



GUÍA DE SUPERVISIÓN CAPACITANTE Y CONTROL O AUDITORIA DE DATOS DE VIH/sida

Dirigida a Actores Claves de la Respuesta al VIH

Panamá

2013

El Programa de USAID para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH (USAID | PASCA) está financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el Contrato No. GPO-I-00-05-00040-00, iniciado el 1 de octubre de 2008. Es implementado por Futures Group International, LLC (Futures Group), en colaboración con Futures Institute. USAID| PASCA es la Orden de Trabajo 4 de la USAID | Iniciativa de Políticas en Salud. Este documento es posible gracias al apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de este documento no es responsabilidad ni refleja necesariamente la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América.

AUTORIDADES

Ministro de Salud

Doctor Javier Díaz

Viceministro de Salud

Doctor Serafín Sánchez

Secretario General de Salud

Doctor Félix Bonilla

Director General de Salud Pública

Doctor Max Ramírez

Jefe del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA

Doctor Aurelio Núñez Maitín

EQUIPO TÉCNICO DEL PROGRAMA NACIONAL DE ITS/VIH/SIDA

Doctora Marggina Aranda

Licenciada Rosa P. Lowe

Licenciado Rigoberto Villarreal

Licenciada Yariela Ortega

Licenciado Rafael Pitti

Señora Amarilys Saldivar/ Secretaria

Señora Diana Bajura / Asistente Administrativa de la CONAVIH

MIEMBROS DEL COMITÉ INTERINSTITUCIONAL DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Dirección Nacional de Promoción de Salud
Laboratorio Central de Referencia
Departamento de Epidemiología

Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud.
Jefatura del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
Clínica de TARV del Hospital del Niño
Clínica de TARV del Hospital Santo Tomás
Caja del Seguro Social
Clínica de TARV de adulto de la CSS
Clínica Pediátrica de TARV de la CSS
Representante de las Personas Viviendo con VIH
Representante de la Sociedad Civil (APLAFA)
Defensoría del Pueblo
Representante de la Red de Sitios de Trabajo y Desarrollo Laboral

Doctora Fulvia Bajura
Magíster Gloriela Jaramillo de Villarreal
Doctor Carlos Gálvez
Licenciada María Mastelari
Doctora. María V. de Crespo
Doctor Aurelio Núñez Maitín
Doctora Dora Estripeaut
Doctor Rigoberto Samaniego
Doctor Rudick Kant
Doctor Boris Castillo
Doctora Kathia Luciani
Licenciado Miguel Sánchez
Licenciada Juana Cooke
Señora Edith Tristán
Licenciado Alberto Chacón

ASISTENCIA TÉCNICA USAID/PASCA

Representante de País

Licenciada Modesta Haughton

Coordinador Técnico de País

Licenciado Christian Martínez

ACRÓNIMOS

CMyE: Comité Interinstitucional de Monitoreo y Evaluación

CTARV: Clínicas de Terapia Antirretroviral

DQA: Data Quality Assessment

ITS: Infecciones de Transmisión sexual

MERG: Grupo de Referencia en Monitoreo y Evaluación de ONUSIDA

MyE: Monitoreo y Evaluación

PNIVS: Programa Nacional de ITS/VIH/sida

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

UTMyE: Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

En una evaluación de los sistemas de monitoreo y evaluación en VIH, realizada en el año 2012, por el Fondo Mundial¹, y durante ejercicios de análisis sobre los doce componentes de un sistema funcional de monitoreo y evaluación, como producto de un ejercicio en el marco del Primer Diplomado Centroamericano para la Gestión de Políticas y Programas de VIH, se definieron una serie de retos entre los cuales se destacaron algunos en torno a la supervisión capacitante y la auditoría de datos para garantizar su calidad, entre ellos citamos los siguientes:

1. Los procesos de auditoría de datos y supervisión capacitante hacia los niveles locales y regionales no se están realizando, debido a la falta de personal y recursos financieros asignados a estas tareas, desde todos los sectores.
2. Poco apoyo logístico para las supervisiones que se realizan en vigilancia epidemiológica, atención integral y laboratorio para afrontar las notificaciones tardías, incompletas o inexactas, de acuerdo a las normas.

Se sustenta entonces, la primera necesidad que es elaborar una herramienta armonizada que pueda ser usada por los supervisores y supervisados.

La supervisión capacitante garantiza la confiabilidad de los datos reportados, partiendo de la verificación de las fuentes primarias de la información y la calidad de la información, permitiendo realimentar al equipo de trabajo para la mejora en la calidad de los datos para la producción de información estratégica.

La supervisión capacitante se refiere al acompañamiento y orientación del desempeño de otros y transferencia de conocimientos, actitudes y destrezas esenciales para el éxito de las actividades de MyE en VIH. Ofrece la oportunidad aprender del trabajo que se ha realizado; reflexionar en forma crítica al respecto; proporcionar retroalimentación al personal local, y cuando sea apropiado, proveer orientación específica para hacer mejoras.²

En el caso de la supervisión capacitante, se utiliza como mecanismo para estar seguro de la calidad de los datos y garantizar una sólida toma de decisiones. La revisión periódica de la calidad de los datos y la retroalimentación son mecanismos importantes para mejorar o sostener la calidad de los datos.

¹ MINSAs- CAI. Julio 2012. Evaluación de los Sistemas de Monitoreo y Evaluación del VIH/sida y Plan de Acción costeados para su fortalecimiento: Panamá, 2012 Basado en el MESS Tool Report del Fondo Mundial.

² ONUSIDA (Octubre 2008). Marco de Trabajo para la Organización de un Sistema Nacional Funcional de Monitoreo y Evaluación en VIH.

La auditoría de datos, en el contexto de esta guía, la definiremos como “*el proceso de verificación de la precisión y reporte completo de datos del programa de VIH. Habitualmente requiere visitas de campo a organizaciones que informaron los datos, con el fin de verificarlos y contrastarlos con la opinión de los beneficiarios o los registros individuales*”³.

Esta guía de supervisión capacitante y control o auditoría de datos tiene como **propósito** comunicar las expectativas y estandarizar los procedimientos para ejecutar dicha supervisión y control o auditoría de datos, y a su vez fortalecer las capacidades del personal que ejecuta el monitoreo y evaluación en los niveles nacionales, regionales y en todas las instancias que generan datos para los diferentes informes del Avance de la Respuesta Nacional al VIH en Panamá.

El desarrollo del contenido de la Guía de Supervisión Capacitante y Control o Auditoría de Datos, inicia con la descripción de bases conceptuales tales como el componente 10 del Marco de Organización de un Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación, las definiciones de supervisión capacitante y auditoría de datos.

Incluye explicación sintética de las etapas para la implementación del proceso de supervisión, basadas en principios generales que pueden ser utilizados por cualquier programa que quiera supervisar, tanto en supervisiones multiprogramáticas como en supervisiones específicas.

Se integra contenido para brindar a los supervisores las bases teóricas para supervisar y realizar una adecuada auditoría de datos del Paquete Básico de Indicadores considerando la importancia de la información y las funciones del sistema de información.

Se presentan los instrumentos que servirán para guiar la observación durante la supervisión y en el proceso de auditoría de datos.

³ ONUSIDA (Octubre 2008). Marco de Trabajo para la Organización de un Sistema Nacional Funcional de Monitoreo y Evaluación en VIH.

I. Marco organizativo de un Sistema Funcional de Monitoreo y Evaluación de VIH/sida⁴

En Panamá, se ha venido realizando una serie de acciones para la sistematización de la respuesta al VIH/sida. En lo que respecta a Monitoreo y Evaluación, se ha tomado como guía el documento de los Doce Componentes de MyE desarrollado por ONUSIDA; bajo el auspicio del Grupo de Referencia en Monitoreo y Evaluación de ONUSIDA (MERG).

Para poner en contexto a los usuarios de esta Guía, en este apartado hacemos la descripción breve, de este Marco organizativo de un Sistema Funcional de Monitoreo (MyE) de VIH/sida el cual cubre los componentes del sistema que deben estar presentes y funcionar conforme a estándares aceptables para que el sistema nacional de MyE funcione efectivamente.

La visión general de los 12 componentes del Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación del VIH (Figura 1). El anillo exterior representa los recursos humanos, las alianzas y la planificación que respaldan la recolección y el uso de datos. Incluye a las personas, organizaciones, funciones o acciones y la cultura organizativa que son fundamentales para mejorar y

sostener el desempeño del sistema de MyE. El anillo intermedio se centra en los mecanismos mediante los cuales los datos se recolectan, se verifican y se transforman en información útil. El centro del diagrama representa el objetivo central del sistema de V+E: utilizar los datos para la toma de decisiones.



Figura 1: Marco de Trabajo para un Sistema Nacional Funcional de MyE en VIH – 12 Componentes

Las Personas, las alianzas y la planificación

1. Estructuras organizacionales con funciones de MyE en VIH.
2. Desarrollo de recursos humanos para MyE en VIH.
3. Alianzas para planificar, coordinar y gerenciar el sistema de MyE en VIH.
4. Plan nacional multi-sectorial de MyE en VIH.
5. Plan nacional de trabajo en MyE de VIH anual y costado.
6. Abogacía, comunicación y cultura de MyE de VIH.

⁴ ONUSIDA. (Octubre 2008). Marco de Trabajo para la Organización de un Sistema Nacional Funcional de Monitoreo y Evaluación en VIH.

Recolección, verificación y análisis de información.

7. Monitoreo programático rutinario de VIH.
8. Encuestas y vigilancia epidemiológica
9. Bases de datos nacionales y sub-nacionales.

10. SUPERVISIÓN CAPACITANTE Y AUDITORÍA DE DATOS.

11. Evaluación e investigación en VIH

El uso de la información para la toma de decisiones

12. Difusión y uso de la información

Para efectos del desarrollo de esta guía describiremos los detalles el *Componente 10: Supervisión y Auditoría de datos.*

Componente 10: Supervisión capacitante y auditoría de datos

Objetivo basado en desempeño: Monitorear la calidad de los datos periódicamente y llevar cualquier obstáculo a producir datos de alta calidad (de esta manera, los datos que son válidos, confiables, comprensivos y oportunos).

Resultados basados en desempeño

– Existen los siguientes elementos:

- Directrices para la supervisión de la recolección rutinaria de datos en los

servicios de VIH a nivel institucional y a nivel comunitario.

- Visitas rutinarias de supervisión, incluyendo la evaluación de los datos y la retroalimentación al personal de local.
- Auditorías periódicas de calidad de los datos.
- Informes de supervisión y de auditoría

Habitualmente requiere visitas de campo a organizaciones que informaron los datos, con el fin de verificarlos y contrastarlos con la opinión de los beneficiarios o los registros individuales. La supervisión capacitante debe ser conducida sobre la base de una muestra de las organizaciones que prestan los servicios de VIH (por ejemplo, no todos los proveedores), y también puede utilizarse como mecanismo para fortalecer las capacidades locales de monitoreo y evaluación. La auditoría de datos requiere que los protocolos del indicador estén en su lugar, así como también los protocolos para las auditorías de calidad. Esto podría ser costo-efectivo y tiempo efectivo para combinar la supervisión capacitante del sistema de monitoreo y evaluación con el seguimiento financiero y/o de implementación del programa.

II. PRIMERA PARTE: SUPERVISIÓN CAPACITANTE

En esta primera parte de la Guía, nos centraremos en la descripción de la **Supervisión Capacitante**, con los objetivos de integrar diferentes instrumentos técnico administrativos que contribuyan en la unificación de criterios de supervisión en los diversos ámbitos que generen, registren y reporten datos de las acciones realizadas en respuesta al VIH, contar con los elementos básicos técnicos-administrativos para unificar criterios de supervisión y mejorar la calidad de las supervisiones mediante la aplicación de instrumentos técnico administrativos.

a. Qué es supervisión capacitante

La supervisión capacitante se refiere al acompañamiento y orientación del desempeño de otros y transferencia de conocimientos, actitudes y destrezas esenciales para el éxito de las actividades de Monitoreo y Evaluación en VIH. Ofrece la oportunidad de aprender del trabajo que se ha realizado; reflexionar en forma crítica al respecto; proporcionar retroalimentación al personal local, y cuando sea apropiado, proveer orientación específica para hacer mejoras. La auditoría de datos es el proceso de verificación de la precisión y reporte completo de datos del programa de VIH⁵.

En este caso concreto la supervisión capacitante contribuye al mantenimiento continuo de la calidad de sus productos finales que son los datos y la información propiamente dicha.

b. Objetivos de la supervisión capacitante

La supervisión capacitante debe favorecer la armonización del trabajo, puesto que integra y unifica criterios para la utilización de los recursos y medios necesarios según las circunstancias.

La identificación de los problemas en el desempeño y las necesidades de capacitación son hechas a través del análisis de:

- Las condiciones en las que el personal realiza su trabajo.
- Los medios de los que dispone.

Los conocimientos y destrezas que aplica en el desempeño de sus funciones y que se expresan en:

⁵ ONUSIDA (2008) Marco de Trabajo para la Organización de un Sistema Nacional Funcional de Monitoreo y Evaluación en VIH.

- El cumplimiento adecuado de los procesos,
- El análisis de la información, y el uso de la información en la toma de decisiones.

El diagnóstico así realizado permitirá el logro de los siguientes objetivos:

- a. Establecer si el personal tiene condiciones adecuadas para realizar su trabajo.
- b. Constatar si tiene los medios básicos necesarios para cumplir las actividades previstas.
- c. Identificar los elementos del ciclo de información que estén fallando e ir desarrollando actividades de capacitación.
- d. Constatar la calidad de los datos y la información.
- e. Planificar las acciones a mediano plazo para la corrección de las fallas encontradas.

El fin último de la Supervisión Capacitante es: *Verificar periódicamente la calidad de los datos y llevar cualquier obstáculo a producir datos de alta calidad, en las dimensiones de validez, confiabilidad y oportunidad.*

c. Políticas para una buena supervisión capacitante

Esta guía servirá a los supervisores de la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación (UTMyE) del Programa Nacional de ITS/VIH/sida (PNIVS) y Miembros del Comité Interinstitucional de Monitoreo y Evaluación (CMyE) y a los supervisados (Comités regionales de Monitoreo y evaluación, niveles regionales y locales de salud, Clínicas de Terapia Antirretroviral (CTARV), Organizaciones Gubernamentales, no gubernamentales y privadas).

1. Estará sustentada con una programación que deberá tener la característica de ser oportuna, resolutive, sistemática y confiable, que implique capacitación, identifique las desviaciones, se reconozcan los aciertos y se detecten las necesidades y obstáculos que incidan en la generación, registros, reporte y análisis de los datos.
2. La fecha y el objetivo de la supervisión deben ser comunicados de antemano al supervisado de modo, que:
 - a. Se esté seguro de encontrar al supervisado y no se interfiera con otras actividades programadas localmente.
 - b. El supervisado programe su tiempo para la visita, identifique sus problemas y prepare su documentación.

- c. La supervisión se realice en un ambiente de cordialidad y confianza que permita un mejor intercambio de opiniones y una mayor predisposición a los cambios.
3. Deberá fundamentarse en un análisis previo de los datos reportados, tomando en cuenta el Paquete Básico de Indicadores priorizados, las fichas técnicas y el flujograma de los mismos.
4. El Cronograma de Supervisión estará sujeto a cambio de acuerdo con las disposiciones de las autoridades superiores y acuerdos de los supervisores con los supervisados.

d. Técnicas empleadas para la supervisión capacitante

En esta Guía de Supervisión Capacitante para verificar la calidad de los datos y llevar cualquier obstáculo a producir datos de alta calidad, en las dimensiones de validez, confiabilidad y oportunidad, se recomienda utilizar las siguientes técnicas:

1. **El dialogo con el personal:** permitirá identificar lo que saben y piensan de su trabajo y responsabilidad en la generación, registro, reporte y análisis de datos de los indicadores priorizados, su relación con otros Programas. Si se ha identificado un problema, pueden encontrar juntos las causas del mismo, lo que ayudará plantear soluciones.
2. **La revisión del sistema de información:** permite ver si los formularios fueron llenados y los informes elaborados correctamente. Es una forma de asegurarnos de la validez de la información.
3. **El control de la logística y el abastecimiento:** permite conocer si se dispone de los diversos materiales, insumos, guías y planes para ejecutar las actividades.

e. Responsables de la Supervisión Capacitante

Partirá del nivel nacional, conformando un grupo de trabajo integrado por quien coordine la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación del PNIVS y Miembros del Comité Interinstitucional de Monitoreo y Evaluación, con el apoyo financiero cada una de las entidades que están representadas en el Comité. De igual forma los Comités Regionales de MyE se responsabilizarán de la supervisión a los niveles regionales y locales que participan en la generación, registro y notificación de datos.

f. Personal al que se supervisa

Considerará las siguientes categorías de supervisados:

1. Actores claves de las Regiones de Salud que forman parte del Comité Regional de Monitoreo y Evaluación el cual está conformado por responsables de la recolección de los datos generados y reportados por el

nivel local y regional, que alimentan los indicadores priorizados (Vigilancia epidemiológica, Promoción de la Salud, Provisión de Servicios, salud sexual y reproductiva, Laboratorio, Programa de TBC, Red de Sitios de Trabajo).

2. Actores claves encargados del monitoreo y evaluación de los datos en las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil.
3. Actores claves de las empresas privadas encargados del monitoreo y evaluación de las políticas de VIH.

g. Materiales necesarios para la Supervisión

1. Reportes
2. Documentos usados en el área
3. Normas
4. Plan Estratégico
5. Planes operativos
6. Instrumentos de supervisión y auditoría de datos
7. Plan de Monitoreo y evaluación

h. Qué se supervisará

En el caso concreto de esta guía la supervisión capacitante estará dirigida:

1. A la organización y funcionamiento de los componentes del Sistema de Información del Programa de ITS/VIH/sida

Los objetivos de este punto serán: identificar los componentes del ciclo de la información que son deficientes, y señalar las características de dicha deficiencia.

La información que se obtenga servirá para planificar las acciones dirigidas a corregir dichas fallas y evaluar el éxito de las medidas tomadas.

COMPONENTES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN



Figura 2: Componentes del Sistema de Información

Las Entradas en el sistema de información se refieren a la captura y recepción de datos de la organización o ambientes externos.

Durante los Procesos se convierten los datos recibidos en una manera con más significado.

Las Salidas se concretizan cuando se transfiere la información procesada a las personas que la utilizaran o a las actividades en la que serán utilizadas.

La realimentación es lo que se devuelve al personal apropiado para ayudarlo a evaluar y corregir.

2. A la calidad de sus datos e información propiamente dicha

En este aspecto la supervisión debe llevarnos a identificar las variables cuyos datos son deficientes y a señalar las características de dicha deficiencia. Se busca detectar los registros cuyos datos tengan errores para planificar las acciones dirigidas a corregir dichos errores y para evaluar el éxito de las medidas tomadas.

3. Al manejo administrativo

Identificar los elementos administrativos que son deficientes, y señalar las características de dicha deficiencia

i. Lugar donde se realiza la Supervisión Capacitante.

La supervisión deberá abarcar todos los niveles de la Red de salud y actores claves de las organizaciones no gubernamentales y de la empresa privada que participan en la respuesta del país a la lucha contra el VIH, en forma diferenciada, debido a que cada nivel y organizaciones tiene objetivos, métodos, y roles específicos que hacen que la supervisión, tenga sus particularidades para cada uno de ellos. La elección del lugar donde se llevará a cabo la supervisión dependerá de las necesidades del nivel que hace la supervisión. Los criterios de selección pueden ser diversos por ejemplo:

- Que se haya detectado fallas tanto en el proceso como en los productos,
- la necesidad de seguimiento a supervisiones anteriores,
- la priorización de servicios que por problemas de accesibilidad no reciben apoyo regular, dando preferencia a los que nunca fueron visitados, u otros.

j. Instrumentos de supervisión

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE ITS/VIH/sida
INSTRUMENTO PARA LA SUPERVISIÓN CAPACITANTE A ACTORES CLAVES DE LA RESPUESTA AL
VIH QUE REPORTAN DATOS**

Región de Salud _____

Instalación/ONG/Empresa _____

Fecha de la supervisión _____

Equipo Supervisor

NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESIÓN	DIRECCIÓN/DEPARTAMENTO/PROGRAMA O SECCIÓN AL QUE PERTENECE

INDICACIONES

Luego de revisar los elementos de verificación coloque, para cada criterio, la valoración cualitativa y cuantitativa, según la escala siguiente

Coloque El valor según la escala donde corresponda:

Nivel de cumplimiento del total de criterios evaluados	PONDERACIÓN
DEFICIENTE (Sólo cumple de 1 a 5 criterios)	<25%
Regular (Sólo cumple de 6 a 12 criterios)	30%
Buena (Sólo cumple de 13 a 19 criterios)	75%
Óptima (Si cumple los 20 criterios)	100%

N°	CRITERIO	ELEMENTO PARA VERIFICACIÓN	ESCALA CUALITATIVA	
			SI cumple	NO cumple
1.	Existe un Comité Interinstitucional de Monitoreo y Evaluación (Nacional o Regional, según el nivel que se supervisa) legalmente constituido y funcional	Documento legal que constituye el Comité Informe de reuniones, actas de validación y aprobación de documentos y otros que evidencien que el Comité es funcional		
2.	Existe una persona responsable del funcionamiento del Comité Interinstitucional de MyE	Mostrar documento de la asignación oficial de esta persona.		
3.	El porcentaje de participación de todos los miembros del Comité en las reuniones es mayor a 85%	Cronograma, Libro de actas		
4.	Cuenta con información actualizada, publicada en lugar visible a los usuarios	Sala situacional actualizada al último trimestre		
5.	El equipo y el personal en general conoce los Objetivos y Actividades del Plan Estratégico Multisectorial de VIH/sida del MINSA	Entrevista a personal seleccionados al azar (anotar número de entrevistados entre el total que responde sí o no conoce)		

N°	CRITERIO	ELEMENTO PARA VERIFICACIÓN	ESCALA CUALITATIVA	
			SI cumple	NO cumple
6.	Conocen y manejan el Plan de Monitoreo y Evaluación	Entrevista a personal seleccionados al azar (anotar número de entrevistados entre el total que responde sí o no conoce)		
7.	Cuentan con un Plan Operativo Anual (POA)	Documento del POA		
8.	Existe correspondencia entre el Plan Operativo Anual (POA) y los Lineamientos del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH/sida y el Plan de Monitoreo y Evaluación	Documento del POA		
9.	Cuentan con un plan de capacitación y actualización en MyE			
10.	Elabora informe mensual	Documento del informe (Verificar fecha)		
11.	Trabaja con fechas establecidas para el cierre de información del mes. (frecuencia: Semanal, quincenal, mensual, trimestral)	Cronograma para cierre de información Verificar si la información está actualizada a la fecha correspondiente al momento de la supervisión		
12.	El informe se valida con todos los responsables del registro y notificación del dato	Documento que evidencien que fue validado el informe		
13.	Se cuenta con un sistema de información integral y preferentemente automatizado que, de manera oportuna, económica, suficiente y confiable, resuelve las necesidades de seguimiento y toma de decisiones	Verificar funcionamiento del sistema con informes generados por el mismo		
14.	Elabora boletines informativos	Boletines elaborados (periodicidad)		
15.	Utilizan la información para la toma de decisiones	Entrevista a personal seleccionados al azar		
16.	Se utiliza la información para el análisis de la situación de salud del VIH/sida	Entrevista a personal seleccionados al azar		
17.	Cuentan con un plan de capacitación en Monitoreo y Evaluación	Documento con el plan		
18.	Tienen disponibles y utilizan los formularios de recopilación de datos establecidos por el nivel nacional	Mostrar los formularios		
19.	Existe instructivo para el llenado de los formularios de recopilación de datos y presentación de informes, según lo establecido por el nivel nacional	Mostrar los instructivos		
20.	Controlan la calidad de los datos	Mostrar informe sobre procedimiento para el control de la calidad de los datos		
TOTAL DE CRITERIOS QUE CUMPLE (SI Y NO)				
PONDERACIÓN=				

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: CRONOGRAMA ANUAL DE SUPERVISIÓN

Objetivo: Dar a conocer las fechas en las cuales se supervisarán durante el año, las áreas bajo su responsabilidad para que se facilite y se apoye la actividad.

AÑO	Anote el último dígito del año al que corresponda la programación.
LUGAR	En cada uno de los renglones de la primera columna anote el nombre de la Región Institución Organización Coordinación o Unidad a supervisar.
MES PROGRAMADO	En cada uno de los renglones de las columnas (P) de enero a diciembre se anotará con números arábigos las supervisiones programadas.
MES ALCANZADO	En cada uno de los renglones de las columnas (A) de enero a diciembre se anotará con números arábigos el resultado de supervisiones alcanzadas respecto a las programadas.
PORCENTAJE	En cada uno de los renglones de las columnas (%) de enero a diciembre se anotará el porcentaje obtenido de lo alcanzado con lo programado.
TOTAL PROGRAMADO/ALCANZADO (HORIZONTAL)	En cada uno de los renglones de la columna total (P) se anotará la suma de las supervisiones programadas y en la (A) la suma de las alcanzadas.
TOTAL / PORCENTAJE	En cada uno de los renglones de la columna porcentaje se anotará resultado obtenido de lo alcanzado contra lo programado.
TOTAL/VERTICAL	En el total vertical de igual manera se hará la suma de lo programado contra lo alcanzado de enero a diciembre y se anotará el porcentaje que dará el resultado por mes y año.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE ITS/VIH/sida
UNIDAD TÉCNICA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN
INFORME DE SUPERVISIÓN

REGIÓN DE SALUD:		FECHA:		
INSTITUCIÓN/ORGANIZACIÓN/EMPRESA:				
ÁREA/DEPARTAMENTO/PROGRAMA:				
SUPERVISOR:		SUPERVISADO:		
ÁREA/DEPARTAMENTO/PROGRAMA SUPERVISADA	SITUACIÓN ENCONTRADA	PROPUESTA DE MEJORA	RESPONSABLES	PLAZO DE CUMPLIMIENTO

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISADO

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: Informe de supervisión

Objetivo: Describir la situación encontrada en la unidad donde se realizó la supervisión, así mismo indicar las recomendaciones y plazo para mejorar las situaciones encontradas.

REGIÓN DE SALUD	Registre el nombre de la Región de Salud donde se realizó la supervisión.
INSTITUCIÓN/ORGANIZACIÓN/EMPRESA	Registre el nombre de la institución organización o empresa a la cual pertenece la unidad supervisada.
FECHA	Anotar día mes y año correspondiente a la supervisión.
SUPERVISOR	Nombre completo de quien realizó la supervisión.
SUPERVISADO	Nombre completo del responsable del área supervisada.
ÁREA SUPERVISADA	Anotar el área/departamento/programa que se supervisó.
SITUACIÓN ENCONTRADA	Se describirá de manera objetiva y precisa la problemática detectada y sus causas. La verificación se hará sobre actividades y los recursos técnicos humanos materiales y equipo de la unidad supervisada.
RECOMENDACIONES	Describir las acciones para solucionar la problemática encontrada.
RESPONSABLE Y PLAZO DEL CUMPLIMIENTO	Anotar el nombre del responsable del área supervisada así como indicar el tiempo para solucionar la problemática encontrada.
FIRMA DEL SUPERVISOR	Nombre y firma de la persona que realizó la supervisión.
FIRMA DEL SUPERVISADO	Nombre y firma del supervisado

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE ITS/VIH/SIDA
UNIDAD TÉCNICA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN**

INFORME DE SEGUIMIENTO DE SUPERVISIÓN

REGIÓN DE SALUD:			FECHA DE ELABORACIÓN:		
INSTITUCIÓN/ORGANIZACIÓN/EMPRESA:					
ÁREA/DEPARTAMENTO/PROGRAMA:					
N° DE HOJAS:					
SUPERVISOR:		SUPERVISADO:			
FECHA DE SUPERVISIÓN	AREA DE SUPERVISIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	SITUACIONES PROBLEMÁTICAS DETECTADAS	DIRECCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	
				SI (COMO)	NO (CAUSA)

ELABORÓ

VALIDÓ

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: Informe de seguimiento de supervisión

Objetivo: Describir la situación encontrada en supervisión(es) subsecuente(s) para corroborar que las situaciones problemáticas previamente detectadas han sido corregidas.

REGIÓN DE SALUD	Registre el nombre de la Región de Salud donde se realizó la supervisión.
INSTITUCIÓN/ORGANIZACIÓN/EMPRESA	Registre el nombre de la institución organización o empresa a la cual pertenece la unidad supervisada.
FECHA DE ELABORACIÓN	Anotar día mes y año de la elaboración del formato.
ÁREA/DEPARTAMENTO/PROGRAMA	Anotar el nombre completo del ÁREA/DEPARTAMENTO/PROGRAMA supervisado.
Nº DE. HOJA	Se deberá anotar el número de hojas utilizadas 1 de 3 2 de 3 y 3 de 3.
SUPERVISOR	Nombre completo de quien realizó la supervisión en
SUPERVISADO	Nombre completo del responsable del área supervisada.
FECHA DE SUPERVISIÓN	Anotar la fecha (día mes y año) en que se llevó a cabo la supervisión.
ÁREA SUPERVISADA	Anotar el nombre del área a la cual se supervisó.
FECHA DE SEGUIMIENTO	Anotar fecha en la que se realiza el seguimiento de la supervisión previa (día, mes y año).
SITUACIONES PROBLEMÁTICAS DETECTADAS	Se deberán anotar las desviaciones encontradas de la supervisión anterior.
SE MEJORÓ LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA DETECTADA/ SI (CÓMO)	Anotar cómo se corrigió la la situación problemática detectada y la fecha de la corrección.
LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA NO MEJORÓ (CAUSA)	Anotar la razón por la que no se corrigió la situación problemática detectada
ELABORÓ	Anotar el nombre y firma de la persona que elaboró el informe.
VALIDÓ	Anotar el nombre y firma de la persona que validó el informe.

m. **Indicadores de evaluación de la supervisión:**

SUPERVISIÓN ORDINARIA

1. Porcentaje de supervisiones= $\frac{\text{Número de supervisiones realizadas}}{\text{Número de supervisiones programadas}} \times 100$
2. Porcentaje de desviaciones corregidas= $\frac{\text{Número de desviaciones detectadas}}{\text{Número de desviaciones corregidas}} \times 100$
3. Porcentaje de Supervisiones en lugar y fecha= $\frac{\text{Número de supervisiones realizadas por lugar y fecha}}{\text{Número de supervisiones programadas por lugar y fecha}} \times 100$

SUPERVISIÓN EXTRAORDINARIA

Se contemplará un 10% de la programación para todas aquellas supervisiones extraordinarias que surjan en el transcurso del año.

Evidencias para la evaluación de la supervisión:

1. Cronograma Anual de Supervisiones
2. Informe de Supervisión
3. Resumen-Informe de Supervisión
4. Informe de Seguimiento de Supervisión
5. Informe de Evaluación

III. SEGUNDA PARTE: AUDITORIA DE DATOS

a. Qué es auditoria de datos

La auditoría de datos es el proceso de verificación de la precisión y reporte completo de datos del programa de VIH. Habitualmente requiere visitas de campo a organizaciones que informaron los datos, con el fin de verificarlos y contrastarlos con la opinión de los beneficiarios o los registros individuales.

b. Objetivos de la auditoria de datos

Los objetivos que se esperan cumplir son:

1. Rastrear y verificar (volver a contar) los resultados de los indicadores priorizados para los cuales existe información.
2. Desarrollar y presentar los hallazgos y recomendaciones del equipo de auditoria.
3. Planificar las actividades de seguimiento
4. Identificar los pasos necesarios para mejorar los sistemas de información y la calidad de los datos.

Los sistemas sólidos producen datos de calidad. Para que se produzcan datos de calidad y fluyan por un sistema de manejo de datos, es necesario tener componentes funcionales clave en todos los niveles del sistema – desde los puntos de entrega de servicios, a los niveles intermedios, donde se consolida la información en los distritos o regiones de salud, hasta la unidad de M y E en el nivel central.⁶

En esta guía haremos una adaptación de la herramienta Data Quality Assessment (DQA) que provee protocolos con instrucciones especiales de acuerdo a los indicadores y el tipo de servicio de salud (por ejemplo, centros de salud o servicios basados en la comunidad). Estos protocolos guían al equipo de auditoría a medida que se verifican los datos del indicador seleccionado de las fuentes de información y comparándolos con los informes y reportes del programa/proyecto.⁷

A continuación se cita textualmente la descripción que presentan de la Herramienta DQA, los autores del documento Auditoría sobre Calidad de los Datos. Guías para su aplicación.

Existen dos versiones de la herramienta DQA: (1) La “Herramienta para la auditoría de la calidad de la información” (cuyas siglas en inglés, DQA, se usarán de aquí en adelante) establece pautas para que un equipo de auditoría externa evalúe la capacidad de un programa/proyecto de producir informes con datos de calidad; y (2) La “Herramienta de evaluación rutinaria de la calidad de los datos” (cuyas siglas en inglés, RDQA, que se usarán de aquí en adelante) es una versión simplificada de la herramienta DQA para realizar auditorías internas para que los programas y proyectos evalúen la calidad de sus datos, fortalezcan sus sistemas de procesamiento y manejo de datos y presentación de informes.⁸

Nuestro enfoque estará basado en la versión simplificada de la herramienta DQA para realizar auditorías internas.

La figura 2 muestra el Marco conceptual de (R) DQA: Sistemas de manejo de datos y presentación de informes, áreas funcionales y calidad de los datos⁹.

⁶ Ibid

⁷ Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (U.S. Agency for International Development [USAID]). El Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (President’s Emergency Plan for AIDS Relief [PEPFAR]) y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria). Auditoría sobre Calidad de los Datos. Guías para su aplicación. Disponible en <http://www.cpc.unc.edu/measure>.

⁸ Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (U.S. Agency for International Development [USAID]). El Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (President’s Emergency Plan for AIDS Relief [PEPFAR]) y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria). Auditoría sobre Calidad de los Datos. Guías para su aplicación. Disponible en <http://www.cpc.unc.edu/measure>.

⁹ Ibid

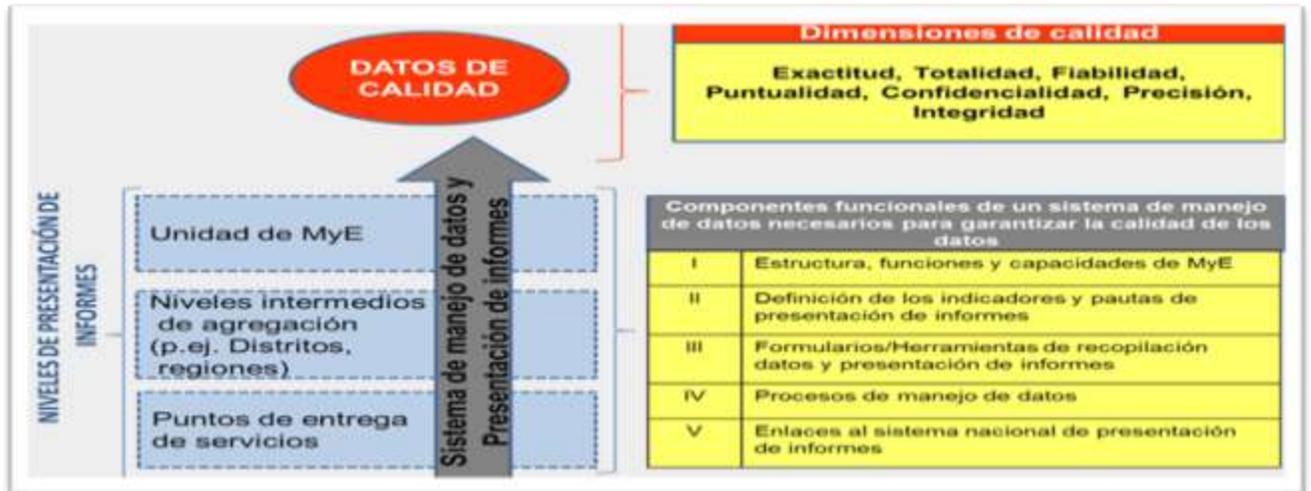


Figura 2: Marco Conceptual de (R) DQA: Sistema de Manejo de datos y presentación de informes, áreas funcionales y calidad de los datos.

La aplicación de la Herramienta DQA tiene objetivos específicos a cumplir:

1. Verificar la calidad de los datos en los informes sobre indicadores claves en puntos específicos seleccionados
2. Evaluar la capacidad de los sistemas en la recopilación, manejo de los datos y presentación de informes con datos de calidad
3. Desarrollar los planes necesarios para el mejoramiento de la calidad de los datos y los sistemas de información

En la figura 2, se identifican los tres niveles en donde se aplicará la Herramienta DQA.

c. Marco de Aplicación de la herramienta DQA

Las herramientas DQA se fundamentan en los componentes de calidad de los datos, es decir, los programas y proyectos necesitan informes con datos exactos, fiables, precisos, completos y a tiempo, para que los gerentes puedan usarlos en la asignación de recursos y evaluar el progreso hacia el logro de los objetivos. Además, los datos deben tener integridad para poder considerarse creíbles y deben garantizar las normas de confidencialidad.

Dimensión de la calidad de los datos	Definición Operativa
Exactitud	También se podría llamar validez. Se puede decir exactitud en los datos cuando; mide lo que se supone debe medir; minimiza los errores (por ejemplo, sesgos en el registro, transcripciones, en el muestreo o parcialidad del entrevistador) hasta el punto que sean insignificantes.

Dimensión de la calidad de los datos	Definición Operativa
Fiabilidad	Los datos generados por el sistema de información de un programa se basan en protocolos y procedimientos que no deberían cambiar de acuerdo a quién los use, en qué momento o cuán a menudo se usen. Los datos son fiables porque se miden y se recopilan de manera consistente.
Precisión	Significa que los datos tienen el detalle suficiente. Por ejemplo, un indicador que requiere que la cantidad de personas que recibieron consejería, se tomaron la prueba de VIH y recibieron los resultados, se reporte por el sexo de la persona. Un sistema de información no es preciso si los datos no están diseñados para registrar el sexo de las personas.
Totalidad	Totalidad significa que el sistema de información del que se derivan los resultados es debidamente inclusivo; es decir, representa la lista total de personas o unidades elegibles y no sólo una fracción de ella.
Puntualidad	Los datos son puntuales cuando están actualizados (al día) y cuando la información está disponible a tiempo. La puntualidad se ve afectada por: (1) la frecuencia con la cual se actualiza el sistema de información del programa; (2) la frecuencia de cambio de las actividades reales del programa; y (3) cuándo realmente se usa o requiere la información.
Integridad	Los datos tienen integridad cuando el sistema está protegido contra prejuicios y sesgos, parcialidad o manipulación por motivos políticos o personales.
Confidencialidad	Confidencialidad significa que los clientes tienen la garantía de que su información personal se mantendrá de conformidad con normas nacionales y/o internacionales de protección de datos. Eso significa que los datos personales no se revelan de manera inapropiada y que los datos en documentos impresos y formatos electrónicos se manejan con los niveles adecuados de seguridad (por ejemplo, se mantienen en ficheros bajo llave y en archivos electrónicos protegidos por contraseñas).

Basándose en estas dimensiones de calidad de los datos, la herramienta DQA consta de dos componentes:

- (1) Evaluación de los sistemas de manejo de datos y presentación de informes; y**
- (2) Verificación de los datos informados sobre los indicadores clave en instalaciones selectas.**

Por consiguiente, la implementación del DQA recibe apoyo de dos protocolos (véase el Anexo N°1 y 2): Protocolo 1: Protocolo de evaluación del sistema y Protocolo 2: Protocolo de verificación de los datos.

Estos protocolos se administran a cada nivel del sistema de recopilación de datos y presentación de informes, es decir, (i) actores claves de las Regiones de Salud que forman parte del Comité Regional de Monitoreo y Evaluación, el cual está conformado por responsables de la recolección de los datos generados y reportados por el nivel local y regional, que alimentan los indicadores priorizados; (ii) actores claves encargados del monitoreo y evaluación de los datos en las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil y (iii) actores claves de

las empresas privadas encargados del monitoreo y evaluación de las políticas de VIH.

Protocolo 1 – Evaluación de los sistemas de manejo de datos y presentación de informes:

El propósito del **Protocolo 1** es identificar las posibles dificultades de calidad de los datos en los sistemas de información y presentación de informes en tres niveles: (1) la Unidad Técnica de M y E del Programa, (2) las instalaciones proveedoras de servicios, incluyendo actores claves encargados del monitoreo y evaluación de los datos en las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil y actores claves de las empresas privadas encargados del monitoreo y evaluación de las políticas de VIH y (3) en el nivel intermedio de agregación de datos (en el cual los informes de los servicios se agregan antes de enviarlos a la unidad de M y E del programa), en este caso, representado por los actores claves del Comité Regional de Monitoreo y Evaluación.

La evaluación de los sistemas de manejo de datos y presentación de informes tendrá lugar en dos etapas:

1. Revisión de documentos del proyecto/programa, sin visitar los servicios;
2. Evaluaciones de seguimiento en servicios seleccionados y en la unidad de M y E del programa y en los niveles intermedios de agregación de datos (por ejemplo, distritos o regiones).

El Protocolo 1 de DQA Evaluación del sistema en Excel contiene una hoja de cálculo para completar en la Unidad Técnica de M y E. El equipo de auditoría tendrá que completar el protocolo y obtener documentación de apoyo para las respuestas de la Unidad de M y E del programa. La manera más rápida de hacerlo es entrevistando a los funcionarios y personal clave que manejan los datos del Programa y dirigir las preguntas a problemas no resueltos sobre el diseño del sistema, luego de la revisión de gabinete de la documentación recibida (Ver Anexo N°2 – Lista de Áreas funcionales de auditoría y documentación). Con suerte, una reunión será suficiente para que el equipo de auditoría complete la sección (hoja de cálculo) del Protocolo 1 de DQA: Evaluación del sistema para la unidad de MyE.

Es importante que el equipo de auditoría incluya apuntes y comentarios en el Protocolo 1 de DQA: Evaluación del sistema para documentar el diseño general (y la implementación) del sistema de manejo de datos del programa e identificar áreas que necesitan mejorar.

A medida que el equipo completa el Protocolo 1 de DQA: Evaluación del sistema, deberá tener presentes las siguientes dos preguntas que darán forma a los hallazgos preliminares y el informe de auditoría:

1. ¿Garantiza el diseño del sistema general de recopilación de datos y presentación de informes, si se implementara según se lo planificado, datos de buena calidad? Si es así, o no, indique porque?
2. ¿Qué hallazgos de la auditoría del sistema ameritan recomendaciones para cambiar el diseño para mejorar la calidad de los datos? Éstos deben documentarse en el Protocolo 1 de DQA: Evaluación del sistema.

Protocolo 2 – Verificación de los datos informados sobre los indicadores clave:

El propósito del **Protocolo 2** es evaluar, en una escala limitada, si los servicios y niveles intermedios de agregación de datos están recopilando e informando datos sobre indicadores claves en una manera precisa y a tiempo - y si hay un proceso de verificación a través de la comparación con resultados de otras fuentes. Para esto, el DQA determinará en una muestra de servicios si se han registrado con exactitud los indicadores seleccionados en documentos oficiales. Se rastrearán esos datos para ver si se han agregado y/o manejado correctamente desde los servicios, niveles intermedios hasta la unidad de M y E del proyecto.

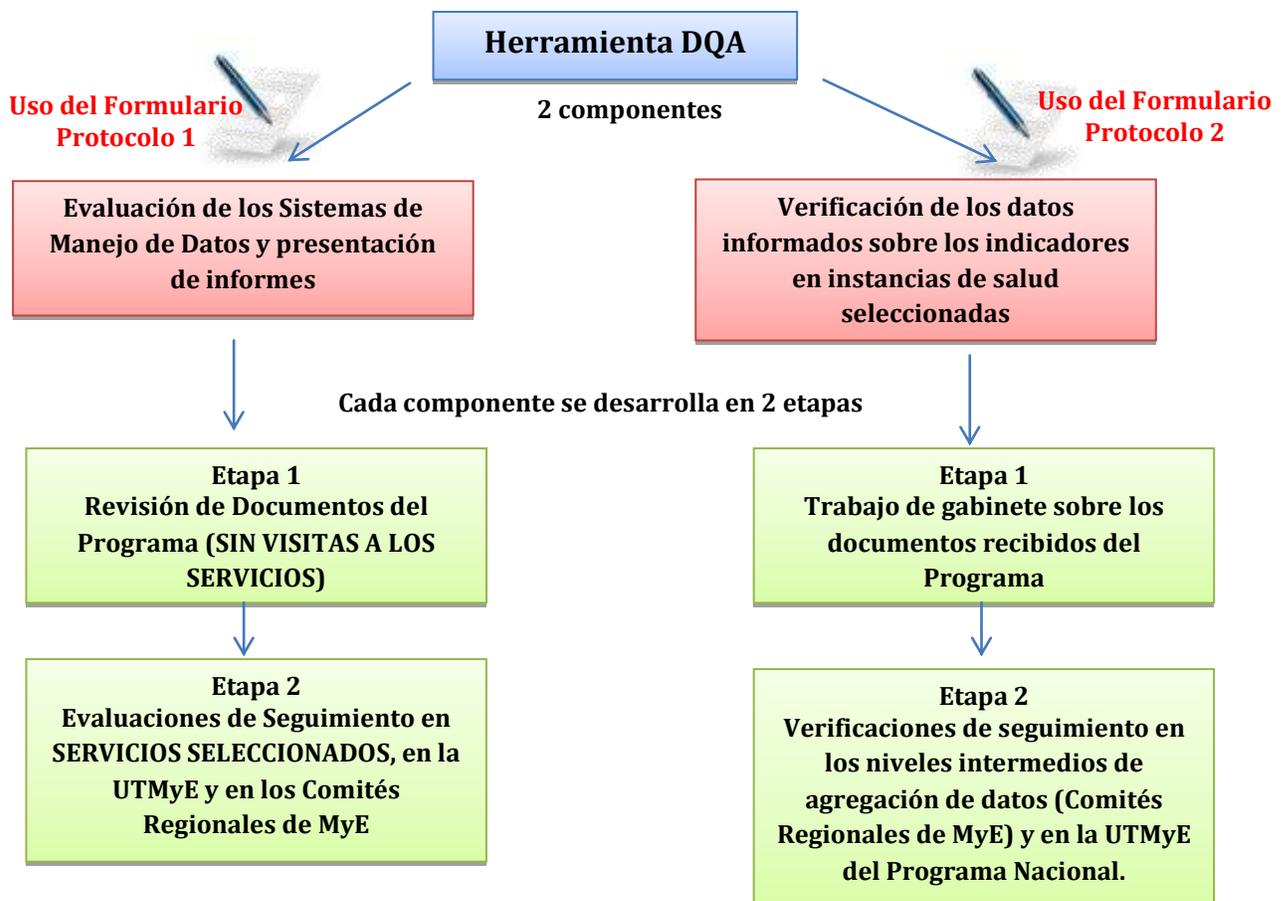
El ejercicio de verificación de los datos tendrá lugar en dos etapas:

1. Trabajo de gabinete sobre los documentos recibidos del programa/proyecto;
2. Verificaciones de seguimiento en los niveles intermedios de agregación de datos y en la unidad de M y E del programa/proyecto.

El equipo de auditoría usará la versión adecuada del Protocolo 2 de DQA: Verificación de datos para los indicadores auditados, para determinar si las instalaciones han registrado con precisión la entrega de servicios en los registros. Luego, rastrearán esos datos para determinar si los totales han sido agregados sin errores y/o manipulados de cómo se presentaron inicialmente por las instalaciones proveedoras de servicios, los niveles intermedios, y a la unidad de MyE. El protocolo tiene acciones específicas que el equipo deberá realizar en cada nivel del sistema de informe de datos (Ver en Anexo N°2, el Protocolo 2 de DQA: Verificación de los datos). No obstante, en algunos países, las instalaciones proveedoras de servicios podrían reportar directamente a la Unidad Técnica de MyE, sin pasar por niveles intermedios (regiones). En esos casos, las verificaciones realizadas en la UTM y E deberán basarse en los informes presentados directamente por las instalaciones proveedoras de servicios.

Ejercicio de verificación de los datos implica volver a contar las cantidades del nivel en el que fueron registradas inicialmente, entonces por fines prácticos, se puede llenar primero la hoja de cálculo de la unidad de M y E en el Protocolo 2 de DQA: Verificación de los datos. De esa forma el equipo de auditoria tendrá las cifras agregadas de la unidad de M y E y, como puntos de referencia para los totales esperados cuando se vuelvan a contar en las instalaciones y en los niveles intermedios.

A continuación se presenta un Esquema de Aplicación de la Herramienta DQA y la aplicación de sus 2 protocolos.



d. SELECCIÓN DE SERVICIOS

En la actualidad, en Panamá existen 16 Clínicas de Terapia Antirretroviral (CTARV) en las cuales se presta la atención integral a las personas viviendo con VIH y Sida.

Los niveles locales de salud, en general, brindan atención por consultas relacionadas a enfermedades oportunistas, pero finalmente se les refiere a la CTARV, por lo que el volumen de instalaciones de salud donde se realizaría la auditoría de datos es baja y por consiguiente la selección de los servicios será realizada con el método **Selección por propósito**, al igual que para la selección de las organizaciones no gubernamentales y de la empresa privada que serán auditadas.

Ésta es una muestra predeterminada y la auditoría sobre la calidad de los datos se enfoca específicamente en un conjunto predeterminado de instalaciones proveedores de servicios. En ese caso, no se necesita de un marco muestral. Sin embargo, los resultados de la auditoría, con una muestra “a propósito” no pueden usarse para hacer proyecciones generalizadas (o deducciones estadísticas) sobre el total de la población de instalaciones en el país. Los resultados se limitarán a esas instalaciones visitadas por el equipo de auditoría.

e. PRODUCTOS

Los productos esperados de la auditoría de datos serán las evidencias relacionadas con la revisión del sistema de manejo de datos y presentación de informes del área, departamento, servicio u organización auditada y pruebas relacionadas con la verificación de datos.

Dichos productos serán:

- Los formularios de auditoría completos
- Notas de las observaciones y entrevistas con personal clave
- Hallazgos y recomendaciones preliminares según lo recopilado en los formularios de auditoría
- Informe final de la auditoría, en el cual se resumirán los hallazgos o faltantes de las evidencias recopiladas y las recomendaciones para mejorar la calidad de los datos. Se incluirán cuadros y gráficos estadísticos de los resultados recopilados en los formularios de evaluación del sistema y verificación de los datos.
 - **Solidez del sistema de manejo de datos y presentación de informes** basándose en una revisión del sistema de recopilación de datos y presentación de informes de las instalaciones de salud, organizaciones o empresa privada.

- Precisión de los datos informados mediante el cálculo de factores de verificación¹⁰, generados a partir del ejercicio de recuento de rastreo y verificación realizado en cada nivel del sistema de presentación de informes (es decir, la relación del valor de recuento del indicador al valor informado).
- **Informes de disponibilidad, totalidad y puntualidad** mediante porcentajes calculados en los niveles intermedios de agregación y la unidad de M y E.

Los formularios de recopilación de datos de auditoría, serán elaborados en hojas de cálculo de Excel y con programación de fórmulas para el cálculo automático de las estadísticas

f. ESTIMACIÓN DEL TIEMPO

Dependiendo de la cantidad y la ubicación de las instalaciones muestreadas, la unidad responsable de la auditoría tendrá que estimar cuánto tiempo llevará realizar la auditoría. Como regla general:

- Típicamente, la Unidad técnica de MyE requerirá 2 días (un día al comienzo y un día al final de las visitas a las instalaciones);
- Cada nivel intermedio de agregación (por ejemplo, Comité Regional de MyE) requerirá entre medio a un día
- Cada instalación proveedor de servicios (instalaciones de salud, Clínicas TARV, ONG, sociedad civil y empresa privada) requerirá entre medio a dos días (es posible se requiera más de un día para instalaciones con flujos mayores de pacientes.
- El equipo de auditoría deberá también planear un día de trabajo después de las visitas para prepararse para la reunión con la Unidad Técnica de MyE.

En el Anexo N°3 se provee un ejemplo de programa diario para ayudar al equipo auditor a planear el tiempo total para visitar las instalaciones seleccionadas.

¹⁰ Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (U.S. Agency for International Development [USAID]). El Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (President's Emergency Plan for AIDS Relief [PEPFAR]) y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria). Auditoría sobre Calidad de los Datos. Guías para su aplicación. Disponible en <http://www.cpc.unc.edu/measure>.

Anexo N°1. Muestra del Protocolo 1

Protocolo 1 - Evaluación del sistema (VIH y malaria)

LISTA DE TODAS LAS PREGUNTAS - Sólo como referencia (Protocolo 1 - Evaluación del sistema)					
Componente del sistema de M y E		Una marca de cotejo indica el nivel del sistema de presentación de informes al cual se formuló la pregunta.			¿Se requiere documentación de apoyo?
		Unidad de M y E	Niveles de agregación	Puntos de entrega de servicios	
I - Estructura, funciones y capacidades de M y E					
1	Existe una estructura/un organigrama documentado que identifica claramente los puestos que conllevan responsabilidades de manejo de datos en la unidad de M y E.	√			sr
2	Todos los puestos dedicados a M y E y sistemas de manejo de datos están dotados de personal.	√			-
3	Existe un plan de capacitación que incluye personal que participa en la recopilación de datos y presentación de informes en todos los niveles del proceso de preparación de informes.	√			sr
4	Todo el personal relevante ha recibido capacitación sobre el proceso y las herramientas de manejo de datos.	√	√	√	-
5	Un miembro directivo del personal (p. ej., el administrador del programa) es responsable de revisar las cifras agregadas antes de presentar/publicar los informes de la unidad de M y E.	√			-
6	Hay personal designado responsable de revisar la calidad de los datos (es decir, la precisión, totalidad y puntualidad) recibidos de los niveles inferiores de informe (p. ej., regiones, distritos, puntos de servicio).	√	√		-
7	Hay personal designado responsable de revisar las cifras agregadas antes de presentarlas al nivel siguiente (p. ej., a los distritos, a las oficinas regionales, a la unidad central de M y E).		√	√	-
8	La responsabilidad de registrar la entrega de los servicios en los documentos fuente está asignada claramente al miembro del personal correspondiente.			√	-
II - Definiciones de los indicadores y pautas de presentación de informes					
9	La unidad de M y E ha documentado y compartido la definición de los indicadores con todos los niveles relevantes del sistema de presentación de informes (p. ej., regiones, distritos, puntos de servicio).	√			sr

Anexo N°2. Muestra del Protocolo 2

Protocolo 2 – Protocolo de Verificación de los datos (Ilustración – Intervenciones en la comunidad)

Punto de entrega de servicios (Protocolo 2 - Verificación de los datos)

Cantidad de personas que se benefician de los programas basados en la comunidad.

Punto de entrega de servicios:						Necesidad de recomendación (añadir SI)
Periodo de Informe (este es el periodo que está siendo verificado a partir de los resultados informados por el programador/proyecto)	Desde:	Hasta:				
	Respuesta	Comentarios del auditor				
	Sí/No % o cantidad	(incluya el número de referencia del documento de trabajo)				

1. DESCRIPCIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE REGISTRO EN RELACIÓN CON LA ENTREGA DE SERVICIOS – Describir la conexión entre la entrega del servicio y cómo se llenó el documento fuente -

AVISOS al equipo de verificación sobre Indicadores específicos: El equipo de verificación deberá pedir al personal que describa el proceso mediante el cual se llenan los documentos fuente relacionados con el servicio prestado. Determine cual documento fuente se usa para este indicador en esta instalación/organización.

1.1	Describe el documento fuente para registrar la entrega del servicio (¿se trata de un formulario estandarizado según normas nacionales, o de un formulario ajustado a necesidades específicas? Si ha sido ajustado a necesidades específicas, especifique la fuente del formulario, p. ej. un proyecto). Ocurenga uno en blanco, si es posible				
1.2	¿Tiene la instalación/organización suficientes cantidades de documentos en blanco (indague sobre experiencias de agotamiento total de documentos fuente)?				
1.3	¿Existe algún indicio de que suceden retrasos entre la entrega del servicio y el registro del servicio en el documento fuente?				
1.4	Si la entrega del servicio y su registro no suceden a la misma vez, describa cómo esta desconexión podría afectar la calidad de los datos.				
Comentarios adicionales (de haberlos)					

Anexo N°3

Tabla 1. Ejemplo de cronograma diario para las visitas de auditoría y reuniones

País:	Indicador:		
Fecha:	Enfermedad:	Equipo:	
Actividad		Tiempo estimado	Comentarios
<i>Aviso: añada días para viajes y trabajo en equipo de los auditores, según sea necesario</i>			

UNIDAD DE M y E (Inicio) – 1 día			
1	Introducción y presentación del proceso de DQA	30 min	Mañana – día 1
2	Preguntas y respuestas	15 min	Mañana – día 1
3	Confirmación del período de informe	15 min	Mañana – día 1
4	Completar el "Protocolo 1 de DQA: Evaluación del sistema" a. Solicitar documentación adicional (si se necesita) b. Plantear y obtener respuestas para el protocolo	2 horas	Mañana – día 1
5	Completar el "Protocolo 2 de DQA: Verificación de los datos"	2 a 4 horas	Tarde – día 1

PUNTO DE ENTREGA DE SERVICIOS – entre ½ día y 2 días⁴			
1	Introducción y presentación del proceso de DQA	30 min	Mañana – día 1
2	Preguntas y respuestas	15 min	Mañana – día 1
3	Plantear el período de informe y el tiempo de observación de los servicios	15 min	Mañana – día 1
4	Completar el "Protocolo 1 de DQA: Evaluación del sistema" a. Solicitar documentación adicional (si se necesita) b. Plantear y obtener respuestas a las preguntas del protocolo	1 a 2 horas	Mañana – día 1
5	Completar el "Protocolo 2 de DQA: Verificación de los datos"	4 a 15 horas	
	-- Observación/Descripción	1 hora	Tarde – día 1
	-- Revisión de la documentación	1 a 2 horas	Tarde – día 1
	-- Rastreo y verificación	1 a 4 horas	Tarde – día 1
	-- Verificaciones cruzadas	1 a 2 horas	Tarde – día 1
	-- Supervisiones al azar	0 a 6 horas	Día 2 (si se aplica)

4 El tiempo necesario en los puntos de entrega de servicios variará de uno a dos días dependiendo del número de datos reportados que deben verificarse y si se realizaran inspecciones al azar.

Tabla 1. Ejemplo de cronograma diario para las visitas de auditoria y reuniones

Pais:		Indicador:	
Fecha:		Enfermedad:	
		Equipo:	
Actividad		Tiempo estimado	Comentarios
NIVEL INTERMEDIO DE AGREGACIÓN – entre ½ día y 1 día			
1	Introducción y presentación del proceso de DQA	30 min	Mañana – día 1
2	Preguntas y respuestas	15 min	Mañana – día 1
3	Planteamiento del período de informe	15 min	Mañana – día 1
4	Completar el "Protocolo 1 de DQA: Evaluación del sistema" a. Solicitar documentación adicional (si se necesita) b. Plantear y obtener respuestas a las preguntas del protocolo	1 a 2 horas	Mañana – día 1
5	Completar el "Protocolo 2 de DQA: Verificación de los datos"	2 a 4 horas	Tarde – día 1
DÍA DE TRABAJO DEL EQUIPO DE AUDITORIA			
1	Revisión y consolidación de los Protocolos 1 y 2 de DQA	1 a 2 horas	Mañana
2	Finalización de los hallazgos preliminares y recomendaciones	3 horas	Mañana
3	Preparación de la presentación para la reunión con la unidad de M y E	4 horas	Tarde
UNIDAD DE M y E (Fin) – 1 día			
1	Reunión de clausura	2 a 3 horas	Mañana

Tabla 2. Cuestionario de resumen de auditoria

13 PREGUNTAS GENERALES DEL RESUMEN DE AUDITORIA			
Área del programa:			
Indicador:			
	Pregunta	Respuesta	Comentarios
		Sí, completamente Parcialmente No, nada N/A	
1	¿Está el personal clave de M y E y manejo de datos identificado con responsabilidades claras asignadas?		
2	¿Ha recibido la capacitación necesaria la mayoría del personal clave de M y E y manejo de datos?		
3	¿Ha documentado claramente (por escrito) el programa/proyecto lo que se informa, a quién y cómo, y cuándo se requiere presentar el informe?		
4	¿Hay definiciones operacionales de indicadores que cumplen con las normas relevantes que se observan sistemáticamente en todos los puntos de entrega de servicios?		
5	¿Existen formularios estándar de recopilación de datos y preparación de informes que se usan sistemáticamente?		
6	¿Se registran los datos con precisión/detalles suficientes para medir los indicadores relevantes?		
7	¿Se mantienen los datos de conformidad con normas de confidencialidad nacional o internacional?		
8	¿Se mantienen y se hacen disponibles los documentos fuente de conformidad con una política por escrito?		
9	¿Existe documentación clara de los pasos de recopilación, agregación y manipulación?		
10	¿Se identifican las dificultades de calidad de los datos y hay mecanismos establecidos para abordarlas?		
11	¿Existen procedimientos claramente definidos y seguidos para identificar y reconciliar las discrepancias en los informes?		
12	¿Existen procedimientos claramente definidos y seguidos para verificar periódicamente los datos fuente?		
13	¿Está enlazado el sistema de recopilación de datos y preparación de informes del programa/proyecto con el sistema nacional de presentación de informes?		

Tabla 1: Bosquejo sugerido para el informe final de control de la calidad de los datos

Sección	Contenido
I	Resumen
II	Introducción y antecedentes <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Propósito del DQA <input type="checkbox"/> Antecedentes del programa/proyecto <input type="checkbox"/> Indicadores y período de informe – Razonamiento de selección <input type="checkbox"/> Instalaciones proveedoras de servicios – Razonamiento de selección <input type="checkbox"/> Descripción del sistema de recopilación de datos y presentación de informes (relacionado con los indicadores).
III	Evaluación del sistema de manejo de datos y presentación de informes <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Descripción de los pasos tomados para la evaluación del sistema <input type="checkbox"/> Estadísticas de resumen (<i>tabla y gráfica de radar de las áreas funcionales – Paso 12: Tabla 1 y Figura 1</i>) <input type="checkbox"/> Hallazgos clave en los tres niveles: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Instalaciones proveedoras de servicios <input type="radio"/> Niveles intermedios de agregación <input type="radio"/> Unidad de M y E <input type="checkbox"/> Fortalezas y debilidades del sistema de manejo de datos (<i>basados en las 13 preguntas del resumen de auditoría</i>)
IV	Verificación de los datos <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Descripción de los pasos de verificación de datos <input type="checkbox"/> Precisión de los datos – Factor de verificación <input type="checkbox"/> Precisión y confidencialidad de los datos <input type="checkbox"/> Disponibilidad, totalidad y puntualidad de los informes <input type="checkbox"/> Hallazgos clave en los tres niveles: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Instalaciones proveedoras de servicios <input type="radio"/> Niveles intermedios de agregación <input type="radio"/> Unidad de M y E <input type="checkbox"/> Evaluación general de la calidad de los datos
V	Recomendaciones y sugerencias para mejorar
VI	Clasificación final de la calidad de los datos (si así lo requiere lo exige la organización que solicitó el DQA).
VII	Respuesta del país a los hallazgos de DQA

Áreas funcionales	Documentación general solicitada	Marcar si recibida √
Información de contacto	<ul style="list-style-type: none"> Nombres y referencias para contactar los funcionarios del programa/proyecto, principalmente el personal a cargo del manejo de datos. 	
I - Estructuras, funciones y capacidades de M y E	<ul style="list-style-type: none"> Organigrama con descripción de funciones en M y E. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Lista de los puestos en M y E y su clasificación (a tiempo completo o parcial, ocupado o vacante). 	
	<ul style="list-style-type: none"> Plan de capacitación en M y E, si existe. 	
II- Definiciones de los indicadores y pautas de presentación de informes	<ul style="list-style-type: none"> Instrucciones sobre como reportar y la fechas limites 	
	<ul style="list-style-type: none"> Descripción de cómo se registra la entrega de los servicios en los registros individuales, de la clínica y reportes rutinarios. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Diagrama del flujo de los datos: <ul style="list-style-type: none"> desde las instalaciones a los niveles de consolidación de datos (oficinas de distrito y regionales); desde los niveles intermedios a la unidad de M y E. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Plan nacional de M y E, si existe. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Definiciones operacionales de los indicadores requeridos por la auditoría. 	
III- Formularios y herramientas de recopilación de datos y preparación de informes	<ul style="list-style-type: none"> Formularios de registro para los indicadores requeridos por la auditoría. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Formularios para la presentación de informes para los indicadores auditados. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Instrucciones para llenar los registros consolidados y presentación de informes. 	
IV- Procesos de manejo de datos	<ul style="list-style-type: none"> Documentos sobre los procesos de manejo de datos, incluyendo descripciones de los pasos de verificación, agregación y manipulación de datos en cada nivel del sistema de información. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos escritos sobre como abordar dificultades y problemas en la calidad de los datos (por ejemplo, conteo doble, "abandonos"), incluyendo instrucciones enviadas a las instalaciones que reportan. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Guías y cronograma de vistas de supervisión. 	
V- Interface con el sistema nacional de información	<ul style="list-style-type: none"> Descripción de la interface entre el sistema de información del programa/proyecto y el sistema nacional de información. 	

ANEXO N°6: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN Y REPORTE DE DATOS DEL PAQUETE BÁSICO DE INDICADORES

Datos Generales de los Responsables de Recopilar la información

Región de Salud	
-----------------	--

Instalación	Se coloca sólo cuando la información es de una instalación como CTARV, ONG y otros
-------------	------------------------------------------------------------------------------------

Fecha	Se anota la fecha de reporte
-------	------------------------------

Coordinador	
Nombre	Nombre del Coordinador, Enlace de Monitoreo y Evaluación o responsable del reporte de datos
Cargo	
Correo electrónico	
Teléfono	

Enfermera	
Nombre	Sólo para las instalaciones de salud o Clínicas de terapia Antirretroviral
Cargo	
Correo electrónico	
Teléfono	

DATOS DE LA PERSONA QUE CONTESTA EL CUESTIONARIO	
Nombre	
Cargo	
Correo electrónico	
Teléfono	

NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR ()Anotar valor absoluto	FUENTE DE DONDE SE OBTIENE LA INFORMACIÓN
Número de establecimientos de salud que proveen servicios de atención prenatal		
Número de establecimientos de salud que proveen servicios de atención prenatal y también prueba y consejería de VIH a la mujer embarazada		
Número de establecimientos de salud que cumplen con las Normas nacionales de Bio- Seguridad		REGIONES
Establecimientos de salud que cumplen con las Normas de Atención Post Exposición (PEP) para VIH		
Número de establecimientos de salud que proporcionan servicios TARV para las personas que viven con el VIH con prácticas demostrables de control de infecciones, que incluyen control de la TB		
Número de instalaciones a nivel nacional que cumplen con las normas y protocolos de atención integral, guías y políticas		REGIONES

Fuente:

Total de Personas que reciben TARV durante los doce meses del año, según sexo y tipo Año: (Anotar el año)

MESES	Total de pacientes en TARV	Tipo de Paciente		Sexo		Esquema de ARV		
		Asegurado	No asegurado	F	M	TOTAL	1ra línea	Otra línea
TOTAL								
Enero								
Febrero								
Marzo								
Abril								
Mayo								
Junio								
Julio								
Agosto								
Septiembre								
Octubre								
Noviembre								
Diciembre								

Fuente:

Instructivo: Para contar los doce meses considerar el momento en que el paciente inició la TARV y la secuencia en que los el paciente está recibiendo la TARV

Pacientes que siguen con vida y se tiene constancia que continúan en Tratamiento 12 meses después de haber iniciado la Terapia Antirretrovírica			Pacientes que siguen con vida y se tiene constancia que continúan en Tratamiento 24 meses después de haber iniciado la Terapia Antirretrovírica			
Grupo de edad	Sexo		F	Grupo de edad	Sexo	
	F	M			F	M
TOTAL				TOTAL		
<de un año				<de un año		
1-4 años				1-4 años		
5-9 años				5-9 años		
10-14 años				10-14 años		
15-19 años				15-19 años		
20-24 años				20-24 años		
25-29 años				25-29 años		
30-34 años				30-34 años		
35-39 años				35-39 años		
40-44 años				40-44 años		
45-49 años				45-49 años		
50- 54 años				50- 54 años		
55-59 años				55-59 años		
60 y más				60 y más		

Fuente:

Fuente:

Infección avanzada: Se refiere a Pacientes que han presentado alguna infección oportunista o con CD4 de 200 y menos

MESES	Total de Cambios realizados			Razones de los Cambio de Terapia									Totales
	Dentro de la 1 ^{ra} Línea	Dentro de la 2 ^{da} Línea	Dentro de otra Línea	Desabastecimiento	Reacción adversa	Abandono	Falla terapéutica	Medicament o Agotado	Embarazo o fin del Embarazo	Mejorar adherencia	TB	Otra	
Enero													
Febrero													
Marzo													
Abril													
Mayo													
Junio													
Julio													
Agosto													
Septiembre													
Octubre													
Noviembre													
Diciembre													
Totales													

MESES	Total Pacientes que abandonaron terapia	Razones del Abandono de la Terapia										Totales
		Falta de apoyo familiar	Mejoría aparente	Traslada otra provincia	Desabastecimiento	Mala Adherencia	Adicciones a droga y alcohol	Efecto adversa	Ideas Mágico religioso	Privado de Libertad	Sin causa aparente	
Enero												
Febrero												
Marzo												
Abril												
Mayo												
Junio												
Julio												
Agosto												
Septiembre												
Octubre												
Noviembre												
Diciembre												
Totales												

Año:

Pacientes que durante un periodo seleccionado demuestran 100% de adherencia	
Método usado para medir la adherencia	N°
Recuento de pastillas	
instrumento estandarizado de adherencia	
Otro método (especificar)	
Totales	

Pacientes que inician TARV en un año calendario, cuya carga viral es menor de 1000 copias/ml después de 12 meses de TARV	
Datos de los Pacientes	N°
Total de Pacientes que inician TARV en un año calendario	
Total de Pacientes con carga viral menor de 1000 copias/ml después de 12 meses de TARV	
Totales	

Año:

Número de Pacientes a los que se les realizaron pruebas de CD4 y Carga Viral										
Frecuencia	CD4					Carga Viral				
	Total	Donde se realiza				Total	Donde se realiza			Pacientes indetectables
		GORGAS	PROBIDSIDA	CSS	VERAGUAS		GORGAS	CSS	VERAGUAS	
Una vez al año										
Dos veces al año										
Tres veces al año										
Cuatro veces al año										

Fuente:

Año:

Pacientes que están recibiendo un esquema de TAR de primera línea 12 meses después del inicio del TAR (o sea tienen un año con TARV y están en primera línea)	
Datos de los Pacientes	N°
Total de Pacientes que iniciaron TARV con esquema de primera línea en un año	
Total de Pacientes que iniciaron TARV en el año	
Totales	

Año:

Pacientes que inician TARV y lo abandonan durante el PRIMER año	
Datos de los Pacientes	N°
Total de Pacientes que inician TARV en un año	
Total de Pacientes que abandonan la TARV durante el primer año	
Totales	

Fuente:

Para ambas tablas anotar De Mes de ___ Año ___ A Mes de ___ Año ___

Pacientes que han retirado a tiempo los medicamentos ARVs (3 retiros consecutivos)	
Meses	Total
TOTAL	
Enero	
Febrero	
Marzo	
Abril	
Mayo	
Junio	
Julio	
Agosto	
Septiembre	
Octubre	
Noviembre	
Diciembre	

Pacientes que han retirado puntualmente todos los medicamentos ARVs recetados durante el primer año	
Meses	Total
TOTAL	
Enero	
Febrero	
Marzo	
Abril	
Mayo	
Junio	
Julio	
Agosto	
Septiembre	
Octubre	
Noviembre	
Diciembre	

Fuente:

PACIENTES NUEVOS POR MES, SEGÚN TIPO DE PACIENTE, TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA, SEXO Y EDAD. Enero a Diciembre del año _____

MES	TIPO DE PACIENTE		INICIARON TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA		SEXO		EDAD												
							< de un año	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30 -34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-60
	A	NA	SI	NO	F	M													
TOTAL																			
ENERO																			
FEBRERO																			
MARZO																			
ABRIL																			
MAYO																			
JUNIO																			
JULIO																			
AGOSTO																			
SEPTIEMBRE																			
OCTUBRE																			
NOVIEMBRE																			
DICIEMBRE																			

Fuente:

DEFUNCIONES POR MES, SEGÚN SEXO Y EDAD

MES	SEXO		EDAD														
			<de un año	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30 - 34	35-39	40-44	45-49	50 -54	55- 59	60 y más	
TOTAL	F	M															
ENERO																	
FEBRERO																	
MARZO																	
ABRIL																	
MAYO																	
JUNIO																	
JULIO																	
AGOSTO																	
SEPTIEMBRE																	
OCTUBRE																	
NOVIEMBRE																	
DICIEMBRE																	

Fuente:

EMBARAZADAS EN CONTROL, SEGÚN PRUEBA DE VIH Y SIFILIS

EMBARAZADAS	TOTALES
Total de mujeres que acudieron a atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación	
Total de embarazadas a las que se les realizó prueba de VIH	
Total de embarazadas que llegan a dar a luz y no tienen prueba de VIH	
Total de embarazadas que llegan a dar a luz y no tienen prueba de VIH y se les realiza la prueba	
Total de mujeres embarazadas que hacen su labor de parto en una instalación de salud	
EMBARAZADAS CON VIH	
Total de embarazadas con VIH	
Total de embarazadas VIH positivas que recibió Tratamiento profiláctico antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil	
SIFILIS	
Cuántas mujeres acuden a control prenatal y se hacen la prueba de sífilis	
Total de mujeres que acceden a atención prenatal que se realizan pruebas para detectar sífilis en los últimos 12 meses durante la primera visita a atención prenatal	
Embarazadas en control prenatal que cuentan con resultado de prueba de sífilis	
Total de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que recibieron tratamiento para sífilis	
Cuántas mujeres en control prenatal se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	

Fuente:

EMBARAZADAS ATENDIDAS EN CTARV SEGÚN MESES DEL AÑO

	TOTAL
ENERO	
FEBRERO	
MARZO	
ABRIL	
MAYO	
JUNIO	
JULIO	
AGOSTO	
SEPTIEMBRE	
OCTUBRE	
NOVIEMBRE	
DICIEMBRE	

Fuente:

COSTOS PARA LA EMBARAZADA POR SERVICIO

SERVICIOS	Costos Instalaciones de CSS	Costos Instalaciones de MINSA
Atención de parto normal		
Cesárea		
Prueba de VIH		
Prueba de Sífilis		
Exámenes generales		
Otros servicios		

NIÑOS INFECTADOS A TRAVÉS DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL

INDICADOR	VALOR
Número de niños recién nacidos que recibieron profilaxis hasta las seis semanas de edad	
Número de recién nacidos con prueba serológica positiva para sífilis	
Número de recién nacidos con prueba serológica positiva para sífilis que reciben tratamiento oportuno	
Número de niños infectados por el VIH a través de la transmisión materno infantil	
Número de niños, nacidos de madre con VIH, menores de 12 meses que reciben lactancia materna exclusiva	
Número de niños, nacidos de madre con VIH, menores de 12 meses que reciben sucedáneos de leche materna	
Número de niños, nacidos de madre con VIH, menores de 12 meses que reciben alimentación mixta (sucedáneos de leche y/o lactancia materna)	
Número de niños menores de 12 meses, nacidos de mujeres con VIH que iniciaron profilaxis con Trimetropim Sulfametoxazol en el plazo de dos meses después del nacimiento	
Número de niños menores de 12 meses, nacidos de mujeres con VIH a los que se les está realizando la prueba virológica de VIH en el plazo de 2 meses después del nacimiento	
Número de niños incluidos en la atención de la infección por el VIH y elegibles para la profilaxis con Trimetropim Sulfametoxazol (CTX), (según las directrices nacionales), que en la actualidad reciben profilaxis con Cotrimoxazol	
Tasa de mortalidad neonatal por sífilis congénita	
Tasa de mortalidad infantil por sífilis congénita	
Tasa de incidencia de sífilis congénita entre nacidos vivos	

Fuente:

NÚMERO DE NIÑOS EN TARV SEGÚN SEXO Y EDAD

SEXO	EDAD				
	< de un año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	> de 15 años
TOTAL					
FEMENINO					
MASCULINO					

Fuente:

Niños VIH positivos producto de Violación sexual

Sexo	EDAD				
Totales	< de un año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	> de 15 años
Femenino					
Masculino					

Asistencia escolar de los Niños NO Huérfanos en TAR

Edades	Femenino	Masculino	Escolarizado		Totales
			Sí	No	
1 – 4 años					
5 – 9 años					
10 – 14 años					
15 – 18 años					

Fuente

INFORMACIÓN PARA HUÉRFANOS

Edades	Femenino	Masculino	Huérfano de madre	Huérfano de padre	Huérfano de ambos padre	Vive con un familiar	Vive en un Albergue	Escolarizado		Totales
								Sí	No	
1 – 4 años										
5 – 9 años										
10 – 14 años										
15 – 18 años										

Desabastecimiento de ARV y de Penicilina, ocurrido en los últimos 12 meses Año: _____

ARVs	Período de Desabastecimiento / Meses										
	Enero	Feb	Mar	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos	Oct	Nov	Dic
Efavirens 600mg											
Efavirens 200mg											
Kaletra Líq											
Kaletra Cap.											
Lamivudina											
Didanusina											
AZT I.V.											
AZT Líquido											
AZT Cápsula											
ATRIPLA											
Combivir											
Darunavir											
D4T											
Abacavir											
Raltegravir											
Tenofovir											
Ritonavir											
Darunavir											
Truvada											
Otros ARVs											
Penicilina											

Fuente:

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LA CTARV

Cuenta su región con Coordinador: SI NO

Cuál es la especialidad del Coordinador: _____

Frecuencia con que se reúne el equipo básico _____

COMPOSICIÓN DEL EQUIPO BÁSICO

MIEMBROS	CANTIDAD
TOTAL	
MÉDICO	
ENFERMERA	
NUTRICIONISTA	
TRABAJADOR SOCIAL	
SALUD MENTAL	
ODONTÓLOGO	
TECNOLOGO MEDICO	
FARMACEUTICO	

Fuente:

Actividades de Promoción y Prevención

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN REALIZADAS	Total de veces realizada la acción	TOTAL DE POBLACIÓN ALCANZADA												
		HSH	TRANS	TSF	POB. INDÍGENA		PPL	EMBAR	ADOLESCENT 13-18		JÓVENES 19-24		POBLACIÓN GENERAL	
					M	F			M	F	M	F	M	F
EXPOSICIONES DIALOGADAS S RADIALES														
Orientación por nuevo diagnóstico														
Perifoneo														
Distribución de Preservativos (colocar las cantidades de condones entregados a cada grupo)														
Distribución de Lubricantes a base de agua														
Entrega de literatura (colocar las cantidades entregadas)														
Ferias realizadas por su ONG o empresa														
Participación en Feria con Stand														
Murales														
Volanteo														
OTRAS														
TOTALES														

Fuente:

INFROMACIÓN DE PRESEEVATIVOS

Distribuyen preservativos a los pacientes en TARV	SÍ	NO
Cuántos preservativos se le entrega a cada paciente		
Con que frecuencia se le entrega preservativos a los pacientes en TARV (Semanal, quincenal o mensual)		
Quién le proporciona los preservativos a la región		

Fuente:

DATOS DE ASESORÍA	Si	No
Se realiza asesoría pre y post prueba de VIH a las personas que se les ordena la misma		
Existe una persona designada por la institución para realizar la asesoría pre y post prueba de VIH		
Número de personas capacitadas en técnicas de asesoría pre y post prueba		
Cargo de la persona que realiza la asesoría pre y post prueba de VIH a las personas que se les ordena la misma		
Donde se registra la asesoría brindada al usuario (expediente, formulario, hoja de registro diario, libro especial de registro, otro –cuál-)		

Fuente:

INFECCIONES OPORTUNISTAS ATENDIDAS POR MES EN PACIENTES QUE RECIBEN TARV								
MES	NOMBRE DE LA INFECCIÓN OPORTUNISTA							
	TB	NEUMONÍA	HISTOPLASMOSIS	CRIOCOCCOSIS	TOXOPLASMOSIS CEREBRAL	CANDIDIASIS ORAL	ENFERM. DIARREICA	OTRAS
TOTAL								
ENERO								
FEBRERO								
MARZO								
ABRIL								
MAYO								
JUNIO								
JULIO								
AGOSTO								
SEPTIEMBRE								
OCTUBRE								
NOVIEMBRE								
DICIEMBRE								

CANTIDAD DE PACIENTES A LOS QUE SE LES HAN DADO MEDICAMENTOS PARA PREVENIR LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS , POR MES, SEGÚN TIPO DE MEDICAMENTO

MEDICAMENTOS									
MESES	COTRIMOXAZOL E	FLUCONAZOL ORAL	FLUCONAZOL IV	ITRACONAZOL	ACICLOVIR	GANCICLOVIR	PIRIDOXINA	INH	OTROS
ENERO									
FEBRERO									
MARZO									
ABRIL									
MAYO									
JUNIO									
JULIO									
AGOSTO									
SEPTIEMBRE									
OCTUBRE									
NOVIEMBRE									
DICIEMBRE									

Fuente:

COINFECCIÓN TB-VIH	VALOR
Número de pacientes con Sida que presentaron TB	
Número de pacientes con Sida que presentaron TB y que recibieron tratamiento para el sida y la Tuberculosis	
Número de pacientes con tuberculosis a los cuales se les realizaron prueba de VIH	
Número de pacientes con Tuberculosis a los cuales se les realizaron prueba de VIH y cuyas pruebas recibieron positivas	

Fuente:

GRUPOS DE AUTOAPOYO

Cuenta su región con grupos de auto apoyo
Con frecuencia se reúnen _____

SI

NO

Dónde se reúnen _____
Los pacientes de la CTARV reciben apoyo de alguna
ONG

SI

NO

Fuente:

Personal del equipo multidisciplinario de salud que participa con los grupos de auto ayuda

PERSONAL DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	SI	NO
MÉDICO		
ENFERMERA		
TRABAJADOR SOCIAL		
PSICOLOGO		
PSIQUIATRA		
NUTRICIONISTA		
ODONTÓLOGO		
TECNÓLOGO MÉDICO		
FARMACÉUTICO		

Fuente

MATERIALES DISPONIBLES Y ACCESIBLES EN LA INSTALACIÓN	SI	NO
Ley 3 del 2000 sobre las ITS/VIH/Sida		
Decreto Ejecutivo N° 119 de 2001 (Que reglamenta la Ley 3)		
Plan Estratégico Multisectorial de ITS/VIH/Sida 2009-2014		
Plan Nacional de Monitoreo Y Evaluación		
Plan Nacional Multisectorial para la PTMI del VIH y Sífilis 2009-2014		
Manual de Funcionamiento de las CTARV		
Norma de Atención de Embarazos de Alto Riesgo		
Manual de Organización y Funcionamiento del PNIVS		
Norma para la Atención Integral a las Personas que viven con el VIH		
Norma para el Manejo Terapéutico de las Personas con VIH en la República de Panamá		
Guía para la Asesoría y Apoyo Psicológico en Relación con el VIH		
Guía para la Atención Nutricional a Personas con VIH		
Guía para la Alimentación Saludable (para pacientes de VIH/Sida)		
Política y Legislación sobre el VIH y Sida		
Normas Nacionales de Bioseguridad		
Normas Técnicas administrativas para la Atención de Enfermedades Transmitidas Sexualmente y el VIH/Sida		
Decreto Ejecutivo N° 5 del 6 de marzo sobre la gratuidad de la atención de la mujer durante el embarazo, labor, parto y puerperio y del niño		

Fuente:

BANCO DE SANGRE	VALOR
Número de unidades de sangre donadas que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	
Total de unidades de sangre donadas	
Los criterios de calidad asegurada para la sangre donada son aplicados según las normas existentes	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Fuente:

BIOSEGURIDAD	SI	NO
Cuentan con Documento de Normas Nacionales de Bioseguridad Aprobadas		
Cuentan con guantes para la atención del paciente		
Cuentan con recipientes para el descarte de los objetos punzocortantes		
Disponen de batas para la atención de los usuarios		
Disponen de jabón para el lavado de manos		
Cuentan con protectores oculares para prevenir salpicaduras		
Cuentan con mascarillas		
Cuentan con un protocolo o flujo para la atención al personal accidentado con objetos punzocortantes o salpicadura de secreciones en las mucosas		
Cuenta su institución con Kit para profilaxis post exposición		
Ha brindado su institución profilaxis post exposición en caso de violación carnal	A cuantos casos <input type="text"/>	
Cuanto personal de salud de su institución ha recibido terapia antirretroviral post exposición		

Fuente: