




**Monitoreo liderado por la comunidad** de los servicios de VIH, tuberculosis y malaria en el contexto del COVID-19

# Precisión en una Pandemia

Una **guía para el aseguramiento de la calidad** del monitoreo liderado por la comunidad durante el COVID-19

**JUNIO 2022**



The image features a dark blue background with a large, stylized lightbulb icon. The lightbulb is composed of several concentric, thick dark blue lines. A magnifying glass effect is applied to the text, with a circular frame around the text and a handle extending from the left side. The text is white and centered within the magnifying glass frame.

**Este documento guía se elaboró con el apoyo del Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria bajo la inversión para el Monitoreo Liderado por la Comunidad del Mecanismo de Respuesta al COVID-19 del Fondo Mundial (C19RM).**

# Propósito de esta guía

## **Esta guía establece los principios y las dimensiones de la calidad de los datos para las comunidades que llevan a cabo un Monitoreo Liderado por la Comunidad (MLC).**

Incluye información sobre la generación, el análisis y el uso de datos sobre características, experiencias y situaciones (llamados cualitativos) y sobre cantidades o números (llamados cuantitativos) en el contexto del COVID-19. El objetivo de esta guía es apoyar las iniciativas del MLC para que superen la “prueba de credibilidad” y promover el uso de los datos del MLC para la toma de decisiones por parte de las autoridades de salud y los encargados de formular políticas.

## **Fundamento**

---

El MLC es un enfoque relativamente nuevo para la participación colaborativa de la comunidad con los gobiernos, los donantes, los establecimientos de salud y otras partes interesadas, que está logrando un creciente reconocimiento por su valioso aporte a la mejora de la prestación de servicios relacionados con el VIH, la TB y la malaria. El éxito del MLC requiere sistemas sólidos de recopilación de datos. De lo contrario, las comunidades se enfrentarán a problemas de calidad de los datos, lo cual dificultará su capacidad de utilizar los datos del MLC para influir en la toma de decisiones y en los cambios de políticas y programas. Sin un sistema sólido de recopilación de datos, la exactitud y/o la credibilidad de los datos del MLC pueden ponerse en duda, y las comunidades no pueden defender sus posturas con confianza.



## **Quién debe leer esta guía**

- **Todos aquellos que están implementado el MLC en la actualidad**
- **Los grupos de la sociedad civil y grupos comunitarios que están interesados en establecer o fortalecer los mecanismos del MLC en el contexto del COVID-19**
- **Los prestadores de asistencia técnica que apoya las iniciativas del MLC**
- **Socios en el MLC (ministerios de salud, gobiernos, donantes multilaterales y bilaterales, equipos de gestión de los establecimientos de salud)**

# Índice

<b>Propósito de este guía</b>	<b>3</b>
<b>Abreviaturas y acrónimos</b>	<b>5</b>
<b>PARTE 1: Antecedentes</b>	<b>6</b>
<b>Introducción</b>	<b>6</b>
<b>Monitoreo Liderado por la Comunidad en el contexto del COVID-19</b>	<b>7</b>
<b>PARTE 2: ¿Qué Es La Calidad De Los Datos Y Por Qué Es Importante?</b>	<b>11</b>
<b>PARTE 3: Factores Que Afectan La Calidad De Los Datos Del MLC Durante El COVID-19</b>	<b>14</b>
<b>PARTE 4: Un Marco Para El Aseguramiento De Calidad De Los Datos Del MLC Durante El COVID-19</b>	<b>16</b>
<b>Perspectiva General Del Marco</b>	<b>16</b>
<b>Dimensión 1: Relevancia (¿Realmente Se Necesitan Estos Datos?)</b>	<b>17</b>
<b>Dimensión 2: Pertinencia Temporal (¿Están Actualizados Los Datos?)</b>	<b>21</b>
<b>Dimensión 3: Exhaustividad (¿Están Presentes Todos Los Valores De Los Datos?)</b>	<b>23</b>
<b>Dimensión 4: Exactitud (¿Tienen Algún Error Los Datos?)</b>	<b>26</b>
<b>Dimensión 5: Confiabilidad (¿Son Coherentes Los Datos Entre Sí Y Con Otras Fuentes De Confianza?)</b>	<b>28</b>
<b>PARTE 5: Proceso Para Garantizar La Calidad De Los Datos Del MLC Durante El COVID-19</b>	<b>30</b>
<b>Lista De Verificación Para El Aseguramiento De Calidad De Los Datos Sensibles Al COVID</b>	<b>30</b>
<b>Otras Medidas Para Asegurar La Calidad De Los Datos</b>	<b>32</b>
<b>Referencias</b>	<b>34</b>

# Abreviaturas y acrónimos

<b>ACC en inglés</b>	AIDS Care China
<b>C19RM</b>	Mecanismo de Respuesta al COVID-19
<b>CCG en inglés</b>	Grupo consultivo comunitario
<b>COVID-19</b>	Enfermedad por Coronavirus 2019
<b>CTO en inglés</b>	Observatorio Comunitario del Tratamiento
<b>DMC en inglés</b>	Centro de Microscopía Designado
<b>ITPC</b>	Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento
<b>MANERELA+ en inglés</b>	Red de líderes religiosos de Malawi que viven o se ven afectados personalmente por el VIH y el sida.
<b>MLC</b>	Monitoreo liderado por la comunidad
<b>MMD en inglés</b>	Dispensación para varios meses
<b>NACOSA en inglés</b>	Convención Nacional del Sida de Sudáfrica
<b>NETHIPS en inglés</b>	Red de Seropositivos en Sierra Leona
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas de VIH/SIDA
<b>PEPFAR</b>	Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para Paliar el SIDA
<b>PrEP</b>	Profilaxis Preexposición
<b>RMAP+ en inglés</b>	Asociaciones de personas que viven con el VIH en Malí
<b>TARV</b>	Terapia antirretroviral
<b>TB</b>	Tuberculosis
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana
<b>VOT en inglés</b>	Tratamiento observado por vídeo

## Introducción

### El efecto devastador del COVID-19 en la respuesta al VIH, la TB y la malaria

La pandemia del COVID-19 ha tenido un efecto devastador en la lucha para erradicar el VIH, la tuberculosis (TB) y la malaria. Desde que comenzó la pandemia, a menos personas se les ha realizado la prueba del VIH, y el número de personas que iniciaron el tratamiento antirretroviral en 2020 ha disminuido en el 80% de los países.<sup>1</sup> Los diagnósticos de tuberculosis han disminuido un 18% entre 2019 y 2020, mientras que las muertes relacionadas con la tuberculosis han aumentado un 7%.<sup>2</sup> Tras un descenso constante entre 2000 y 2019, la incidencia de casos de malaria aumentó un 5% y las muertes a causa de la malaria aumentaron un 12% en 2020. Alrededor de 47,000 (68%) de las 69,000 muertes adicionales se debieron a las interrupciones de los servicios a causa del COVID-19.<sup>3</sup> En resumen, a menos personas se les realizan pruebas y se les trata, y más personas se están enfermando y muriendo.

### Adaptaciones para mejorar la respuesta al VIH, la TB y la malaria ante el COVID-19

El COVID-19 ha acelerado la adopción y ampliación de más servicios centrados en la persona. Entre los 21 países donde se implementa el PEPFAR, la cobertura de la dispensación para varios meses (MMD por sus siglas en inglés) de la terapia antirretroviral (TARV) aumentó del 49% a finales de 2019 (antes del COVID) al 72% en el segundo trimestre de 2020.<sup>4</sup> Casi todos los 28 países de la Coalición

para la Prevención del VIH indicaron que dispensaban preservativos para varios meses (MMD), y más de dos tercios de ellos también dispensaban profilaxis previa a la exposición al VIH (PrEP)<sup>5</sup> para varios meses. Ocho países adoptaron la distribución de agujas y jeringas para las personas que se inyectan drogas, y siete de ellos suministran dosis de terapia de sustitución de opiáceos para llevar a casa.

Con respecto a la respuesta a la tuberculosis, 23 países señalaron haber implementado adaptaciones ante el COVID-19, entre ellas el uso del tratamiento observado por vídeo (VOT por sus siglas en inglés) en Brasil, Esuatini, Guatemala, India y Uruguay; la pruebas de tamizaje integradas de tuberculosis y COVID-19 en Etiopía, Nigeria y Sudáfrica; el uso de trabajadores comunitarios de la salud para ayudar en la recolección y el transporte de muestras y la entrega a domicilio de medicamentos para la tuberculosis, y el transporte de muestras de esputo para las pruebas de diagnóstico de tuberculosis junto con las muestras del COVID-19.<sup>6,7</sup>

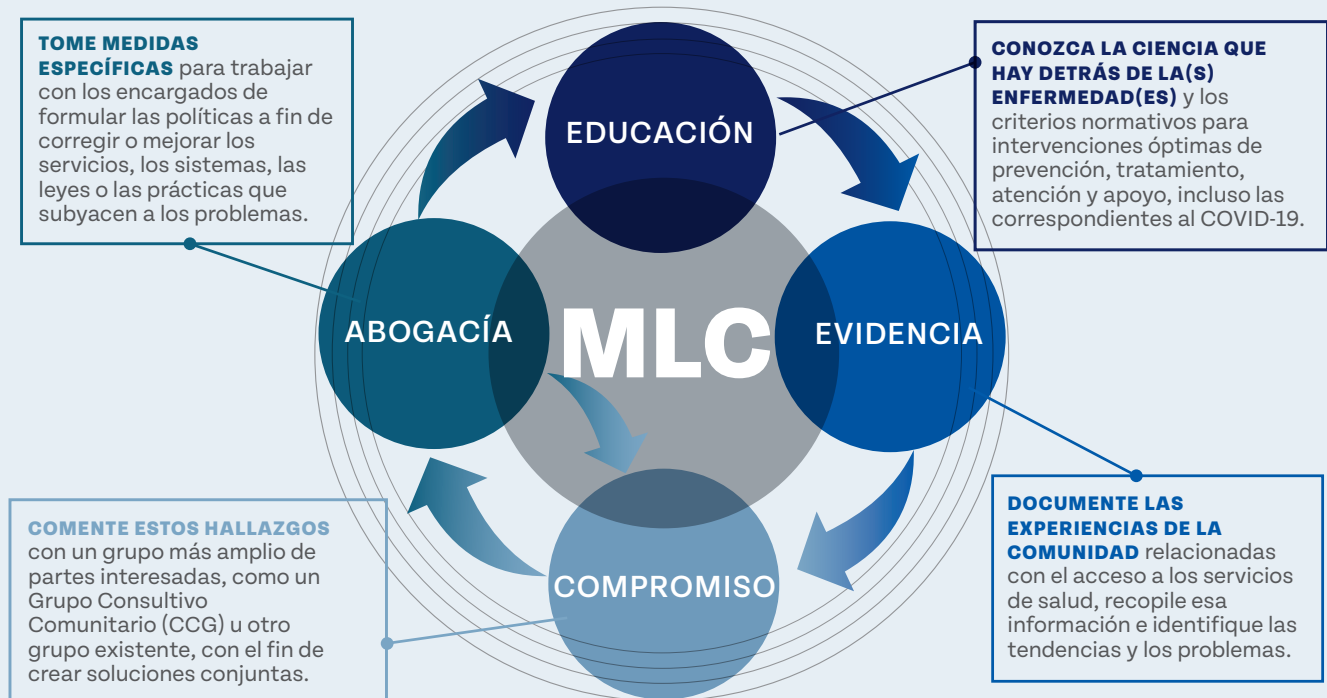
Se pusieron en marcha adaptaciones específicas para mitigar las interrupciones en la gestión de los casos de malaria, incluyendo el establecimiento de quioscos para facilitar la detección de la fiebre y el triaje en Kenia y Malawi, y los paquetes para apoyar la búsqueda de atención y la asistencia a las clínicas prenatales en Kenia y Nigeria.<sup>8</sup> Además, los países implementaron programas de capacitación sobre la prevención segura de la transmisión del COVID-19 durante el despliegue de los trabajadores comunitarios de la salud, y durante la realización de las encuestas.

# El Monitoreo Liderado por la Comunidad (MLC) para lograr una mejor prestación de servicios de salud

El MLC es un mecanismo de rendición de cuentas que se aplica a las respuestas en materia de salud a diferentes niveles, dirigido y ejecutado por organizaciones locales, lideradas por la comunidad, integradas por personas que viven con el VIH, supervivientes de la tuberculosis, redes de poblaciones clave y vulnerables, u otros grupos afectados. Se ha demostrado que el MLC mejora la prestación de servicios a nivel de los

establecimientos y los resultados de salud entre los que reciben la atención.<sup>9,10</sup> Utiliza una plataforma estructurada y colegas monitores rigurosamente capacitados para recopilar y analizar sistemática y rutinariamente los datos cualitativos y cuantitativos sobre la prestación de servicios para el VIH, la tuberculosis y la malaria –incluyendo los datos de personas en entornos comunitarios que podrían no tener acceso a la atención de salud– y para establecer un ciclo rápido de retroalimentación con los directores de programas y los responsables de la toma de decisiones en materia de salud (vea la Figura 1).<sup>11</sup> Los modelos del MLC que tienen éxito son también colaborativos, continuos y sistemáticos, e incorporan la abogacía y la educación de la comunidad.<sup>12</sup>

**FIGURA 1 Modelo del Monitoreo Liderado por la Comunidad de la Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento (ITPC)**



## Monitoreo Liderado por la Comunidad en el contexto del COVID-19

### Adaptaciones al Monitoreo Liderado por la Comunidad en tiempos del COVID-19

En el contexto del COVID-19, el MLC es cada vez más crucial para apoyar la recuperación de los servicios tras su interrupción, y para instar a que se amplíen las adaptaciones exitosas.

En la recopilación de datos del MLC se utilizan indicadores para especificar los datos que deben recopilarse de forma rutinaria – esta es la “evidencia”. Un indicador es una medida cuantitativa o cualitativa objetiva y reproducible que se utiliza para evaluar la aplicación de políticas o programas. Los indicadores se utilizan para monitorear todo el ciclo del programa y pueden medir los insumos, los productos, los resultados o el impacto. Si desea más información, consulte la Guía de Indicadores del MLC de ITPC (de próxima publicación).

## ¿Duplicación o triangulación? Un debate sobre indicadores para el MLC

Es importante tomar en cuenta que existe una polémica sobre la selección de indicadores del MLC que los establecimientos de salud ya pueden estar recopilando, como el número de personas que se realizan la prueba de diagnóstico del VIH o el número de personas que reciben tratamiento contra la tuberculosis. El Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para Paliar el Sida (PEPFAR) establece en el documento **2022 Country and Regional Operational Plan Guidance** (Guía para los Planes Operativos Nacionales y Regionales) que “los datos de monitoreo [liderados por la comunidad] deben ser acumulativos y no debe duplicarse la recopilación de datos de rutina que ya están disponibles para el PEPFAR a través del MER” (pág. 145). Por otro lado, la orientación incluida en **UNAIDS’ 2021 Guidance, Establishing Community-led Monitoring of HIV Services**, (Guía de ONUSIDA 2021, Establecimiento del Monitoreo Liderado por la Comunidad de los servicios de VIH) señala que los escrutinios de los registros clínicos son un método útil para recopilar datos cuantitativos, ya que “esta información apoya y triangula otros datos del MLC en vez de replicar el monitoreo preexistente” (pág. 21). La orientación contenida en **The Stop TB Partnership’s guidance** (Guía de la Alianza Alto a la Tuberculosis) promueve una combinación de ambos tipos de indicadores: los que son exclusivos de los implementadores del MLC y los que supuestamente también tienen los establecimientos de salud, como el porcentaje de

personas con un diagnóstico de tuberculosis que no inician el tratamiento (pág. 10).

En la **ITPC’s community-led monitoring guidance** (Guía de ITPC para el Monitoreo Liderado por la Comunidad) se recalca la importancia de que las comunidades tomen la iniciativa en la identificación y el monitoreo de los temas que les conciernen –algo en lo que todos los socios deberán acordar en última instancia. En los casos en que los establecimientos de salud no compartan sus datos con las comunidades de forma rápida u oportuna, o en que las comunidades no confíen en que los datos reflejen sus experiencias de vida, el MLC suele implicar la recopilación de ciertos puntos de datos rutinarios que son necesarios para contextualizar otra información sobre las barreras al acceso.

La selección de los indicadores adecuados es importante para obtener información de óptima calidad para las iniciativas del MLC. Si se hacen las preguntas equivocadas, no obtendremos la información que necesitamos. Los indicadores “indiferentes al COVID” arrojarán datos que no proporcionarán mucha información sobre las cuestiones clave de la pandemia. Es importante utilizar indicadores “sensibles al COVID” (vea la Tabla 1) y examinar los efectos específicos de la propia pandemia, así como su efecto en las respuestas al VIH, la tuberculosis y la malaria.

Al seleccionar los indicadores, es importante preguntarse: **“¿la información que obtenga de este indicador identificará las deficiencias y me permitirá abogar por una mejor atención en el contexto del COVID-19?”** Por ejemplo, en Jamaica, como parte de la subvención del Mecanismo de Respuesta al COVID-19 (C19RM) del Fondo Mundial (2021-2023), las organizaciones lideradas por la comunidad están llevando a cabo recuentos de píldoras en los centros de tratamiento y en los hogares de las personas, incluso entre las personas que viven con el VIH, las personas con tuberculosis y las personas que tienen otras comorbilidades. El objetivo es monitorear los desabastecimientos y los problemas con la cadena de suministros y señalar los problemas para emprender acciones urgentes. En Sudáfrica, el proyecto Ritshidze, financiado por PEPFAR, está operando en 400 establecimientos de salud,



monitoreando el compromiso del gobierno de “acelerar la dispensación en los puntos de entrega externos” e “implementar la dispensación para

varios meses para todos los pacientes crónicos” como parte de su estrategia para continuar con los servicios de VIH/TB en el contexto del COVID-19.

**TABLA 1 Ejemplos de indicadores MLC “indiferentes al COVID y “sensibles al COVID”**

Ejemplo de un indicador “indiferente al COVID”		Ejemplo de un indicador “sensible al COVID”	Explicación
Cuantitativo	Número de personas en tratamiento con TARV.	Número y porcentaje de personas en tratamiento con TARV que reciben medicamentos para varios meses.	La dispensación de TARV para varios meses es una adaptación clave ante el COVID-19 con el fin de descongestionar los establecimientos de salud.
	Número de personas a quienes se les ha realizado la prueba diagnóstica de VIH.	Número de personas a quienes se les han realizado pruebas de VIH, desglosadas por modalidad: Ej.: (a) pruebas en establecimientos, (b) pruebas dentro de la comunidad, (c) pruebas de autodiagnóstico.	La ampliación de los servicios de pruebas del VIH diferenciadas es una prioridad en el contexto del COVID-19, con el fin de descongestionar los establecimientos de salud.
	Número de personas a quienes se les han realizado pruebas de tamizaje de TB.	Número de personas a quienes se les han realizado pruebas de tamizaje tanto para TB como para COVID-19.	Las pruebas de tamizaje integradas y bidireccionales para TB/COVID-19 son una adaptación clave ante el COVID-19, debido a los síntomas que se traslapan y la posibilidad de una coinfección con TB y COVID-19.
	Número de personas a quienes se les ha realizado la prueba de diagnóstico de TB.	Número de personas a quienes se les ha realizado la prueba de diagnóstico de TB, desglosado por tipo de prueba. (Ej.: si se usa una prueba rápida molecular [GeneXpert] recomendada por la Organización Mundial de la Salud [OMS] u otros métodos [especifique]).	Algunas veces, las máquinas GeneXpert se readaptan para utilizarse en las pruebas del COVID-19, lo cual ha relegado las pruebas de carga viral del VIH y las pruebas de diagnóstico de la TB, lo cual ocasiona retrasos.
Cualitativo	¿Cómo calificaría la calidad de la atención que ha recibido aquí?	¿Cómo ha afectado el COVID-19 la calidad de la atención que recibe aquí? <i>Indagación 1: Hay algo que haya mejorado a partir del COVID-19?</i> <i>Indagación 2: ¿Hay algo que haya empeorado a partir del COVID-19?</i>	El COVID-19 ha causado impacto en la atención de salud, tanto positivamente (ej.: dispensación para varios meses) y negativamente (ej.: desgaste del personal).

## Elementos de la recopilación de datos del MLC

---

### Cronología

To effectively monitor the effect of COVID-19 on HIV, TB and malaria services, it is important to collect current data on health services, as well as pre-pandemic data for comparison.

- Por ejemplo, el *Monitoring And Evaluation Framework For The COVID-19 Response in the African Region* (Marco de Monitoreo y Evaluación de la OMS para la Respuesta al COVID-19 en la Región de África) orienta a los países para que hagan un seguimiento del cambio porcentual en el número de personas que viven con el VIH que reciben tratamiento antirretroviral, comparando el número de personas que reciben tratamiento antirretroviral en la actualidad con el número de personas que recibían tratamiento antirretroviral en el mismo mes del año 2019.<sup>13</sup>

### Educación

La información sobre el COVID-19 se debe integrar a la educación comunitaria como parte del MLC.

### Enfoques

Las restricciones a las reuniones sociales podrían suponer que parte de las actividades del MLC se tengan que llevar a cabo por medios virtuales, como las entrevistas a informantes claves y las discusiones en grupos focales. Es esencial que se garantice la seguridad de todos los participantes en el MLC; a los recopiladores de datos se les debe proporcionar equipo de protección personal.

### Flexibilidad

El COVID-19 es una epidemia que cambia con mucha rapidez. Cuando se lleva a cabo el MLC en el contexto del COVID-19, es importante permanecer alerta y atento a los cambios efectuados a las políticas de salud, la orientación normativa, las olas de nuevas infecciones y otros cambios en el panorama.

# ¿Qué Es La Calidad De Los Datos Y Por Qué Es Importante?

## ¿Qué es la calidad de los datos?

La calidad de los datos es una medida de cuán completa, oportuna, exacta, confiable y pertinente es la información.

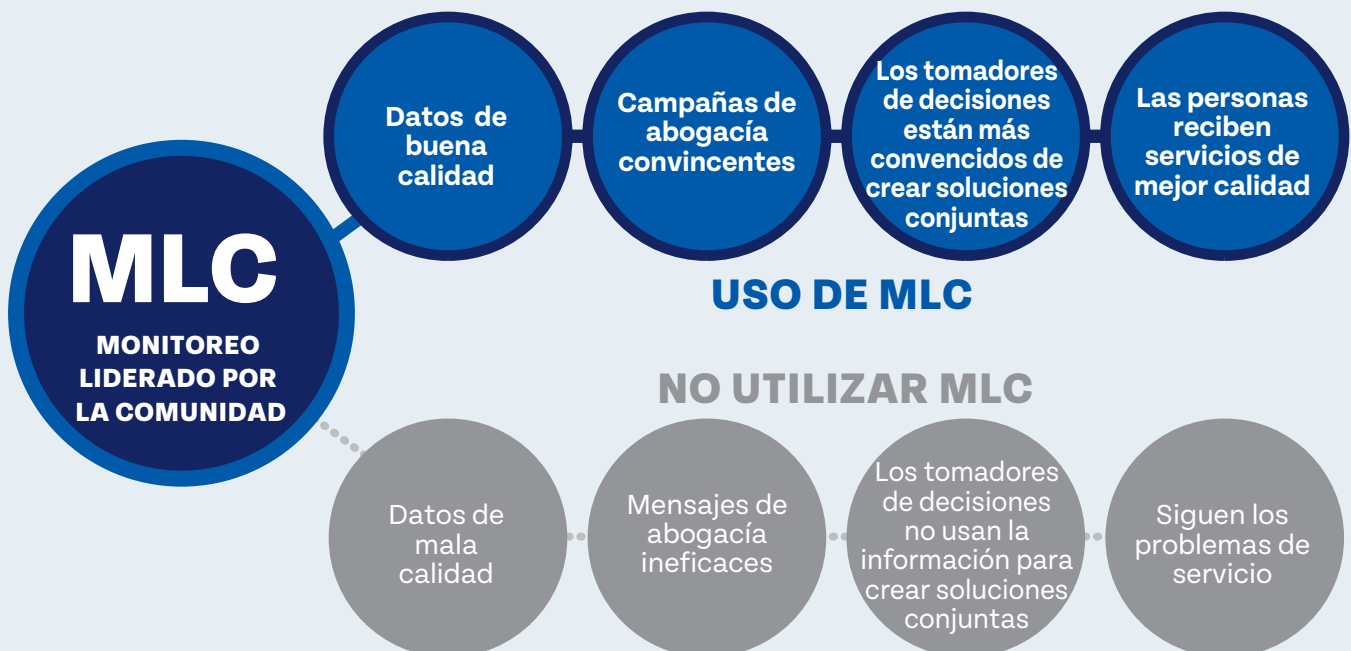
## ¿Qué es el aseguramiento de calidad?

El aseguramiento de la calidad es el conjunto de procedimientos o procesos que se usan en forma rutinaria y regular para revisar los datos, corregir errores y eliminar anomalías.

## ¿Por qué es importante el aseguramiento de calidad para el monitoreo liderado por la comunidad?

La calidad de los datos, aunque es esencial para el MLC, no es un fin en sí mismo –apoya el objetivo ulterior del MLC brindando información de base para la toma de decisiones por parte de los funcionarios, creando soluciones conjuntas y, cuando es necesario, efectuando abogacía para lograr mejores resultados en salud. Un aseguramiento estricto de la calidad le permite a usted y a otros usuarios de los datos tener plena confianza en sus datos.

**FIGURA 2 El vínculo entre la calidad de los datos y los resultados de salud en el contexto del MLC**



## La calidad de los datos es importante porque:

- Los datos de alta calidad apoyan el objetivo ulterior del MLC: mejorar la salud, calidad y duración de vida de las personas que viven con el VIH, TB y malaria.
- Los datos de alta calidad son esenciales para lograr una perspectiva exacta del problema y las tendencias.
- Los datos de alta calidad pueden ser más contundentes y tienen más probabilidades de convencer a los tomadores de decisiones para que actúen.
- Los datos de baja calidad pueden afectar negativamente la credibilidad de sus grupos interesados o de su organización.
- Los datos de alta calidad están listos y pueden usarse para una gama de análisis e informes, incluyendo análisis de tendencias, las evaluaciones comparativas y hasta los análisis estadísticos y la geocodificación.
- Cuando los datos del MLC no son de buena calidad pueden afectar la capacidad de las organizaciones lideradas por la comunidad para abogar efectivamente por el cambio. Los datos de mala calidad también pueden afectar la sostenibilidad del MLC si no se logran los resultados.

### EJEMPLO Cómo las incertidumbres con respecto a la calidad de los datos pueden afectar negativamente la abogacía para el MLC

“El Programa Nacional de TB reconoció los datos del MLC, tan solo indicaron que algunos aspectos técnicos podrían no estar correctos. Por ejemplo, los efectos secundarios de los medicamentos, el estigma y la discriminación. No están seguros de que las preguntas se hayan formulado adecuadamente o si realmente estaban ajustado a los lineamientos.” – CAMBODIA

“Cuando presentamos los resultados del MLC al distrito o las provincias, preguntaron: “Bueno, ¿pueden analizar este establecimiento específico y decirnos los problemas principales que hay en ese establecimiento?” No pudimos hacerlo porque no desglosamos nuestros datos hasta ese nivel. Deberíamos haber podido localizar cada establecimiento y proporcionar la retroalimentación específica a nivel local.” – MOZAMBIQUE

## Aseguramiento de calidad de los datos del MLC en el contexto del COVID-19

El aseguramiento de calidad de los datos es esencial para todas las iniciativas del MLC. Sin embargo, existen consideraciones especiales en el contexto del COVID-19:

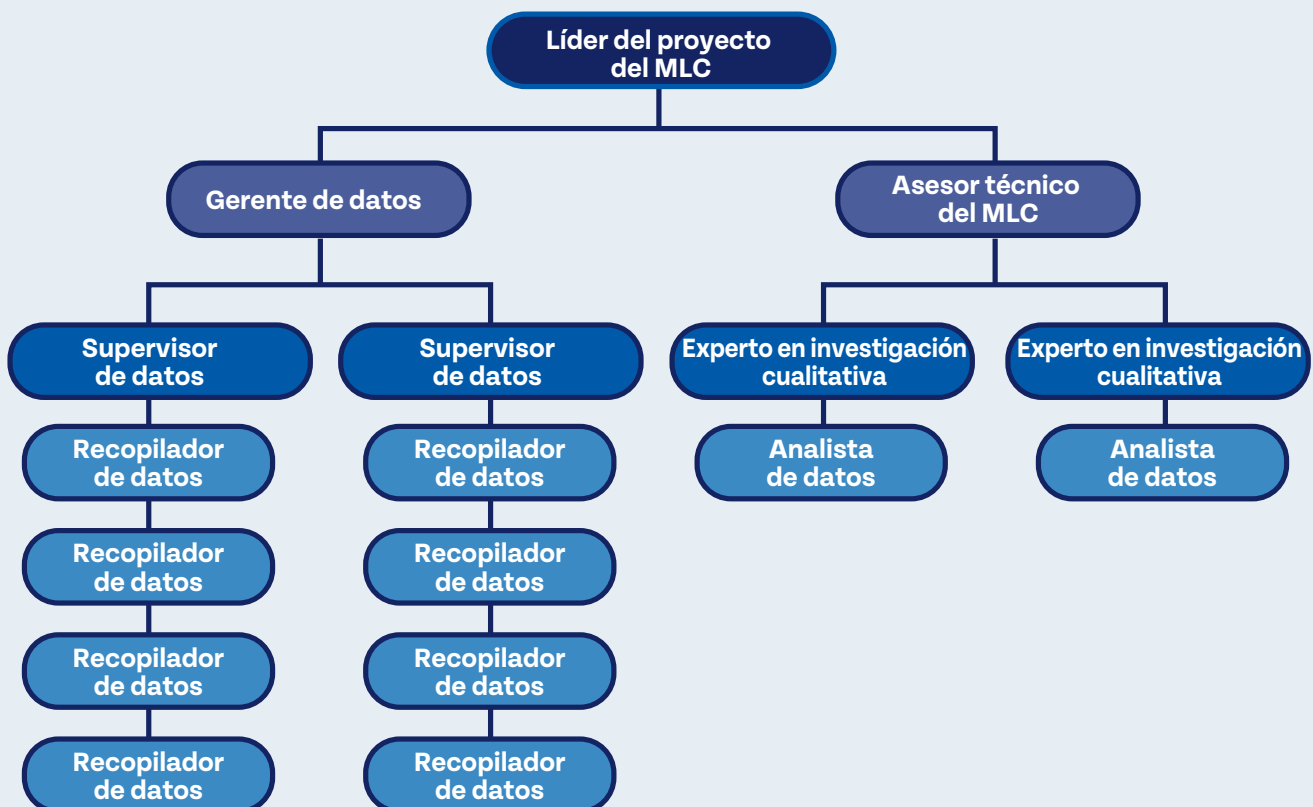
- Los datos adecuados para la toma de decisiones adquieren aún más importancia en tiempos de crisis o de emergencia, ya que suele haber menos margen de error.
- Existe una mayor sensibilidad a la desinformación relacionada con el COVID-19. Es aún más importante que los datos de MLC sean de alta calidad, para que no se perciban como inexactos o tergiversados.

→ Con una pandemia que evoluciona y cambia tan rápidamente, puede haber necesidad de realizar controles de calidad de los datos con mayor regularidad.

## Miembros del equipo de aseguramiento de calidad de los datos

**La estructura de los equipos de aseguramiento de calidad pueden variar según los diferentes contextos. Más adelante se presenta un ejemplo que les puede ayudar a los implementadores del MLC a considerar cómo estructurar la propia.**

**FIGURA 3 Modelo ilustrativo de un equipo de aseguramiento de calidad de los datos para un proyecto de Monitoreo Liderado por la Comunidad**



# Factores Que Afectan La Calidad De Los Datos Del Mlc Durante El COVID-19

**La calidad de los datos puede verse afectada durante la recopilación de los datos y durante el análisis de estos. Entre los factores más comunes que pueden afectar la calidad de los datos están:**

## Tamaño inadecuado de las muestras

Es importante que el tamaño de las muestras sea el adecuado para el MLC. Disponer de un número y una frecuencia suficientes de observaciones permite detectar lo que realmente existe. También le permite hacer una afirmación significativa sobre las tendencias más amplias. Esto incluye tanto el tamaño de la muestra cuantitativa (Ej.: el número de establecimientos de salud monitoreados) como el tamaño de la muestra cualitativa (Ej.: el número de entrevistas a los que reciben la atención). Durante el COVID-19, es posible que algunos establecimientos no permitan el ingreso de los que recopilan los datos del MLC, lo que limita el tamaño de la muestra potencial. Otros establecimientos pueden cambiar sus políticas de acceso durante la implementación y prohibir repentinamente el acceso a los recopiladores de datos, con lo cual disminuirá el tamaño de la muestra. En el caso de los datos cualitativos, los establecimientos de salud pueden tener poco personal debido al COVID-19, lo que torna menos probable que el personal de salud acceda a las entrevistas con los recopiladores de datos.

Aquellos que reciben la atención, especialmente las personas inmunodeprimidas, pueden negarse a ser entrevistados en persona si intentan evitar el COVID-19.

Vea la página 21 de “The Community Treatment Observatory (CTO) Model Explained” (Explicación del modelo de Observatorio Comunitario del Tratamiento [CTO por sus siglas en inglés]) de ITPC para consultar las recomendaciones sobre los tamaños de muestra para el MLC que son representativos de la población.<sup>14</sup> Sin embargo, el tamaño de la muestra no debe ser un obstáculo para iniciar el MLC. Saque el mayor partido posible a los recursos disponibles y asegúrese siempre de describir los resultados en su contexto.

## Error humano

Pueden producirse errores humanos durante el ingreso de datos por parte de los recopiladores de datos del MLC, quienes probablemente obtengan los datos por medio de listas de verificación o formularios de recopilación de datos impresos que llenan a mano y luego ingresan en una base de datos electrónica en una computadora. Durante el COVID-19, los equipos de recopilación de datos del MLC pueden tener una carga de trabajo excesiva, lo cual propicia los errores. Existen estrategias para tratar de evitar o minimizar dichos errores; por ejemplo, los recopiladores de datos pueden tomar una foto de su propio trabajo para tener una copia digital de los registros impresos, y los supervisores de datos también pueden comprobar y revisar los datos antes de ingresarlos en el sistema.

## Error de las máquinas

---

Los errores también pueden producirse después de ingresar los datos y almacenarlos en una computadora de mesa o portátil. Los archivos pueden corromperse, los discos duros pueden fallar, los programas pueden leer mal los datos, los tipos de archivo pueden ser incompatibles, etc. Durante el COVID-19, es posible que se digitalicen más datos del MLC y que las personas prefieran utilizar tabletas en lugar de herramientas en papel para reducir el riesgo de contraer COVID-19. Las entrevistas pueden realizarse virtualmente a través de WhatsApp o Zoom. Las copias impresas de los cuestionarios o formularios pueden seguir siendo útiles como opciones de respaldo, en caso de que las herramientas digitales de recopilación de datos (como las tabletas) se queden sin carga sobre el terreno o no haya acceso a Internet.

## Estilo y técnica para las entrevistas

---

Para obtener datos cualitativos de calidad, es fundamental asegurarse de que las personas entrevistadas tengan suficiente espacio y tiempo para responder con detalle. También es importante indagar y hacer preguntas de seguimiento. Durante el COVID-19, los entrevistados y los recopiladores de datos pueden tener más prisa por acortar las entrevistas para minimizar el riesgo de contraer COVID-19, o debido a la necesidad urgente de pasar a otras tareas. Otro problema de calidad relacionado con el estilo de la entrevista puede producirse cuando el entrevistador hace preguntas dirigidas en vez de preguntas abiertas. Esto puede deberse a la propia herramienta y a la forma en que se redactan las preguntas, o a que el recopilador de datos introduce un sesgo en la entrevista.

## Sesgo

---

El sesgo en la recopilación de datos puede dar lugar a información que no sea realmente representativa de la situación que se intenta investigar. Por ejemplo, ¿el MLC sólo monitoreó la experiencia de las personas que asisten a los servicios, o también recabó las perspectivas de las personas de las comunidades marginadas que, de otro modo, evitan los servicios y las encuestas de salud? Si sólo se recogen datos de los que reciben la atención, es posible que no se obtenga una visión exacta de las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud, ya que las personas con las que se habló han podido superarlas en cierta medida.

El sesgo se puede evitar planificando cuidadosamente el proceso de recopilación de datos. La calidad de los datos puede mejorarse formando a los recopiladores de datos para que tengan en cuenta sus propios sesgos, y diseñando indicadores, herramientas y metodologías de recopilación de datos que minimicen los sesgos.

## Frecuencia de la recopilación de datos

---

Un MLC eficaz se basa en los esfuerzos de recopilación de datos que se llevan a cabo de forma recurrente (semanal, mensual o trimestral, etc.) con el fin de revelar los cambios o las tendencias a lo largo del tiempo. Los protocolos del COVID-19 que cambian rápidamente, como los encierros, los toques de queda o las medidas para reducir las multitudes (como los límites a la cantidad del personal que puede estar presente en un establecimiento de salud), pueden afectar la frecuencia de las actividades periódicas de recopilación de datos. Esto puede interrumpir la cadena continua de datos que sustenta la credibilidad de los datos del MLC o bien dificultar los análisis que pueden realizarse.

# Un Marco Para El Aseguramiento De Calidad De Los Datos Del Mlc Durante El COVID-19

## Perspectiva general del marco

Un marco para el aseguramiento de la calidad puede usarse para evitar los errores más comunes y para optimizar la calidad de los datos del MLC. Este marco es muy sencillo de seguir y puede adaptarse fácilmente a cualquier proyecto del MLC. En este ejemplo, se concede atención especial al contexto del COVID-19 en todo el marco para el aseguramiento de la calidad.

Los principios y dimensiones del aseguramiento de calidad de los datos que se presentan en esta sección son una adaptación de varias guías existentes, incluyendo las de la Universidad de Harvard, la OMS y el Fondo Mundial de la Lucha contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria.<sup>15,16,17</sup>

**TABLA 2 Marco para la calidad de los datos del MLC**

DIMENSIÓN	PREGÚNTESE
RELEVANCIA	¿Realmente se necesitan estos datos?
PERTINENCIA TEMPORAL	¿Están actualizados los datos?
EXHAUSTIVIDAD	¿Están presentes todos los valores de los datos?
EXACTITUD	¿Tienen algún error los datos?
CONFIABILIDAD	¿Son coherentes los datos entre sí y con otras fuentes de confianza?



**FIGURA 4 Hoja de ruta para el aseguramiento de calidad de los datos en cada etapa del ciclo del MLC<sup>18</sup>**



**DIMENSIÓN 1**

**Relevancia (¿Realmente se necesitan estos datos?)**

**Seleccionar los indicadores “sensibles al COVID”**

La definición de los indicadores adecuados para recopilar los datos del MLC es un paso importante para garantizar una mejor calidad de los datos más adelante. Una de las adaptaciones más importantes de las iniciativas del MLC en el contexto del COVID-19 es la definición de

indicadores “sensibles al COVID-19”; esto resulta clave para garantizar la relevancia de los datos del MLC.

Los indicadores del MLC deben formularse siempre en consulta con las partes interesadas claves, incluidos los establecimientos de salud y las comunidades afectadas, con el fin de garantizar la apertura, la transparencia y la colaboración en el proceso y el proyecto del MLC.

En el contexto del COVID-19, sería útil consultar con actores específicos que son vulnerables al COVID-19 así como al VIH, la tuberculosis o la malaria, como las personas con diabetes, las mujeres embarazadas, los ancianos y los trabajadores de la salud.

En un entorno que cambia rápidamente, como es el caso del COVID-19, los indicadores podrían perder vigencia rápidamente, por lo que tendrán que incluirse nuevos. Por ejemplo, en los primeros días de la pandemia, la mayoría de las iniciativas de MLC se centraron en monitorear las interrupciones en los servicios del VIH, tuberculosis y malaria relacionadas con el COVID-19. En 2022, esta información puede ser menos pertinente, ya que muchos encierros han cesado y la prestación de servicios en la mayoría de los establecimientos se ha reanudado. Ahora

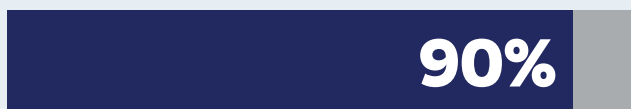
podría resultar más estratégico centrarse en monitorear la cobertura de las adaptaciones al COVID-19, como el MMD o los servicios virtuales.

## Desglosar los datos

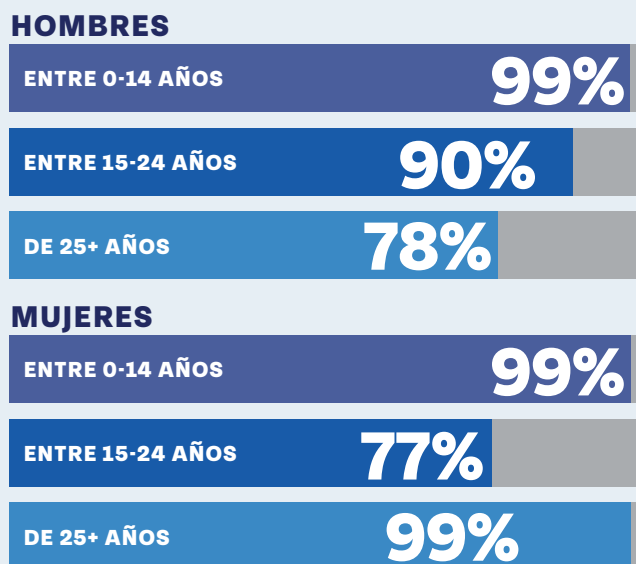
Es muy importante contar con datos desglosados por edad, sexo y población para asegurar la calidad de los datos. La relevancia de los datos que se recopilan depende del grado en que se pueden desglosar. Por ejemplo, puede ser que la proporción de personas que viven con el VIH que reciben TARV en un establecimiento específico sea un 90%, en general (Figura 4). Sin embargo, al desglosar este porcentaje por edad y sexo, se puede apreciar cómo se ha llegado a ese promedio de 90% – algunos grupos de población están bien, mientras que otros no (Figura 4-5).<sup>19</sup>

### FIGURA 5 Y 6 Datos hipotéticos para demostrar la diferencia entre el análisis de datos agregados y datos desglosados

**FIGURA 5.** Datos ilustrativos del MLC sobre la proporción de personas con el VIH que reciben TARV en un hospital de octubre a diciembre de 2020, agregados



**FIGURA 6.** Datos ilustrativos del MLC sobre la proporción de personas con el VIH que reciben TARV en un hospital de octubre a diciembre de 2020, desglosados por edad y sexo



El desglose de datos también es importante tratándose de datos cualitativos. Es importante anotar la edad, el sexo, la identidad de género, el puesto de trabajo (si se entrevista a un trabajador de la salud), el grupo de población, los servicios que se requieren (si se entrevista a una persona que recibe atención) entre otras características que podrían ser relevantes para la interpretación de los datos en el futuro. Por ejemplo, en una iniciativa del MLC, todos los datos cualitativos parecían muy superficiales. Durante el aseguramiento de la calidad, se descubrió que los que recopilaban los datos, en su mayoría, estaban entrevistando a los empleados que ingresaban los datos en los establecimientos de salud y no a los doctores o enfermeros que laboraban en ellos.

## Evitar la sobresaturación de datos

### ¿Cuántos datos son demasiados?

Es importante tener en cuenta el objetivo final del MLC –influir en el cambio de políticas y programas– a la hora de decidir qué datos se deben recopilar. Es importante establecer principios al inicio del trabajo para determinar

qué temas se pretende monitorear y, por lo tanto, qué indicadores específicos son los mejores para solicitar esa información. Al enfocar el MLC en lo que es nuevo y lo que ya conocen las comunidades, los establecimientos de salud y los encargados de formular las políticas puede garantizar la pertinencia y el impacto de los datos.

Un error común en las iniciativas de MLC es que los que las implementan tratan de recopilar datos sobre tantos indicadores como sea posible, o realizar tantas entrevistas como se pueda. Al final, el resultado muchas veces es que se cuenta con una cantidad abrumadora de datos de MLC que no se pueden gestionar adecuadamente, lo cual torna difícil la realización de análisis significativos, la extracción de tendencias, la identificación de problemas y la elaboración de mensajes de políticas y abogacía. El simple hecho de poder medirlo todo no significa que todo se deba medir.

La sobresaturación de datos también puede ocurrir cuando los implementadores del MLC realizan entrevistas cualitativas o discusiones de grupos focales. Tener cientos y cientos de transcripciones de entrevistas no suele ser necesario, y ciertamente es imposible de manejar

**TABLA 3 “Consejos y trampas” que probablemente afectarán la calidad de los datos al recopilar los datos cualitativos del MLC**

<b>CONSEJOS para obtener datos de mayor calidad</b>	<b>TRAMPAS que podrían rendir datos de menor calidad</b>
Es mejor formular menos preguntas y que estas sean más específicas (especialmente si los datos pueden recopilarse de una manera recurrente e ininterrumpida).	Haga tantas preguntas como sea posible; tiene que ser minucioso.
Un menor número de entrevistas cualitativas más prolongadas le permitirá obtener datos de mayor calidad.	Procure realizar un gran número de entrevistas cualitativas breves.

cuando llega el momento del análisis. Por lo general, es posible identificar las tendencias y los temas claves a partir de unos cuantos buenos debates utilizando preguntas abiertas; Ej.: “¿Cuáles son las principales barreras para la prestación de servicios?”. Puede ser conveniente preguntarse: **“¿Estoy aprendiendo algo nuevo con cada entrevista?”** Si la respuesta es negativa, es posible que haya alcanzado la

saturación de datos cualitativos. Es posible que haya hablado con todos los trabajadores de la salud claves en el establecimiento, o que haya hablado con la mayoría de los que reciben la atención, para entender los principales desafíos allí. En este caso, lo mejor es dejar de recopilar datos y empezar a analizar los que ya tiene. Para la calidad de los datos, es mejor realizar menos entrevistas pero que estas se hagan a fondo.

## **EJEMPLO Un número mayor no es siempre lo mejor: demasiadas entrevistas en Malawi y Sudáfrica**

En una iniciativa del MLC multinacional implementada en Malawi y Sudáfrica, la sobresaturación de entrevistas cualitativas supuso un reto para la calidad de los datos. A lo largo de un año, los implementadores locales del MLC llevaron a cabo 98 entrevistas a informantes claves en Malawi y 88 en Sudáfrica, pero no había mucha nueva información en cada transcripción. Parte del reto residía en que muchas entrevistas eran muy cortas (alrededor de 10 minutos) y contaban con respuestas breves o incompletas. Al final, solo 47 transcripciones de Malawi (48%) y 24 de Sudáfrica (27%) se consideraron de utilidad para los análisis, lo cual no es la mejor forma de utilizar el tiempo ni los recursos. Los implementadores del MLC reflexionaron sobre este reto relacionado con la calidad de los datos y decidieron llevar a cabo menos entrevistas, si bien más exhaustivas, en la segunda fase del proyecto.

## **Acciones claves para garantizar la relevancia de los datos del MLC**

- **Seleccione indicadores “sensibles al COVID” (tanto cuantitativos y cualitativos).**
- **Siempre desglose los datos cuantitativos por edad y sexo.**
- **Siempre anote las características pertinentes de los sujetos en las entrevistas cualitativas, incluyendo la edad, el sexo, el grupo de población, el puesto de trabajo u otra información relevante.**
- **Intente realizar un número menor de entrevistas y discusiones en grupos focales, pero que estos sean más exhaustivos (calidad en vez de cantidad).**
- **Evite la sobresaturación de datos enfocándose en un número menor de indicadores.**

### Usar los datos más recientes para la abogacía

Cuando se trata de ciertos datos del MLC (como los desabastecimientos de medicamentos o las interrupciones críticas en los servicios), es vital recopilar y usar los datos más recientes y esto es aún más cierto durante el COVID-19, cuando la situación puede cambiar cada día. Los implementadores del MLC deberían tratar de evitar el uso de datos demasiado antiguos o no tendrán el mismo impacto. Por ejemplo, si hay un desabastecimiento de dihidroartemisinina-piperaquina (un tratamiento común de segunda línea para la malaria sin complicaciones), esta información debe compartirse con los equipos de gestión de la salud del distrito / provincia y los almacenes médicos centrales, el programa nacional para el control de la malaria y otros tomadores de decisiones claves lo antes posible. Si la información se comparte semanas después, puede que el desabastecimiento ya se haya resuelto y los implementadores del MLC perderán credibilidad. Peor aún – puede que sea muy tarde para que los tomadores de decisiones actúen y eviten muertes innecesarias.

### Seguir de cerca los cambios en las políticas

El COVID-19 es una pandemia que cambia rápidamente, por lo que la pertinencia temporal es un elemento sumamente importante de la calidad de los datos. Es preciso que se reevalúe en forma regular si los datos que está recopilando están actualizados. ¿Reflejan la situación actual de la pandemia y la respuesta de su país? Por ejemplo, un indicador cualitativo del MLC “sensible al COVID” podría ser preguntar a las personas: “¿Qué efectos han tenido los encierros a causa del COVID-19 en su capacidad para acceder a los servicios de salud?” Estos datos pueden resultar útiles durante el período de encierros, pero no ser útiles luego de que se hayan suspendido las restricciones.

### Recopilar datos retrospectivos con fines de comparación

Al efectuar el MLC en el contexto del COVID-19, puede resultar estratégica la recopilación de datos del período actual, así como la recopilación retroactiva –de un momento anterior al COVID– y la comparación de ambos. Esto se aplica especialmente si la iniciativa del MLC tiene como objetivo sacar conclusiones sobre el efecto de COVID-19 en los servicios de VIH, tuberculosis o malaria (el Marco de seguimiento y evaluación de la OMS para la respuesta a COVID-19 en la región africana recomienda este enfoque.<sup>20</sup>

## **EJEMPLO Comparación de los períodos antes y durante el COVID-19 en Sudáfrica**

De noviembre 2020 a octubre 2021, la entidad Networking HIV and AIDS Community of Southern Africa (Comunidad de Redes del VIH y SIDA de Sudáfrica–NACOSA por sus siglas en inglés) recopiló datos para el MLC en 14 establecimientos de salud en el Distrito West Rand de la Provincia de Gauteng. El proyecto del MLC, denominado “Citizen Science” (Ciencia de Ciudadanos) lo financió la Fundación de Bill y Melinda Gates y se centraba específicamente en el impacto del COVID-19 en la prevención del VIH. NACOSA también recabó datos correspondientes a los períodos de noviembre 2018 y octubre 2019 en los mismos establecimientos en forma retroactiva, lo que permitió una comparación con el tiempo anterior al COVID. Estos datos anteriores al COVID mejoraron la calidad de los datos actuales del MLC brindándoles contexto. Por ejemplo, el MLC reveló que los nacimientos en niñas adolescentes que viven con el VIH aumentaron en un 10% durante el período del COVID-19, y que esto estaba relacionado con una disminución del 73% en los servicios de planificación familiar en comparación con el período anterior al COVID-19.

## **Acciones claves para garantizar la pertinencia temporal del MLC**

- **Utilice los datos para la abogacía tan pronto como sea posible.**
- **Monitoree los cambios en la pandemia del COVID-19 y la respuesta de las políticas a ella y ajuste el MLC para que refleje la situación más reciente.**
- **Recopile los datos actuales del MLC así como los datos retrospectivos de un período anterior al COVID y compare los dos períodos.**

## Exhaustividad (¿Están presentes todos los valores de los datos?)

### Cubrir la totalidad de la muestra

Garantizar la exhaustividad de los datos implica asegurarse de que se recaben datos de todos los establecimientos de salud de la muestra y de que se realicen suficientes entrevistas, con las personas adecuadas, para dar una idea representativa de la situación.

En el contexto de COVID-19, puede haber interrupciones en la recopilación de datos del MLC debido a encierros, toques de queda u otras restricciones. Los establecimientos de salud pueden cerrar sin previo aviso si se producen altas tasas de transmisión de COVID-19, lo cual dificulta la recopilación de datos. Del mismo modo, los cambios en las normas de reunión social pueden dificultar las entrevistas o los debates de los grupos focales. Es probable que el concepto de un conjunto de datos “completo”, en términos de datos cuantitativos y cualitativos, requiera un enfoque flexible.

Se debe tener en cuenta que los recopiladores de datos pueden contraer COVID-19 y que es posible que no puedan trabajar durante determinados periodos de tiempo. Esto podría afectar la exhaustividad de los conjuntos de datos del MLC, lo que recalca el hecho de que la flexibilidad puede ser necesaria. A veces, se pueden evaluar las tendencias a pesar de que el conjunto de datos no esté completo y se dispone que el proceso

es satisfactorio. En otros casos, es posible que se prefiera interrumpir la recopilación de datos durante un tiempo y continuar recabando los datos que faltan cuando los recopiladores se restablezcan. La aplicación de los protocolos COVID-19 a los recopiladores puede minimizar esta amenaza a la calidad de los datos del MLC. Esto incluye el control diario de la salud de todos los recopiladores (Ej.: comprobar su temperatura, examinar buscando síntomas), la dotación de equipo de protección personal y la remisión a los centros de pruebas y de vacunación contra el COVID, entre otras medidas.

Una buena idea sería planificar una muestra un poco mayor de la que se necesita, en caso de que las medidas relacionadas con el COVID-19 o la enfermedad disminuya el tamaño de la muestra durante la implementación.

También es esencial hablar con las personas adecuadas durante la recopilación de datos cualitativos (Ej.: entrevistas, discusiones en grupos focales), ya que esto puede afectar la calidad de los datos (como sucedió en el ejemplo que se presentó anteriormente en esta guía, en el que un proyecto del MLC entrevistó a los encargados de ingresar los datos en vez de los doctores o enfermeras, lo cual generó respuestas de baja calidad a las preguntas formuladas sobre la prestación de servicios de salud).

### EJEMPLO Los recopiladores de datos para el MLC contraen COVID-19 en Nepal; no pueden completar el trabajo

Entre octubre-diciembre 2020, Dristi Nepal—una red de mujeres que usan drogas—implementaba un proyecto rápido del MLC en tres hospitales ubicados en Katmandú: Hospital de Bir, Hospital Docente de la T.U. y Hospital de Enfermedades Tropicales e Infecciosas de Sukraraj. Durante la primera oleada de COVID-19 en Nepal, los casos alcanzaron su punto máximo el 21 de octubre de 2020, llegando a un total de 5,743. Desafortunadamente, varios de los recopiladores de datos de Dristi contrajeron el COVID-19 durante este periodo. La recopilación de datos del MLC tuvo que interrumpirse durante aproximadamente un mes. Una vez que los recopiladores de datos se recuperaron, pudieron reanudar el trabajo recabando los datos que faltaban con carácter retroactivo.

## Cerciorarse de la disponibilidad de los datos

La disponibilidad de los datos afecta la exhaustividad de los datos. Todavía no existe un consenso sobre cuáles son los indicadores estandarizados en el contexto del COVID-19 (versus el VIH, la tuberculosis y la malaria, en los cuales sí existen las normas). Muchas veces, no queda claro qué datos del COVID-19 se recopilan –o no se recopilan– rutinariamente en los establecimientos de salud. La colaboración con los prestadores de atención de salud para definir o formular indicadores sensibles al COVID-19 contribuirá a la exhaustividad de los datos.

Si las comunidades definen un indicador “sensible al COVID-19” cuyos datos no pueden recopilarse, sus datos podrían estar incompletos. Por ejemplo, en Sierra Leona, las comunidades querían llevar el

control del número de personas que viven con el VIH que resultaron positivos al COVID-19, pero se dieron cuenta de que las pruebas se realizan en establecimientos diferentes que no comparten esta información con los establecimientos donde se administra la TARV. Como resultado de ello, este indicador permaneció en blanco en todos los registros mensuales.

Los implementadores del MLC deben ser flexibles y considerar la eliminación o la alteración de los indicadores del MLC que no se encuentran disponibles habitualmente. Siempre es una buena idea revisar y posiblemente enmendar los indicadores al finalizar la fase piloto de cualquier proyecto del MLC y, posteriormente, por lo menos una vez al año. En algunos casos, esto también puede constituir una oportunidad para que los implementadores del MLC efectúen abogacía para que se incluyan nuevos indicadores en los sistemas de M&E habituales de los establecimientos de salud.

### EJEMPLO Dificultad para recopilar indicadores de TB sensibles al COVID-19 en Malawi

En abril de 2020, el Ministerio de Salud de Malawi publicó la segunda edición de su **Guía COVID-19 para los servicios del VIH**. Estas orientaciones instaban a los trabajadores de salud a poner en práctica una búsqueda rigurosa, activa e intensificada de casos de tuberculosis, documentando a todos aquellos que recibían atención y presentaban cualquiera de los cuatro síntomas (tos de cualquier duración, pérdida de peso, fiebre, sudores nocturnos) como “con probabilidad de padecer tuberculosis” en el registro de pacientes que recibían terapia antirretroviral. El Gobierno de Malawi consideró que este registro proporcionaría valiosos datos de rutina para la vigilancia de COVID-19. MANERELA+, una organización de base comunitaria, está llevando a cabo un proyecto del MLC sensible al COVID-19 en 15 establecimientos de salud de dos distritos. Decidieron comprobar si los establecimientos de salud realmente realizaban este tamizaje intensivo de la tuberculosis, al tiempo que desafiaban el lenguaje estigmatizante (“sospechoso de padecer tuberculosis”). Resultó que, a pesar de la circular, estos datos no se recopilaban ni registraban de forma rutinaria en los registros de TARV. Como alternativa, MANERELA+ tomó la decisión de efectuar un seguimiento del número de personas sometidas a pruebas de detección de la tuberculosis durante el COVID-19.

## Obtener respuestas completas

Cuando se llevan a cabo entrevistas cualitativas para el MLC, es importante cerciorarse de que las respuestas que dan las personas estén completas. Durante el COVID-19 los trabajadores de salud pueden estar más tensos, presionados

o sobrecargados de trabajo que en tiempos normales. Lo mismo puede aplicarse a los recopiladores de datos del MLC. Esto podría inducir a ambas partes a apresurar las entrevistas para el MLC. Es importante no hacerlo, ya que puede afectar negativamente la calidad de los datos del MLC.



## EJEMPLO Al personal de salud de India se le da tiempo para **explayarse en sus respuestas**

La Coalición Mundial de Activistas contra la Tuberculosis implementó un proyecto del MLC en dos establecimientos de salud en Nueva Delhi en 2020: El Centro de Microscopía Designado (DMC por sus siglas en inglés) de TB Alert India en Burari, y el DMC de TB Alert India en Mukundpur. Sus datos cualitativos son un buen ejemplo de exhaustividad de los datos.

### Ejemplo de datos de mala calidad (respuestas incompletas):

RECOPIADOR DE DATOS: “¿Como ha afectado el COVID-19 su capacidad para brindarles a las personas servicios para la TB?”

TRABAJADOR DE SALUD: “El COVID-19 me ha dificultado mucho mi trabajo.”

### Ejemplo de datos de buena calidad (respuesta completa):

RECOPIADOR DE DATOS: “¿Como ha afectado el COVID-19 su capacidad para brindarles a las personas servicios para la TB?”

TRABAJADOR DE SALUD: “El COVID-19 me ha dificultado mucho mi trabajo [pausa]. Dado que la prueba del COVID se volvió obligatoria, muchos pacientes regresan a sus casas sin realizarse la prueba de la tuberculosis, aunque hayan estado tosiendo durante más de dos semanas. Los pacientes también notan largas colas, lo que les ha disuadido de ir a hacerse las pruebas de la tuberculosis”.

## Acciones claves para garantizar la exhaustividad de los datos del MLC:

- Planifique una muestra que sea ligeramente mayor que la que realmente necesita.
- Sea flexible si los datos correspondientes a ciertos indicadores no se encuentran disponibles; se pueden adaptar o eliminar.
- Anime a los establecimientos de salud para que hagan un seguimiento de los nuevos indicadores “sensibles al COVID-19”.
- Si los datos correspondientes a un mes están incompletos, recopile dichos datos retroactivamente el mes siguiente.
- Interrogue más a fondo a los entrevistados y permítales que se tomen suficiente tiempo y espacio para darle respuestas completas.

### Minimizar los errores humanos y mecánicos

A menudo se plantean interrogantes sobre la conveniencia de utilizar herramientas en papel o herramientas digitales para recopilar los datos del MLC. Muchas veces es una buena idea utilizar ambas; las herramientas en papel pueden ser útiles para comprobar los datos que luego se introducen en una base de datos digital. Si se hace la recopilación de datos en papel, es una buena práctica tomar fotos de las herramientas de recopilación de datos ya completadas como copia de seguridad, en caso de que los papeles se pierdan o se destruyan.

Los errores humanos durante la transcripción de las entrevistas del MLC son comunes. Los recopiladores de datos del MLC pueden olvidarse de anotar algo que una persona dijo, o pueden escuchar mal a la persona y registrar la información incorrectamente. Durante el COVID-19, puede ser más común recopilar datos cualitativos del MLC (entrevistas o

discusiones de grupos focales) de forma virtual, a través de notas de voz de WhatsApp o a través de plataformas como Zoom o Teams. Estas plataformas ofrecen la oportunidad de utilizar la tecnología para grabar las sesiones y utilizar software para comprobar los errores humanos en las transcripciones. Por ejemplo, un software de inteligencia artificial como otter.ai transcribirá una grabación de audio por usted, palabra por palabra. Sin embargo, las máquinas también cometen errores, por lo que siempre es una buena idea considerar la transcripción como un borrador y cotejarla con la grabación de audio para hacer correcciones.

### Limpiar los datos

La “limpieza” de datos es el proceso de corrección y eliminación de registros inexactos de una base de datos del MLC. La limpieza de datos debe realizarse después de la recopilación de los datos del MLC y antes de su análisis. Este proceso incluye la eliminación de registros duplicados, la supresión de errores de ingreso,

### Pasos ilustrativos de un proceso de limpieza de datos

- **PASO 1:** Cerciórese de que los nombres de los campos de datos estén en un formato coherente y legible.
- **PASO 2:** Asegúrese de que todos los valores tienen un formato coherente (Ej.: comprobar los formatos numéricos, la ortografía, etc.).
- **PASO 3:** Elimine las copias duplicadas del mismo dato.
- **PASO 4:** Compruebe si faltan datos y añádalos manualmente si detecta que faltan algunos.
- **PASO 5:** Elimine todo error obvio en el conjunto de datos (Ej.: una persona que busca atención después de que el establecimiento haya cerrado).
- **PASO 6:** Efectúe una revisión ortográfica del conjunto de datos.
- **PASO 7:** Pídale a un compañero que repita el ejercicio de limpieza de datos para ver si llega a las mismas conclusiones o a unas similares.
- **PASO 8:** Pídale a un supervisor de datos que revise su trabajo cuando lo haya terminado.

la corrección ortográfica de las transcripciones de las entrevistas, la conversión de los números almacenados como texto a numerales (en Excel) y otras técnicas. Cuando se limpian o manipulan conjuntos de datos, es una buena práctica mantener siempre una copia de seguridad o una copia de los datos como referencia, y mantener un control de versiones. Es igualmente importante mantener un registro de los pasos y normas utilizados para la limpieza de datos, de modo que estos pasos y normas se apliquen de forma coherente. También puede ser útil llevar un registro del número de errores o problemas identificados y corregidos durante este proceso, ya que esto da una idea del nivel de calidad de los datos antes y después del ejercicio de limpieza.

## Verificar la veracidad de las respuestas

A veces, la forma en que se recopilan los datos cualitativos puede dar lugar a problemas de exactitud de los datos si se malinterpretan o si no se verifican adecuadamente. No todas las respuestas que dan las personas durante las entrevistas se ajustan a los hechos de la situación. Las personas proporcionan respuestas basadas en su entendimiento, sus necesidades, motivaciones, normas sociales, y las percepciones de lo que está buscando el entrevistador, entre otras cosas. Es importante utilizar esta perspectiva de la calidad de los datos durante la etapa del análisis de datos del MLC.

### EJEMPLO **Afirmaciones insólitas de los trabajadores de salud en China**

La organización AIDS Care China (ACC) se encontraba implementado un proyecto del MLC rápido y “sensible al COVID-19” a finales del año 2020. En una entrevista cualitativa, un gestor de casos de la TARV manifestó que **“Ninguno de los pacientes que recibieron tratamiento en nuestro hospital falleció, y no se infectó ni un solo miembro del personal médico. El mundo exterior ha reconocido las técnicas y métodos de diagnóstico y tratamiento clínicos.”** Esta afirmación le pareció inverosímil al equipo de Monitoreo Liderado por la Comunidad, teniendo en cuenta cómo se estaba propagando el COVID-19 en la zona. La complejidad política que suponía el control del COVID-19 en China puede haber impulsado a este trabajador de salud a transmitir algo que no era exacto. Es importante estar atento a estos problemas de veracidad cuando se recopilan datos cualitativos.

### **Acciones claves para garantizar la exactitud de los datos del MLC:**

- **Utilice una combinación de técnicas en papel y digitales para la captación de datos, lo cual es útil para hacer una referencia cruzada más adelante, con el fin de ayudar a identificar errores.**
- **Siempre limpie los datos del MLC después de que se hayan recopilado y antes de que se analicen.**
- **Verifique los datos del MLC, especialmente los datos cualitativos, con el fin de constatar que los entrevistados digan la verdad.**

## Confiabilidad (¿Los datos son coherentes entre sí y con otras fuentes de confianza?)

### Constatar la coherencia interna

Otra forma de considerar estos datos para la medición cualitativa es preguntarse: **“¿Se contradicen los datos?”**

Para asegurar la confiabilidad de los datos, revise su base de datos del MLC y verifique que existe coherencia entre los mismos rubros de datos en diferentes momentos. ¿Nota que el número de personas que recibe MMD de TARV se incrementa de forma constante cada mes, conforme a los protocolos gubernamentales para el COVID-19, y luego baja súbitamente durante un mes y después llega a los niveles anteriores? Esto podría indicar que hay un error. En una situación como esta, es conveniente comparar el dato con la fuente primaria de la información y asegurarse de que está correcto.

Otra revisión para constatar la coherencia interna consiste en la coherencia entre datos conexos dentro del conjunto de datos del MLC. Por ejemplo: ¿El número de personas cuyas pruebas

del VIH son positivas es mayor que el número de pruebas de VIH realizadas? Esto podría constituir un problema de confiabilidad de los datos y debe examinarse más detenidamente.

Por último, revise la coherencia entre sus datos cuantitativos y sus datos cualitativos del MLC. Los informes de los establecimientos no muestran desabastecimientos de medicamentos; sin embargo, ¿todos los que reciben atención indican que no reciben reabastecimientos de sus medicinas a tiempo? Esto señala un posible problema de confiabilidad y debe consultarse con las partes interesadas claves y durante la recopilación de datos que se está llevando a cabo.

### Constatar la coherencia con fuentes externas

Revise su base de datos del MLC y haga una comparación entre sus datos y las estadísticas nacionales de confianza. ¿Las cifras son similares o son muy diferentes? Por ejemplo, si un informe de gestión de salud del distrito muestra que el

### EJEMPLO Una “revisión dictada por el sentido común” de los datos sobre el conteo de células CD4 en Sierra Leona

Para reducir el volumen de usuarios en los establecimientos de salud, muchos programas ajustaron sus protocolos para poner en práctica la iniciación rápida de la TARV durante la pandemia de COVID-19 e instaron a iniciar el tratamiento con antirretrovirales el mismo día del diagnóstico cuando no estuviera contraindicado desde el punto de vista médico. En este contexto, la Network of HIV Positives (Red de personas seropositivas -NETHIPS en inglés) de Sierra Leona se interesó en hacer un seguimiento del número de personas que recibieron un recuento de células CD4 antes de iniciar la TARV como parte de un ejercicio rápido del MLC “sensible al COVID-19” que se llevó a cabo entre septiembre y diciembre de 2020.

Cuando analizaron sus datos al final del primer mes, algo no cuadraba: había más recuentos de células CD4 realizados que inicios del tratamiento antirretroviral, lo que indicaba un problema de coherencia entre los rubros de datos conexos.

80% de las personas que viven con el VIH están en terapia antirretroviral, pero sus datos del MLC muestran que sólo el 10% de las personas en los establecimientos monitoreados reciben TARV, esto puede indicar un problema con la recopilación de datos para el MLC, su análisis, o un problema con los datos nacionales. Es poco factible que los dos datos sean tan diferentes. También puede comparar sus datos del MLC con otros tipos de fuentes (encuestas, estudios) para ver si los resultados son similares.

## Triangular los datos

Para tener una mayor confianza de que los datos del MLC son un reflejo exacto de la realidad, puede ser útil “triangular” los datos con otras fuentes. Mediante este proceso se comparan tres fuentes diferentes de datos similares, incluidos los datos de su MLC, para concluir que los datos de su MLC son fiables.

### FIGURA 7 Ejemplo hipotético de la triangulación de datos del MLC que refuerzan la credibilidad de la afirmación principal (en el recuadro naranja), basándose en tres fuentes de datos diferentes.

Los datos cuantitativos del MLC muestran que las mujeres tienen menos probabilidades de acceder a las vacunas COVID-19 que los hombres en los establecimientos monitoreados.

Se puede afirmar de forma inequívoca que existen barreras de acceso específicas para las mujeres en cuanto a las vacunas contra el COVID-19.

La base de datos nacional de vacunación contra el COVID-19 también muestra que se vacunan menos mujeres que hombres.

Los datos cualitativos del MLC muestran que las mujeres asumen una mayor carga de responsabilidad en el cuidado (de niños y ancianos), tienen menos acceso a los teléfonos móviles y al wifi, y comúnmente necesitan el permiso de los hombres para frecuentar los servicios de salud, lo cual indica que hay barreras para optar por vacunas que se relacionan con el género.

### Acciones claves para garantizar la confiabilidad de los datos del MLC:

- **Constata la coherencia interna, como la coherencia entre los mismos rubros de datos en diferentes momentos, la coherencia entre datos conexos dentro del conjunto de datos del MLC y la coherencia entre sus datos cuantitativos y sus datos cualitativos correspondientes al MLC.**
- **Constata la coherencia con fuentes externas, comparando sus datos con estadísticas nacionales de confianza o con otro tipo de fuentes (encuestas, estudios).**
- **Triangule los datos del MLC con al menos dos fuentes más, con el fin de asegurarse de que los datos son fiables.**

## Proceso para garantizar la calidad de los datos del mlc durante el COVID-19

### Lista de verificación para el aseguramiento de la calidad de los datos sensibles al COVID-19

Considere la posibilidad de usar una lista de verificación –como la que aparece a continuación, en la cual se resume cada elemento de calidad de los datos– con el fin de garantizar la calidad de sus datos del MLC.

DIMENSIÓN	PREGUNTA	ESTADO	
RELEVANCIA	1. ¿Seleccionó indicadores “sensibles al COVID-19” (tanto cuantitativos como cualitativos)?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	2. ¿Desglosó los datos cuantitativos por edad, sexo y población?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	3. ¿Ha registrado las características pertinentes de los sujetos de las entrevistas cualitativas, como la edad, el sexo, el grupo de población, puesto de trabajo u otra información relevante?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	4. ¿Se ha propuesto realizar un número menor de entrevistas y discusiones en grupos focales, pero que estos sean más exhaustivos (calidad en lugar de cantidad)?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PERTINENCIA TEMPORAL	5. ¿Ha usado los datos para realizar abogacía lo antes posible?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	6. ¿Ha monitoreado los cambios en la pandemia del COVID-19 y las políticas de respuesta a la misma, y ha adaptado su MLC para que refleje la situación más reciente?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	7. ¿Ha recopilado los datos actuales del MLC, así como los datos retrospectivos de un periodo de tiempo anterior al COVID-19, y ha comparado ambos?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

DIMENSIÓN	PREGUNTA	ESTADO	
EXHAUSTIVIDAD	8. ¿Ha planificado un tamaño de muestra ligeramente superior al que realmente necesita?	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
	9. ¿Es flexible en caso de que no se disponga de datos para determinados indicadores, adaptándolos o eliminándolos?	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
	10. ¿Anima a los establecimientos de salud a hacer un seguimiento de los nuevos indicadores “sensibles al COVID-19”?	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
	11. Si los datos de un mes están incompletos, ¿se recogen al mes siguiente con carácter retroactivo?	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
EXACTITUD	12. ¿Utiliza una combinación de técnicas de registro de datos en papel y en formato digital?	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
	13. ¿Ha limpiado los datos correspondientes al MLC después de su recopilación y antes de su análisis?	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
	14. ¿Ha verificado los datos de su MLC, especialmente los datos cualitativos, para constatar que los encuestados hayan sido veraces?	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
CONFIABILIDAD	15. ¿Ha comprobado la coherencia interna?	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
	16. ¿Ha comprobado la coherencia entre los mismos rubros de datos en diferentes momentos?	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
	17. ¿Ha comprobado la coherencia entre datos conexos dentro del conjunto de datos del MLC?	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
	18. ¿Ha comprobado la coherencia entre sus datos cuantitativos y sus datos cualitativos correspondientes al MLC?	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
	19. ¿Ha triangulado sus datos del MLC con al menos dos fuentes más, con el fin de asegurarse de que los datos son fiables?	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
TRANS-VERSALES	20. ¿Ha llevado a cabo auditorías de datos regulares para asegurar la relevancia, la pertinencia temporal, la exhaustividad, la exactitud y la confiabilidad de sus datos?	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
<b>PUNTEO TOTAL DEL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS DATOS</b>		<b>  20</b>	

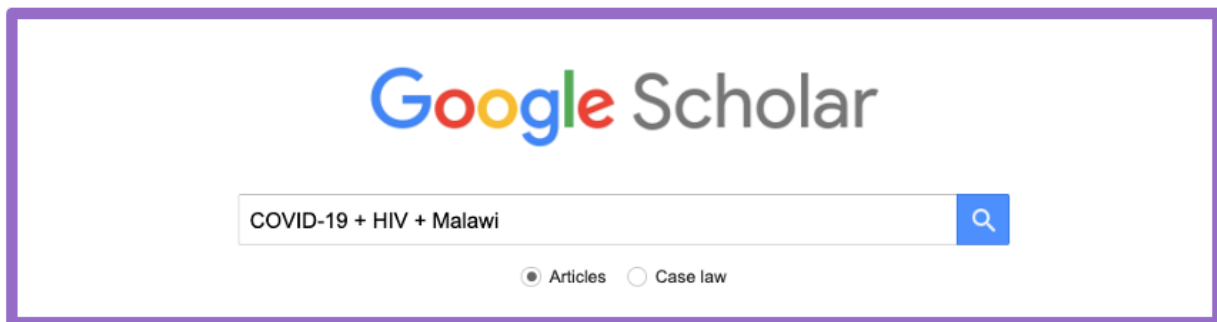
# Otras medidas para asegurar la calidad de los datos

## Asociarse con una institución académica

Si es posible, es una buena idea identificar una afiliación académica, asociándose, de preferencia, con un profesor local o un departamento universitario que esté trabajando en el COVID-19 y sus efectos en los servicios del VIH, TB y malaria. El tipo de asociación que establezca dependerá de su contexto; es importante señalar que esto podría no ser factible en todos los entornos. Algunos proyectos del MLC tienen relaciones formales

con universidades, a través de memorandos de entendimiento. Otros tienen vínculos más informales con los investigadores locales, quienes se interesan por los datos del MLC y pueden ayudar a mejorar la calidad de los datos a través de tutorías y apoyo continuos.

Si no sabe por dónde empezar, intente acceder a Google Scholar ([scholar.google.com](https://scholar.google.com)) y busque “COVID-19 + VIH/TB/malaria) + [país]” y vea quién publica sobre el tema. Busque sus datos de contacto. A continuación, puede dirigirse a estos profesores para establecer una colaboración.



## Elaborar un protocolo para la calidad de los datos

La elaboración de un protocolo para la calidad de los datos es una buena idea. Puede usar las dimensiones que se brindan en esta guía e, inclusive, puede incorporar la lista de verificación. Su protocolo debería describir todos los controles de calidad que se han implantado.

## Efectuar auditorías de calidad de los datos

Además de la revisión y análisis rutinarios de los datos que lleva(n) a cabo el supervisor o los supervisores y el coordinador líder, es esencial llevar a cabo una supervisión de los datos y una evaluación de calidad formales. Este proceso incluye visitas de campo, en las cuales el equipo de implementación puede efectuar una verificación al azar y resolver aquellos problemas que podrían dar como resultado datos inexactos, incompletos y/o poco fiables.<sup>22</sup>



## Validar los datos con un grupo diverso de expertos

Por último, la validación de sus datos es una buena manera de garantizar su exactitud, confiabilidad y relevancia. Incluya siempre la garantía de calidad de los datos en el orden del día de las reuniones del Grupo Consultivo Comunitario <sup>23</sup> u otras reuniones de retroalimentación con las partes interesadas en las que presente sus datos del MLC a un círculo de asesores de confianza. Pídales que examinen los datos y le digan si les parece que tienen sentido.

## Conciliar la necesidad de calidad y la seguridad de los datos

Algunos creen que forzosamente hay que sacrificar la calidad de los datos por la seguridad de estos.<sup>24</sup> El principio de la seguridad de los datos, especialmente la confidencialidad y la integridad, consiste en protegerlos contra el acceso no autorizado. Sin embargo, la aplicación de un sistema de aseguramiento de la calidad de los datos requiere un acceso flexible a la lectura y escritura de todos los datos. Por ejemplo, la deduplicación de datos es un paso importante en el aseguramiento de la calidad de los datos; sin embargo, si los datos están encriptados -una medida clave de seguridad para los datos- la deduplicación es muy difícil, si no imposible. El fortalecimiento de los mecanismos de seguridad de los datos a expensas de los procesos de calidad de estos, o la relajación de ciertas medidas de seguridad para mejorar la calidad de los datos, son dos estrategias que requieren un cuidadoso equilibrio y arbitraje. El consentimiento informado de los participantes en un proyecto del MLC, así como la importancia general de garantizar la privacidad y la confidencialidad en los entornos de salud -en particular para los grupos estigmatizados y a menudo criminalizados, inclusive las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave- son fundamentales para garantizar la seguridad, el bienestar y los derechos humanos de las partes interesadas en el trabajo del MLC.

# Referencias

## Todas las referencias se citan al mes de marzo de 2022.

- (1) ONUSIDA (2021) 021 World AIDS Day report – Unequal, unprepared, under threat: why bold action against inequalities is needed to end AIDS, stop COVID-19 and prepare for future pandemics. (Desigualdades, falta de preparación, amenaza: por qué se necesita una acción contundente contra las desigualdades para acabar con el sida, detener el COVID-19 y prepararse para futuras pandemias). Página 12. En línea en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2021\\_WAD\\_report\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_WAD_report_en.pdf)
- (2) OMS (2021) Global Tuberculosis Report 2021. (Informe mundial sobre la tuberculosis). Página 1. En línea en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
- (3) OMS (2021) World Malaria Report 2021. (Informe mundial sobre la malaria). Páginas xv y xvi. En línea en: <https://endmalaria.org/sites/default/files/World%20Malaria%20Report%202021.pdf>
- (4) Bailey, L. E., Siberry, G. K., Agaba, P., Douglas, M., Clinkscapes, J. R., & Godfrey, C. (2021). The impact of COVID-19 on multi-month dispensing (MMD) policies for antiretroviral therapy (ART) and MMD uptake in 21 PEPFAR-supported countries: a multi-country analysis. *Journal of the International AIDS Society*, 24, e25794. (El impacto del COVID-19 en las políticas de dispensación para varios meses (MMD) para la terapia antirretroviral (TARV) y la aceptación de la MMD en 21 países apoyados por PEPFAR: un análisis multinacional). *Journal of the International AIDS Society*, 24, e25794. En línea en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34713578/>
- (5) ONUSIDA (2021) Preventing HIV infections at the time of a new pandemic A synthesis report on programme disruptions and adaptations during the COVID-19 pandemic in 2020. (Prevención de las infecciones por VIH en tiempos de una nueva pandemia. Un resumen de las interrupciones y adaptaciones de los programas durante la pandemia del COVID-19 en 2020). Páginas 21-22. En línea en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/Status%20of%20HIV%20Prevention%20Services%20in%20the%20Time%20of%20COVID-19\\_web.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Status%20of%20HIV%20Prevention%20Services%20in%20the%20Time%20of%20COVID-19_web.pdf)
- (6) Fondo Mundial (2020) COVID-19 Information Note: “Catch-up” Plans to Mitigate the Impact of COVID-19 on Tuberculosis Services. (Nota informativa sobre COVID-19: Planes de actualización para mitigar el impacto de COVID-19 en los servicios de atención a la tuberculosis) Página 4. En línea en: [https://www.theglobalfund.org/media/10232/covid19\\_tuberculosiservicesimpact\\_guidancenote\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/10232/covid19_tuberculosiservicesimpact_guidancenote_en.pdf)
- (7) OMS (2021) Programmatic innovations to address challenges in tuberculosis prevention and care during the COVID-19 pandemic. (Innovaciones programáticas para afrontar los retos de la prevención y la atención de la tuberculosis durante la pandemia de COVID-19). En línea en: <https://www.who.int/publications/i/item/programmatic-innovations-to-address-challenges-in-tuberculosis-prevention-and-care-during-the-covid-19-pandemic>
- (8) OMS (2021) World Malaria Report 2021. (Informe mundial sobre la malaria). Página 13. En línea en: <https://endmalaria.org/sites/default/files/World%20Malaria%20Report%202021.pdf>
- (9) Baptiste, S., Manouan, A., Garcia, P., Etya’ale, H., Swan, T., & Jallow, W. (2020). Community-led monitoring: When community data drives implementation strategies. (Monitoreo Liderado por la Comunidad: Cuando los datos de la comunidad promueven las estrategias de implementación). *Current HIV/AIDS Reports*, 17(5), 415-421. En línea en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7497354/>
- (10) ITPC (2020) “They Keep Us on Our Toes”: How the Regional Community Treatment Observatory in West Africa improved HIV service delivery, strengthened systems for health, and institutionalized community-led monitoring. monitoring (“Nos mantienen en vilo”: Cómo el Observatorio Regional de Tratamiento Comunitario en África Occidental mejoró la prestación de servicios relacionados con el VIH, reforzó los sistemas de salud e institucionalizó el monitoreo liderado por la comunidad. En línea en: <https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2020/10/ITPC-2020-They-Keep-Us-On-Our-Toes.pdf>

- ( 11 ) ONUSIDA (2021) Establishing community-led monitoring of HIV services. (Establecimiento del Monitoreo Liderado por la Comunidad de los servicios de atención al VIH) Página 4. En línea en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_en.pdf)
- ( 12 ) Baptiste, S., Manouan, A., Garcia, P., Etya'ale, H., Swan, T., & Jallow, W. (2020). Community-led monitoring: When community data drives implementation strategies. strategies (Monitoreo Liderado por la Comunidad: Cuando los datos de la comunidad promueven las estrategias de implementación). *Current HIV/AIDS Reports*, 17(5), 415-421. En línea en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7497354/>
- ( 13 ) OMS (2020) Monitoring and evaluation framework for the COVID-19 response in the WHO African Region. (Marco de Monitoreo y Evaluación de la OMS para la Respuesta al COVID-19 en la Región de África) Página 24. En línea en: <https://www.afro.who.int/publications/monitoring-and-evaluation-framework-covid-19-response-who-african-region>
- ( 14 ) ITPC (2019) The Community Treatment Observatory (CTO) Model Explained: how communities can collect and analyze health data to ensure accountability and drive change. (Explicación del modelo de Observatorio Comunitario del Tratamiento (OCT): cómo las comunidades pueden recopilar y analizar datos sobre la salud para garantizar la rendición de cuentas e impulsar el cambio) Página 21. En línea en: <https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/02/ITPC-CTO-Model-Full-Eng.pdf>
- ( 15 ) Kahn, M. G., Callahan, T. J., Barnard, J., Bauck, A. E., Brown, J., Davidson, B. N., ... & Schilling, L. (2016). A harmonized data quality assessment terminology and framework for the secondary use of electronic health record data. (Una terminología y un marco de evaluación de la calidad de los datos armonizados para el uso secundario de los datos de las historias clínicas electrónicas). *Egems*, 4(1). En línea en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27713905/>
- ( 16 ) Data quality review: a toolkit for facility data quality assessment. Module 1. Framework and metrics. (Revisión de la calidad de los datos: un conjunto de herramientas para la evaluación de la calidad de los datos de los establecimientos. Módulo 1. Marco y métricas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. En línea en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259224/9789241512725-eng.pdf>
- ( 17 ) Sarfin, R.L (2021). 5 Characteristics of Data Quality. (5 características de la calidad de los datos). Precisely. En línea en: <https://www.precisely.com/blog/data-quality/5-characteristics-of-data-quality>
- ( 18 ) CLM Cycle Graphic is from UNAIDS (2021) Establishing community-led monitoring of HIV services. (Establecimiento de servicios de monitoreo de los servicios de VIH liderado por la comunidad). Página 5. En línea en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_en.pdf)
- ( 19 ) ITPC (2021) How To Implement Community-Led Monitoring: A Community Toolkit. Toolkit (Cómo implementar el Monitoreo Liderado por la Comunidad: Una caja de herramientas para la comunidad). Página 32. En línea en: [https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2021/12/1205\\_ITPC\\_CLM\\_Design\\_FullReport06\\_compressed.pdf](https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2021/12/1205_ITPC_CLM_Design_FullReport06_compressed.pdf)
- ( 20 ) WHO (2020) Monitoring and evaluation framework for the COVID-19 response in the WHO African Region. (Marco de monitoreo y evaluación para la respuesta al COVID-19 en la región africana de la OMS). Página 24. En línea en: <https://www.afro.who.int/publications/monitoring-and-evaluation-framework-covid-19-response-who-african-region>
- ( 21 ) Stop TB Partnership (2021) OneImpact Community-Led Monitoring Framework: Empowering Communities To End TB. (Marco para el Monitoreo Liderado por la Comunidad de One Impact: Empoderamiento de las comunidades para acabar con la tuberculosis). Página 30. En línea en: <https://stoptbpartnershiponeimpact.org/resources/Conceptual%20Framework/OneImpact%20CLM%20Conceptual%20and%20Implementation%20Framework%20FN.pdf>
- ( 22 ) ITPC (2021) How To Implement Community-Led Monitoring: A Community Toolkit. (Cómo llevar a cabo un Monitoreo Liderado por la Comunidad: Una caja de herramientas para la comunidad) Página 14. En línea en: [https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2021/12/1205\\_ITPC\\_CLM\\_Design\\_FullReport06\\_compressed.pdf](https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2021/12/1205_ITPC_CLM_Design_FullReport06_compressed.pdf)
- ( 23 ) ITPC (2021) How To Implement Community-Led Monitoring: A Community Toolkit. (Cómo llevar a cabo un Monitoreo Liderado por la Comunidad: Una caja de herramientas para la comunidad) Página 15. En línea en: [https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2021/12/1205\\_ITPC\\_CLM\\_Design\\_FullReport06\\_compressed.pdf](https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2021/12/1205_ITPC_CLM_Design_FullReport06_compressed.pdf)
- ( 24 ) Talha, M., Abou El Kalam, A., & Elmarzouqi, N. (2019). (Big data: La compensación entre la calidad y la seguridad de los datos). *Procedia Computer Science*, 151, 916-922. En línea en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877050919305915?via%3Dihub>



[admin@itpcglobal.org](mailto:admin@itpcglobal.org)



[/itpcglobal](https://www.facebook.com/itpcglobal)



[@itpcglobal](https://twitter.com/itpcglobal)



[@itpcglobal](https://www.instagram.com/itpcglobal)



[/itpcglobal](https://www.youtube.com/itpcglobal)



[/company/itpcglobal](https://www.linkedin.com/company/itpcglobal)

## Sobre ITPC

La Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento (ITPC por sus siglas en inglés) es una red mundial de personas que viven con VIH y de activistas comunitarios que trabajan para lograr el acceso universal al tratamiento óptimo de VIH para quienes lo necesitan. Establecida en 2003, ITPC aboga activamente por el acceso al tratamiento en todo el mundo, mediante el enfoque en tres pilares estratégicos:

- **Desarrollar comunidades resilientes (#TreatPeopleRight)**
- **Propiedad intelectual y acceso a las medicinas (#MakeMedicinesAffordable)**
- **Monitoreo y rendición de cuentas (#WatchWhatMatters)**

## Sobre Watch What Matters

Watch What Matters es una iniciativa comunitaria para el monitoreo y la investigación que recopila datos sobre el acceso y la calidad del tratamiento a nivel mundial. Cumple con uno de los objetivos estratégicos fundamentales de ITPC: cerciorarse de que los que ejercen el poder rindan cuentas a las comunidades a las que sirven.

Watch What Matters tiene como objetivo racionalizar y estandarizar los datos de acceso al tratamiento recopilados por las comunidades, con el fin de garantizar que los datos dejen de recopilarse de forma fragmentada y que estos reflejen los problemas y las cuestiones más importantes para las personas que viven con VIH o que se ven afectadas por el virus. Se basa en un modelo único que empodera a las comunidades para que recopilen y analicen de forma sistemática y rutinaria datos cualitativos y cuantitativos sobre las barreras al acceso y las deficiencias en la calidad de la atención y el tratamiento, y utiliza dichos datos para orientar los esfuerzos de abogacía y promover la rendición de cuentas.

**Si desea saber más sobre Watch What Matters y nuestro trabajo liderado por la comunidad, visite el sitio: [www.WatchWhatMatters.org](http://www.WatchWhatMatters.org) o envíenos un mensaje al correo electrónico [admin@itpcglobal.org](mailto:admin@itpcglobal.org).**

# Agradecimientos

ITPC desea agradecer y reconocer a quienes han apoyado nuestro trabajo en esta área crucial del monitoreo liderado por la comunidad, entre los que se incluyen:

Nuestros socios comunitarios nacionales para el MLC, así como nuestros socios regionales y mundiales en el Community Data for Change Consortium (CD4C) que son: **MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights, African Men for Sexual Health and Rights (AmSHER), Asia Pacific Coalition for Men's Sexual Health (APCOM), Caribbean Vulnerable Communities (CVC), Eurasian Coalition on Health, Rights, Gender, and Sexual Diversity (ECOM), Global Coalition of TB Advocates (GCTA), ITPC EECA, ITPC West Africa and CS4ME (Civil Society For Malaria Elimination).**

**AUTORA PRINCIPAL:** Dr. Gemma Oberth

**CONTRIBUYENTES:** Sam Avrett, Solange Baptiste, Gerald Best, Martine Chase, Raine Cortes, Larissa Donald, Brian Honermann, Wame Jallow, Krista Lauer, Keith Mienies, Susan Perez, Nadia Rafif, Alana Sharp and Tracy Swan

**DISEÑO E ILUSTRACIONES POR:** Trevor Messersmith, 80east Design



**Para traducciones al inglés, francés y ruso  
de esta guía, visite  
[itpcglobal.org](http://itpcglobal.org)**

