenado Reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C				MAN-SIGSA-SIDA 1.2	
							Versión	Página:
							3.0	14/21
							Vigente a partir de:	
				Agosto 2020				

2. Antigua Guatemala
3. Escuintla
4. Zacapa
5. Coatepeque
6. Rodolfo Robles
7. Amistad Japón
8. Infantil Puerto Barrios
9. San Benito Petén
10. Huehuetenango
11. Cuilapa
12. Malacatán
13. Retalhuleu
14. Cobán
15. Regional Quetzaltenango
16. Sanidad Militar
17. IGSS
18. Hospicio San José

VII. Flujo de información para el reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C

1. Procedimiento para el flujo de información para el reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C

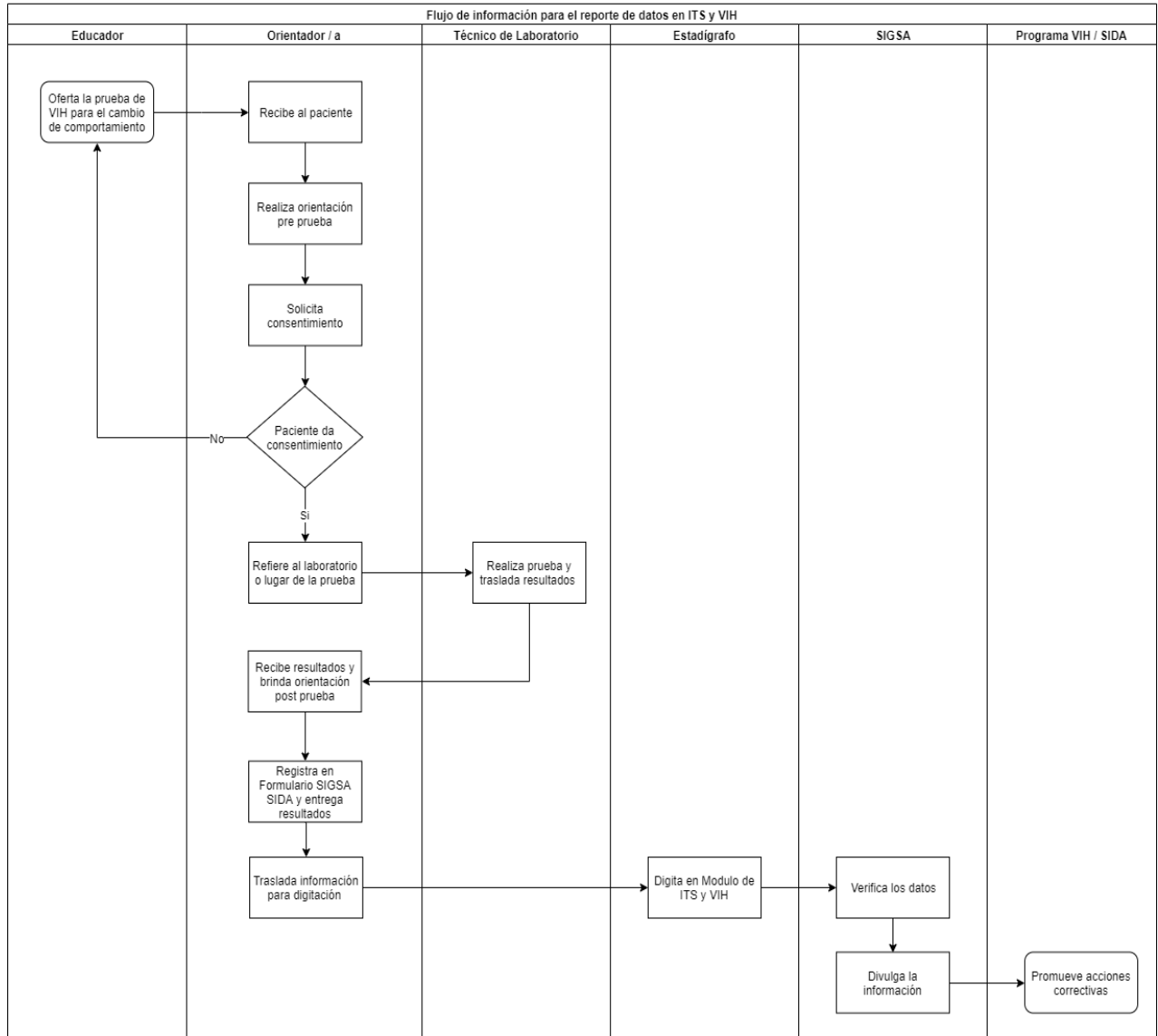
	Procedimiento	Código
	Flujo de información para el reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C	PRO-SIGSA-SIDA-001
Área al que pertenece		Versión
Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA		1.0
Propósito del procedimiento		Vigente a partir de:
Registrar y trasladar la información de tamizaje y confirmación de pruebas de VIH, Sífilis, Hepatitis B y C, para que el personal de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la administre de forma efectiva y eficiente.		Septiembre 2019
Normativa aplicable		Página
Normas de Atención "Salud Integral para primero y Segundo nivel de Atención, 2018 Manual de Orientación en ITS/VIH/SIDA Lineamientos para la Orientación en ITS, VIH y Sida		1/3

No.	Responsable	Actividad
1.	Educador	Oferta la prueba de VIH, Sífilis y Hepatitis B y C, a través de acciones de información, educación y comunicación para el cambio de comportamiento y traslada al servicio de salud o espacio donde se realice la prueba
2.	Orientador/a	<ul style="list-style-type: none"> Recibe al paciente Realiza la orientación pre prueba Solicita firma de consentimiento informado Registra en formulario SIGSA SIDA 1.2 la orientación pre prueba Refiere al laboratorio o lugar donde se realice la prueba
3.	Técnico de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> Realiza la prueba de VIH, Sífilis, Hepatitis B y/o C Traslada los resultados de las pruebas al servicio de orientación
4.	Orientador/a	<ul style="list-style-type: none"> Recibe los resultados de las pruebas Brinda orientación post prueba Registra en formulario SIGSA SIDA Entrega resultados Traslada la información al responsable de la digitación
5.	Estadígrafo de Servicio	<ul style="list-style-type: none"> Recibe los formularios Consolida la información Digita en el Módulo de ITS y VIH <p>Nota: Si no es posible digitar en el servicio, se trasladan los registros del SIGSA SIDA 1.2 al DMS o DAS para que realicen la digitación en el módulo.</p>
6.	SIGSA	<ul style="list-style-type: none"> Verifica los datos y realimentación. Divulga información de forma oficial.
7.	Programa VIH / SIDA	Promueve acciones correctivas.

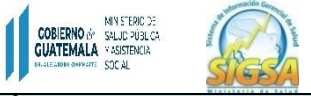
1.1. Diagrama de flujo de información para el reporte de datos en ITS, VIH y Hepatitis B y C



DIAGRAMA DE FLUJO DE PROCESOS Diagrama General de Reporte de datos en ITS y VIH Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/Sida			Código: PRO-SIGSA-SIDA-001
Elaborado por: Julio López Técnico Normas y procesos	Revisado por: Ing. Sara Cruz Facilitador Normas y Procesos	Aprobado por:	Versión: 1.0
			Elaborado el 04/09/2019



2. Procedimiento creación de una nueva ONG / Instancia privada en la Red de servicios de salud

	Procedimiento	Código
	Creación de una nueva ONG / Instancia privada en la Red de servicios de salud	PRO-SIGSA-ARSS-ONG/IP
Área al que pertenece		Versión
Programa Nacional de ITS, VIH y Sida		0.1
Propósito del procedimiento		Vigente a partir de:
Describir las actividades necesarias para la creación de una nueva ONG o instancia privada y su incorporación a la Red de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social		Septiembre 2019
Normativa aplicable		Página
Metodología para la actualización a la red de servicios de salud		17/4

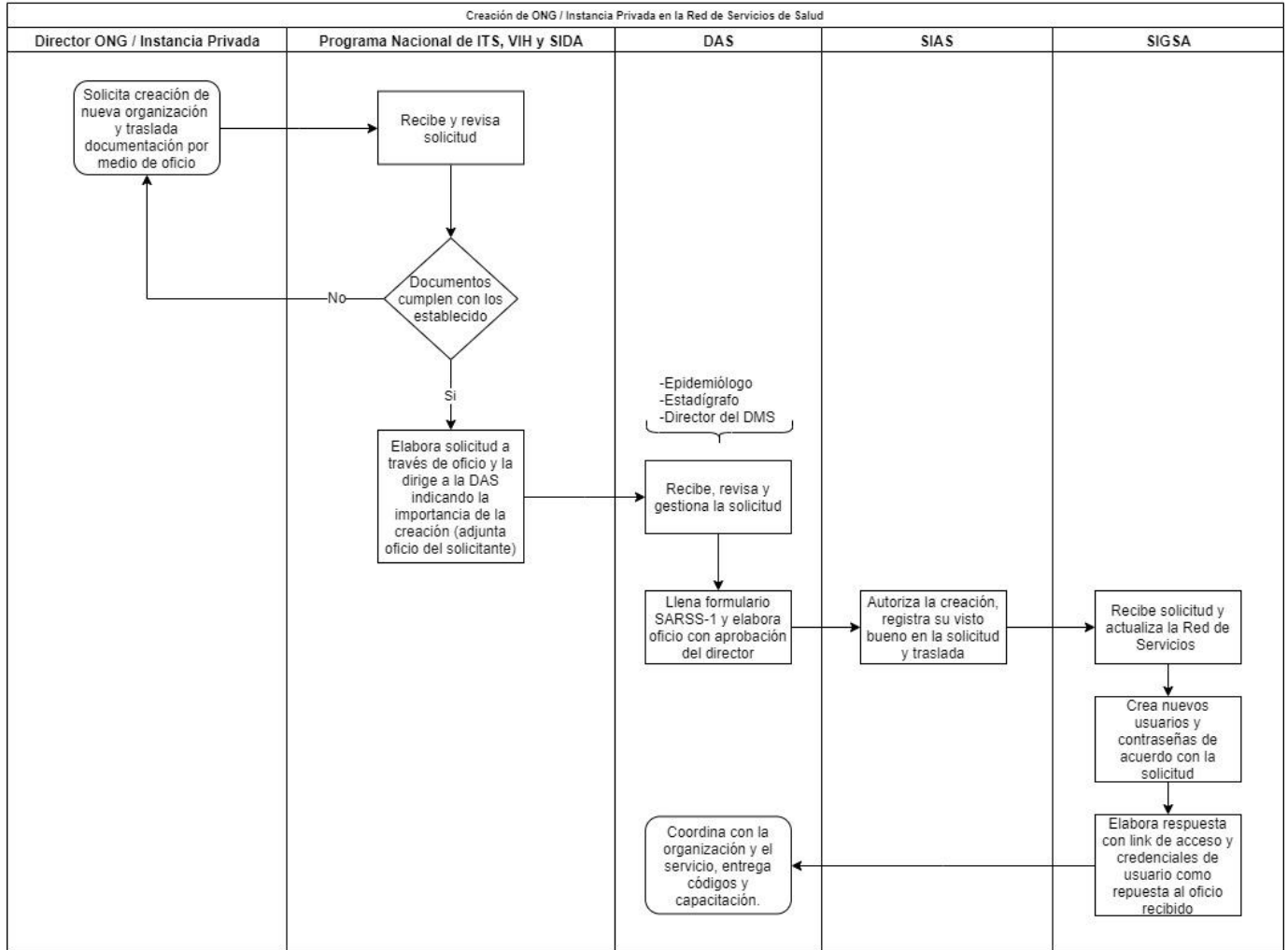
No.	Responsable	Descripción
1.	Director de ONG / Instancia privada	<p>Solicita a la Coordinación del Programa Nacional de ITS, VIH y Sida, la creación del servicio en la red de servicios de Salud, adjuntando para ello los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de la Organización • Dirección • Departamento y municipio al que pertenece • Teléfono • Correo electrónico • Oferta de servicios de la organización • Información de las personas que ingresarán los datos, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre ○ Correo electrónico ○ Cargo ○ Teléfono <p>Traslada documentación por medio de Oficio a la Coordinación del Programa Nacional de ITS, VIH y Sida.</p>
2.	Programa Nacional de ITS, VIH y Sida	<p>Recibe y revisa la solicitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los documentos no cumplen con lo establecido, entonces traslada a la ONG o Instancia privada para que completen la información. • Si los documentos cumplen con lo establecido, entonces realiza lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora una solicitud a través de Oficio dirigida a la Dirección de área de salud – DAS – correspondiente, solicitando la creación de la nueva ONG o Instancia privada y adjunta la solicitud de la organización ○ En el oficio debe justificarse la importancia de dicha solicitud. ○ Traslada oficio a la Dirección de área de salud – DAS – correspondiente.

No.	Responsable	Descripción
3.	DAS	<p>Recibe la documentación y se gestiona a través de los siguientes responsables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epidemiólogo del área • Estadígrafo de área • Director del distrito o responsable designado en donde se encuentra el servicio, al cual debe incorporarse la nueva organización. <p>Completa el formulario correspondiente a Solicitud de Actualización a la Red de servicios de salud (SARSS-1).</p> <p>Elabora Oficio solicitando la creación de la nueva ONG o Instancia privada.</p> <p>Director de área de salud firma de aprobación la solicitud y el oficio.</p> <p>Continúa con actividades descritas en la metodología para actualización a la red de servicios de salud, por lo que traslada a la Dirección de SIAS para su aprobación.</p>
4.	Dirección SIAS	<p>Autoriza la creación de la nueva organización, bajo el servicio de salud correspondiente, conforme a la dirección de la ONG o Instancia privada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registra su Vo. Bo. en la solicitud de creación de nueva organización. <p>Traslada a Coordinación general de SIGSA por medio de Oficio para solicitar la actualización a la red de servicios, con copia al Programa Nacional de ITS y VIH, y DAS.</p>
5.	SIGSA	<p>Recibe solicitud de la creación de nueva unidad notificadora.</p> <p>Realiza actualización a la red de servicios, de acuerdo con las actividades descritas en la Metodología para actualización a la red de servicios de salud.</p> <p>Crea nuevo usuario y contraseña de acuerdo con la solicitud inicial de la ONG o Instancia privada.</p> <p>Elabora respuesta con link de acceso y credenciales (usuario y contraseña) a solicitante en respuesta al Oficio recibido.</p> <p>Traslada a la Dirección de SIAS en respuesta a la solicitud.</p>
6.	DAS/ Epidemiólogo de DAS/ Estadígrafo DAS/ Encargada de VIH	<p>Coordinan con el servicio y la organización, la entrega de códigos con capacitación.</p> <p>Realizan capacitación con la organización creada en el uso del sistema y llenado del instrumento.</p>

2.1. Diagrama de flujo del proceso creación de una nueva ONG / Instancia privada en la Red de servicios de salud



DIAGRAMA DE FLUJO DE PROCESOS Creación de ONG / Instancia Privada en la Red de Servicios de Salud Sistema de Información Gerencial en Salud		Código: PRO-SIGSA-ARSS-ONG/IP
Elaborado por: Julio López Técnico Normas y procesos	Revisado por: Ing. Sara Cruz Facilitador Normas y procesos	Versión: 1.0
Aprobado por:		Elaborado en: Septiembre 2019



VIII. Glosario

D

DAS: Dirección de Área de Salud

DMS: Distrito Municipal de Salud

I

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

M

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

O

ONG: Organización No Gubernamental

R

RPR: Reagina plasmática rápida (prueba para diagnosticas sífilis)

S

SARSS-1: Solicitud de Actualización de la Red de Servicios de Salud

SIAS: Sistema Integral de Atención en Salud

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SIGSA: Sistema de Información Gerencial de Salud

V

VRDL: Venereal Disease Research Laboratory (Prueba serológica para sífilis)

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL -MSPAS-

SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL DE SALUD -SIGSA
6Av. 3-45 ZONA 11 PBX: 2444-7474 EXT: 1249
<http://www.mspas.gob.gt/>

