

## **7ª Reunión del Consejo Asesor Externo (CAE)**

Fecha: 15 de octubre de 2024 (9h-13h – Santa Cruz de la Sierra, Bolivia)

Participantes: Andrea Silvestre (Investigadora Principal); Debbie Vermeij (Directora Ejecutiva); Tiago Nery\* (Asesor Político); Justo Chungara (MSyD/Bolivia); Roxana Salamanca (MSyD/Bolivia - Unidad de Prevención y Control de Enfermedades); Evelin Fortún (INLASA/Bolivia); Francisco Edilson (MS/Brasil-Coordinación General de Vigilancia de Zoonosis y Enfermedades Transmitidas por Vectores); Rawlinson Rodrigues (MS/Brasil-Asesoría Internacional); Sandra Irala (MS/Paraguay-Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud); Martha Torales (MS/Paraguay-Programa Nacional de Vigilancia en Enfermedades Vectoriales); Luz Estella Ríos Marín (MS/Colombia-Subdirección de Enfermedades no Transmisibles); Elvira Hernández (FINDECHAGAS); Héctor Coto (OPS)\*; Pedro Albajar (OMS)\*; Mariam Toure (Unitaid) (\*participación remota).

### **1. Apertura de la 7ª reunión del CAE**

Este documento contiene los principales puntos discutidos durante la **7ª Reunión del Consejo Asesor Externo (CAE)**, ocurrida el 15 de octubre de 2024, en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, durante el encuentro anual del proyecto CUIDA Chagas. Inicialmente, hubo una breve ronda de presentación y presentación de la agenda de la reunión.

### **2. Actualización de los protocolos de cada país**

La Dra. Silvestre presentó un panorama general del proyecto. En junio 2024, fue confirmada por Unitaid la extensión sin costos del proyecto para Unitaid y el Ministerio de Salud (MS) de Brasil hasta octubre 2026. Diferentes contingencias (pandemia, aprobaciones éticas, cuestiones logísticas) provocaron retrasos en el inicio del proyecto. Todas las actividades de campo se extienden hasta junio de 2026, de manera que haya un periodo de elaboración de informes para Unitaid.

En **Brasil**, se iniciaron las actividades de testeo en campo de Implementación y Validación en 2023. **Implementación.** Siguen las actividades de testar, cuidar y tratar en los 5 territorios. Todas las unidades de salud están en actividad. Brasil ha evaluado el 25% del número de personas previstas. Para 2025, la estimativa es evaluar el 50% de la meta brasileña. En 2026, serán evaluadas el 25%. Los procesos de capacitación de los profesionales de salud están en una segunda oferta. Más de 700 profesionales de la Atención Primaria en Salud (APS) fueron capacitados en la primera oferta del curso del campus Fiocruz Virtual (remoto y presencial). Varias actividades de comunicación y participación comunitaria siguen ocurriendo. Hay cursos de formación de liderazgos con una metodología desarrollada a partir de reuniones presenciales en cada uno de los municipios. Identificación de líderes, discusión de los procesos de formación y comprensión acerca la enfermedad de Chagas (EC), de los sistemas de salud de cada país. En el último congreso de Medicina Tropical en Brasil, los líderes participaron del Fórum Nacional de Personas Acometidas por Enfermedades Desatendidas para

intercambiar experiencias con otras personas afectadas por enfermedades desatendidas.

Siguen las acciones en las escuelas y campañas sobre EC no solamente en el día mundial de EC y de las enfermedades desatendidas. Fueron realizadas acciones para incrementar el número de testeos y el conocimiento de la población sobre la necesidad de buscar las unidades de salud. Una barrera identificada fue que, muchas veces, las mujeres que buscan los servicios de salud son las mismas que ya hacen algún atendimento. Las mujeres en edad fértil (MEF), que habitualmente no van a las unidades de salud, no estaban siendo testadas. Mismo que estén asintomáticas, las MEF deben procurar el testeo, de manera que, una vez positivas, sus hijos y familiares puedan también ser evaluados, testados y tengan acceso al tratamiento. Por eso, la importancia de campañas en las comunidades. En 3 de los campos, fueron creados grupos de autocuidado con metodología construida junto a las personas afectadas y los profesionales de salud, a partir de un curso con diez encuentros donde temas específicos están siendo discutidos visando intercambio de experiencias. A pesar de los avances, hay necesidad de ampliar el acceso y el número de personas testadas.

**Validación** de un algoritmo de diagnóstico de EC crónico basado en pruebas rápidas. La Fase 1 del estudio, iniciada en julio de 2023, fue concluida. Fueron realizadas los análisis de datos y tenemos el resultado de las tres pruebas rápidas, de las cuales dos seguirán para la Fase 2, cuyos campos de actuación (Janaúba, Riachão das Neves en la atención primaria e INI-Fiocruz, Rio de Janeiro) ya fueron definidos. La prevalencia estimada de los sitios de atención primaria es más elevada que la prevalencia nacional. El algoritmo identificado precisa ser validado en unidades de salud de la APS para que sea evaluada la viabilidad y efectividad de los testes. La Fase 2 debe empezar en enero de 2025. Al insertar el brazo de genotipaje tras la emenda encaminada a la OMS, Brasil empezó una Fase 1 modificada asociada al ensayo clínico BENBRASIL. Por lo tanto, los sueros de los pacientes positivos de los cinco territorios brasileños (de las 5 macrorregiones del país) serán evaluados también respecto a las pruebas rápidas y el genotipaje (efectividad de las pruebas según el patrón genético del *T. cruzi*).

**BENBRASIL.** Inicio de las actividades en marzo 2024, actualmente todos los 5 campos representativos de las diferentes macrorregiones del país están en periodo de reclutamiento (Manaus-Norte, Goiânia-Centro-Oeste, Montes Claros-Sudeste, Recife-Nordeste, Santa Maria-Sur), garantizando la diversidad tanto del patrón epidemiológico de la EC cuanto del patrón genético del *T. cruzi*. Será evaluada la eficacia del tratamiento con benznidazol (Bz) en tiempo padrón de tratamiento (60 días). Habrá también un estudio de Fase IIA, que compara la efectividad entre Bz e nirfutimox (Nf) solamente em Montes Claros (Minas Gerais). Desafíos: dificultades de reclutamiento en Manaus y Santa Maria; variabilidad de respuesta serológica, especialmente con el *T. cruzi* de tipo 1 (que circula en Amazonia brasileña, Colombia y Centro-América, como México); encontrar personas con EC crónica en Manaus. El mejor centro es Goiânia, que empezó hace poco, pero ya tiene casi 50% de personas reclutadas. El reclutamiento deberá

terminar en enero de 2025 y habrá un año de seguimiento. Brasil sigue avanzando en los 3 protocolos. Sin embargo, es preciso mejorar el ritmo del reclutamiento, sobre todo en el estudio de Implementación. Tratase del estudio de mayor importancia, pues traerá directrices para el sistema de salud del país, de modo a contribuir para la eliminación de la transmisión vertical de la EC.

### **BRASIL**

El Dr. Francisco Edilson afirmó que el MS ira prorrogar el financiamiento del proyecto (convenio con Fiocruz). Demostró preocupación con la sostenibilidad tras el fin del proyecto. En 2025, están previstos talleres para discutir con los proyectos CUIDA Chagas e IntegraChagas como escalonar las actividades para otros municipios y lograr que estados y municipios incorporen las nuevas directrices. Los talleres deberán involucrar las secretarías de salud de estados y municipios, además de representantes de la sociedad civil. Es importante planear el escalonamiento antes del fin del proyecto. Respecto a las pruebas rápidas, el desempeño tiene variado según el municipio, llevando a discusiones importantes sobre la actuación del MS, sobre todo en relación a los falsos negativos. Otro punto de atención es la pérdida de seguimiento de los testes positivos, que no colectan serología. Es preciso evaluar mejor esas situaciones (Cuáles son esas personas, las unidades de salud, cuál es el perfil sociodemográfico y si es una región rural o urbana, etc) para pensar en estrategias de superación de la pérdida de seguimiento. Importante mirar la experiencia de otros países, como Paraguay, que tiene una pérdida menor. Por fin, destacó el efecto del proyecto CUIDA Chagas en la formación de asociaciones de personas con EC. Actualmente, hay 6 asociaciones en actividad y hay otras 12 en proceso de registro en Brasil. Tratase de un legado que contribuirá para la estrategia de mantener el compromiso y la presión para seguir avanzando en políticas públicas para EC en el nivel local y nacional. El MS seguirá apoyando, sobre todo respecto a las pruebas rápidas y la adquisición de nifurtimox.

La Dra. Silvestre destacó que los investigadores de los proyectos sobre EC en Brasil trabajan conjuntamente con el área técnica del MS en la construcción de evidencias. Por primera vez, el Sistema Único de Salud (SUS) está usando pruebas rápidas en el cribado sistemático de pacientes con EC (son más de 25 mil testeos sumándose los 2 proyectos mencionados). Hay datos relevantes sobre la calidad, la variabilidad, la sensibilidad y la especificidad de esas pruebas, que captan la diversidad poblacional. A partir de las evidencias, esperase que haya la incorporación de las nuevas tecnologías al SUS. Además, mencionó la posibilidad de compartir el panel de monitoreo que está siendo desarrollado, con datos en tiempo real de indicadores de capacitación, prevalencia, pérdida de acceso a serología, falsos positivos, entre otros, y, en el futuro, de indicadores de niños nacidos, tratados, curados, etc. El modelo de evaluación y monitoreo podrá ser compartida en los talleres con los estados y municipios. Los tres cursos de capacitación de profesionales de salud también podrán ser compartidos: Modulo 1 - Vigilancia para agentes comunitarios de salud y agentes de combate a endemias; Modelo 2 – Pruebas rápidas y consejería; Modulo 3 - Curso de atención

integral y consejería. El curso fue adaptado para la realidad de Paraguay. Lo mismo deberá ocurrir en relación a Bolivia y Colombia, llevando en cuenta la especificidad de cada sistema de salud. Por fin, destacó la pérdida de persona que deben hacer la serología, pero no logran acceder al sistema de salud para el examen comprobatorio (positivos inconclusos). Desafío de perfeccionar la comunicación e incentivar el testeo de ese subgrupo. Necesidad de estrategia de colecta de sangre y confirmatorio serológico en las localidades donde se hacen las pruebas rápidas, descentralizando el proceso de confirmación serológica.

## **PARAGUAY**

La Dra. Silvestre destacó que en Paraguay hay solamente la Investigación de Implementación. Las actividades de testeo en campo empezaron en noviembre de 2023. Actualmente, hay 7.382 personas testadas (12% de la meta), con prevalencia general con confirmatorio serológico de 1,74% (hay áreas con mayor seropositividad, como Mariscal Estigarribia). Hubo capacitaciones de los profesionales de salud (APS) y del laboratorio central nacional para PCR y diagnóstico de EC congénita. El sistema de datos puede identificar fallas, permitiendo la recapitación de los profesionales de salud. Los flujos están siendo perfeccionados, a fin de evitar la falta de acceso a serología (con destaque para Concepción). Es preciso mejorar ese acceso y acelerar el número de testeos. Se logró recientemente alcanzar el funcionamiento de todas las unidades en los cinco territorios. En los municipios donde actúa el proyecto casi todas las MEF notificadas con EC fueran detectadas pelo proyecto.

La Dra. Torrales destacó algunos obstáculos que dificultan el acompañamiento de las acciones por parte del MS. Enfatizó algunas acciones necesarias para dar sustentabilidad a los logros del proyecto en Paraguay. Hace falta seguir trabajando el aspecto comunicacional, en la sensibilidad de la población para mejorar la demanda a los servicios de salud en los sitios donde está el proyecto y en otros territorios del país. Hay necesidad de facilitar el acceso a los datos del proyecto por parte del MS (visualización en tiempo real), que es fundamental para la sostenibilidad de las acciones al fin del proyecto. Otro punto de atención es la notificación. Necesidad del equipo del proyecto y del MS elaborar un flujograma para las notificaciones adaptado a la normativa nacional. Una vez diagnosticado el caso, el MS tiene la obligación de notificación inmediata. La visualización de los datos en tiempo real permitirá el funcionamiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica nacional, permitiendo al MS facilitar el acceso a diagnóstico y tratamiento de las personas. Importancia de evaluar el módulo del proyecto sobre seguimiento clínico y tratamiento, a fin de incorporar la misma metodología a la propuesta existente de vinculación de los sistemas nacionales de laboratorio y manejo clínico de pacientes. Otro punto de atención es el tiempo de espera entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento. Entre los desafíos, destacó la necesidad de expandir la capacidad de diagnóstico en los territorios, aumentar los entrenamientos a nivel departamental y distrital para los testes

serológicos y aprender con la experiencia del desarrollo del plan nacional de eliminación de la malaria (red de diagnóstico nacional).

La Dra. Irala destacó el desafío de sostener las acciones en el tiempo tras el fin del proyecto. Caso se mantenga el mismo ritmo, Paraguay alcanzará el 25% de la meta en 2025. Es preciso avanzar más. Destacó la importancia de los países utilizaren indicadores standard en sus presentaciones gerenciales y técnicas para que sean comparables. Importancia de establecer una cascada (testeo, casos positivos, serologías, tratados, curados, perdidos) a nivel nacional y subnacional. Eso permitirá identificar los casos exitosos, la brecha entre testeo y serología por municipio, posibilitando el tratamiento de las personas. Es importante aumentar la visualización de la EC desde el punto de vista comunicacional, sensibilizando los equipos sanitarios, mejorando las acciones de comunicación. Necesidad de adaptar las estrategias de comunicación (nuevas herramientas tecnológicas). Importancia de un abordaje específico para la población indígena (guaraní). La comunicación es el principal desafío para las endemias y futuras pandemias. En ese esfuerzo, se destaca la importancia de los afectados, los agentes comunitarios y los colaboradores voluntarios. Por fin, los informes deben traer los efectos colaterales de los medicamentos. Necesidad de expandir las acciones para otros territorios.

La Dra. Silvestre destacó que lo más importante como producto final son los modelos de implementación que se están construyendo a ser replicados dentro de cada país y en otros lugares. En Brasil, el equipo de comunicación trabaja de forma integrado con los equipos de Implementación. Cada municipio informa cuál es la herramienta que funciona mejor en su localidad. La Sra. Vermeij informó que fue contratado un consultor para adaptar la metodología de los grupos de autocuidado y el curso de liderazgos para Paraguay (modelo de implementación semejante a Brasil). Eso ocurrirá también en Bolivia y Colombia. La Dra. Silvestre subrayó que Brasil y Paraguay vienen estimulando la notificación de casos crónicos de EC. Será compartido un panel simplificado con datos/indicadores del proyecto en tiempo real para los MS, que será actualizado diariamente (datos por área y municipio).

La Dra. Fortún destacó la importancia de agendar reuniones entre las instituciones de los países para saber como serán adaptados esos procedimientos y materiales de comunicación. Bolivia tiene dos idiomas entre los indígenas (quechua y guaraní), con necesidad de cambiar las cartillas de información (figuras) y evaluar la necesidad de autorización de los corregidores para que las niñas accedan a las pruebas (respeto a las creencias). La Dra. Silvestre y la Sra. Vermeij dijeron que habrá personas del local que hablaran los idiomas de los pueblos originarios en los países y que el proyecto desarrolló materiales visuales, solamente con figuras, que serán utilizados para el consentimiento informado y para procesos de información.

## **BOLIVIA**

La Dra. Silvestre habló de las dificultades para empezar las actividades en Bolivia, ya superadas (contratación de equipos central/locales y procesos de internos de gestión). Algunas actividades de pre-implementación, como investigación documental, fueron realizadas. Bolivia es uno de los países más desafiantes por el número de municipios y unidades de APS (9 municipios/más de 150 unidades). Selección criteriosa de las unidades de APS basada en número de MEF que atienden, número de profesionales de salud y condiciones logísticas locales. La investigación cualitativa está en andamio. Los cursos de capacitación están siendo adaptados a la realidad del país. En breve, estarán disponibles en el campus Fiocruz virtual. El gran desafío para empezar las actividades de campo es la cuestión de adquisiciones de los insumos (problema nacional de escasez de divisas). El problema es agravado por las dificultades regulatorias y de calificación obligatorias de PNUD. El equipo central, Fiotec, INLASA y PNUD están trabajando, con el apoyo de Unitaid, para superar ese obstáculo. Una alternativa puede ser comprar los insumos desde Brasil. Para empezar el estudio de validación (dos fases) es preciso solucionar la cuestión de los insumos y finalizar la evaluación cualitativa. Debido a la elevada prevalencia (Padilla), es posible que se necesite menos tiempo de inclusión. Pero el tiempo es un punto de atención importante. BENLATINO está avanzando, con la identificación de potenciales participantes en el Hospital San Pedro Clave. Puntos de atención: finalizar el contrato y proveer los insumos. El ensayo clínico prevé un tiempo de seguimiento de 12 meses y sólo queda un año y medio a partir de 2025.

El Dr. Chungara destacó la necesidad de acordar los plazos de los protocolos y superar el problema de los insumos, pues el tiempo es escaso. El Programa Nacional de Chagas de Bolivia tomó la decisión de definir mejor las estrategias de intervención integral de la EC en el país (3 pilares): 1) Plan estratégico quinquenal por municipio. 2) Sistema único de información en salud; 3) Actualización de la normativa nacional de atención en EC. Apoyo del plan de cooperación de la OPS, OMS. Hace 29 años que Bolivia trabaja con mujeres embarazadas (detección temprana de EC congénito). Hay una experiencia importante de los establecimientos de salud, las autoridades, el MS y la población. Respecto a la EC crónica, Bolivia tiene una experiencia de 19 años. Importancia de la red de diagnóstico y laboratorio (control de calidad, capacitación), la parte clínica (redes de salud, mayor cobertura de diagnóstico y tratamiento); personal de inmunología (eventos adversos). El gran desafío es llevar adelante una cooperación coordinada (MS, proyecto, municipios), socializando la información, intercambiando experiencias, tomando las decisiones necesarias para cumplir los plazos establecidos.

La Dra. Fortún dijo que el equipo central de Bolivia ha demostrado su capacidad y compromiso para avanzar con el proyecto. Destacó el problema de las divisas, que perjudica la compra de insumos para empezar las actividades (fluctuación de los precios de reactivos y medicamentos). Las compras pueden llevar de 6 a 8 semanas debido a la normativa vigente. INLASA está trabajando en un procedimiento interno para que se pueda avanzar con los insumos y las actividades. Hay compras que pueden ser realizadas

por Brasil. Fueron realizadas visitas a los hospitales (supervisión técnica para aportar apoyo). El compromiso de Bolivia y del equipo central del país con el proyecto sigue intacto.

La Dra. Salamanca observó que el MS tiene como línea fortalecer hospitales que forman parte del sistema público. Hay muchas plataformas que trabajan con EC que no están integradas en el sistema de salud. Necesidad de promover y fortalecer los establecimientos públicos de salud. Como país y MS es importante fortalecer el tema de las autonomías. Hay una complejidad que no estaba cuantificada, pero que se observa en lo operativo. El proyecto representa oportunidades: el algoritmo diagnóstico basado en pruebas rápidas permitirá la optimización de costos y un diagnóstico temprano; tratamiento acortado validado permitirá mejorar adherencia y efectos adversos. Dentro del país, hay procesos y procedimientos que precisan ser respetados en el marco de la sostenibilidad del sistema de salud. Complejidad de procedimientos de los diferentes actores (MS de Bolivia, PNUD, Fiocruz). Dificultades con las exigencias de los temas de calidad. Puntos de atención: complejidad cultural del país; elecciones de 2025 (transición de gobierno); importancia de escuchar a la sociedad civil.

La Dra. Silvestre observó que todavía hay una alta tasa de transmisión intradomiciliaria en municipalidades del proyecto (como El Torno), lo que requiere un mayor cuidado de la implementación en esas áreas con posibilidad de infección/reinfección por transmisión vectorial clásica. El Dr. Chungara destacó que en Santa Cruz hubo problemas que no fueron detectados. Está prevista una reunión con todos los municipios, el servicio departamental de salud (SEDES) para analizar esa información y tomar decisión de manera conjunta. Habrá la participación del equipo técnico de control integral de vectores. Importancia de intensificar la vigilancia entomológica. La socialización de la información es muy importante para la toma de decisiones.

## **COLOMBIA**

La Dra. Silvestre habló de los problemas con cambios de equipo en los últimos años, con falta de transición de procesos y pérdida de memoria a cada cambio. Colombia está con su cuarto investigador principal. Actividades de pré-implementación realizadas por el primer equipo, que no fueron revisadas por el segundo equipo, están siendo retomadas. Alrededor de 95% del equipo central es nuevo. La Sra. Vermeij dijo que ya hay un plan de capacitación para el equipo de implementación. Equipos locales están siendo contratadas para los 11 municipios del país. En enero 2025, un equipo de Brasil irá a Colombia para tener una semana presencial con el equipo central y los equipos locales. Se está finalizando el análisis de la evaluación rápida, todavía nos falta empezar todo el trabajo de entrevistas y grupos focales en Guachaca (donde está el pueblo Wiwa) y el análisis de la transcripción de datos de Yopal, mayor municipio del proyecto. Está siendo finalizada la adaptación de los módulos de capacitación al contexto colombiano. Es preciso empezar el testeo de las mujeres. Hace dos meses la Dra. Silvestre y la Sra.

Vermeij tuvieron importantes reuniones con el viceministro de salud, Dr. Jaime Urrego, el director del INS, Dr. Giovanni Rubiano, cuando se decidió cambiar el equipo y retomar el proyecto. Fue subrayada la intención del proyecto de trabajar con la APS, de manera sinérgica con el MS de Colombia. El país pasa por cambios importantes el área de salud. Encaminamiento: definir persona de enlace entre el MS e INS (actuación conjunta y sinérgica). Validación: habrá solamente la Fase 1, que será en conjunto con el ensayo clínico. BENLATINO: finalizar contrato entre el INS y Fundación La Cardio, responsable por desarrollar el ensayo clínico, reclutar y acompañar los participantes en Bogotá. El gerente del ensayo clínico acaba de ser contratado. La compra de insumos es otro desafío (entrada de benznidazol comprado en Argentina y rotulado en Brasil, debido a los paquetes preparados con placebo, además de la PCR NAT-Chagas sin registro por INVIMA).

La Dra. Luz Stella presentó algunas consideraciones sobre la realidad colombiana en la condición de delegada del Ministerio de Salud (MS). Ella tuvo la oportunidad de acompañar durante 10 años, por parte del MS, los procesos de concertación con pueblos y comunidades indígenas para llegar a decretos y resoluciones sobre ese tema. Colombia está se acomodando en términos de sistema de salud en ese momento. La EC está en la parte subsidiada (no contributiva) del sistema. Sin embargo, hay condiciones sociales que hacen más difícil el acercamiento en términos de barreras. La estrategia no está todavía definida. No se pueda hablar de APS como en Brasil, Chile, Paraguay. Destacó la importancia de comprender los cambios de las administraciones políticas locales (alcaldías y gobernaciones). Necesidad de una acción inmediata para seleccionar una persona de enlace entre el MS y el INS, que es responsable por el sistema de vigilancia en salud pública y es referencia de todos los laboratorios. El proyecto actuará en tres entornos totalmente distintos. En Boyacá hay población campesina rural dispersa. Yopal está en la región de Orinoquia, caracterizada por el rezago en términos de desigualdad entre las zonas central y andina del país. Entrar en la comunidad Wiwa requiere cuidado y negociaciones específicas. Ese pueblo, que forma parte de cuatro pueblos de la Sierra Nevada de Santa Marta, fue declarado por la Unesco patrimonio cultural inmaterial de la humanidad. Hay una ruta de atención específica para entrar en las comunidades étnicas. En el caso de las capacitaciones, es preciso llamar a todas las personas. La recomendación del MS es trabajar en cuatro etapas definida en el espacio de concertación departamental (secretaría departamental de salud, autoridades políticas locales, comunidades indígenas). Por fin, destacó la importancia de mirar no solamente el ámbito sociodemográfico y sanitario, sino también el ambiental y cultural (acciones que trascienden salud). Importancia de integrar los datos (entomológicos y vigilancia), invitar a otros actores (nivel departamental) y perfeccionar la comunicación (institucional y junto a las comunidades).

La Dra. Silvestre reconoce que es un tema difícil. El equipo anterior había hecho contacto con los Wiwa. Los problemas internos de Colombia no deberían afectar la confianza de las personas en el proyecto. El enlace entre el MS y el INS es fundamental.

La Sra. Vermeij dijo que el MS está trabajando en el documento para contratar la persona de enlace. El proyecto comprende y respeta la forma particular de trabajar con los Wiwa. El equipo local de Guachaca será formado por tres personas, una de ellas exclusivamente encargada del contacto con los Wiwa, con experiencia en trabajar con ese pueblo. Destacase la importancia de reunirse con los diferentes niveles de la administración (nacional, estadual, municipal).

### **3. FINDECHAGAS**

La Sra. Elvira Hernández expresó su emoción al escuchar los presentes, pues ve la esperanza. Destacó la importancia de seguir adelante con la implementación del proyecto, que va a beneficiar a muchas personas, familias, comunidades y países. No se puede quedar solamente con propuestas magníficas, pero es fundamental implementarlas. Trabajó como maestra más de 30 años y está convencida de que la educación es la base de éxito de todo pueblo. Un pueblo educado analiza y toma decisiones acertadas; trabaja para el bien común y para la comunidad; se hace respetar y respeta los derechos de los demás. Importancia de la educación de los niños, de ir a las escuelas de educación básica. Nada funciona de manera integral. En educación, es preciso analizar los programas. Los cambios pueden ocurrir, pero deben ser fundamentados, con la flexibilidad necesaria. No se puede perder de vista los beneficios de largo plazo. Hay que tener un seguimiento. El tiempo perdido no es recuperable. Es preciso trabajar en doble para recuperar el retraso. Salud es vida y la vida humana es lo que más vale en ese mundo. Es difícil evitar el cambio constante de personal (cambios de gobierno). Sin embargo, la falta de continuidad de las acciones afecta a las personas, que pueden dejar de participar del proyecto. El derecho a la salud no puede ser interrumpido. Importancia de la continuidad del trabajo de los equipos, de fomentar los grupos de autocuidado y de líderes, que intercambian experiencias como hace Findechagas. Si el foco de las estrategias de consumo es el cliente, en el caso de la EC son los afectados. Es muy importante saber cómo convencer las personas a participar, qué beneficios tendrán, escuchar a los afectados. Crear diferentes estrategias para concientizar a los equipos y a los afectados. El cambio es una constante de la vida. Todos cambiamos y es preciso reinventarse. Por fin, destacó la importancia de la crítica constructiva, que puede producir mejoras en el proyecto.

### **4. OPS**

El Dr. Héctor Coto hizo algunas reflexiones. En primer lugar, destacó la importancia de un proyecto con esa envergadura, que demanda un gran trabajo. Trajo dos cuestiones técnicas. 1) Se espera que el proyecto reúna la evidencia necesaria para que las pruebas rápidas pasen a formar parte de la rutina programática de los programas nacionales de los países. Sin embargo, las pruebas rápidas todavía no tienen ese status. No pueden ser utilizadas como único método diagnóstico, ni para tomar la decisión de tratar un paciente. Es preciso moderar las expectativas sobre la actualidad de las pruebas rápidas.

2) La palabra entomología debe ser incorporada a las prácticas de diagnóstico y tratamiento de pacientes. OPS está construyendo un documento que camina en ese sentido, dividiendo el tratamiento de EC congénito por escenarios (transmisión vectorial interrumpida, sin transmisión vectorial, transmisión vectorial activa). Cada escenario tiene establecida una serie de prácticas complementarias al diagnóstico y tratamiento para modificar el entorno y minimizar el riesgo de reinfección del paciente. En seguida, propuso algunas reflexiones: ¿Como va impactar el proyecto en la salud pública de los cuatro países? ¿Cómo pensar el proyecto más allá de los territorios? Importancia de empezar a diseñar los beneficios que el proyecto va dejar a los países a fin de garantizar la sustentabilidad. Ese es un gran desafío para los implementadores del proyecto, OPS, OMS y los países. Por fin, subrayó que OPS (nivel central/oficinas regionales) está al servicio del proyecto. La Dra. Silvestre comentó que sí, la sustentabilidad y la replicabilidad del modelo de implementación para otros territorios al fin del proyecto es un gran desafío, y para esto debemos contar con apoyo efectivo de OPS, que incluso ha recibido un financiamiento de Unitaid exclusivamente para apoyar CUIDA Chagas en estas acciones.

## **5. OMS**

El Dr. Albajar hizo breves reflexiones. Expresó su admiración por el proyecto, destacando sus valores agregados. Actualmente, el proyecto tiene un valor agregado mayor que en el principio. Está incidiendo con los grandes temas (salud única, salud planetaria, cambios climáticos). Además, contribuye para pensar la sustentabilidad de algunas cuestiones: cálculo/previsión de insumos en el tiempo, legado en términos de capacidad instalada, estímulo a la notificación de casos (calidad, fortalecer los sistemas de notificación donde existen y ayudar a crear en los otros países). Importancia de la salud comunitaria, la salud con la comunidad, con la participación de la sociedad civil organizada. Desafíos y oportunidades: llegar a las niñas y MEF; cómo implementar el seguimiento de las personas al largo de la vida; capacitar y valorizar a todos los profesionales de salud (intersectorialidad técnica y humana); promover la integración con otras iniciativas (ex. ETMI-Plus); validación de las pruebas rápidas (visión biomédica y psicosocial) que permita la comparabilidad de los resultados de variables e indicadores en el tiempo y el espacio. Respecto al futuro, destacó la importancia de replicar los protocolos en otros territorios de América y Europa. Por fin, subrayó la importancia de la participación de los sistemas nacionales de manera a garantizar la sustentabilidad de las acciones del proyecto en el tiempo.