

## **9ª Reunión del Consejo Asesor Externo (CAE)**

Fecha: 19 de agosto de 2025 (14h15-16h) / Participantes: Andrea Silvestre (Investigadora Principal); Tiago Nery (Asesor Político); Roxana Salamanca (MSyD/Bolivia); Evelin Fortún (INLASA/Bolivia); Sandra Irala (MS/Paraguay); Martha Torales (MS/Paraguay); Elvira Hernández (FINDECHAGAS); Mariam Toure (Unitaid).

**OBS:** La Sra. Aline Beraldo, del MS/Brasil, ingresó al final de la reunión, pues se confundió con el fuso horario. El Dr. Hector Coto, de OPS, informó que estaba de vacaciones. El Dr. Pedro Albajar, de la OMS, no participó por problemas de conexión. Colombia no participó de la 9ª reunión del CAE.

### **Apertura de la 9ª reunión del CAE**

Este documento contiene los principales puntos discutidos durante la **9ª Reunión del Consejo Asesor Externo (CAE)**, ocurrida el 19 de agosto de 2025 (modalidad remota). La Dra. Silvestre presentó la agenda de la reunión: 1. Informe sobre Término Aditivo al Término de Compromiso; 2. Informe general sobre el proyecto CUIDA Chagas; 3. Desarrollo de las actividades en los países; 4. Encuentro CUIDA Chagas 2025.

#### **1. Término de Compromiso (Término Aditivo)**

Informe de Tiago Nery. En febrero de 2020, los Ministros de Salud de Bolivia, Colombia, Paraguay y Brasil enviaron cartas de apoyo al consorcio que entonces se formaba entre nuestras instituciones (Fiocruz, INLASA, INS y Senepa) para ser enviadas junto a nuestra propuesta para Unitaid, que fue seleccionada en junio de 2020. Una vez firmado el contrato entre nuestras instituciones y Unitaid, en abril de 2021, hubo una recomendación para que hiciéramos un documento formal – el Término de Compromiso - compromiso de Fiocruz y los Ministerios de Salud (MS) con la implementación del proyecto hasta 31 de octubre de 2025. Sin embargo, con la extensión sin costo aprobada el año pasado, se hizo necesario un Término Aditivo (TA) al Término de Compromiso, extendiendo el compromiso de las partes con el proyecto hasta 31 de octubre de 2026. En el momento, el TA se encuentra con el MS de Bolivia. Una vez firmado, el documento deberá ser firmado, en esa orden, por Paraguay, Colombia y Brasil. La Dra. Silvestre destacó la importancia del documento en el contexto de transición política de Bolivia (la 1ª vuelta de las elecciones ocurrió el 17 de agosto) y solicitó el apoyo de INLASA. La Dra. Fortún informó que habrá una 2ª vuelta (19 de octubre). INLASA ha preparado un informe situacional sobre el proyecto (los motivos por los cuales el proyecto se ha extendido, los cambios estructurales ocurridos). Se espera entregar el informe hasta el final de esa semana. Actualmente, el TA está en la unidad jurídica del MS, que analizará y sugerirá la firma del documento por parte de la Ministra. INLASA está haciendo seguimiento del proceso.

#### **2. Informe General – Proyecto CUIDA Chagas**

Informe de la Dra. Silvestre. **Implementación.** Breve presentación del cronograma (2021-2026). Fase inicial de desarrollo de protocolos/GAD (2021); aprobación ética y

fase de Pre-Implementación – investigación formativa, con la contextualización de cada uno de los municipios, el reconocimiento de cada territorio; y la investigación cualitativa (2022-2023). A pesar de la extensión hasta octubre de 2026, las actividades de campo deberán ser finalizadas en junio de 2026. Brasil empezó las actividades de campo del Protocolo de Implementación en julio de 2023 (3 años de seguimiento); Paraguay empezó en noviembre de 2023 (2 años y medio de seguimiento). Bolivia empezó en abril de 2025 (poco más de 1 año de seguimiento). Se espera que Colombia inicie las actividades en septiembre de 2025 (entre 6-9 meses de seguimiento). En julio pasado, el equipo central estuvo en Colombia para la capacitación de los supermultiplicadores (evaluación de los profesionales de salud de los municipios). **Validación.** Brasil empezó en Julio de 2023. La Fase 1 fue finalizada al final de 2024. Actualmente, está en curso la Fase 2, que se espera finalizar hasta junio 2026. Bolivia empezó las actividades en abril 2025, junto a la Implementación. La Fase 1 deberá ser finalizada dentro de dos semanas en Padilla. Tras la evaluación de los datos, se espera empezar pronto la Fase 2. Necesidad de 200 personas positivas y evaluar el campo en Villamontes. **BENBRASIL:** empezó el reclutamiento de los participantes en 2024 hasta mayo de 2025. Hay personas en tratamiento. Habrá un año de seguimiento, dentro del plazo necesario para elaborar los informes con los datos para el MS/Brasil y Unitaid.

**Panel de Evaluación (Power BI).** Resumen de los datos de cada país (Investigación Formativa – Capacitación – Implementación – Validación – BENBRASIL – Ministerios). Los datos de la investigación formativa de los 4 países ya fueron insertados en el panel. Los datos sobre capacitación e implementación de Brasil, Bolivia y Paraguay también ya están insertados. Los datos de Validación de Brasil y Bolivia están insertados. Por fin, destacó los paneles de monitoreo de los MS de Paraguay y Brasil. En breve, se hará lo mismo con el MS de Bolivia. **Desarrollo de las actividades. Brasil. Implementación.** Actualmente, 20.382 personas ya fueron tamizadas o 41,3% de la meta (total de 49.340 personas). A pesar del poco tiempo para cumplir la meta (316 días de actividad de campo), ya hay datos y resultados suficientes para evaluar el Modelo de Implementación. Respecto a los resultados del testeo, se estima que Brasil tenga 1,3% de positividad. Sin embargo, Riachão das Neves (Bahia), que es un área endémica, tiene una positividad de 6,9% entre jóvenes (dato superior a las estimativas del MS y OPS). Es un dato muy preocupante que demuestra la importancia de seguir con actividades de vigilancia en enfermedad de Chagas (EC) y actividades que amplíen el acceso a las personas. Necesidad de aumentar el número de hijos y personas testadas entre los contactos domiciliarios de las Mujeres en Edad Fértil (MEF). A partir de los hijos biológicos, todavía es muy bajo el número de personas que van a testar. La tasa de transmisión vertical está estimada en 1,32% (2 hijos positivos). Entre los 8 recién nacidos durante el proyecto, no hay positividad hasta ahora (aguardando la serología). **Validación.** Fase 1 ya finalizada. Fase 1 modificada está asociada a BENBRASIL (los soros de los participantes positivos fueron recolectados). Fase 2 está en proceso de reclutamiento. Hay 334 participantes; 125 positivas (TRD); necesidad de 75 participantes

positivos para testar. En su mayoría, son personas con edad más avanzada. BENBRASIL. Finalización del reclutamiento (394 personas incluidas - 87,56% de la meta). Periodo de seguimiento de los participantes (332 personas). Hay 12 participantes en tratamiento. Los demás (320 personas) están en seguimiento de 1 año de evaluación. Entre las personas retiradas del estudio, solamente 3 fueron debido a eventos adversos.

### 3. Desarrollo de las actividades en los países

#### BOLIVIA

La Dra. Fortún presentó un informe sobre los avances del proyecto en Bolivia. **Implementación.** El protocolo está siendo ejecutado en 3 departamentos (Santa Cruz, Chuquisaca, Tarija) con equipos locales activos para alcanzar los objetivos (mujeres de 15 a 49 años se consideran MEF; mujeres embarazadas; recién nacidos; hijos/as y contactos del hogar de mujeres diagnosticadas con EC). Fase de Pre-Implementación: el estudio formativo (investigación documental y *checklist* de las Unidades Básicas de Salud/UBS y maternidades) ya está finalizado; la investigación cualitativa está en fase final; los flujos de diagnóstico y tratamiento han avanzado. Fase de Implementación: capacitación en la atención en EC en las unidades de Atención Primaria a la Salud (APS) para testar, tratar y cuidar (inicio en abril de 2025). Taller de supermultiplicadores: realizado en 4 jornadas a cargo del equipo central de Fiocruz a 61 participantes de los municipios (Mairana, El Torno, Vallegrande, Tarabuco, Padilla, Yotala), entre personal de salud y representantes de la comunidad, contribuyendo para fortalecer el conocimiento y sensibilizar a todos sobre lo que implica el proyecto para Bolivia. Hubo dificultades debido a las distancias entre los municipios. Los equipos están bastante comprometidos, por eso se ha culminado con las capacitaciones de Villamontes, San Lorenzo y Uriondo. En ese contexto, Bolivia logró capacitar a 176 profesionales de salud (cursos 1, 2, 3). La mayor cantidad son médicos, pero hay también enfermeros, bioquímicos, auxiliares de enfermería, agentes comunitarios de salud, agentes locales. Panel de metas. Tamizaje de 0,8% (630 / 79.660); tiempo recorrido de 24,5% (319 días restantes). Media mensual de 25,2 testeos (media mensual necesaria de 7.903). El total de hijos y contactos domiciliarios testados está entre 52-54%. Respecto a tamizaje, ya son 630 tamizados en todos los departamentos. Por fin, hay una planificación de las actividades de Implementación para los próximos 6 meses.

**Validación.** Fue posible trabajar con la adecuación de la estructura del Hospital de Padilla. El equipo central de Brasil ha visitado los ambientes para poder hacer seguimiento, juntamente con los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y el Ministerio de Salud de Bolivia, para conocer las mejoras que el proyecto agrega al país. Hubo el lanzamiento del estudio en Padilla, que contó con las presencias del equipo central de Fiocruz, equipos locales, además de autoridades municipales. Respecto a las características de los participantes, 70% son de mujeres. De los 104 participantes, hubo un total de 52,8% de positividad. Respecto a la planificación, si ha podido avanzar con las actividades. Sin embargo, hubo algunos retrasos, principalmente por el tiempo de

traslado hacia los lugares. La decisión de suspender BENLATINO ha generado algunos impactos. Había la decisión de comprar Benznidazol (BNZ) para atender el tratamiento de los pacientes que habían sido contactados para el ensayo clínico (110 pacientes que esperan tratamiento; necesidad de 19.800 comprimidos). Sin embargo, los insumos y materiales adquiridos para el ensayo clínico podrán ser utilizados en los estudios de Implementación y Validación. **Comunicación y participación comunitaria.** Han ocurrido actividades continuas. En el taller de supermultiplicadores fueron capacitadas 75 personas. En el marco del Día Mundial de EC, se realizaron 7 actividades en 6 municipios (jornadas educativas culturales en unidades educativas, escuela de enfermeras, grupos de madres de la comunidad donde participaron alrededor de 500 personas). Además, se han realizado capacitaciones sobre diagnóstico, tratamiento, comunicación y participación comunitaria en 5 municipios. Hubo también la capacitación de las autoridades locales en 4 municipios, con un total de 46 personas capacitadas, lo que contribuirá para la sostenibilidad del proyecto. Se realizaron 9 lanzamientos en todos los municipios con la presencia de autoridades nacionales, departamentales y municipales, que han contado con actividades culturales y participación activa de la población.

**Logros y desafíos.** Inicio del tamizaje en los centros de salud, a pesar de los conflictos sociales (paros de transporte); consolidación de los datos de la investigación cualitativa; mejora de la gestión de insumos, personal y procesos administrativos; necesidad de lograr una adecuada proporción de participantes positivos y negativos en la Validación; para iniciar la Fase 2 de Validación, hay retos logísticos, técnicos y administrativos que han avanzado (acondicionamiento de la infraestructura, que ya está prácticamente terminada; capacitación de nuevo personal y coordinación interinstitucional con las autoridades de Villamontes). **Próximos pasos.** Renovación del Término de Compromiso; inclusión de nuevas narrativas en el presupuesto de Implementación y Validación; necesidad de adquirir BNZ pediátrico; inicio de la compra de kits serológicos de ELISA y HAI, teniendo en cuenta los tiempos de PNUD (enero 2026); confirmar el presupuesto de la Fase 2 de Validación (contexto local puede impactar los costos); compra de 198 frasco de BNZ para el tratamiento de los pacientes que iban a ingresar en el ensayo clínico.

La Dra. Silvestre subrayó que Bolivia es el país que más necesita de apoyo, como demuestre los porcentajes de personas positivadas. A pesar de la inestabilidad política, económica y social, el equipo nacional de Bolivia ha se empeñado para avanzar las actividades del proyecto. Agradeció el empeño de todos en la persona de la Dra. Ana Gabriela. Las inversiones y equipajes para el Hospital de Padilla son ejemplos de las mejorías producidas por el proyecto. Destacó además la compra del termociclador y la capacitación de PCR por parte de un investigador de Fiocruz (Dr. Otacílio), que será utilizado para el diagnóstico de los recién nacidos y para la genotipificación del estudio de Validación. Son beneficios para el pueblo boliviano y la gente que precisa ser tratada. El equipo de Brasil tuvo que cancelar dos viajes por falta de vuelos domésticos, que

impidió el monitoreo de la Fase 1 (Padilla) y la evaluación de la Fase 2 (Villamontes) de Validación. El equipo central sabe acerca de los paros de los equipos de salud. Es preciso respetar las condiciones de trabajo de los profesionales de salud. Preocupación con los impactos de esa situación en algunas municipalidades (tamizajes en Padilla). Los equipos locales no deben estar en lugares donde hay paros (Tarabuco). Necesidad de evaluar de manera responsable y segura cómo y dónde se puede actuar. Debido a esas dificultades, actualmente sólo hay 3 personas con indicación de tratamiento. Sin embargo, hay insumos para tratar 2 mil personas en la Implementación. Por razones éticas y humanitarias, las personas identificadas en BENLATINO deben ser tratadas. Sin embargo, no es necesario realizar nuevas compras, ya que el número estimado de medicamentos adquiridos para la implementación supera las metas alcanzadas hasta la fecha, debido al retraso y las dificultades locales. Por lo tanto, la cantidad para los participantes identificados para BENLATINO puede ahora asignarse del stock adquirido para la implementación. En cuanto al presupuesto de la Fase 2 de Validación, su evaluación depende de la visita a Villamontes (identificar las necesidades). De los 279 tamizajes en Villamontes por Implementación, 83 fueron positivas (30%), el porcentaje que se puede utilizar para la estimación de kits de serología para Validación. Respecto al BZN pediátrico, ya hubo la solicitud para producción de Brasil y es posible hacer la donación para Bolivia por intermedio de Lafepe. Un nuevo lote de BNZ pediátrico debe estar listo en septiembre, cuando se podrá retomar ese tema junto al MS/Brasil.

La Dra. Salamanca afirmó que Bolivia hizo una solicitud específica de medicamento pediátrico. Sin embargo, el país no necesita medicamentos para adultos. Expresó el temor con el manejo clínico por las reacciones adversas. A eso se debe parte de los retrasos con el tratamiento. Además de la medicación, es necesario garantizar el recurso humano adicional para dar seguimiento a los pacientes. Por su parte, la Dra. Silvestre destacó que el 100% de los profesionales de salud invitados fueron capacitados. Los establecimientos de salud precisan estar listos para ser evaluados. Necesidad de un plan para que las 110 personas de BENLATINO puedan ser tratadas de forma adecuada.

## PARAGUAY

La Dra. Torrales presentó un informe empezando con los **compromisos** asumidos por el país: 1) Garantizar el compromiso político con la implementación integral del proyecto; 2) Implementación en los 6 municipios de Paraguay; 3) Población objetivo de 45.500 MEF, sus niños y contactos domiciliarios. Sin embargo, hubo ajuste para 50 mil debido al censo 2022 (febrero 2025). Desafío para algunos municipios que tuvieron aumentadas sus metas locales; 4) Ejecución del protocolo de Implementación; 5) Estructura de gobernanza (CAE); 6) Brindar apoyo técnico, político y administrativo. **Panel de monitoreo.** Permite dar seguimiento desde la Dirección General de Vigilancia de la Salud y el cruce de datos para evaluar el Modelo de Implementación. (lecciones aprendidas para incorporar a los protocolos nacionales). El testaje está alrededor de 36% (18 mil x

50 mil) quedan 32 mil testajes restantes en un tiempo de 45 semanas hasta la fecha de finalización. Preocupación con la media mensual de testajes (728,6), que debería ser alrededor de 3 mil. Desafío importante que exigirá articulaciones para aumentar los testes por mes. Entre las MEF, preocupación con el bajo testaje de las menores de 18 años (inclusión a partir de los 15 años) y de los niños. Otro punto de preocupación son las pérdidas de muestras colectadas para serología. De los resultados serológicos de los TR que dieron resultados positivos o no concluyentes, 275 muestras fueron derivadas para confirmación, con solamente 244 realizadas (pérdida de 31). Actualmente, de las 92 personas diagnosticadas con EC, 83 empezaron el tratamiento.

**Dificultades:** 1) Estructurales: recursos limitados para cobertura en las comunidades (grandes distancias); contactar los casos confirmados para inicio del tratamiento (diferencias en el horario disponible; calidad de los registros del paciente); demora en el tiempo de espera para realización de los estudios previos al inicio del tratamiento; baja percepción de prioridad, por parte de algunas unidades de salud de la familia, de actividades que no se encuentran entre los indicadores de desempeño normalmente monitoreados desde el nivel regional y nacional. 2) Ambientales: desastres naturales (Concepción y Mariscal Estigarribia). **Avances.** Soluciones creadas a medida que el proyecto se fue implementando. a) Actividades extramurales fueron una buena estrategia para incrementar el testeo, llegar fácilmente a los pacientes para la entrega de los resultados de la evaluación médica, el inicio de tratamiento, sobre todo para poblaciones indígenas, vulnerables o rurales; b) Mejoras en el flujo de diagnóstico (disminución del tiempo de espera de resultados de serología); c) Disponibilidad del diagnóstico de EC en recién nacidos mediante RT-PCR, que ahora está instalado en el Laboratorio Central de Salud Pública, pero que antes del proyecto CUIDA Chagas no existía a nivel nacional; d) Manejo clínico y tratamiento de la EC a nivel de APS en los distritos del proyecto; e) Disponibilidad de tratamiento en todos los distritos del proyecto (sin necesidad de derivar a nivel nacional); f) ETMI plus, con la conformación del Equipo Técnico Nacional y la aprobación de la guía de manejo (marzo/2025); g) Plan de Acción para el desarrollo de jornadas de tamizaje de Chagas en los centros educativos de los 6 distritos del proyecto (énfasis en la población de 15 a 19 años). **Acciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).** Reuniones periódicas con los equipos, sobre todo de las unidades epidemiológicas regionales de los distritos involucrados en el proyecto con el objetivo de mantener los flujos creados por el proyecto después de su finalización. Monitoreo continuo de los casos confirmados de EC y los casos notificados a nivel del país. A pesar de los responsables de las Unidades Epidemiológicas Regionales no estén directamente involucrados en el proyecto, es importante que tengan conocimiento de su implementación para proseguir con las actividades tras el término de lo mismo. **Aprendizajes.** a) Establecimiento de un flujo fluido de comunicación (mejora en los tiempos para procesar las muestras y obtener los resultados); b) Importancia de encaminar y acompañar a los pacientes para evitar pérdidas de llegada para el testeo; c) Rotación de recursos humanos es una constante,

que demanda una constante actualización; d) Establecimiento de un sistema de transporte para facilitar el envío de muestras desde la desde la APS hasta los laboratorios, algo con lo cual no se contaba y que ahora facilitó bastante el trabajo del diagnóstico; e) Ordenamiento y sistematización de los pasos a seguir desde la captación hasta la confirmación del caso, algo que anteriormente estaba a criterio de cada unidad de salud. **Puntos críticos.** a) Testeo de TR a los menores de edad; b) Mejorar el testeo en las UBS y a los hijos y contactos de mujeres con EC; c) Capacitación de las personas que registran los datos de los pacientes al ingreso (evitar pérdida de información, pedidos de laboratorio).

La Dra. Silvestre destacó la manera sinérgica de actuación entre el MSPBS, Senepa, el programa de EC del país y el proyecto CUIDA Chagas. Hay una preparación conjunta para el final del proyecto, llevando en cuenta la sostenibilidad de las acciones en el tiempo. Hay desafíos comunes para todos los países, a ejemplo del testeo de los niños. El MSPBS ha aprobado una resolución con un plan de acción para el desarrollo de jornadas de tamizaje de Chagas en los centros educativos de los 6 distritos del proyecto, lo que demuestra el compromiso del país. El equipo central está muy feliz con los avances del proyecto en Paraguay y Bolivia.

#### **BRASIL**

La Sra. Aline Beraldo (MS/Brasil) ha compartido una presentación con algunos avances y desafíos. **Avances:** 1) Sitios del proyecto entre los prioritarios para la certificación de eliminación de la transmisión vertical y para realización de tamizaje en pre-natal; 2) Acceso al Panel BI; 3) Participación en oficina sobre diagnóstico de EC congénita promovida por el proyecto; 4) Apoyo a la divulgación para las áreas técnicas de vigilancia epidemiológica y APS de los estados de instrumento con énfasis en procesos de selección, planeamiento, compra, distribución y almacenamiento de insumos para el proyecto; 5) Apoyo a la elaboración de instrumento para estados y municipios para la “Investigación sobre acceso a testes diagnóstico y tratamientos” del proyecto CUIDA Chagas; 6) Apoyo para llevar representantes de movimientos sociales y la sociedad civil para el Fórum de Enfermedades Tropicales Desatendidas; 7) Participación en el curso de formación de liderazgos para EC; 8) Los resultados del proyecto contribuyen en las discusiones para la adquisición e incorporación de TR para tamizaje en EC. **Desafíos:** 1) TED (envío de aprox. R\$ 12 millones – 59,4%), todavía hay contingencia de gastos por parte del Ministerio de Salud de Brasil, con retraso en el pago de la contraparte; 2) Fortalecer la red de atención para el acceso de gestantes y niños con riesgo de infección por el *T. cruzi*; 3) Garantizar la sostenibilidad de las acciones en los sitios del proyecto.

#### **FINDECHAGAS**

La Sra. Hernández destacó que el proyecto representa un recto muy grande. El proyecto está venciendo más dificultades de lo que el proyecto había contemplado. Hay muchas cosas que no podemos contemplar por no saber lo que va a suceder. No podemos

controlar los pasos planeados previamente. Hay variables que no se pueden controlar, como los cambios climáticos, que pueden retrasar el proyecto. Cada día que perdemos, se pierde la oportunidad de ayudar a alguien. Por lo tanto, el esfuerzo que necesitamos hacer precisa ser mayor, porque el tiempo que tenemos es muy corto. Es muy importante aprovechar la oportunidad que el proyecto nos ofrece. No es todo día que una fundación (Unitaid) quiere donar recursos para los afectados por la EC. Chagas está en un paquete de enfermedades transmitidas por vector. Muchas veces los recursos son destinados solamente a una enfermedad. Todas las enfermedades muestran síntomas (dengue hemorrágico, por ejemplo) y por eso son atendidas. Con la EC eso no ocurre; se nota que tienes alguna enfermedad cuando afecta algún órgano. Lo que nos mueve es el corazón para poder ayudar la gente de verdad. Creo que vale la pena luchar por los que no pueden luchar. Somos la voz de los afectados, de los que posiblemente nunca reciban la atención, pero que dependen de nosotros. Si hoy encontramos dos afectados, pues tratemos mañana de encontrar cuatro. Es importante seguir adelante e identificar los afectados para que puedan ser tratados en el tiempo que queda del proyecto.

#### **UNITAID**

La Sra. Toure destacó que el proyecto tiene muchos desafíos. Se pudo observar que en cada país tenemos soluciones y estamos avanzando, a pesar de las dificultades. A pesar de los desafíos recientes, fue posible avanzar con éxito. Aún podemos producir impactos con la implementación del proyecto.

#### **4. Encuentro CUIDA Chagas 2025**

La Dra. Silvestre informó que habrá el encuentro CUIDA Chagas en octubre, en la ciudad de Recife, Brasil. En los días 27 y 28 de octubre, ocurrirá la 10ª Reunión del CAE, con la presencia de los representantes de los MS de los 4 países, OPS, OMS, FINDECHGAS y Unitaid. El equipo central irá consultar los invitados se ya tienen lista la documentación necesaria. Los países precisan confirmar la participación en las fechas mencionadas. Después del encuentro, habrá el Congreso de Medicina Tropical. Fueron enviados 32 trabajos del proyecto CUIDA Chagas; hasta ahora 27 fueron aprobados (hay 5 en evaluación). 67 personas que trabajan en el proyecto están participando de esos trabajos. Hay participantes de Brasil, de Paraguay, de los equipos de Implementación, Validación, BENBRASIL, evaluación de costo-efectividad, mercado, evaluación de datos, comunicación y movilización comunitaria. El trabajo desarrollado por nuestros equipos será compartido con expertos y personas que trabajan con EC, dando visibilidad a lo que estamos haciendo. Además, hubo trabajos aprobados para el Congreso Brasileño de Salud Colectiva (Abrascão) y el Congreso Internacional de Medicina Tropical, que será en Hamburgo, Alemania.