



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Taller sobre lecciones aprendidas y pasos a seguir de los  
Programas Nacionales de Eliminación de la Filariasis Linfática  
y países ex-endémicos

1. PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINACIÓN DE LA FILARIASIS  
LINFÁTICA

2. PROGRAMA O PLAN POSELIMINACIÓN: PAISES NO ENDÉMICOS  
DESDE 2011



**RESULTADOS TALLER:**

**Áreas de mejora y  
necesidades priorizadas**

5 de agosto de 2014

**SAN JOSÉ (COSTA RICA)**

## Resumen ejecutivo

---

### 1.- Taller sobre lecciones aprendidas y próximos pasos de los programas de eliminación de la filariasis linfática y países ex endémicos

En este taller participaron los representantes de los 7 países invitados, los países endémicos y ex endémicos a filariasis linfática de la región de la Américas. En el taller se realizó una autoevaluación grupal (ver agenda anexo 1), de acuerdo al marco general establecido en modelos de gestión de calidad como EFQM (European Foundation for Quality Management), de los programas nacionales de eliminación de filariasis linfática en países con áreas endémicas (Haití, República Dominicana, Guyana y Brasil -Pernambuco-) y de los países en post-eliminación en países no endémicos desde 2011 (Surinam, Trinidad y Tobago, y Costa Rica). El taller tuvo lugar el día 5 de agosto de 2014 en San José (Costa Rica).

Los **objetivos** de este taller fueron: a) Identificar las fortalezas y áreas de mejora de los programas de eliminación de Filariasis Linfática y de los planes post-eliminación en países ex-endémicos, tanto a nivel nacional, como regional (Lecciones aprendidas); y b) Definir y priorizar futuras líneas de acción, mediante la participación de los principales actores que han llevado a cabo esta implementación en los países (Pasos a seguir).

La **metodología** diseñada para el cumplimiento de los objetivos propuestos consistió en un plan de trabajo organizado en varias fases. En una primera fase, previa al taller, se realizó un análisis individual por varias profesionales de los programas de eliminación de filariasis linfáticas en el que los países complementaron los cuestionarios pre o post eliminación, en función de su situación epidemiológica. Durante las sesiones de trabajo en el taller los participantes: 1) definieron las fortalezas y áreas de mejora, 2) definieron propuestas de mejora por países y 3) priorizaron propuestas o áreas de mejora a nivel regional.

A continuación se listan los **resultados** del taller sobre fortalezas/lecciones aprendidas y próximos pasos/áreas de mejora de los programas de eliminación de la FL y los países ex endémicos en la región de las Américas.

**1.a. Fortalezas de los programas de eliminación de FL:** 1) Objetivos del programa claros; 2) Perfil de competencia de los profesionales implicados en el equipo bien definidos; 3) Selección de sitios centinela apropiados para evaluación del impacto; 4) Selección de la población objetivo de llevar a cabo los estudios de TAS adecuado; 5) Comunicación de resultados del programa a nivel nacional a las unidades participantes (retroalimentación); 6) Evolución de coberturas de medicamentos reportadas; 7) Herramientas y técnicas diagnósticas utilizadas en el programa; 8) Campañas de información, comunicación y educación dirigidas a la población.

**1.b. Planes post-eliminación de FL:** 1) Apoyo de instituciones nacionales e internacionales (ej., PAHO); 2) Retroalimentación de los resultados de vigilancia compartidos periódicamente con unidades participantes e instituciones nacionales e internacionales; 3) Infraestructura disponible; 4) Colaboración a nivel local.

#### **2.a. Áreas de mejora de los programas de eliminación de la FL:**

- ✓ Campañas de sensibilización y empoderamiento a las comunidades para fomentar la protección individual frente a vectores. (Área: Control vectorial integrado. IP 82,44)
- ✓ Realización de análisis basal para cuantificar y desarrollar censo de carga de morbilidad. (Área: MMPD. IP 78,70)

- ✓ Fomentar incentivos a profesionales asociados al cumplimiento de objetivos: intercambios con centros de referencia, asistencia a jornadas o congresos, ayudas de soporte metodológico para publicaciones. (Área: Promoción profesionales. IP 64,50)
- ✓ Establecer alianzas a nivel local, regional, nacional, e internacional para el manejo de la morbilidad (unidades de cirugía, fisioterapia,...). (Área: MMPD. IP 61,50)
- ✓ Reforzar las actividades de vigilancia, intercambio de información epidemiológica y colaboración entre países (ej. en países con situación epidemiológica similar o con proximidad geográfica). (Área: Seguimiento. IP: 59,80)
- ✓ Coordinación del sector salud con otros ministerios o sectores para la implementación de estrategias de control vectorial. (Área: Representatividad. IP 59,70)

#### **2.b. Áreas de mejora de los planes post-eliminación de FL**

- ✓ Promover grupos técnicos nacionales de enfermedades de transmisión vectorial que incluyan acciones de comunicación y promoción de la salud (impulsando sinergismo con dengue, malaria y otras EIDs). (Área: Vigilancia vectorial integrada/ sensibilización. IP 92,83)
- ✓ Alianza con universidades y otras instituciones para capacitar en entomología medica. (Área: Vigilancia vectorial integrada. IP 67,00)
- ✓ Reforzar la vigilancia de nuevos casos a través de la notificación utilizando los sistemas de vigilancia existentes y/o aprovechando las nuevas tecnologías existentes. (Área: Evaluación riesgo reintroducción FL. IP 64,83)
- ✓ Reforzar las actividades de vigilancia, intercambio de información epidemiológica y colaboración entre países (ej. en países con situación epidemiológica similar o con proximidad geográfica). (Área: Evaluación riesgo reintroducción FL. IP 57,33)

## ÍNDICE

- Introducción
- Objetivos
- Metodología
- Resultados globales
- Resultados por países
- Conclusiones generales
- Anexos

## INTRODUCCIÓN

Desde finales del siglo pasado, se han desarrollado modelos de gestión de calidad orientados hacia la excelencia o mejora continua. La mejora continua de una organización o de un proyecto supone el establecimiento de un proceso continuo que comienza con la planificación, continúa con la implementación de acciones y actividades, prosigue con la evaluación de resultados y, posteriormente, con la realización de las acciones de mejora necesarias para una nueva planificación. Este ciclo es la base que define el desarrollo de modelos de gestión de la calidad como EFQM (European Foundation for Quality Management), modelo Iberoamericano, Malcolm Baldrige o ISO 9001:2008.

Estos modelos, se organizan de acuerdo a ocho conceptos fundamentales sobre los que puede realizarse el análisis de la excelencia de cualquier organización o programa:

- Orientación hacia los resultados
- Orientación al cliente o destinatario de los procesos o programas
- Liderazgo y constancia en los objetivos
- Gestión por procesos y hechos
- Desarrollo e implicación de los profesionales
- Aprendizaje, Innovación y Mejora Continuos
- Desarrollo de Alianzas

- Responsabilidad Social

Este documento presenta los resultados del taller grupal de autoevaluación, de acuerdo al marco general establecido en estos modelos, de los programas nacionales de eliminación de filariasis linfática en países con áreas endémicas (Haití, República Dominicana, Guyana y Brasil - Pernambuco-) y de los planes post-eliminación en países no endémicos desde 2011 (Surinam, Trinidad y Tobago, y Costa Rica), realizado el día 5 de agosto de 2014 en San José (Costa Rica).

## OBJETIVOS

1. Identificar las fortalezas y áreas de mejora de los programas de eliminación de Filariasis Linfática y de los planes post-eliminación en países ex-endémicos, tanto a nivel nacional, como regional (Lecciones aprendidas).
2. Definir y priorizar futuras líneas de acción, mediante la participación de los principales actores que han llevado a cabo esta implementación en los países (Pasos a seguir).

## METODOLOGÍA

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos se desarrolla un plan de trabajo organizado en tres fases. Una primera, de análisis individual por parte de los participantes, mediante cumplimentación de los cuestionarios con datos de sus países, seguida de otras dos, de trabajo colectivo mediante taller.

### **FASE 1. Cumplimentación individual de cuestionarios.**

Tanto las fortalezas como las áreas de mejora, fueron identificadas a partir de cuestionarios de cumplimentación individual remitidos a responsables y profesionales implicados en los programas de eliminación de FL o planes post-eliminación en los países participantes.

Fueron cumplimentados un total de 15 cuestionarios de autoevaluación de programas de eliminación de FL (7 de República Dominicana, 2 de Haití, 3 de Guyana y 3 de Brasil) y 5 cuestionarios de autoevaluación de planes post-eliminación (2 de Surinam, 2 de Trinidad y Tobago y 1 de Costa Rica).

El cuestionario pre-eliminación consta de 43 preguntas (**anexo Ib**) y el cuestionario post-eliminación de 17 (**anexo Ia**). En ambos casos, las preguntas se agrupan en cinco apartados correspondientes a elementos clave en el desarrollo de estos programas:

- Planificación y estrategia,
- Profesionales,
- Alianzas y recursos,
- Procesos, y

- Resultados clave.

La evaluación se realiza utilizando una escala de 5 categorías tipo Likert, a las que se asignan valoraciones de 10, 30, 50, 70 y 90 en función del grado de adecuación que, en opinión del profesional encuestado, tiene cada uno de los aspectos evaluados en su país. Las fortalezas identificadas corresponden a aquellos ítems que tuvieron valoraciones medias por encima de 70, mientras que las áreas de mejora son aquellos ítems con valoraciones medias más bajas (por debajo de 50). Las fortalezas y áreas de mejora se definen, además, a partir de los comentarios de texto libre realizados por los profesionales.

Al tratarse de un cuestionario de autoevaluación, cada ítem era valorado según la experiencia, percepción y/o información disponible por cada participante. Por este motivo, vale apuntar que las valoraciones que cada país realiza de los diferentes ítems son consideradas relativas. Permiten, por tanto, graduar unos aspectos en relación con otros, pero no es recomendable la comparación entre países.

## **FASE 2. Definición de necesidades y propuestas de mejora.**

---

A partir de las áreas de mejora identificadas en cada país, los participantes en el taller definen necesidades y propuestas de solución en función de las características y situación de los programas implementados cada uno de ellos (**Anexos II a-g**, están las propuestas por países y se han dejado en el idioma del país).

Mediante discusión en grupo, se identifican áreas de mejora regionales, que se repiten en 2 o más países. Para ellas, las propuestas realizadas de forma individual se discuten y agrupan en bloques de necesidades y propuestas para ser posteriormente priorizadas a nivel regional.

## **FASE 3. Priorización.**

---

Para facilitar la selección de estas propuestas en planes de acción, se ordenan mediante priorización. Para ello, cada una de las acciones recomendadas se valora con matriz de priorización entre 1 y 5 de acuerdo a tres criterios (**Anexo III a y b**):

- **IMPORTANCIA.** En función de la relevancia de las debilidades o puntos críticos detectados.
- **URGENCIA.** En función de la inmediatez con la que se deben aplicar las soluciones o propuestas de mejora planteadas.
- **VIABILIDAD.** En función de las amenazas que podrían dificultar y las oportunidades que podrían favorecer la implantación de las acciones de mejora.

Finalmente, para cada aspecto, se calcula un Índice de Priorización (IP) que se obtiene de multiplicar los valores obtenidos de importancia, urgencia y viabilidad.

## RESULTADOS POR PAÍS

Los resultados, fortalezas, áreas de mejora y propuestas y necesidades planteados por cada uno de los países se muestran en los anexos II.

## FORTALEZAS Y ÁREAS DE MEJORA REGIONALES

- **FORTALEZAS COMUNES**

- a. Programas de eliminación de FL

- ✓ Objetivos del programa claros.
- ✓ Perfil de competencia de los profesionales implicados en el equipo.
- ✓ Selección de sitios centinela apropiados para evaluación del impacto.
- ✓ Selección de la población objetivo de llevar a cabo los estudios de TAS
- ✓ Comunicación de resultados del programa a nivel nacional a las unidades participantes (retroalimentación).
- ✓ Evolución de oberturas de medicamentos reportada.
- ✓ Herramientas y técnicas diagnósticas utilizadas en el programa.
- ✓ Campañas de información, comunicación y educación dirigidas a la población

- b. Planes post-eliminación de FL

- ✓ Apoyo de instituciones nacionales e internacionales (ej. OPS).
- ✓ Feedback: resultados de vigilancia compartidos periódicamente con unidades participantes e instituciones nacionales e internacionales.
- ✓ Infraestructura disponible.
- ✓ Colaboración a nivel local.

- **ÁREAS DE MEJORA COMUNES**

- a. Programas de eliminación de FL

1. Falta de reconocimiento y necesidad de promoción de profesionales implicados.
2. Necesidad de implantar o reforzar las estrategias de control vectorial integrado con otras ETDs una vez asegurada la Administración Masiva de Medicamentos (AMM).
3. Escasa acción de manejo de la morbilidad y prevención de la discapacidad (MMPD).
4. Falta de seguimiento adecuado del sistema de vigilancia y de posible reintroducción por población inmigrante.
5. Se requieren auditorías periódicas llevadas a cabo por agencias u organismos independientes para continuar mejorando.

	Promoción profesionales	Control vectorial integrado	MMPD	Seguimiento	Auditorías
<b>Brasil (Pernambuco)</b>		•	•	•	•
<b>Guyana</b>	•				•
<b>Haití</b>		•	•		
<b>R. Dominicana</b>	•	•	•	•	

- b. Planes post-eliminación de FL

1. Se requiere evaluación del riesgo de reintroducción de LF en áreas que reciben población inmigrante procedente de áreas altamente endémicas.
2. Se deben organizar los recursos humanos y capacitar a los profesionales en vigilancia vectorial integrada en un marco común con otras EIDs.
3. Baja priorización y sensibilización política. Campañas de información, comunicación y educación dirigidas a la población.

## PROPUESTAS DE MEJORA: PASOS A SEGUIR

A partir de la información aportada por los participantes de cada país, y mediante discusión en grupo, se define un total de 23 propuestas o necesidades para la mejora de los programas de eliminación de FL y de 11 para la mejora y orientación de los planes post-eliminación en aquellos países considerados ex-endémicos.

Estas propuestas fueron valoradas participantes en el taller mediante matriz de priorización en base a los siguientes criterios:

- Importancia
- Urgencia
- Viabilidad

A partir de este análisis se seleccionaron como acciones o necesidades prioritarias aquellas que obtuvieron un índice de Priorización en el Percentil 75 o superior (25% de los aspectos con mejor IP). Estas acciones son propuestas a los países para que fortalezcan la implementación de sus programas de eliminación o planes post-eliminación.

a. Programas de eliminación de FL

Área de mejora	Número de propuestas	Propuestas priorizadas
Promoción profesionales	4	1
Control vectorial integrado	5	2
MMPD	9	2
Seguimiento	4	1
Auditorías independientes	1	_*

\* Aunque hay consenso sobre la importancia de desplegar auditorías independientes, se detecta variabilidad entre los países en relación a la metodología que debe seguirse.

b. Planes post-eliminación de FL

Área de mejora	Número de propuestas	Propuestas priorizadas
Evaluación riesgo reintroducción FL	5	2*
Vigilancia vectorial integrada	3	2**
Sensibilización	3	1**

\* Una propuesta de mejora es compartida con el grupo pre-eliminación.

\*\* Una propuesta de mejora es compartida en dos áreas diferentes.

## ACCIONES PRIORIZADAS

a. Programas de eliminación de FL

1. Campañas de sensibilización y empoderamiento a las comunidades para fomentar la protección individual frente a vectores. (Área: Control vectorial integrado. IP 82,44)

2. Realización de análisis basal para cuantificar y desarrollar censo de carga de morbilidad. (Área: MMPD. IP 78,70)
3. Fomentar incentivos a profesionales asociados al cumplimiento de objetivos: intercambios con centros de referencia, asistencia a jornadas o congresos, ayudas de soporte metodológico para publicaciones. (Área: Promoción profesionales. IP 64,50)
4. Establecer alianzas a nivel local, regional, nacional, e internacional para el manejo de la morbilidad (unidades de cirugía, fisioterapia,...). (Área: MMPD. IP 61,50)
5. Reforzar las actividades de vigilancia, intercambio de información epidemiológica y colaboración entre países (ej. en países con situación epidemiológica similar o con proximidad geográfica). (Área: Seguimiento. IP: 59,80)
6. Coordinación del sector salud con otros ministerios o sectores para la implementación de estrategias de control vectorial. (Área: Representatividad. IP 59,70)

b. Planes post-eliminación de FL

1. Promover grupos técnicos nacionales de enfermedades de transmisión vectorial que incluyan acciones de comunicación y promoción de la salud (impulsando sinergismo con dengue, malaria y otras EIDs). (Área: Vigilancia vectorial integrada/ sensibilización. IP 92,83)
2. Alianza con universidades y otras instituciones para capacitar en entomología médica. (Área: Vigilancia vectorial integrada. IP 67,00)
3. Reforzar la vigilancia de nuevos casos a través de la notificación utilizando los sistemas de vigilancia existentes y/o aprovechando las nuevas tecnologías existentes. (Área: Evaluación riesgo reintroducción FL. IP 64,83)
4. Reforzar las actividades de vigilancia, intercambio de información epidemiológica y colaboración entre países (ej. en países con situación epidemiológica similar o con proximidad geográfica). (Área: Evaluación riesgo reintroducción FL. IP 57,33)

El listado total de acciones de mejora y necesidades ordenadas según su índice de priorización se muestra en el **anexo IV**.

# ANEXOS

## Anexo 1a. Cuestionario

### **PROGRAMA O PLAN DE POSELIMINACION: PAISES QUE NO SON CONSIDERADOS ENDEMICOS PARA FILARIASIS LINFATICA DESDE EL 2011**

**Nota:** disponibles en francés, inglés y portugués.

El cuestionario de evaluación de "Programa o plan de Poseliminación: países que no son considerados endémicos para filariasis linfática desde el 2011" es una herramienta diseñada en la Oficina Central de la Organización Pan Americana de la Salud- OPS/OMS para mejorar o caminar hacia su implementación en los países implicados.

Este cuestionario pretende valorar la implementación de un plan o programa de pos eliminación que permita identificar cuáles son sus puntos fuertes y oportunidades de mejora para detectar oportunamente una posible reintroducción de la transmisión de filariasis linfática y activar una respuesta; así como proveer tratamiento a los casos remanentes con morbilidad/discapacidad por FL. Es un instrumento de trabajo para orientar y planificar los pasos a seguir para avanzar en la efectividad de su implementación.

Consta de 17 ítems agrupados en 5 apartados que se corresponden con los elementos clave en el desarrollo del programa: 1) planificación y estrategia, 2) profesionales, 3) recursos financieros y alianzas, 4) procesos, y 5) resultados clave. Es un cuestionario de autoevaluación, por lo que cada ítem debe ser valorado según su propia experiencia, percepción y/o información disponible, utilizando una escala de 5 categorías.

Le invitamos a cumplimentar este cuestionario, indicándole a continuación unas instrucciones básicas para su realización y envío.

Agradecemos de antemano su tiempo y valiosa participación.



## CUESTIONARIO

### PROGRAMA o PLAN POSELIMINACION: PAISES QUE NO SON CONSIDERADOS ENDEMICOS PARA FILARIASIS LINFATICA DESDE EL 2011

PAÍS FASE DE IMPLEMENTACIÓN: Pos-eliminación

NOMBRE Y APELLIDOS

CARGO

PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA								
	-					+	NA	
	1	2	3	4	5			
1. Se han definido claramente objetivos de vigilancia poseliminación de FL (integrada o no con otras Enfermedades Infecciosas Desatendidas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. La vigilancia pos eliminación de FL se integra en el marco de los programas de control de otras EID o de estudios poblacionales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Se planifican estrategias para el manejo de la enfermedad y prevención de la discapacidad (MMPD) de los casos remanentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Observaciones:</b>								
PROFESIONALES								
	-					+	NA	
	1	2	3	4	5			
4. Se dispone de suficientes profesionales para la vigilancia poseliminación de la posible reintroducción de LF (integrada o no con otras EIDs).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Se realizan actividades de entrenamiento a profesionales sobre vigilancia poseliminación en las siguientes áreas de competencia:								

a) Acciones de vigilancia para prevenir y detectar precozmente una posible reintroducción de la transmisión de LF (integrada o no con otras EIDs).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Monitoreo y evaluación (incluyendo análisis estadístico).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-				+	
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>NA</b>
c) Vigilancia vectorial integrada (ej. xenomonitorio).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Manejo de la enfermedad y prevención de discapacidad remanente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La comunicación es fluida entre:						
a) Responsables nacionales y personas de contacto en las unidades participantes (grupos de trabajo, reuniones, internet...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Responsables nacionales y el programa regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Responsables nacionales y el Regional Program Review Group.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Observaciones:</b>						
<b>RECURSOS Y ALIANZAS</b>						
	-				+	
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>NA</b>
7. Se dispone de alianzas y/o apoyo financiero para desarrollar un plan de vigilancia poseliminación de LF.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Los recursos financieros puestos a disposición de la vigilancia poseliminación o del programa de EIDs se gestionan de forma adecuada para garantizar su implementación y su mantenimiento a largo plazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Los resultados de la vigilancia a nivel nacional son comunicados y difundidos a las unidades participantes (retroalimentación).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Los resultados de la vigilancia se comparten periódicamente con otras instituciones nacionales e internacionales (Ministerio de Salud, punto focal de OPS/OMS, otros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Observaciones:</b>						

PROCESOS						
	-				+	
	1	2	3	4	5	NA
11. Se aplican estrategias de vigilancia para la detección temprana de reintroducción de la transmisión de LF (ej., puestos centinela en centros de atención primaria, integrado a la vigilancia de malaria u otras EIDs, en bancos de sangre, en militares o universitarios que han estado en países endémicos y regresan al país...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se ha evaluado el riesgo de reintroducción de LF en áreas que reciben población inmigrante procedente de países altamente endémicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Las comunidades ex endémicas a FL reciben:						
a) tratamiento integrado para el control de las otras EID existentes en la comunidad (ej. geohelmintiasis).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) tratamiento para la morbilidad y prevención de la discapacidad remanente producida por FL.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Observaciones:</b>						
RESULTADOS CLAVE						
	-				+	
	1	2	3	4	5	NA
14. Se dispone de indicadores para monitorear la vigilancia poseliminación de FL (integrada o no con otras EIDs) y su impacto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Si se ha implementado un plan o programa de vigilancia poseliminación, éste ha demostrado ser fiable en la detección de posibles casos de FL que pudieran reintroducir su transmisión en el país.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Si se ha implementado un plan o programa de vigilancia poseliminación, éste tiene una metodología sencilla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. En la fase pos eliminación, se mantiene el desarrollo de campañas efectivas de información, comunicación y educación dirigidas a la población integradas con otras EIDs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Observaciones:</b>						

**ENUMERE 3 FORTALEZAS Y 3 DEBILIDADES que, en su opinión, han podido o podrían condicionar la implementación del programa de pos-eliminación de FL en su país:**

**FORTALEZAS**

1.

2.

3.

**DEBILIDADES**

1.

2.

3.

## Anexo 1b. Cuestionario

### PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINACIÓN DE LA FILARIASIS LINFÁTICA

**Nota:** disponibles en francés, inglés y portugués.

El cuestionario de evaluación del “Programa Nacional de Eliminación de la Filariasis Linfática” es una herramienta diseñada en la Oficina Central de la Organización Pan Americana de la Salud- OPS/OMS para la mejora de su implementación en los países implicados.

Este cuestionario pretende valorar la implementación de la administración masiva de medicamentos y de su impacto, identificar cuáles son sus puntos fuertes y oportunidades de mejora. Es un instrumento de trabajo para orientar y planificar los pasos a seguir para avanzar en la efectividad de su implementación.

Consta de 43 ítems agrupados en 5 apartados que se corresponden con los elementos clave en el desarrollo del programa: 1) planificación y estrategia, 2) profesionales, 3) recursos financieros y alianzas, 4) procesos, y 5) resultados clave. Es un cuestionario de autoevaluación, por lo que cada ítem debe ser valorado según su propia experiencia, percepción y/o información disponible, utilizando una escala de 5 categorías.

Le invitamos a cumplimentar este cuestionario, indicándole a continuación unas instrucciones básicas para su realización y envío.

Agradecemos de antemano su tiempo y valiosa participación.



## CUESTIONARIO

### PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINACIÓN DE LA FILARIASIS LINFÁTICA

PAÍS FASE DE IMPLEMENTACIÓN: Pre-eliminación

NOMBRE Y APELLIDOS

CARGO

PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA							
	-					+	
	1	2	3	4	5	NA	
1. Los objetivos del programa están claramente definidos desde que se conformó el programa nacional de eliminación de FL.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Todas las unidades de implementación endémicas son cubiertas por la AMM y se alcanzan coberturas de población a riesgo de al menos el 65%.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Los sitios centinela seleccionados para evaluar el impacto son apropiados (población mínima de 500 personas, alta transmisión, población estable y representativa, al menos un sitio por millón de habitantes de la unidad de implementación), y se han mantenido a lo largo de la historia del programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Se dispone de al menos un sitio de valoración aleatorio por cada sitio centinela en la unidad de implementación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Las unidades de evaluación seleccionadas para estudio de evaluación de la transmisión (siglas en inglés, TAS) son apropiadas:							
a) cumplen criterios de elegibilidad del TAS (cobertura superior al 65% en 5 rondas consecutivas y microfilaremia o antigenemia < 1% y < 2%, respectivamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) población no mayor de dos millones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) todas las UI serán incluidas en una UE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. La selección de la población objeto para realizar los estudios TAS sigue los criterios adecuados y garantiza que:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<p>a) en los estudios en la comunidad se incluyen los niños de 6 a 7 años de edad y/o</p> <p>b) en los estudios en la escuela se garantiza la inclusión de todos los niños elegidos de los cursos/grados seleccionados (normalmente 1º y 2º grado)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>7. El programa desarrolla planes de acción de manejo de la morbilidad y prevención de la discapacidad, incluyendo monitoreo y evaluación.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<p style="text-align: center;">-  +</p> <p style="text-align: center;"><b>1      2      3      4      5      NA</b></p>
<p>8. El programa nacional de eliminación incluye estrategias de control vectorial integrado (<i>C. quinquefasciatus</i>, <i>Anopheles</i>, <i>Aedes</i>, <i>Mansonia</i>): ej. insecticidas de interior, bolitas de poliestireno en fosas sépticas o letrinas, mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración, manejo ambiental y control biológico).</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>9. Se realiza o se ha planeado realizar vigilancia pos-eliminación en las UI que hayan eliminado la transmisión en el marco de los programa de control de EID o estudios poblacionales.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p><b>Observaciones:</b></p>	
<p><b>PROFESIONALES</b></p>	
	<p style="text-align: center;">-  +</p> <p style="text-align: center;"><b>1      2      3      4      5      NA</b></p>
<p>10. Los profesionales implicados en el programa se ajustan a los perfiles de competencia necesarios.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>11. El número de profesionales implicados en programa es suficiente para el cumplimiento de sus objetivos.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>12. Los profesionales implicados reciben entrenamiento adecuado en las áreas que sean de su competencia (distribución de medicamentos, técnicas diagnósticas, análisis estadísticos, prevención de la discapacidad...etc.).</p> <p>a) Distribución de medicamentos.</p> <p>b) Técnicas diagnósticas (ej. PIC).</p> <p>c) Monitoreo y Evaluación (incluyendo análisis estadístico).</p> <p>d) Manejo de la enfermedad y prevención de discapacidad.</p> <p>e) Control vectorial integrado.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

13. La comunicación es fluida entre:						
a) responsables nacionales y personas de contacto en las unidades participantes (grupos de trabajo, reuniones, Internet...).	<input type="checkbox"/>					
b) responsables nacionales y el programa regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas	<input type="checkbox"/>					
c) responsables nacionales y el Regional Program Review Group	<input type="checkbox"/>					

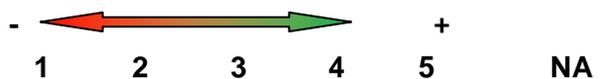
**Observaciones:**

## RECURSOS Y ALIANZAS

						NA
	1	2	3	4	5	
14. Se buscan y sostienen alianzas con otras instituciones nacionales e internacionales para obtener apoyo financiero adicional para el programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Los recursos financieros puestos a disposición del programa se gestionan de forma adecuada para garantizar su implementación y su mantenimiento a largo plazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. La población total, en riesgo y objeto de AMM en las unidades de implementación está actualizada y es fiable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Existen sistemas de registro y comunicación de eventos adversos de medicación incluida en el programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Los resultados del programa a nivel nacional son comunicados y difundidos a las unidades participantes (retroalimentación).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Los resultados se comparten periódicamente con otras instituciones nacionales e internacionales (Ministerio de Salud, punto focal de OPS/OMS, otros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Observaciones:**

PROCESOS						
	-				+	
	1	2	3	4	5	NA
20. La revisión de la información existente en las unidades de implementación incluye datos publicados y no publicados sobre filariasis, informes de servicios de salud y registros hospitalarios de morbilidad asociada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Se emplean las técnicas apropiadas (frotis de sangre o tarjetas ICT) para la realización de los estudios de mapeo y se monitorea la tasa de positividad de antigenemia o microfilaremia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. La cobertura de medicamentos reportada por los distribuidores de medicamentos es fiable y se analiza por grupos de edad y por sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. La calidad de los datos de cobertura reportada se verificó mediante estudios de cobertura de encuesta antes de la segunda o tercera ronda de AMM.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Para la evaluación TAS, los datos fueron recolectados de los sitios centinela y de verificación antes de la primera ronda de AMM y al menos 6 meses después de la quinta ronda de AMM (opcional, también 6 meses después de la tercera ronda de AMM).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Las herramientas diagnósticas (frotis de sangre o PIC) empleadas para la evaluación en los sitios centinela y de verificación son apropiadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Si otras enfermedades infecciosas desatendidas- EID son endémicas, la evaluación TAS integra el análisis de otros indicadores (ej. Infección por geohelmintiasis, casos de lepra (manchas blancas o discapacidad...)).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Para la evaluación TAS se utilizan las PIC como herramientas diagnósticas y se garantiza la calidad de los test: a) verificando la calidad del lote con control positivo en al menos dos PIC. b) que las PIC se han conservado en las condiciones indicadas por el productor por un máximo de 9 meses (4°C y no se deben congelar en ningún momento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. El diseño y cálculo del tamaño muestral del estudio TAS se realiza teniendo en cuenta los criterios indicados en el manual TAS: tipo de vector predominante, tasa de escolaridad, número de niños de 6-7 años, y número de áreas de enumeración.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Los establecimientos de salud disponen de protocolo de manejo de la enfermedad y prevención de discapacidad.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30. Se realizan auditorías periódicas llevadas a cabo por agencias u organismos independientes (RPRG u otros).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Observaciones:</b>	
<b>RESULTADOS CLAVE</b>	
	 <p style="text-align: center;">- <span style="display: inline-block; width: 100px; height: 10px; background: linear-gradient(to right, red, orange, yellow, green); border: 1px solid black;"></span> +</p> <p style="text-align: center;"><b>1      2      3      4      5      NA</b></p>
31. Los indicadores utilizados para monitorear la implementación del programa y su impacto son los más adecuados para medir los objetivos de dicha vigilancia.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32. El programa es oportuno, es decir, las diferentes fases de la vigilancia (ej., desde que se produce la detección de caso hasta que se desarrollan las actividades de control y/o reportes) se suceden sin demoras significativas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33. El programa es sensible, es decir, tiene capacidad para detectar un porcentaje significativo de casos y cambios a lo largo del tiempo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34. Los resultados del programa de vigilancia son completos (ej., pocos valores perdidos) y válidos, debido a la buena calidad de los datos recopilados.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35. Las herramientas de evaluación utilizadas tienen un valor predictivo positivo elevado, es decir, los casos detectados luego son realmente confirmados.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36. El programa tiene buena aceptabilidad, es decir, el grado de participación del personal implicado en la vigilancia y de la comunidad es elevado.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37. El sistema es flexible, es decir, tiene capacidad para adaptarse a cambios en los recursos y posibilidades logísticas disponibles o en las condiciones de implementación (ej., nuevos eventos de salud, cambios en las definiciones de caso...).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38. El programa es representativo, es decir, los sitios centinela y de verificación son representativos de la unidad de	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



**ENUMERE 3 FORTALEZAS Y 3 DEBILIDADES que, en su opinión, han podido o podrían condicionar la implementación del programa de eliminación de FL en su país:**

**FORTALEZAS**

1.

2.

3.

**DEBILIDADES**

1.

2.

3.



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS  
Américas

## Anexo 2 a. PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINAÇÃO DA FILARIOSE LINFÁTICA

# BRASIL

### INFORMAÇÃO INICIAL

Análise de questionários

Pontos fortes e áreas de melhoria



5-7 agosto 2014

SAN JOSÉ (COSTA RICA)

## RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO

	AUTO- AVALIAÇÃO (0-100)	MÉDIA PRE (0-100)
<b>PLANEJAMENTO E ESTRATÉGIA</b>		
1. Os objetivos do programa estão claramente definidos desde que foi formado o programa nacional de erradicação de FL.	90	90
2. Todas as unidades de implementação endêmicas são cobertas por a AMM e se alcançam coberturas de população ao risco de ao menos 65%.	77	73
3. Os postos sentinela selecionados para avaliar o impacto são apropriados (população mínimo de 500 pessoas, alta transmissão, população estável e representativa, pelo menos um local por milhões de habitantes por unidade de implementação), e foram mantidos ao longo da história do programa.	90	90
4. Dispõe-se de pelo menos um local de avaliação circunstancial por cada posto sentinela na unidade de implementação.	90	83
5. As unidades de avaliação selecionadas para estudo de avaliação da transmissão (siglas em inglês, TAS) são apropriadas:		
a) cumprem critérios de elegibilidade do TAS (cobertura superior ao 65% em 5 rodadas consecutivas e microfilaremia ou antigenemia < 1% e < 2%, respectivamente)	63	79
b) população não maior de dois milhões.	90	84
c) todos os UI serão incluídas em uma a UE	90	85
6. A seleção da população alvo para realizar os estudos TAS segue os critérios adequados e garante que:		
a) nos estudos na comunidade são incluídas as crianças de 6 a 7 anos de idade e/ou	90	88
b) nos estudos na escola se garante a inclusão de todas as crianças eleitas dos cursos/graus selecionado (normalmente 1º e 2º grau)	90	70
7. O programa desenvolve planos de ação de manejo da morbidade e prevenção da incapacidade, incluindo monitoramento e avaliação.	57	47
8. O programa nacional de eliminação inclui estratégias de controle vetorial integrado ( <i>C. quinquefasciatus</i> , <i>Anopheles</i> , <i>Aedes</i> , <i>Mansonia</i> ): ex. inseticidas de interior, bolinhas de poliestireno em fossas sépticas ou latrinas, mosquiteiros tratados com inseticidas de longa duração, manejo ambiental e controle biológico).	70	44
9. Realiza-se ou se tem planejado realizar vigilância pós- eliminação em as UI que têm	70	64

eliminado a transmissão no marco dos programa de controle de EID ou estudos populacionais.

	AUTO-AVALIAÇÃO (0-100)	MÉDIA PRE* (0-100)
<b>PROFESSIONAIS</b>		
10. Os profissionais implicados no programa são ajustados aos perfis de competência necessárias.	90	85
11. O número de profissionais implicados no programa são suficiente para o cumprimento de seus objetivos.	77	62
12. Os profissionais implicados recebem treinamento adequado nas áreas que sejam de sua competência (distribuição de medicamentos, técnicas diagnósticas, análises estatísticas, prevenção da incapacidade...etc).		
a) Distribuição de medicamentos.	90	87
b) Técnicas diagnósticas (ex. PIC).	90	90
c) Monitoração e Avaliação (incluindo análise estatística).	77	73
d) Manejo da doença e prevenção de incapacidade.	57	70
e) Controle vetorial integrado.	70	71
13. A comunicação é fluída entre:		
a) responsáveis nacional e pessoas de contato nas unidades participantes (grupos de trabalho, reuniões, internet. .. ).	90	79
b) responsáveis nacional e o programa regional de Doenças Infecciosas Desatendidas	90	81
c) responsáveis nacional e o Regional Program Review Group.	90	77
<b>RECURSOS E PARCERIAS</b>		
14. São buscadas e sustentadas parcerias com outras instituições nacionais e internacionais para obter apoio financeiro adicional para o programa.		68
15. Os recursos financeiros postos à disposição do programa são administrados de forma adequada para garantir sua implementação e sua manutenção a longo prazo.	77	80
16. A população total, em risco e objeto de AMM nas unidades de implementação está atualizada e é confiável. .	77	79
17. Existem sistemas de registro e comunicação de eventos adversos de medicação incluída no programa.	37	67
18. Os resultados do programa em nível nacional são comunicados e divulgados as unidades participantes (retro-alimentação).	77	83
19. Os resultados são compartilhados periodicamente com outras instituições nacionais e internacionais (Ministério da Saúde, ponto focal de OPAS/OMS, outros).	77	77

	AUTO- AVALIAÇÃO (0-100)	MÉDIA PRE* (0-100)
<b>PROCESSOS</b>		
20. A revisão da informação existente nas unidades de implementação inclui dados publicados e não publicados sobre filaríase, relatórios de serviços de saúde e registros hospitalares de morbidade associada.	77	51
21. São empregadas as técnicas apropriadas (esfregação de sangue ou cartões ICT) para a realização dos estudos de mapeamento e a taxa de positividade de antigenemia ou microfilaremia é monitorada.	90	88
22. A cobertura de medicamentos reportada pelos distribuidores de medicamentos é confiável e é analisada por grupos de idade e por sexo.	90	85
23. A qualidade dos dados de cobertura reportada foi verificada mediante estudos de cobertura de pesquisa antes do segundo ou terceira rodada de AMM.	37	77
24. Para a avaliação TAS, os dados foram recolhidos dos postos sentinela e de verificação antes da primeira rodada de AMM e pelo menos 6 meses depois da quinta rodada de AMM (opcional, também 6 meses depois da terceira rodada de AMM).	70	82
25. As ferramentas diagnósticas (esfregação de sangue ou PIC) empregadas para a avaliação nos postos sentinela e de verificação são apropriadas.	83	87
26. Se outras doenças - EIDs são infecciosas endêmicas desatendidas, a avaliação TAS se integra a análise de outros indicadores (ex. Infecção por geohelmintíais, casos de Hanseníase (manchas brancas ou incapacidade.. ).		70
27. Para a avaliação TAS é utilizados os PIC como ferramentas diagnósticas e se garante a qualidade dos teste:		
a) verificando a qualidade do lote com controle positivo em pelo menos dois PIC.	90	84
b) que os PIC foi conservados nas condições indicadas pelo produtor por um máximo de 9 meses (4°C e não se devem congelar em nenhum momento)	90	82
28. O desenho e cálculo do tamanho da amostra do estudo TAS se realiza levando em consideração os critérios indicados no manual TAS: tipo de vetor predominante, taxa de escolaridade, número de crianças de 6-7 anos, e número de áreas enumeradas.	90	87
29. Os estabelecimentos de saúde dispõem de protocolo de manejo da doença e prevenção de incapacidade.	43	27
30. São realizadas auditorias periódicas levadas a cabo por agências ou organismos independentes (RPRG ou outros).	30	22

	AUTO- AVALIAÇÃO (0-100)	MÉDIA PRE* (0-100)
<b>PRINCIPAIS RESULTADOS</b>		
31. Os indicadores utilizados para monitorar a implementação do programa e seu impacto são os mais adequados para medir os objetivos de tal vigilância.	90	74
32. O programa é oportuno, isto é, as diferentes fases da vigilância (por exemplo desde que se produz a detecção de caso até que são desenvolvidos as atividades de controle e/ou relatórios) se sucedem sem demoras significativas.	77	73
33. O programa é sensível, isto é, tem capacidade para detectar uma porcentagem significativa de casos e mudanças ao longo do tempo.	83	74
34. Os resultados do programa de vigilância são completos (por exemplo, poucos valores perdidos) e válidos, devido à qualidade boa dos dados compilados.	77	73
35. As ferramentas de avaliação utilizadas têm um Valor Preditivo Positivo elevado, isto é, os casos detectados depois são realmente confirmado.	90	80
36. O programa tem aceitabilidade boa, isto é, o grau de participação do pessoal implicado na vigilância e da comunidade é elevada.	77	83
37. O sistema é flexível, isto é, tem capacidade para adaptar-se a mudanças nos recursos e nas possibilidades logísticas disponíveis ou nas condições de implementação (por exemplo novos eventos de saúde, mudanças nas definições de caso...).	70	84
38. O programa é representativo, isto é, os pontos sentinela e de verificação são representativos da unidade de implementação.	90	87
39. O sistema de vigilância é simples, isto é, a distribuição de medicamentos é fácil e as fontes para obter os dados são fáceis e acessíveis.	77	86
40. O programa de vigilância é confiável (possibilidade de compilar, analisar e proporcionar informação sem faltas) e se encontra operacional sempre que é necessitado.	77	76
41. Antes de implementar o estudo TAS todos os UI dentro de à UE completaram cinco rodadas de AMM e com taxas de cobertura de medicamentos de mais de 65% da população em risco em a UI e com microfilaremia ou antigenemia abaixo de 1% ou 2% respectivamente em ambos os postos sentinela e de verificação	77	87
42. São realizadas campanhas efetivas de informação, comunicação e educação dirigidas à população.	90	81
43. A gestão dos dados gerados pelo programa é adequada e está sendo compilada para elaborar um dossier nacional que permita solicitar a OPAS/OMS à verificação da eliminação uma vez todos os UI têm interrompido a transmissão de FL.	77	83

\* MÉDIA PRE: média regional dos países que estão na mesma situação epidemiológica de pre-eliminação.

## PONTOS FORTES

(Aspectos com uma melhor avaliação absoluta o em comparação com a média e/ou pontos fortes nos comentários)

- Serviço Único de Saúde descentralizado.
- Objetivos do programa estão claramente definidos.
- Postos sentinela apropriadamente selecionados.
- Seleção da população alvo para realizar os estudos TAS.
- Manuais de coordenação das ações: diretrizes estabelecidas.
- Técnicas e ferramentas diagnósticas disponíveis.
- Centro de Referência acreditado.
- Comunicação fluída entre responsáveis do programa.
- Cobertura de tratamento satisfatória.
- Campanhas efetivas de informação, comunicação e educação dirigidas à população.

## AREAS DE MELHORIA

(Aspectos com uma pior avaliação absoluta o em comparação com a média e/ou pontos fracos nos comentários)

Areas de melhoria	Propostas de melhoria
• <b>Compromisso político para priorização das ações voltadas a eliminação da FL</b>	• Tentar manter a Filariose Linfática como prioridade de governo, contemplando os aspectos de treinamento de pessoal, recursos, planejamento e avaliação.
• <b>Dificuldade para ajustar algumas ações ao novo protocolo a partir de 2011</b>	• Continuidade na verificação da interrupção da transmissão com a implementação do TAS e manutenção da vigilância em sítios sentinelas.
• <b>Estratégia de vigilância e controle de vetores.</b>	• Expandir a área de atuação de vigilância e controle do vetor, com vistas à quebra da transmissão.
• <b>Manejo da doença e prevenção de incapacidade</b>	• Implantar a vigilância da Morbidade • Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para atender os pacientes.
• <b>Acompanhamento dos Sítios Sentinelas</b>	• Garantir que as ações nos sítios sentinelas sejam desenvolvidas de acordo com o protocolo estabelecido • Incluir como critério de seleção da amostra para o TAS o levantamento da procedência da criança.

- Campanhas efativas de
- Intensificar a realizaçã dessas campanhas



## Anexo 2b. PROGRAMA O PLAN DE POSELIMINACION: PAISES QUE NO SON CONSIDERADOS ENDEMICOS PARA FILARIASIS LINFATICA

# COSTA RICA

### INFORMACIÓN DE PARTIDA

Análisis de cuestionarios

Fortalezas y áreas de mejora



5-7 de agosto de 2014

SAN JOSÉ (COSTA RICA)

## RESULTADO DE CUESTIONARIOS

	AUTO-EVALUACIÓN (0-100)	MEDIA POST* (0-100)
<b>PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA</b>		
1. Se han definido claramente objetivos de vigilancia poseliminación de FL (integrada o no con otras Enfermedades Infecciosas Desatendidas).	50	66
2. La vigilancia pos eliminación de FL se integra en el marco de los programas de control de otras EID o de estudios poblacionales.	50	54
3. Se planifican estrategias para el manejo de la enfermedad y prevención de la discapacidad (MMPD) de los casos remanentes.	70	65
<b>PROFESIONALES</b>		
4. Se dispone de suficientes profesionales para la vigilancia poseliminación de la posible reintroducción de LF (integrada o no con otras EIDs).	70	70
5. Se realizan actividades de entrenamiento a profesionales sobre vigilancia poseliminación en las siguientes áreas de competencia:		
e) Acciones de vigilancia para prevenir y detectar precozmente una posible reintroducción de la transmisión de LF (integrada o no con otras EIDs).	50	54
f) Monitoreo y evaluación (incluyendo análisis estadístico).	50	45
g) Vigilancia vectorial integrada (ej. xenomonitoreo).	10	40
h) Manejo de la enfermedad y prevención de discapacidad remanente.	90	40
6. La comunicación es fluida entre:		
d) Responsables nacionales y personas de contacto en las unidades participantes (grupos de trabajo, reuniones, internet...).	70	70
e) Responsables nacionales y el programa regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas.	70	65
f) Responsables nacionales y el Regional Program Review Group.	70	50
<b>ALIANZAS Y RECURSOS</b>		
7. Se dispone de alianzas y/o apoyo financiero para desarrollar un plan de vigilancia poseliminación de LF.	50	55
8. Los recursos financieros puestos a disposición de la vigilancia poseliminación o del programa de EIDs se gestionan de forma adecuada para garantizar su implementación y su mantenimiento a largo plazo.	50	70

9. Los resultados de la vigilancia a nivel nacional son comunicados y difundidos a las unidades participantes (retroalimentación).	90	80
10. Los resultados de la vigilancia se comparten periódicamente con otras instituciones nacionales e internacionales (Ministerio de Salud, punto focal de OPS/OMS, otros).	90	80

	AUTO-EVALUACIÓN (0-100)	MEDIA POST* (0-100)
<b>PROCESOS</b>		
11. Se aplican estrategias de vigilancia para la detección temprana de reintroducción de la transmisión de LF (ej, puestos centinela en centros de atención primaria, integrado a la vigilancia de malaria u otras EIDs, en bancos de sangre, en militares o universitarios que han estado en países endémicos y regresan al país).	50	40
12. Se ha evaluado el riesgo de reintroducción de LF en áreas que reciben población inmigrante procedente de países altamente endémicos.	10	55
13. Las comunidades ex endémicas a FL reciben:		
a) tratamiento integrado para el control de las otras EID existentes en la comunidad (ej. geohelmintiasis).	70	35
b) tratamiento para la morbilidad y prevención de la discapacidad remanente producida por FL.	70	50

<b>RESULTADOS CLAVE</b>		
14. Se dispone de indicadores para monitorear la vigilancia poseliminación de FL (integrada o no con otras EIDs) y su impacto.	10	55
15. Si se ha implementado un plan o programa de vigilancia poseliminación, éste ha demostrado ser fiable en la detección de posibles casos de de LF que pudieran reintroducir su transmisión en el país.	50	70
16. Si se ha implementado un plan o programa de vigilancia poseliminación, éste tiene una metodología sencilla.	50	74
17. En la fase pos eliminación, se mantiene el desarrollo de campañas efectivas de información, comunicación y educación dirigidas a la población integradas con otras EIDs.	30	40

\* MEDIA POST: media regional de los países que están en la misma situación epidemiológica post-eliminación

## FORTALEZAS

(Aspectos con mejor autoevaluación absoluta o en comparación con la media y/o puntos fuertes en comentarios)

- Sistema de vigilancia integrado que implica todas las instituciones del sector salud y otras relacionadas

- Sistema de atención sanitaria universal
- Manejo de enfermedad y discapacidad remanente asignada a Dermatología
- Infraestructura sanitaria y manejo medioambiental de control vectorial
- Feedback: resultados de vigilancia compartidos periódicamente con unidades participantes
- Intercambio de información con otras instituciones sanitarias nacionales e internacionales (Ministerio de Salud, PAHO,...)

## ÁREAS DE MEJORA

(Aspectos con peor autoevaluación absoluta o en comparación con la media y/o puntos débiles en comentarios)

Áreas de mejora	Propuestas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inexistencia de programa específico de filariasis y otras EIDs.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En Costa Rica no existen programas específicos por eventos, si no grupos de trabajo en la Dirección de Vigilancia de la Salud en los tres niveles de gestión. Es importante capacitar personal profesional y técnico en todos los componentes de la enfermedad en los mismos niveles de gestión y con énfasis en las áreas centinelas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Evaluación del riesgo de reintroducción de LF en áreas que reciben población inmigrante procedente de países altamente endémicos (ej: anillos de crecimiento urbanístico).</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Históricamente Costa Rica no recibe migración activa de países altamente endémicos ni tiene límites fronterizos con países con estas características, no obstante se ha de mantener una vigilancia activa con análisis permanente de las zonas de riesgo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sistema de indicadores para monitorear vigilancia poseliminación de FL (integrada o no con otras EIDs).</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100% de investigaciones realizadas a casos sospechosos o probables.</li> <li>• 100% de personal de laboratorio clínico capacitado en el diagnóstico (de las localidades prioritarias y con antecedentes de transmisión) y en el Centro Nacional de Referencia en Parasitología de Instituto Nacional de Investigación y Enseñanza en Salud (INCIENSA).</li> <li>• 100% de personal médico capacitado en el diagnóstico clínico, manejo y tratamiento de casos de FL.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Capacitación de profesionales en vigilancia vectorial integrada (ej, xenomonitoreo).</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación de personal técnico en entomología médica. Aunque se han realizado alianzas con universidades pero se requieren en el país al menos 4 profesionales en entomología médica.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Campañas de información, comunicación y educación dirigidas a la población.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo Técnico Nacional de Enfermedades de Transmisión Vectorial donde se incluye personal de mercadeo, promoción y prevención de la salud. Fomentando de esta manera el sinergismo con las actividades MIV (dengue,</li> </ul>

malaria , Chagas y otras ETV).



## ANEXO 2C. NATIONAL PROGRAM FOR THE ELIMINATION OF LYMPHATIC FILARIASIS

# GUYANA

### INITIAL INFORMATION

Questionnaire analysis

Strengths and areas for improvement



August 5-7, 2014

SAN JOSÉ (COSTA RICA)

## QUESTIONNAIRE RESULTS

	SELF ASSESSMENT (0-100)	AVERAGE PRE* (0-100)
<b>PLANNING AND STRATEGY</b>		
1. The program objectives are clearly defined since the LF National Elimination Program was formed.	90	90
2. All endemic implementation units are covered by the AMM and at least 65% of the population at risk is reached.	50	73
3. The selected sentinel sites to assess the impact are suitable (population of minimum 500 people, high transmission, stable and representative population, at least one site per million unit deployment), and have remained stable throughout the history of the program.	90	90
4. It has at least one random site assessment for each sentinel site in the unit of deployment.	90	83
5. The evaluation units selected for the Transmission Assessment Survey (acronym, TAS) are appropriate:		
a) they meet the TAS eligibility criteria (coverage above 65% in 5 consecutive rounds, and microfilaria or antigenemia <1% and <2%, respectively)	90	79
b) a population not exceeding two million	83	84
c) all the IU will be included in an EU	90	85
6. The selection of the target population for the study is appropriate TAS criteria and ensures compliance that:		
a) studies in the community include children 6 to 7 years old, and/or	90	88
b) studies in schools include all children from the classes/grades selected (usually 1st and 2nd grade)	70	70
7. The program develops action plans to manage morbidity and disability prevention, including monitoring and evaluation.	63	47
8. The national elimination program includes strategies of integrated vector control ( <i>C. quinquefasciatus</i> , <i>Anopheles</i> , <i>Aedes</i> , <i>Mansonia</i> ): eg. Indoor insecticides, polystyrene beads in septic tanks or latrines, mosquito nets treated with long-lasting insecticide, environmental management and biological control).	70	44
9. Performed or has been planned to perform surveillance in the post-elimination IU that eliminated transmission, under the NID control program or population studies.	90	64

	SELF ASSESSMENT (0-100)	AVERAGE PRE* (0-100)
<b>PROFESSIONALS</b>		
10. The professionals involved in the program meet the required profile.	90	85
11. The number of professionals involved in the program is sufficient to meet its objectives.	43	62
12. The professionals involved receive adequate training in the areas within their competence (distribution of medicines, diagnostic techniques, statistical analysis, prevention of disability ... etc.)		
f) Distribution of medicines.	77	87
g) Diagnostic techniques (ej. ICT)	90	90
h) Monitoring and Evaluation (including statistical analysis)	50	73
i) Disease management and prevention of disability	50	70
j) Integrated Vector Control	77	71
13. Fluid communication between:		
a) Responsible national staff and contact persons in the participating units (working groups, meetings, internet ...)	57	79
b) Responsible national staff and the Regional Neglected Infectious Diseases Program.	63	81
c) Responsible national staff and the Regional Program Reviewing Group.	57	77
<b>RESOURCES AND PARTNERSHIPS</b>		
14. Partnerships with other national and international institutions are searched and maintained for additional financial support.	77	68
15. The financial resources available for the program are managed properly to ensure its implementation and long-term maintenance.	90	80
16. The information in the implementation units, on the total population at risk and under MDA, is updated and reliable.	83	79
17. There are systems for recording and reporting adverse drug events included in the program.	57	67
18. The results of the program at national level are communicated and disseminated to the participating units (feedback).	77	83
19. Results are shared regularly with other national and international institutions (Ministry of Health, focal point of PAHO/WHO, and others).	77	77

	SELF ASSESSMENT (0-100)	AVERAGE PRE* (0-100)
<b>PROCESSES</b>		
20. The review of existing information on implementation units includes published and unpublished data on Filariasis, health care reports and hospital records of associated morbidity.	57	51
21. Appropriate techniques (ICT blood smear or cards) are used for conducting mapping studies and positive rates of antigenemia or microfilaremia are monitored.	90	88
22. Drug coverage reported by drug distributors is reliable and analyzed by age group and sex.	90	85
23. The quality of the reported data coverage was verified by survey coverage studies before the second or third round of MDA.	90	77
24. For the TAS evaluation, data were collected from sentinel sites before the first round of MDA and at least 6 months after the fifth round of MDA (optional: also 6 months after the third round of MDA.)	90	82
25. Diagnostic tools (blood smear or ICT) used for evaluation and verification at sentinel sites are appropriate.	90	87
26. If other neglected infectious diseases –NIDs, are endemic, the TAS integrates the analysis of other indicators (e.g. STH infection, cases of leprosy (white spots or disability ...)).		70
27. For the TAS evaluating, ICTs are used as diagnostic tools, and test quality are ensured.		
a) verifying the quality of the batch with positive control, in at least two ITCs.	70	84
b) that ITCs have been preserved for up to 9 months under the conditions indicated by the manufacturer (4°C and not be frozen at any time).	70	82
28. The design and sample size calculation of TAS study is done taking into account the criteria in the TAS Manual: predominant vector, enrollment rate, number of children aged 6-7 years, and number of enumeration areas.		87
29. Health facilities offer protocol disease management and prevention of disability.	50	27
30. Periodic audits conducted by independent organizations or agencies (RPRG or others) are performed.	17	22

	<b>SELF ASSESSMENT (0-100)</b>	<b>AVERAGE PRE* (0-100)</b>
<b>KEY RESULTS</b>		
31. The indicators used to track program implementation and impact are the most appropriate to measure the objectives of the surveillance.	57	74
32. The program is timely, and the different stages of monitoring (since the case detection occurs until the control activities and/or reports are developed), there is no significant delay.	63	73
33. The program is sensible, that is, capable of detecting a significant percentage of cases and changes over time.	83	74
34. The results of the monitoring program are complete (i.e., few missing values) and are valid, due to the good quality of the data collected.	77	73
35. The assessment tools used have a high positive predictive value, i.e., the cases detected are actually confirmed.	83	80
36. The program has good acceptability, i.e., high degree of participation of the personnel involved in the monitoring process, and the community.	83	83
37. The system is flexible, i.e., it has the ability to adapt to changes within the available resources and logistical possibilities, or the conditions of implementation (such as new health events, changes in case definitions ...)	83	84
38. The program is representative, that is, the sentinel and verification sites are representative of the deployment unit.	83	87
39. The surveillance system is simple, i.e., the distribution of drugs is simple and the sources for the data are easy and accessible.	90	86
40. The monitoring program is reliable (ability to collect, analyze and provide information without faults) and is operational whenever needed.	70	76
41. Before implementing the TAS study all UI within the EU completed five rounds of MDA and drug coverage rates of over 65% of the population at risk in the UI and microfilaremia or antigenemia below 1% or 2 % respectively, in both sentinel and check posts.	90	87
42. Effective information campaigns, sensitization and education aimed at the population are made.	40	81
43. The management of data generated by the program is adequate and is being compiled to develop a national dossier request allowing PAHO / WHO to verify the removal once all UI	90	83

have interrupted transmission of FL.

AVERAGE PRE: regional average from all the countries in the same pre-elimination epidemiological situation.

## STRENGTHS

(Top items in self-assessment or compared to the regional average and/or strengths in comments)

- Program objectives clearly defined.
- Supply of Albendazole and Diethylcarbamazine for every round of MDA.
- Reliability and accuracy of drug coverage records.
- Cooperation of Regional and Local Authorities in the LF endemic areas and acceptance of program by population.
- Profile of the professionals involved in the program.
- Selected sentinel sites to assess the impact are suitable.
- Planned surveillance in the post-elimination IU that eliminated transmission, under NID control program or population studies.
- Appropriate techniques and diagnostic tools.
- Before implementing the TAS study all UI within the EU completed five rounds of MDA and drug coverage rates of over 65% of the population at risk in the UI and microfilaremia or antigenemia below 1% or 2 % respectively, in both sentinel and check posts.
- Adequate management of data generated by the program.
- Simplicity: distribution of drugs is simple and sources for the data are accessible.

## AREAS FOR IMPROVEMENT

(Worse evaluated items in self-assessment or compared to the regional average and/or weaknesses in comments)

Areas for improvement	Proposals
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sensitization and mobilization for the at risk population</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• This is a very important area that needs work. The MDA workers needs more training in order to make a bigger impact when talking to the at risk population.</li> <li>• There needs to be more public awareness initiatives to educate the public.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Health Centers lack capacity to offer disease management and MDA</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health Centres do lack capacity in some areas, there needs to be more training and an adequate workforce to carry out activities.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Staff working on LF programme not permanently designated</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staff working on MDA sponsored programme are not permanent staff. The Vector Control Services which manages all vector Bourne diseases countrywide therefore they manage Malaria, Dengue fever, Leishmaniasis, Filariasis etc.</li> </ul>



Organisation  
panaméricaine  
de la Santé



Organisation  
mondiale de la Santé  
BUREAU RÉGIONAL DES  
Amériques

- Periodic audits conducted by independent organizations or

- This is a great idea which would give the programme transparency and accountability which would give rise to a better functioning programme.

There needs to be a coverage survey to check the percent of population covered.

## Anexo 2d. PROGRAMME NATIONAL D'ELIMINATION DE LA FILARIOSE LYMPHATIQUE

# HAITI

### INFORMATION DE BASE

Analyse des questionnaires

Points forts et points à améliorer



5-7 Août 2014  
SAN JOSÉ (COSTA RICA)

## RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES

	AUTO-ÉVALUATION (0-100)	MOYENNE PRE* (0-100)
<b>PLANIFICATION ET STRATEGY</b>		
1. Les objectifs du programme sont clairement définis par le programme national d'élimination de la FL.	90	90
2. Toutes les unités endémiques d'implémentation sont couvertes par le Traitement Médicamenteux de Masse- TMM, et la couverture de la population à risque d'au moins 65% est atteinte.	70	73
3. Les sites sentinelles sélectionnés pour évaluer l'impact sont appropriés (population minimale de 500 personnes, la transmission élevé, stable et représentant la population, au moins un site par million de déploiement), et ont été maintenus tout au long de l'histoire du programme.	90	90
4. Dans l'unité de déploiement, il y a au moins une évaluation de site aléatoire pour chaque site sentinelle.	90	83
5. Les unités d'évaluation-UE retenues pour la surveillance de l'évaluation de la transmission (acronyme en anglais, TAS) sont appropriés:		
a) Elles répondent aux critères d'éligibilité TAS (couverture de plus de 65% en 5 tours consécutifs et microfilarémie ou antigénémie <1% et <2%, respectivement	90	79
b) population ne dépassant pas deux millions.	90	84
c) toutes les UI sont inclus dans l'UE	90	85
6. La sélection de la population objet de l'étude est appropriée dans les TAS critères:		
a) les études de la communauté comprennent les enfants de 6 à 7 ans d'âge, et/ou	90	88
b) dans les études dans les écoles, il est garanti que les études comprennent les étudiants des cours/degrés sélectionnés (habituellement le primaire et le secondaire)	90	70
7. Le programme développe des mesures de gestion, la morbidité et la prévention des incapacités, y compris la surveillance et l'évaluation.	50	47
8. Le programme national d'élimination comprend des stratégies de contrôle intégré des vecteurs ( <i>C. quinquefasciatus</i> , <i>Anopheles</i> , <i>Aedes</i> , <i>Mansonia</i> ) par exemple: insecticides d'intérieur, des billes de polystyrène dans des réservoirs ou des latrines septiques, moustiquaires imprégnés d'insecticide à long terme, gestion environnementale, et contrôle biologique.	10	40
9. Il s'effectue ou est prévu d'effectuer une surveillance de l'interface de la post-élimination dans les UI qui ont éliminé la transmission dans le cadre du programme des maladies infectieuses négligées- MINs, ou des études de population.	90	64

ITEM	AUTO-ÉVALUATION (0-100)	MOYENNE PRE* (0-100)
<b>PROFESSIONNELS</b>		
10. Les professionnels impliqués dans le programme répondent aux profils de compétences requises.	90	85
11. Le nombre de professionnels impliqués dans le programme est suffisant pour atteindre ses objectifs.	30	63
12. Les professionnels concernés reçoivent une formation adéquate dans les domaines relevant de leur compétence (distribution de médicaments, les techniques de diagnostic, l'analyse statistique, la prévention de l'invalidité, etc.).		
k) La distribution de médicaments	90	87
l) Les techniques de diagnostic (par exemple test immuno-chromatographiques TIC).	90	90
m) Suivi et évaluation (y compris l'analyse statistique).	50	74
n) La gestion de la maladie et la prévention de l'invalidité.	70	69
o) Contrôle intégrée des vecteurs.	30	70
13. La communication est fluide entre:		
d) Les dirigeants nationaux et des personnes de contact dans les unités participantes (groupes de travail, réunions, Internet..)	70	79
e) Les responsables au niveau national et le Programme Régional des Maladies Infectieuses Négligées.	70	81
f) Les responsables nationaux et le <i>Régional Program Review Group</i> .	50	77
<b>RESSOURCES ET PARTENARIATS</b>		
14. On recherche et maintient des partenariats avec d'autres institutions nationales et internationales, pour un soutien financier supplémentaire du programme.	90	68
15. Les ressources financières disponibles pour le programme sont gérées correctement en vue d'assurer sa mise en œuvre et la maintenance à long terme.	90	80
16. La population à risque et pour les unités de mise en œuvre du traitement médicamenteux de masse est à jour et fiable.	50	80
17. Il existe des systèmes d'enregistrement et de déclaration des effets indésirables aux médicaments inclus dans le programme.	90	67
18. Les résultats du programme au niveau national sont communiqués et diffusés aux unités participantes (feedback).	90	83
19. Les résultats sont communiqués régulièrement à d'autres institutions nationales et internationales (Ministère de la Santé Publique et de la Population, point focal de l'OPS / OMS,	90	77

l'autre).

ITEM	AUTO-ÉVALUATION (0-100)	MOYENNE PRE* (0-100)
<b>PROCESSUS</b>		
20. La révision des informations existantes sur les unités de mise en œuvre comprend des données publiées et non publiées sur la filariose, les rapports de soins de santé et la morbidité associée à l'hôpital.	30	51
21. Des techniques appropriées (TIC, frottis de sang ou cartes) sont utilisées pour la réalisation d'études de cartographie et le taux d'antigénémie positive ou de microfilaires est dûment surveillé.		88
22. La couverture des médicaments déclarés par les distributeurs de médicaments est fiable et analysée par groupe d'âge et le sexe.	70	87
23. La qualité des données de la couverture est vérifiée par des études de couverture de l'enquête avant le deuxième ou troisième tour de l'administration massive de médicaments, Traitement médicamenteux de masse TMM.	70	77
24. Pour l'évaluation TAS, les données ont été collectées à partir de sites sentinelles pour vérifier avant le premier tour de le TMM et au moins 6 mois après, le cinquième tour du traitement médicamenteux de masse-TMM (en option, également de 6 mois après le troisième tour du TMM).	90	82
25. Les outils de diagnostic (frottis de sang ou TIC) utilisés pour l'évaluation et les sites sentinelles de vérification sont appropriés.	90	87
26. Si d'autres maladies tropicales négligées sont endémiques MIN, l'évaluation TAS intègre l'analyse d'autres indicateurs (infection par exemple de helminthiases, des cas de lèpre (taches blanches ou invalidité...)).	70	68
27. Pour l'évaluation TAS, les TIC utilisés comme outils de diagnostic et la qualité du test est garantie:		
f) grâce à la vérification de la qualité du lot de contrôle positif dans au moins deux TIC.	90	83
g) les TIC ont été conservés dans les conditions indiquées par le fabricant pour un maximum de 9 mois (4 ° C et ne doivent être congelés à aucun moment)	50	82
28. la définition et le calcul de la taille de l'échantillon de l'étude TAS se fait en tenant compte des critères dans le Manuel TAS: vecteur prédominant, taux de scolarisation, nombre d'enfants âgés de 6-7 ans, et nombre de secteurs de dénombrement.	90	86
29. Les établissements de santé ont la gestion du protocole de la maladie et de la prévention de l'invalidité.	30	29
30. Des audits périodiques sont effectués par des organismes ou agences (RPRG ou autres) indépendantes.	50	22

	AUTO- ÉVALUATION (0-100)	MOYENNE PRE* (0-100)
<b>PRINCIPAUX RESULTATS</b>		
31. Les indicateurs utilisés pour surveiller la mise en œuvre et l'impact du programme sont les plus appropriés pour mesurer les objectifs de la surveillance.	90	74
32. Le programme est approprié, c'est à dire, les différentes étapes de la surveillance (par exemple, étant donné que l'événement de détection se produit jusqu'à ce que les activités et/ou des rapports de contrôle sont élaborés) se produisent sans délais importants.	70	73
33. Le programme est sensible, c'est-à-dire capable de détecter un pourcentage significatif de cas et les changements au fil du temps.	30	74
34. Les résultats du programme de surveillance sont complets (par exemple, quelques valeurs manquantes) et valables, en raison de la bonne qualité des données recueillies.	70	73
35. Les outils d'évaluation utilisés ont une valeur prédictive positive élevée, c'est à dire, les cas détectés sont ensuite effectivement confirmés.	70	80
36. Le programme à une bonne acceptabilité, c'est à dire, avec un fort degré de participation du personnel impliqué dans le suivi et de la communauté.	90	83
37. Le système est flexible, c'est à dire, il y a une bonne capacité de s'adapter aux changements des ressources disponibles et des possibilités logistiques ou des conditions de mise en œuvre (par exemple, de nouveaux événements de santé, les changements dans les définitions de cas ...).	90	84
38. Le programme est représentatif, à savoir les sites sentinelles et de vérification sont représentatifs de l'unité de déploiement.	90	87
39. Le système de surveillance est simple, c'est à dire, la distribution de médicaments est simple et les sources de ces données sont faciles et accessibles.	90	86
40. Le programme de surveillance est fiable (capacité de recueillir, d'analyser et de communiquer des informations sans fautes) et opérationnel en cas de besoin.	70	76
41. Avant la mise en œuvre de l'étude TAS toute l'interface utilisateur au sein de l'UE a achevé cinq tours de l'AMM avec un taux de plus de 65% de la population de couverture des médicaments à risque dans l'interface utilisateur et de microfilaires ou antigénémie en dessous de 1% ou 2 % respectivement dans les deux sentinelles et des postes de contrôle.	90	87
42. Les campagnes d'information sont efficaces, les communications et l'éducation destinée à la population sont faites.	90	81
43. La gestion des données générées par le programme est adéquate. Elle se fait en vue de d'élaborer un dossier national qui permettra à l'OPS/OMS de vérifier l'élimination une fois que l'interface utilisateur aura interrompu la transmission de FL.	90	83

\* MOYENNE PRE: moyenne régionale de tous les pays dans la même situation épidémiologique pre-élimination.

## POINTS FORTS

(Points ayant un résultat d'autoévaluation plus haut en absolu ou en comparaison avec la moyenne et points forts en commentaires)

- Volonté du gouvernement pour l'élimination de la FL.
- Collaboration entre les partenaires et le Ministère de la Santé pour l'élimination de la FL.
- Participation communautaire.
- Professionnels impliqués dans le programme répondent aux profils de compétences requises.
- Objectifs du programme sont clairement définis.
- Campagnes d'information sont efficaces, les communications et l'éducation destinée à la population sont faites.
- Volonté du gouvernement pour l'élimination de la FL.
- Collaboration entre les partenaires et le Ministère de la Santé pour l'élimination de la FL.
- Participation communautaire.
- Professionnels impliqués dans le programme répondent aux profils de compétences requises.
- Objectifs du programme sont clairement définis.
- Campagnes d'information sont efficaces, les communications et l'éducation destinée à la population sont faites.

## POINTS A AMELIORER

(Points ayant un résultat d'autoévaluation plus bas en absolu ou en comparaison avec la moyenne et points faibles en commentaires)

Points a ameliorer	Actions d'amélioration
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fonds pour la morbidité: gestion du protocole de la maladie et de la prévention de l'invalidité</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaidoyer au niveau local, régional et international pour mobiliser des fonds pour la prise en charge de la morbidité</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fonds pour la lutte anti vectorielle: programme national d'élimination comprend des stratégies de contrôle intégré des vecteurs</b></li> <li>• <b>Formation adéquate des professionnels concernés: contrôle intégrée des vecteurs</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaidoyer au niveau local</li> <li>• Plan intégré avec les autres maladies de transmission vectorielle.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Révision des informations existantes sur les unités de mise en œuvre (comprend des données publiées et non publiées sur la filariose, les rapports de soins de santé et la morbidité associée à l'hôpital)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer les données de la morbidité de la filariose dans le formulaire de rapport</li> <li>• Formation des prestataires sur la prise en charge de la morbidité</li> <li>• Formation des prestataires en ICT</li> <li>• Formation des techniciens de labo en microfilarémie</li> <li>• Décentraliser la prise en charge dans les zones à haute prévalence.</li> </ul>



# Anexo 2e. PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINACIÓN DE LA FILARIASIS LINFÁTICA

## REPÚBLICA DOMINICANA

### INFORMACIÓN DE PARTIDA

Análisis de cuestionarios

Fortalezas y áreas de mejora



5-7 de agosto de 2014

SAN JOSÉ (COSTA RICA)

## RESULTADO DE CUESTIONARIOS

	AUTO-EVALUACIÓN (0-100)	MEDIA PRE* (0-100)
<b>PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA</b>		
1. Los objetivos del programa están claramente definidos desde que se conformó el programa nacional de eliminación de FL.	90	90
2. Todas las unidades de implementación endémicas son cubiertas por la AMM y se alcanzan coberturas de población a riesgo de al menos el 65%.	81	73
3. Los sitios centinela seleccionados para evaluar el impacto son apropiados (población mínima de 500 personas, alta transmisión, población estable y representativa, al menos un sitio por millón de habitantes de la unidad de implementación), y se han mantenido a lo largo de la historia del programa.	90	90
4. Se dispone de al menos un sitio de valoración aleatorio por cada sitio centinela en la unidad de implementación.	76	83
5. Las unidades de evaluación seleccionadas para estudio de evaluación de la transmisión (siglas en inglés, TAS) son apropiadas:		
p) cumplen criterios de elegibilidad del TAS (cobertura superior al 65% en 5 rondas consecutivas y microfilaremia o antigenemia < 1% y < 2%, respectivamente)	80	79
q) población no mayor de dos millones.	80	84
r) todas las UI serán incluidas en una UE	80	85
6. La selección de la población objeto para realizar los estudios TAS sigue los criterios adecuados y garantiza que:		
a) en los estudios en la comunidad se incluyen los niños de 6 a 7 años de edad y/o	87	88
b) en los estudios en la escuela se garantiza la inclusión de todos los niños elegidos de los cursos/grados seleccionados (normalmente 1º y 2º grado)	54	70
7. El programa desarrolla planes de acción de manejo de la morbilidad y prevención de la discapacidad, incluyendo monitoreo y evaluación.	36	47
8. El programa nacional de eliminación incluye estrategias de control vectorial integrado ( <i>C. quinquefasciatus</i> , <i>Anopheles</i> , <i>Aedes</i> , <i>Mansonia</i> ): ej. insecticidas de interior, bolitas de poliestireno en fosas sépticas o letrinas, mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración, manejo ambiental y control biológico).	20	40
9. Se realiza o se ha planeado realizar vigilancia pos-eliminación en las UI que hayan eliminado la transmisión en el marco de los programa de control de EID o estudios poblacionales.	47	64

	AUTO- EVALUACIÓN (0-100)	MEDIA PRE* (0-100)
<b>PROFESIONALES</b>		
10. Los profesionales implicados en el programa se ajustan a los perfiles de competencia necesarios.	81	85
11. El número de profesionales implicados en programa es suficiente para el cumplimiento de sus objetivos.	70	63
12. Los profesionales implicados reciben entrenamiento adecuado en las áreas que sean de su competencia (distribución de medicamentos, técnicas diagnósticas, análisis estadísticos, prevención de la discapacidad...etc).		
a) Distribución de medicamentos.	90	87
b) Técnicas diagnósticas (ej. PIC).	90	90
c) Monitoreo y Evaluación (incluyendo análisis estadístico).	87	74
d) Manejo de la enfermedad y prevención de discapacidad.	81	69
e) Control vectorial integrado.	73	70
13. La comunicación es fluida entre:		
a) responsables nacionales y personas de contacto en las unidades participantes (grupos de trabajo, reuniones, Internet...).	84	79
b) responsables nacionales y el programa regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas	87	81
c) responsables nacionales y el Regional Program Review Group	84	77
<b>ALIANZAS Y RECURSOS</b>		
14. Se buscan y sostienen alianzas con otras instituciones nacionales e internacionales para obtener apoyo financiero adicional para el programa.	61	68
15. Los recursos financieros puestos a disposición del programa se gestionan de forma adecuada para garantizar su implementación y su mantenimiento a largo plazo.	76	80
16. La población total, en riesgo y objeto de AMM en las unidades de implementación está actualizada y es fiable.	84	80
17. Existen sistemas de registro y comunicación de eventos adversos de medicación incluida en el programa.	81	67
18. Los resultados del programa a nivel nacional son comunicados y difundidos a las unidades participantes (retroalimentación).	87	83
19. Los resultados se comparten periódicamente con otras instituciones nacionales e	76	77

internacionales (Ministerio de Salud, punto focal de OPS/OMS, otros).

	AUTO-EVALUACIÓN (0-100)	MEDIA PRE* (0-100)
<b>PROCESOS</b>		
20. La revisión de la información existente en las unidades de implementación incluye datos publicados y no publicados sobre filariasis, informes de servicios de salud y registros hospitalarios de morbilidad asociada.	41	51
21. Se emplean las técnicas apropiadas (frotis de sangre o tarjetas ICT) para la realización de los estudios de mapeo y se monitorea la tasa de positividad de antigenemia o microfilaremia.	87	88
22. La cobertura de medicamentos reportada por los distribuidores de medicamentos es fiable y se analiza por grupos de edad y por sexo.	87	87
23. La calidad de los datos de cobertura reportada se verificó mediante estudios de cobertura de encuesta antes de la segunda o tercera ronda de AMM.	90	77
24. Para la evaluación TAS, los datos fueron recolectados de los sitios centinela y de verificación antes de la primera ronda de AMM y al menos 6 meses después de la quinta ronda de AMM (opcional, también 6 meses después de la tercera ronda de AMM).	84	82
25. Las herramientas diagnósticas (frotis de sangre o PIC) empleadas para la evaluación en los sitios centinela y de verificación son apropiadas.	87	87
26. Si otras enfermedades infecciosas desatendidas- EID son endémicas, la evaluación TAS integra el análisis de otros indicadores (ej. Infección por geohelmintiasis, casos de lepra (manchas blancas o discapacidad...)).	67	68
27. Para la evaluación TAS se utilizan las PIC como herramientas diagnósticas y se garantiza la calidad de los test:		
a) a) verificando la calidad del lote con control positivo en al menos dos PIC.	81	83
b) b) que las PIC se han conservado en las condiciones indicadas por el productor por un máximo de 9 meses (4°C y no se deben congelar en ningún momento)	84	82
28. El diseño y cálculo del tamaño muestral del estudio TAS se realiza teniendo en cuenta los criterios indicados en el manual TAS: tipo de vector predominante, tasa de escolaridad, número de niños de 6-7 años, y número de áreas de enumeración.	84	86
29. Los establecimientos de salud disponen de protocolo de manejo de la enfermedad y prevención de discapacidad.	13	29
30. Se realizan auditorías periódicas llevadas a cabo por agencias u organismos independientes (RPRG u otros).	19	22

	<b>AUTO- EVALUACIÓN (0-100)</b>	<b>MEDIA PRE* (0-100)</b>
<b>RESULTADOS CLAVE</b>		
31. Los indicadores utilizados para monitorear la implementación del programa y su impacto son los más adecuados para medir los objetivos de dicha vigilancia.	73	74
32. El programa es oportuno, es decir, las diferentes fases de la vigilancia (ej, desde que se produce la detección de caso hasta que se desarrollan las actividades de control y/o reportes) se suceden sin demoras significativas.	76	73
33. El programa es sensible, es decir, tiene capacidad para detectar un porcentaje significativo de casos y cambios a lo largo del tiempo.	73	74
34. Los resultados del programa de vigilancia son completos (ej, pocos valores perdidos) y válidos, debido a la buena calidad de los datos recopilados.	70	73
35. Las herramientas de evaluación utilizadas tienen un valor predictivo positivo elevado, es decir, los casos detectados luego son realmente confirmados.	76	80
36. El programa tiene buena aceptabilidad, es decir, el grado de participación del personal implicado en la vigilancia y de la comunidad es elevado.	84	83
37. El sistema es flexible, es decir, tiene capacidad para adaptarse a cambios en los recursos y posibilidades logísticas disponibles o en las condiciones de implementación (ej, nuevos eventos de salud, cambios en las definiciones de caso...).	90	84
38. El programa es representativo, es decir, los sitios centinela y de verificación son representativos de la unidad de implementación.	87	87
39. El sistema de vigilancia es sencillo, es decir, la distribución de medicamentos es simple y las fuentes para obtener los datos son fáciles y accesibles.	87	86
40. El programa de vigilancia es fiable (posibilidad de recopilar, analizar y proporcionar información sin fallos) y se encuentra operativo siempre que se necesita.	79	76
41. Antes de implementar el estudio TAS todas las UI dentro de la UE completaron cinco rondas de AMM y con tasas de cobertura de medicamentos de más del 65% de la población en riesgo en la UI y con microfilaremia o antigenemia por debajo del 1% o 2% respectivamente en ambos puestos centinela y de verificación.	90	87
42. Se realizan campañas efectivas de información, comunicación y educación dirigidas a la población.	87	81

43. La gestión de los datos generados por el programa es adecuada y se está compilando para elaborar un dossier nacional que permita solicitar a OPS/OMS la verificación de la eliminación una vez todas las UI hayan interrumpido la transmisión de FL.

81

83

\* MEDIA PRE: media regional de los países que están en la misma situación epidemiológica pre-eliminación.

## FORTALEZAS

(Aspectos con mejor autoevaluación absoluta o en comparación con la media y/o puntos fuertes en comentarios)

- Equipo PELF de alta capacidad y compromiso.
- Alta flexibilidad organizacional.
- Credibilidad frente a comunidad y a las autoridades de salud.
- Coberturas AMM apropiadas y verificadas mediante encuestas.
- Monitoreos y Estudios TAS realizados en focos eliminados.
- Apoyo sostenido OPS/OMS.
- Equipo PELF de alta capacidad y compromiso.
- Alta flexibilidad organizacional.
- Credibilidad frente a comunidad y a las autoridades de salud.
- Coberturas AMM apropiadas y verificadas mediante encuestas.
- Monitoreos y Estudios TAS realizados en focos eliminados.
- Apoyo sostenido OPS/OMS.
- Equipo PELF de alta capacidad y compromiso.

## ÁREAS DE MEJORA

(Aspectos con peor autoevaluación absoluta o en comparación con la media y/o puntos débiles en comentarios)

Áreas de mejora	Propuestas
<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de Promoción del equipo regional hacia equipo nacional (equipo regional -Foco Suroeste-trabajando en ámbito nacional)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reingeniería del Equipo PELF para convertir los puestos locales en puestos nacionales.</li> <li>Ampliar competencias del Equipo PELF no sólo territoriales, sino sobre otros programas de las EIDs.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Escasez de recursos propios: recursos humanos y materiales. Herramientas de trabajo insuficientes (ej, vehículos de transporte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acorde con la reingeniería, completar la plantilla de los recursos humanos.</li> <li>Abogacía frente a autoridades de salud para aprobación de los presupuestos y facilitar su posterior ejecución de manera íntegra.</li> <li>Enfatizar el logro de alianzas.</li> <li>Integrar acciones programáticas con las de otras EIDs, para sinergias y reducción de costos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Escasa acción de manejo de la morbilidad y prevención de la discapacidad, incluyendo monitoreo y evaluación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar Censo Nacional de Morbilidad Crónica por Filariasis Linfática (actualmente sólo tenemos censos de morbilidad para los focos intervenidos)</li> <li>Capacitación del Primer Nivel de Atención para el Diagnóstico y Tratamiento de la Morbilidad Crónica y las crisis y complicaciones de filariasis linfática.</li> <li>Promover y Desarrollar la Notificación de Casos.</li> <li>Desarrollar un Sistema de Indicadores de Evaluación del Impacto de los Servicios en la evolución de los casos.</li> <li>Promover el restablecimiento del Programa de Cirugía de Hidroceles atribuible a Filariasis Linfática.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de seguimiento adecuado del sistema de vigilancia y de posible reintroducción por población inmigrante (ej, Haití)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir un sistema de vigilancia proactivo y no meramente reactivo (como el que tenemos actualmente). Se requiere asesoría al respecto.</li> <li>Estratificar las Unidades de Intervención (IU) por Riesgo de Reintroducción o Exacerbación de la Transmisión.</li> <li>Valorar estrategias de prevención sostenidas y sostenibles para aplicar en IU de alto riesgo (Por ej.: Uso de DEC-Salt en IU de alto riesgo hasta eliminación de los criterios que la colocan como de alto riesgo).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Necesidad de ampliar la implementación de estrategias de control vectorial integrado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporar la Evaluación Entomológica entre los Criterios para estratificación de las IUs.</li> <li>Mejorar la comunicación con las Unidades Provinciales de Entomología para obtener información continua y oportuna de las condiciones de criaderos e infestación por <i>Culex quinquefasciatus</i>.</li> </ul>

- Falta de apoyo presupuestario y burocracia administrativa de Ministerio de Salud

- Elaboración y sometimiento oportuno del Presupuesto para el PELF.
- Solicitudes de Desembolsos para Acciones Presupuestadas con suficiente antelación.
- Cabildeo mediante padrinos.
- Sometimientos de Propuestas para Financiamiento por Instituciones



## IMPLEMENTATION PROGRAM OR PLAN:

# COUNTRIES THAT ARE NOT CONSIDERED ENDEMIC LYMPHATIC FILARIASIS AREAS SINCE 2011

## SURINAME

### INITIAL INFORMATION

Questionnaire analysis

Strengths and areas for improvement



August 5-7, 2014

SAN JOSÉ (COSTA RICA)

## QUESTIONNAIRE RESULTS

	SELF ASSESSMENT (0-100)	AVERAGE POST* (0-100)
<b>PLANNING AND STRATEGY</b>		
1. The objectives of the LF post-elimination surveillance have been clearly defined (integrated or not with other Neglected Infectious Diseases -NIDs-).	70	66
2. The LF post-elimination surveillance is integrated within the framework of other NID control programs, or population studies.	80	54
3. Strategies for disease management and prevention (MMPD) of remaining cases are planned.	80	65
<b>PROFESSIONALS</b>		
4. Enough professionals are available for monitoring the post-elimination phase of a possible reintroduction of LF (integrated or not with other NIDs.)	60	70
5. Training activities are conducted for professionals working on post-elimination surveillance, in the following areas of competence:		
a) Surveillance actions to prevent and identify the early detection of a LF transmission resurgence (integrated or not with other NIDs.)	50	54
b) Monitoring and evaluation (including statistical analysis).	50	45
c) Integrated Vector Surveillance (i.e. xenomonitoring).	50	40
d) Disease management and prevention of residual disability**	30	40
6. Fluid communication between:		
a) Responsible national staff and contact persons in the participating units (working groups, meetings, internet ...)	70	70
b) Responsible national staff and the regional programs of Neglected Infectious Diseases.	60	65
c) Responsible national staff and the Regional Program Reviewing Group.	10	50
<b>RESOURCES AND PARTNERSHIPS</b>		
7. There are partnerships and/or financial support to develop monitoring plan post LF elimination.	70	55
8. The financial resources available for the post-elimination program, or the NID programs, are managed properly to ensure its implementation and long-term maintenance.	80	70

9. The results of monitoring at the national level are communicated and disseminated to the participating units (feedback).	70	80
10. The monitoring results are shared regularly with other national and international institutions (Ministry of Health, PAHO/WHO focal points, and others).	70	80

	SELF ASSESSMENT (0-100)	AVERAGE POST (0-100)
<b>PROCESSES</b>		
11. Surveillance strategies for early detection of LF transmission reintroduction (i.e., sentinel sites in primary care, integrated to surveillance of malaria or other NIDs, in blood banks, among military or college students who have been in endemic countries before returning home ...)	40	40
12. Risk of a LF resurgence in areas with high immigrant population from endemic countries, has been evaluated.	70	55
13. Former LF endemic areas receive:		
a) Integrated treatment for the control of other existing NIDs in the community (i.e. STH)	30	35
b) treatment for the prevention of morbidity and disability caused by remnant LF		50

<b>KEY RESULTS</b>		
14. Indicators are available to monitor LF surveillance post-elimination (integrated or not with other NIDs), and its impact.	70	55
15. If you have implemented a plan or program of post-elimination surveillance, it has proven reliable in detecting possible cases of LF that could reintroduce the transmission in the country.	70	70
16. If you have implemented post elimination surveillance plan or program, it has a simple methodology.	70	74
17. In the post-elimination phase, the development of effective information campaigns, communications, and education campaigns for the population, are integrated with other NIDs.	50	40

\*AVERAGE POST: regional average from all the countries in the same post-elimination epidemiological situation.

\*\*No remaining clinical cases

## STRENGTHS

(Top items in self-assessment or compared to the regional average and/or strengths in comments)

- There is much experience in management and control of infectious diseases
- There is assurance of political commitment
- There is a working infrastructure and collaboration at National level
- Relatively small country and population size and even smaller target group

## AREAS FOR IMPROVEMENT

(Worse evaluated items in self-assessment or compared to the regional average and/or weaknesses in comments)

Areas for improvement	Proposals
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Staff organisation: understaffed with regard to highly educated professionals, challenge to free-up local staff to participate in long-term activities...</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staff in other areas of government and other non governmental organizations must be identified to participate in NTD activities.</li> <li>• Financial/ resources should be mobilized and secured.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Currently PC is not yet implemented in former LF endemic areas (STH treatment occurs through the Primary Healthcare system at local clinics - everywhere-</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concept of PC not generally accepted.</li> <li>• -Proof of endemicity or local transmission needs to be given for authorities to endorse and commit themselves.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Surveillance strategies for early detection of LF transmission reintroduction (planned but not implemented)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financial support to secure availability of tools (ICT cards, lab necessities...) should be provided through the regional program.</li> <li>• Guidelines for surveillance through sentinel sites established and accepted nationally.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inter-sectoral and multi-lateral collaboration undefined. Communication between responsible national staff and the Regional Program Reviewing Group</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formal and regular communication between stake holders nationally and regionally established.</li> <li>• Communication should solve the issue of implementation of sentinel sites surveillance.</li> <li>• Emphasis should be given to elimination efforts in Guyana and to the 3 country collaboration plan (SUR, T&amp;T and GUY as a part of it</li> </ul>

- Financially low priority (locally and internationally)

- External financing should complement government input.
- Financing cleaning up campaigns for CHIK chikungunya broadened to also include cleaning up of culex breeding places.



INTERVENTION PROGRAM OR PLAN:

NOT CONSIDERED ENDEMIC LYMPHATIC

FILARIASIS AREAS SINCE 2011

## TRINIDAD AND TOBAGO

### INITIAL INFORMATION

Questionnaire analysis

Strengths and areas for improvement



August 5-7, 2014

SAN JOSÉ (COSTA RICA)

## QUESTIONNAIRE RESULTS

	SELF ASSESSMENT (0-100)	AVERAGE POST* (0-100)
<b>PLANNING AND STRATEGY</b>		
1. The objectives of the LF post-elimination surveillance have been clearly defined (integrated or not with other Neglected Infectious Diseases -NIDs-).	70	66
2. The LF post-elimination surveillance is integrated within the framework of other NID control programs, or population studies.	30	54
3. Strategies for disease management and prevention (MMPD) of remaining cases are planned.	30	65
<b>PROFESSIONALS</b>		
4. Enough professionals are available for monitoring the post-elimination phase of a possible reintroduction of LF (integrated or not with other NIDs.)	80	70
5. Training activities are conducted for professionals working on post-elimination surveillance, in the following areas of competence:		
e) Surveillance actions to prevent and identify the early detection of a LF transmission resurgence (integrated or not with other NIDs.)	60	54
f) Monitoring and evaluation (including statistical analysis).	30	45
g) Integrated Vector Surveillance (i.e. xenomonitoring).	50	40
h) Disease management and prevention of residual disability.	10	40
6. Fluid communication between:		
d) Responsible national staff and contact persons in the participating units (working groups, meetings, internet ...)	70	70
e) Responsible national staff and the regional programs of Neglected Infectious Diseases.	70	65
f) Responsible national staff and the Regional Program Reviewing Group.	70	50
<b>RESOURCES AND PARTNERSHIPS</b>		
7. There are partnerships and/or financial support to develop monitoring plan post LF elimination.	30	55
8. The financial resources available for the post-elimination program, or the NID programs, are managed properly to ensure its implementation and long-term maintenance.		70

9. The results of monitoring at the national level are communicated and disseminated to the participating units (feedback).	90	80
10. The monitoring results are shared regularly with other national and international institutions (Ministry of Health, PAHO/WHO focal points, and others).	90	80

	SELF ASSESSMENT (0-100)	AVERAGE POST* (0-100)
<b>PROCESSES</b>		
11. Surveillance strategies for early detection of LF transmission reintroduction (i.e., sentinel sites in primary care, integrated to surveillance of malaria or other NIDs, in blood banks, among military or college students who have been in endemic countries before returning home ...)	30	40
12. Risk of a LF resurgence in areas with high immigrant population from endemic countries, has been evaluated.	70	55
13. Former LF endemic areas receive:		
c) Integrated treatment for the control of other existing NIDs in the community (i.e. STH)	10	35
d) treatment for the prevention of morbidity and disability caused by remnant LF	40	50

<b>KEY RESULTS</b>		
14. Indicators are available to monitor LF surveillance post-elimination (integrated or not with other NIDs), and its impact.	70	55
15. If you have implemented a plan or program of post-elimination surveillance, it has proven reliable in detecting possible cases of LF that could reintroduce the transmission in the country.	80	70
16. If you have implemented post elimination surveillance plan or program, it has a simple methodology.	90	74
17. In the post-elimination phase, the development of effective information campaigns, communications, and education campaigns for the population, are integrated with other NIDs.	30	40

\*AVERAGE POST: regional average from all the countries in the same post-elimination epidemiological situation

## STRENGTHS

(Top items in self-assessment or compared to the regional average and/or strengths in comments)

- Objectives of the LF post-elimination surveillance clearly defined

- Ministry of Health commitment to the programme
- Technical support from PAHO, LF programme and collaboration with other participating units
- Vigilant surveillance system
- Laboratory, drugs and other resources to manage cases and/or resurgence
- Objectives of the LF post-elimination surveillance clearly defined
- Ministry of Health commitment to the programme

## AREAS FOR IMPROVEMENT

(Worse evaluated items in self-assessment or compared to the regional average and/or weaknesses in comments)

Areas for improvement	Proposals
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LF post-elimination surveillance strategies integrated within the framework of other NID control programs.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strengthen Case based Surveillance (case detection and reporting) through routine surveillance.</li> <li>• Identify viable and practical ways of integrating LF and Leprosy program.</li> <li>• Collaborate with other neighbouring countries and territories on LF joint surveillance.</li> <li>• Review all cases managed.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Little technical knowledge in new health personnel not expose to disease.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensitization of primary health care workers on LF and case management of ADLA.</li> <li>• Develop newsletter for NID including LF to sensitize all relevant health workers.</li> <li>• Sensitization of medical schools and other training institutions on NID including LF managing morbidity and disability.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Less interest in country due to absence of LF for such a long time: information, sensitization, and education campaigns for the population integrated with other NIDs.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identify and map stakeholders for planning educational campaign.</li> <li>• Conduct stakeholders meeting for sensitization.</li> <li>• Support integrated vector control programme.</li> <li>• Community mobilization and communication.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Partnerships, financial support and/or training in monitoring and evaluation (including statistical analysis).</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advocacy for resources allocation for Post LF elimination surveillance.</li> <li>• Sensitization of policy makers on the importance of monitoring of LF.</li> <li>• Define the indicators and targets to be monitored for Trinidad and Tobago.</li> </ul>

- Annual morbidity and disability reporting.

**Anex 3a. PROGRAMA O PLAN DE POSELIMINACION: PAISES  
QUE NO SON CONSIDERADOS ENDEMICOS PARA FILARIASIS  
LINFATICA DESDE EL 2011**

## MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

**Nota:** matriz disponible en ingles.

A continuación, se exponen por bloques de áreas de mejora, los listados de propuestas seleccionadas por los grupos focales. Según su criterio, **puntúe de 1 a 5** cada una de las propuestas listadas **según su importancia, urgencia y viabilidad**. Marque con una X.

5-7 de agosto de 2014

SAN JOSÉ (COSTA RICA)

<b>ÁREA DE MEJORA</b> <b>Se requiere evaluación del riesgo de reintroducción de LF en áreas que reciben población inmigrante procedente de países altamente endémicos.</b>	Importancia (I)					Urgencia (U)					Viabilidad (V)					TOTAL= I x U x V
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Reforzar la vigilancia a través de la notificación utilizando los sistemas de vigilancia existentes o aprovechando las nuevas tecnologías existentes																
Fomentar actividades de vigilancia, intercambio de información epidemiológica y colaboración entre países (ej. en países con situación epidemiológica similar y con proximidad geográfica).																
Identificar áreas de alto riesgo de reintroducción de la FL para focalizar la vigilancia																
Apoyo financiero para asegurar la disponibilidad de herramientas para la vigilancia (ICT, y otras necesidades del laboratorio...)																
Guías para la vigilancia integrada con otras EIDs existentes a través de sitios centinela																

<b>ÁREA DE MEJORA</b> <b>Se debe organizar los recursos humanos y capacitar a los profesionales en vigilancia vectorial integrada (ej, xenomonitoreo).</b>	Importancia (I)					Urgencia (U)					Viabilidad (V)					TOTAL= I x U x V
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Alianza con universidades y otras instituciones para capacitar en entomología medica																
Crear grupos técnicos nacionales de enfermedades de transmisión vectorial (promoviendo sinergismo entre dengue malaria y otras EIDs).																
Identificar indicadores ambientales y sociales que favorecen el desarrollo de vectores para seleccionar áreas de alto riesgo y priorizar la vigilancia en estas zonas.																

<b>ÁREA DE MEJORA</b> <b>Baja priorización y sensibilización política. Campañas de información, comunicación y educación dirigidas a la población.</b>	<b>Importancia (I)</b>					<b>Urgencia (U)</b>					<b>Viabilidad (V)</b>					<b>TOTAL=</b> <b>I x U x V</b>
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Desarrollo de comisión nacional y grupos técnicos nacionales de enfermedades de transmisión que incluyan comunicación, promoción de la salud y prevención (sinergismo entre varias EIDs)																
Identificar socios gubernamentales o no y alianzas para difundir y desplegar campañas de educación dirigidas a la población																
Aprovechar fondos destinados a otras campañas (p.e. chikungunya) para la limpieza y el control de zonas de reproducción de <i>Culex</i> .																

## Anex 3b. PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINACIÓN DE LA FILARIASIS LINFÁTICA

# MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

A continuación, se exponen por bloques de áreas de mejora, los listados de propuestas seleccionadas por los grupos focales. Según su criterio, **puntúe de 1 a 5** cada una de las propuestas listadas **según su importancia, urgencia y viabilidad**. Marque con una X.

5-7 de agosto de 2014

SAN JOSÉ (COSTA RICA)

<b>ÁREA DE MEJORA</b> <b>Promoción y reconocimiento de los profesionales implicados en los programas de EID.</b>	<b>Importancia (I)</b>					<b>Urgencia (U)</b>					<b>Viabilidad (V)</b>					<b>TOTAL=</b> <b>I x U x V</b>
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Ampliar competencias y responsabilidades de profesionales sumando otros programas de EID puestos en marcha																
Promover contratos de larga duración y estables.																
Puesta en marcha de estrategias de apoyo psicológico y social a profesionales implicados en el manejo de la enfermedad																
Fomentar incentivos a profesionales asociados al cumplimiento de objetivos: intercambios con centros de referencia, asistencia a jornadas o congresos, soporte metodológico para publicaciones																

<b>ÁREA DE MEJORA</b> <b>Promoción y reconocimiento de los profesionales</b> <b>implicados en los programas de EID.</b>	<b>Importancia</b> <b>(I)</b>					<b>Urgencia</b> <b>(U)</b>					<b>Viabilidad</b> <b>(V)</b>					<b>TOTAL=</b> <b>I x U x V</b>
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Ampliar competencias y responsabilidades de profesionales sumando otros programas de EID puestos en marcha																
Promover contratos de larga duración y estables.																
Puesta en marcha de estrategias de apoyo psicológico y social a profesionales implicados en el manejo de la enfermedad																
Fomentar incentivos a profesionales asociados al cumplimiento de objetivos: intercambios con centros de referencia, asistencia a jornadas o congresos, soporte metodológico para publicaciones																

## Anexo 4. LISTADO DE ACCIONES Y NECESIDADES ORDENADOS SEGÚN ÍNDICE DE PRIORIZACIÓN (IP)

---

### a. Programas de eliminación de FL

<b>PROPUESTAS</b>	
<b>Falta de reconocimiento y necesidad de promoción de profesionales implicados</b>	<b>IP</b>
1. Fomentar incentivos a profesionales asociados al cumplimiento de objetivos: intercambios con centros de referencia, asistencia a jornadas o congresos, soporte metodológico para publicaciones	64,50
2. Ampliar competencias y responsabilidades de profesionales sumando otros programas de EID puestos en marcha	50,10
3. Promover contratos de larga duración y estables	49,50
4. Puesta en marcha de estrategias de apoyo psicológico y social a profesionales implicados en el manejo de la enfermedad	40,30

<b>PROPUESTAS</b>	
<b>Necesidad de implantar o reforzar las estrategias de control vectorial integrado con otras ETDs una vez asegurada la Administración Masiva de Medicamentos (AMM)</b>	<b>IP</b>
1. Campañas de sensibilización y empoderamiento a las comunidades para fomentar la protección individual frente a vectores	82,44
2. Coordinación del sector salud con otros ministerios o sectores para la implementación de estrategias de control vectorial	59,70
3. Descentralización del manejo integrado de vectores a niveles subnacionales	55,70
4. Expandir áreas de actuación de vigilancia y control de vectores para reducir la transmisión	48,89
5. Análisis basal del solapamiento y de las características de los vectores transmisores de EID para el diseño de plan integral y priorización de acciones de control integrado (fumigación, mosquiteros,...etc)	38,67

PROPUESTAS	
Escasa acción de manejo de la morbilidad y prevención de la discapacidad (MMPD).	IP
1. Realización de análisis basal para cuantificar y desarrollar censo de carga de morbilidad	78,70
2. Establecer alianzas a nivel local, regional, nacional, e internacional para el manejo de la morbilidad (unidades de cirugía, fisioterapeuta,...)	61,50
3. Campañas de capacitación para el primer nivel de atención primaria para el diagnóstico y tratamiento de la morbilidad crónica	52,00
4. Promover la utilización de sistemas de notificación de casos entre los profesionales utilizando las nuevas tecnologías disponibles	48,60
5. Estrategia de formación descentralizada mediante de talleres de capacitación de facilitadores	45,80
6. Alianzas con universidades y academias para incluir el manejo de la morbilidad y la prevención de la discapacidad en los currículum de formación estudiantes integrando varias EID	45,70
7. Puesta en marcha de intervenciones en coordinación con otros sectores e instituciones para aliviar el impacto social y económico de la morbilidad en los pacientes	45,00
8. Desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación de indicadores de las estrategias de manejo de la morbilidad y prevención de la discapacidad	43,60
9. Creación y certificación de módulos para el aprendizaje a distancia dirigidos a profesionales de la salud involucrados en el MMPD	42,22

PROPUESTAS	
Falta de seguimiento adecuado del sistema de vigilancia y de posible reintroducción por población inmigrante.	IP
1. Fomentar actividades de vigilancia, intercambio de información epidemiológica y colaboración entre países (ej. en países con situación epidemiológica similar o con proximidad geográfica)	59,80
2. Desarrollar e implementar sistemas de vigilancia proactivos	49,56

3. Estratificar las unidades de implementación por riesgo de reintroducción o exacerbación de la transmisión y aplicar estrategias de prevención en las de alto riesgo	41,00
4. Distribución de sal fortificada con DEC en áreas con alto riesgo de reintroducción de la transmisión de FL (áreas con inmigrantes procedentes de áreas endémicas)	20,60

PROPUESTAS	
<b>Se requieren auditorías periódicas llevadas a cabo por agencias u organismos independientes para continuar mejorando.</b>	<b>IP</b>
1. Planificación de auditorías independientes para evaluación de aspectos clave de los programas (ej, donación de medicamentos, cobertura reportada vs encuestada, criterios de elegibilidad del TAS, dossiers y proceso de verificación de la eliminación del TAS)	51,10

b. Planes post-eliminación de FL

PROPUESTAS	
<b>Se requiere evaluación del riesgo de reintroducción de LF en áreas que reciben población inmigrante procedente de áreas altamente endémicas.</b>	<b>IP</b>
1. Reforzar la vigilancia a través de la notificación utilizando los sistemas de vigilancia existentes o aprovechando las nuevas tecnologías existentes	64,83
2. Fomentar actividades de vigilancia, intercambio de información epidemiológica y colaboración entre países (ej. en países con situación epidemiológica similar y con proximidad geográfica).	57,33
3. Identificar áreas de alto riesgo de reintroducción de la FL para focalizar la vigilancia	48,67
4. Guías para la vigilancia integrada con otras EIDs existentes a través de sitios centinela	40,50
5. Apoyo financiero para asegurar la disponibilidad de herramientas para la vigilancia (ICT, y otras necesidades del laboratorio...)	34,67

PROPUESTAS	
<b>Se deben organizar los recursos humanos y capacitar a los profesionales en vigilancia vectorial integrada en un marco común con otras NTDs..</b>	<b>IP</b>

1. Crear grupos técnicos nacionales de enfermedades de transmisión vectorial (promoviendo sinergismo entre dengue malaria y otras EIDs).	92,83
2. Alianza con universidades y otras instituciones para capacitar en entomología medica	67,00
3. Identificar indicadores ambientales y sociales que favorecen el desarrollo de vectores para seleccionar áreas de alto riesgo y priorizar la vigilancia en estas zonas.	57,17

PROPUESTAS	
Baja priorización y sensibilización política. Campañas de información, comunicación y educación dirigidas a la población.	IP
1. Desarrollo de comisión nacional y grupos técnicos nacionales de enfermedades de transmisión que incluyan comunicación, promoción de la salud y prevención (sinergismo entre varias EIDs)	74,67
2. Aprovechar fondos destinados a otras campañas (p.e. chikungunya) para la limpieza y el control de zonas de reproducción de <i>Culex</i> .	52,50
3. Identificar socios gubernamentales o no y alianzas para difundir y desplegar campañas de educación dirigidas a la población	49,33