

## IV Reunión del Consejo Asesor Externo (CAE)

Fecha: 03 de octubre de 2023

Hora: 9h-12h

Participantes

1) Andrea Silvestre (Equipo Central-Investigadora Principal); 2) Debbie Vermeij (Equipo Central-Directora Ejecutiva); 3) Tiago Nery (Equipo Central-Asesor Político); 4) Francisco Edilson (MS/Brasil-Coordinación General de Vigilancia de Zoonosis y Enfermedades Transmitidas por Vectores); 5) Veruska Maia (MS/Brasil-Grupo Técnico); 6) Marcelo Hardman (MS/Brasil-Asesoría Internacional); 7) Evelin Fortún, participación remota (INLASA-Directora General); 8) Roxana Salamanca (MS/Bolivia-Jefe de la Unidad de Prevención y Control de Enfermedades); 9) José Montiel (SENEPA-Director General); 10) Sandra Irala (MS/Paraguay-Viceministerio de rectoría y vigilancia de la salud); 11) Mauricio Vera, participación remota (MS/Colombia - Subdirección de Enfermedades Transmisibles); 12) Luís Gerardo Castellanos (OPS-Jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas Desatendidas y Enfermedades Transmitidas por Vectores); 13) Pedro Albajar (OMS-Jefe del Programa Global de Enfermedades Tropicales Desatendidas); 14) Elvira Hernández (FINDECHAGAS-Presidente); 15) Pablo Vega (Oficial Técnico-Unitaid); 16) Essien Ukanna (Programme Officer-Unitaid); 17) Alex Debrun (Grant Finance Manager-Unitaid).

Este documento incluye los principales puntos discutidos durante la **cuarta reunión del Consejo Asesor Externo (CAE)** realizada durante el encuentro anual del Proyecto CUIDA Chagas en Asunción, Paraguay.

El CAE tiene un término de referencia que prevésus responsabilidades, su composición y su modo operativo. Entre las **responsabilidades** del CAE, se destacan ofrecer asesoramiento especializado en temas políticos, técnicos, científicos, programáticos y éticos relacionados con la implementación del proyecto; y contribuir a la solución de posibles conflictos que involucren a los Ministerios de Salud, miembros del consorcio, instituciones colaboradoras, órganos encargados de cuestiones técnicas y administrativas, así como cualquier conflicto de intereses entre el proyecto y otros actores. Respecto su **composición**, el CAE tiene 11 miembros, además de la IP, la directora y el asesor político del proyecto CUIDA Chagas: dos (2) miembros de cada Ministerio de Salud (8 en total), un (1) representante de la OMS, un (1) representante de la OPS y un (1) representante de FINDECHAGAS. Además, el órgano incluye un observador permanente de Unitaid. Respecto a los representantes de cada Ministerio de Salud (MS), una persona debe tener un perfil técnico, mientras la otra debe tener un perfil político. Los representantes de CUIDA Chagas actúan como secretariado del CAE. En relación con el **modo operativo**, el CAE debería reunirse virtualmente

semestralmente, o según sea necesario. El CAE fue creado e instalado en 22/11/2022 durante el primer encuentro de CUIDA Chagas en Rio de Janeiro. El **presidente** del CAE es elegido por sus representantes para un mandato de un año, tras el cual un nuevo presidente es elegido por sus miembros. En principios de 2023, fue acordado que el CAE debería reunirse en tres ocasiones por año. El primer encuentro fue realizado en 31 de marzo, el segundo en 30 de junio. El tercer y último encuentro de 2023 se realizó el 3 de octubre en Paraguay.

### INFORME GENERAL DEL PROYECTO

La Dra. Silvestre destacó la importancia de mantener el apoyo de los países al proyecto. Durante el desarrollo del proyecto, por recomendación de Unitaid, se solicitaron cartas de compromiso a los Ministerios de Salud (MS) de cada país, las cuales fueron enviadas en febrero de 2020. En 2022, fue firmado un Término de Compromiso entre Fiocruz y los MS de los cuatro países en apoyo a la implementación del proyecto. Para Fiocruz, en la condición de líder técnico del proyecto e institución gubernamental, es fundamental que el proyecto sea desarrollado de una manera respetuosa y responsable, con el apoyo de los MS. Por tal motivo, se solicitó a los ministerios indicar instituciones técnicas que podrían implementar el proyecto en cada uno de los países. Sólo incluyendo a los MS podremos asegurar la sostenibilidad de las acciones del proyecto y garantizar que sus resultados se incorporen a los sistemas de salud de los países.

La Dra. Silvestre presentó un panorama general del progreso del proyecto en cada país. **Brasil** ya ha iniciado el protocolo de implementación en los 5 sitios de investigación. Hay previsión del involucramiento progresivo de las 56 unidades básicas de salud (UBS) de la atención primaria en salud (APS) en los cinco municipios hasta el final de 2023. Brasil ya formó cerca de 700 profesionales de atención primaria. Se ha avanzado en el plan estratégico de vinculación comunitaria, que es una forma no sólo de incrementar la demanda de diagnóstico, sino también de garantizar la sostenibilidad de las acciones.

Fueron presentados el plan de gerenciamiento de datos y las estrategias de monitoreo y evaluación. Los referidos planes contienen una gran cantidad de datos y variables para cada protocolo que quedan almacenadas y centralizadas en Brasil. Cada país tiene acceso a los datos por intermedio del sistema de REDCap. El estudio de

validación de diagnóstico de pruebas rápidas para enfermedad de Chagas crónica fue iniciado en Montes Claros (Fase 1). El ensayo clínico (BENBRASIL) está previsto para empezar en breve. BENBRASIL fue resultado de un cambio en el protocolo original, lo que exigió que pasara nuevamente por todo el proceso ético y regulatorio. La imposibilidad de tener acceso al Nifurtimox impide su inicio.

En **Paraguay**, donde solo se implementará el protocolo de implementación, ya se completó toda la fase de preimplementación. El estudio formativo, la contextualización de los territorios de las UBS, la capacitación de los profesionales de salud y el teste de los instrumentos fueron realizados. Los equipos locales fueron contratados y los técnicos en biología molecular fueron capacitados con el apoyo de expertos de Brasil. Se amplió el laboratorio central con el fin de contar con espacio suficiente para realizar pruebas diagnósticas de la enfermedad de Chagas. Dentro de los próximos dos meses se iniciarán las actividades de campo en los 5 municipios del Paraguay.

En **Bolivia**, hubo un grande retraso para la firma del contrato. Hasta ahora, sólo se ha avanzado con la investigación documental a nivel nacional, ya que lamentablemente no contamos con aprobación ética para ninguno de los estudios, ni contamos con equipos locales. Se solicitó el apoyo de OPS-Washington, que se comunicó con la oficina de OPS-Bolivia. Hubo reunión entre INLASA, OPS-Washington, la oficina de OPS-Bolivia y el equipo central del proyecto, de la que se lograron algunos avances. Entretanto, sin aprobación ética no es posible empezar los protocolos. Además, hay obstáculos burocráticos que impiden la contratación de los equipos locales, lo que impide la investigación formativa en los 10 municipios del país. El ensayo clínico, BENLATINO, tiene un seguimiento de 24 meses. Si comenzara hoy, no habría tiempo para completar el estudio antes de la fecha de finalización del proyecto (octubre de 2025).

En **Colombia**, hay una situación similar. Los cambios recientes de gobierno llevaron a cambios en la dirección del INS. El país tiene tres protocolos a ser desarrollados. El protocolo de implementación estaba avanzando. Los equipos locales fueron contratados y finalizaron la evaluación de la contextualización de los territorios de los 12 municipios del país. Se recogieron los datos de cada UBS y se identificaron los flujos de diagnóstico y tratamiento, así como las barreras de acceso al diagnóstico y

tratamiento. Sin embargo, los recientes cambios del gerente de implementación y del gerente de monitoreo y evaluación impactaron negativamente al andamio del protocolo. Respecto al protocolo de validación, todavía no hubo la aprobación del Comité de Ética y Metodologías de Investigación (CEMIN). Hay una evaluación positiva sobre la parte técnica del protocolo, pero hay cuestionamientos sobre la parte presupuestaria, debido a una mala comprensión sobre las áreas de actuación del proyecto. Lamentablemente se creyó que se debían tomar acciones en los 12 municipios, lo cual no es el caso. Por fin, BENLATINO tiene la aprobación de CEMIN y de la Fundación Cardio Infantil, que implementará el estudio. Sin embargo, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) aún no ha aprobado el protocolo del estudio. Teniendo en cuenta los hechos, no será posible completar el ensayo clínico antes de octubre de 2025.

Es comprensible que los cambios en el gobierno puedan producir cambios en el personal (del proyecto), pero es importante que haya una continuación de las actividades y los cronogramas, según lo acordado por los MS y Unitaid. Los retrasos perjudican a todos, especialmente a la población de nuestros países. Por fin, la Dra. Silvestre solicitó al Dr. Castellanos el contacto de los representantes de OPS en cada país para que puedan recibir una visión general de los aspectos técnicos del proyecto por parte del equipo central. De esa forma, será posible construir una agenda, un cronograma de actividades, para apoyar a los equipos nacionales y locales de los países.

### **BRASIL**

El Dr. Francisco Edilson mencionó que el término de referencia del CAE menciona que su presidente debe ser elegido por sus miembros. El Dr. Tiago Nery explicó que la elección de Brasil para el mandato 2022-2023 y la indicación de Paraguay para presidir en el período 2023-2024 fueron decisiones consensuales de los miembros del CAE en 2022. Sin embargo, es legítimo que ese proceso pase por una nueva consulta a sus miembros al final de la IV reunión del CAE.

El Dr. Edilson mencionó que el MS está teniendo dificultades con el suministro de medicamentos y pruebas de diagnóstico. El número de tratamientos con benzonidazol disponibles y de pruebas de diagnóstico confirmatorias es insuficiente para satisfacer la demanda actual. Éste es el principal desafío del MS en este

momento. Sin embargo, hay nuevas iniciativas que podrían beneficiar al proyecto CUIDA Chagas. Este es el caso del Comité Interministerial para la Eliminación de la Tuberculosis y Otras Enfermedades Socialmente Determinadas (CIEDDS) y el Comité Técnico Asesor sobre la Enfermedad de Chagas (CTA-Chagas). El actual gobierno pretende fomentar la participación comunitaria de las personas afectadas por la enfermedad de Chagas.

La Dra. Silvestre mencionó la importancia del proyecto CUIDA Chagas en el desarrollo del Pacto Nacional sobre transmisión vertical. Destacó la necesidad de trabajar en el intercambio de información entre diferentes proyectos sobre transmisión vertical. La Dra. Veruska sugirió una discusión sobre los indicadores y resultados existentes con el fin de mejorar los indicadores previstos en el Pacto Nacional para la eliminación de la transmisión vertical del VIH, Sífilis, Hepatitis B y Enfermedad de Chagas como problema de salud pública.

#### **BOLIVIA**

La Dra. Fortún subrayó que cada país tiene su normativa interna y se debe respetar los trámites de las instituciones oficiales. Los problemas relacionados a los comités de ética para la aprobación de los protocolos no son exclusivos de INLASA o del MS. Recientemente, hubo cambio en elMS, con el nombramiento de la Lic. María René Castro como Ministra de Salud. Bolivia está dispuesta a cumplir con sus obligaciones en el proyecto. Sin embargo, ciertos tipos de trámites producen retrasos y setoman los cuidados para que no haya daños colaterales posteriores.

La interculturalidad es un reto que tiene afectado el país y que necesita la comprensión y el apoyo de todos. Es una situación parecida con la de Colombia. Bolivia tiene un involucramiento muy importante de las organizaciones sociales de los pueblos originarios. Se está trabajando para llegar a esas comunidades y a las autoridades municipales. Además, OPS Washington y OPS-Bolivia han ayudado el país a superar las dificultades con las contrataciones de personal. La coyuntura política afecta mucho a los países de la región. Las dificultades generaron desconfianza de los socios de Brasil. Sin embargo, Bolivia reafirma su compromiso con la implementación del proyecto.

#### **PARAGUAY**

La Dra. Sandra Irala se presentó y dijo que ahora se suma al proyecto. La doctora Viviana de Egea, directora de la dirección de enfermedades transmisibles,

seguirá como representante de Paraguay en el CAE, pero la doctora Karen Díaz ya no será miembro, al no estar más en el viceministerio (cuya función es articular asuntos gerenciales). La Dra. Vidalia Lesmo continuará como jefa del programa nacional de enfermedad de Chagas del SENEPA.

El Dr. Montiel, nuevo director de SENEPA, dijo que el Ministerio de Salud y SENEPA seguirán trabajando para que el proyecto avance. Paraguay pasó por un cambio de gobierno y busca reducir sus impactos en el proyecto. En los lugares donde opera el proyecto están previstos algunos cambios de personal. La apertura y la comprensión por parte de la alta dirección del proyecto son necesarias para que se puedan realizar cambios y el proyecto pueda continuar.

### **COLOMBIA**

El Dr. Mauricio Vera comentó el informe presentado por el Dr. Silvestre y aclaró sobre los cambios de personal. Se rescindió el contrato de uno de los funcionarios mientras que el otro fue trasladado para desempeñar sus funciones en otra área administrativa del sector salud nacional. El primer grande desafío es entender las dinámicas de organización política, administrativa y técnica que tiene cada país. El MS de Brasil y Fiocruz tiene una forma de relacionamiento muy distinta de los otros países. En Colombia, el operador del proyecto es el INS, que elaboró el proyecto junto al equipo central. Según informó el Dr. Vera, el MS sólo participó en el proyecto a través del CAE. Hasta el año pasado no tenía un rol específico en el proyecto ni conocía muy bien los protocolos.

Colombia está consciente que el ensayo clínico está en riesgo. Actualmente, no hay tiempo suficiente para reclutar personas, recopilar datos y realizar un seguimiento. Es importante verificar la factibilidad para cumplir el cronograma establecido. Es necesario verificar las alternativas y revisar los tiempos. Respecto al protocolo de implementación, Colombia tiene avances. El país avanzó con la investigación formativa, que recientemente fue interrumpida.

El Dr. Vera agradeció al apoyo de Unitaid y dijo que Colombia tiene capacidad y talento humano para implementar el proyecto. Sin embargo, es preciso retirar las barreras que puedan existir en los protocolos. Colombia ratifica el compromiso de desarrollar el protocolo de implementación. Entretanto, hay desafíos relacionados con la población indígena de Sierra Nevada de Santa Marta, en Guachaca. El MS había

alertado sobre posibles inconvenientes con esa localidad. Todavía no hay el aval de los pueblos indígenas. Ese asunto no está considerado en ninguna parte del protocolo y puede causar más retrasos. Respecto al estudio de validación, el INS indicó que necesita de la última versión del protocolo para que pueda presentarlo al CEMIN. Parece que hubo cambios respecto a la primera versión del protocolo. Además, serán necesarios ajustes en los sitios para garantizar su factibilidad.

Colombia tiene una meta específica en el plan nacional de salud pública. Hasta 2031, 15% de los municipios de Colombia deben cumplir con las condiciones de la eliminación de la transmisión congénita de la enfermedad de Chagas. El Ministro de Salud colombiano reafirmó el compromiso del país con el proyecto CUIDA Chagas. El proyecto complementa las acciones desarrolladas por el país. El rol del Ministerio es hablar con el INS para tratar de disminuir los impactos negativos de esos cambios. Gran parte del personal seleccionado son funcionarios públicos y deberán permitir la sostenibilidad del proyecto. Por fin, el Dr. Vera transmitió dos mensajes. El primero fue un mensaje de tranquilidad a Unitaïd. Colombia está comprometida a cumplir sus compromisos. En 2023, el MS está trabajando junto con el INS, una situación muy diferente a la del año pasado. Colombia va a cumplir el acordado con Unitaïd. Para eso es preciso revisar algunos puntos de los protocolos y mejorar los flujos de comunicación. El segundo mensaje fue a todos los participantes de la reunión del CAE. Se está tratando de organizar los procesos en el ámbito del INS, con funcionarios de carrera para dar estabilidad a las actividades del proyecto. Se espera que Colombia pueda presentar resultados en la próxima reunión del CAE.

### OMS

El Dr. Albajar hizo tres reflexiones sobre el proyecto. **1) La importancia y el valor añadido del proyecto.** Hubo un largo proceso para convencer Unitaïd a entrar en un proyecto sobre enfermedades tropicales desatendidas. El valor añadido de ese proyecto es mucho mayor al proyecto. Sin embargo, no se logró explicar eso. El proyecto ha roto varias fronteras al priorizar, por ejemplo, el atendimento precoz y el seguimiento de los afectados. El proyecto no sólo ha añadido valor sino que también está creando un legado. Es importante que los afectados puedan continuar siendo atendidos y detectados oportunamente después del fin del proyecto. **2) Tema de la investigación.** Debe enfatizarse la novedad del proyecto en términos de innovación.

Por primera vez en la historia, será posible trabajar con la comparabilidad de los datos epidemiológicos, las variables y los resultados de laboratorio. El seguimiento de los pacientes tiene que continuar después del proyecto. Además, es necesario tener en cuenta la capacidad del proyecto para replicar los resultados en otros países y otras regiones. **3) Valor agregado para los protocolos de la OMS y de los países.** En ese momento se están recolectando los datos que serán publicados en la Asamblea Mundial de la Salud en 2024, para tener la hoja de ruta del período 2021-2030. Ese proyecto está generando datos reales que alimentan una dinámica de notificación. Además, la OMS está trabajando en las recomendaciones que tienen que salir de la hoja de ruta. Para la enfermedad de Chagas congénita es necesario identificar variables, controles de calidad, cómo se carga un sistema informático, cómo se actualizarán las publicaciones de la OMS, etc. Por lo tanto, esas tres reflexiones justifican la necesidad de más tiempo para el proyecto. Según el doctor Albajar, son muchos los motivos que justifican esta prórroga, empezando por la pandemia. Además, es necesario tener en cuenta cómo este proyecto interactúa no sólo con los Ministerios de Salud, OPS, OMS, sino también con el Programa Iberoamericano y la presidencia de Brasil en el G-20.

### **FINDECHAGAS**

La Sra. Hernández ve el proyecto como una oportunidad. Las decisiones que se tomen pueden tener un impacto negativo o positivo en quienes necesitan ayuda, los afectados por la enfermedad de Chagas. Los afectados no son estadísticas, son seres humanos. Muchas veces los afectados son tratados en los centros sanitarios como expedientes, un número más. Ella entiende que cada país tiene su propia forma de trabajar, que debe ser respetada. Pero estos plazos no deben exceder los tiempos normales, ya que afectan a quienes más necesitan el proyecto. La pandemia de Covid-19 fue usada como justificación para retrasos. La enfermedad de Chagas nunca ha sido una prioridad, sigue siendo una enfermedad invisible. Las causas de muerte registradas mencionan infarte, problemas de estómago, pero nunca enfermedad de Chagas. Las estadísticas no reflejan la realidad. Los constantes cambios de equipos impactan negativamente al proyecto. Los beneficios del proyecto no son para los Ministerios, sino para la gente, la región, los afectados. Para conocer la enfermedad de Chagas es preciso ir a las comunidades, conocer a la gente y su dura realidad de pobreza,

orfandad, viudez, etc. Es importante poner el corazón en todo lo que hacemos, comprender cómo los afectados gustaría de ser tratados. Para eso existen las asociaciones, para ayudar a los afectados de manera voluntaria. Por ello, invitó a los MS a mantener el compromiso demostrado al inicio del proyecto.

### **OPS**

El Dr. Castellanos dijo que en el marco de la reciente reunión del consejo directivo de OPS fue lanzada la iniciativa para eliminar las enfermedades transmisibles, que es muy similar al CIEDDS de Brasil. Esta iniciativa cubre alrededor de 12 enfermedades con metas de eliminación, pero excluye otras que aún no tienen una meta de eliminación. OPS se comprometió a elaborar un Plan Regional para las Américas con un abordaje de manejo de esas enfermedades que no tienen metas de eliminación. Es fundamental apoyar iniciativas que propongan abordajes integrados. El proyecto CUIDA Chagas debería sumarse a los enfoques que apuntan a eliminar la transmisión de las enfermedades incluidas en la iniciativa ETMI-Plus, y tal vez se puedan agregar otros más adelante. El proyecto CUIDA Chagas es una gran oportunidad para resaltar y ampliar el valor agregado que Unitaid está aportando a la región, y un eventual fracaso del proyecto significaría una gran pérdida. Además, sería un gran desprestigio para las instituciones de los países. Este proyecto no debe concentrarse en la ganancia individual de cada país. El proyecto traerá información que permitirán expandir conocimiento y oportunidad a otros países de Latinoamérica. El éxito de sólo dos países limitará la posibilidad de proporcionar conclusiones generales. El proyecto tiene potencial de contribuir internacionalmente. Su eventual fracaso abre un mal precedente, pues tendrá impacto en futuras donaciones para otros proyectos de esa dimensión. Sería muy difícil justificar nuevos aportes. Por lo tanto, OPS como organización (equipos, diferentes departamentos, expertos en las oficinas de los países) está disponible para ayudar al proyecto CUIDA Chagas a avanzar y superar los desafíos.

### **UNITAID**

El equipo de Unitaid mencionó que es importante entender los desafíos de cada país. El proyecto está muy retrasado, especialmente en Bolivia y Colombia, donde algunos de los protocolos ni siquiera han comenzado. La situación debe ser informada a los directores y al *Board* de Unitaid. Es posible una prórroga del proyecto de 12 meses si está bien justificada. Para ello es muy importante saber cuál es el plan para

actualizar el proyecto. Los objetivos inicialmente acordados parecen muy lejos de cumplirse. Cada día, cada mes de retraso le cuesta al proyecto. Unitaid es flexible ante posibles cambios, pero necesita información para analizar qué se puede cambiar sin reducir sustancialmente el impacto previsto. Los equipos nacionales deben informar sobre los avances del proyecto, que tiene un impacto regional. Unitaid no tiene las soluciones. Se trata de un trabajo colectivo liderado por miembros del consorcio CUIDA Chagas. Los MS de cada país debe encontrar las mejores alternativas. Es muy importante que el consorcio defina una fecha para presentar un plan para poder avanzar y cumplir los objetivos. Si el proyecto fracasa, la población no tendrá acceso a diagnósticos y tratamientos. Unitaid está disponible, en consulta con las partes involucradas, para ayudar a encontrar soluciones y hacer avanzar el proyecto. No existe una solución global ya que existen diferentes desafíos administrativos, técnicos y políticos en cada país. Será necesario presentar a Unitaid un plan con opciones para los problemas.

Desde la creación de Unitaid en 2006, se ha trabajado intensamente para convencer a la junta directiva de que apoye una enfermedad como Chagas, que no estaba en el mandato original de la organización. Es importante rendir cuentas al comité directivo (países donantes, ONG y sociedad civil), porque cuando Unitaid financia cosas que no están en su mandato, deja de apoyar actividades para las tres enfermedades (VIH, Tuberculosis y Malaria) que ha sido parte de su mandato desde el principio. Unitaid se complace en apoyar la iniciativa ETMI-Plus, ya que permite apoyar actividades que también están relacionadas con la enfermedad de Chagas. Por lo tanto, es necesario demostrar resultados; no hay más tiempo que perder, para no perjudicar la financiación futura. Finalmente, el equipo de Unitaid informó que el *Board* se reúne dos veces al año, en junio y noviembre. Las extensiones de plazo de más de 12 meses requerirían la autorización del *Board*, lo que podría poner en riesgo todo el proyecto, exponiendo el progreso limitado y el impacto decreciente. Es importante presentar resultados y demostrar que se está trabajando para cumplir los objetivos. La próxima reunión del *Board* será en Brasil en noviembre de 2023, donde podremos presentar un plan revisado para volver a encarrilar este trabajo y tranquilizar a los miembros de nuestro *Board*.

## CONSIDERACIONES FINALES

Los países deben presentar propuestas concretas, con plazos y costos definidos con soluciones para avanzar con el proyecto. Según el Dr. Castellanos, los recursos de OPS son insuficientes para resolver los desafíos existentes. Al final, los más perjudicados serán los afectados por la enfermedad de Chagas. La Dra. Silvestre dijo que Brasil enfrentó una situación política delicada en el último gobierno, con cuatro ministros de salud, pero el proyecto encontró una manera de seguir adelante. El país tuvo claridad de la necesidad de cumplir con los compromisos institucionales. A pesar de comprender que los cambios son necesarios, deben ser hechos de manera gradual y responsable. Es necesario pensar en estrategias para reducir los potenciales impactos negativos causados a los equipos. Como líderes del Consorcio, el equipo de Fiocruz se compromete a presentar una nueva propuesta. Pero eso debe hacerse escuchando a los países sobre cuáles son sus compromisos. Es necesario dar una respuesta responsable al donante, creando mecanismos de seguimiento del proceso que deben derivar en una propuesta concreta al Consejo de Unitaid. No es aceptable desaprovechar la oportunidad que representa el proyecto CUIDA Chagas para América Latina.

Bolivia y Colombia reafirmaron su compromiso con la implementación del proyecto CUIDA Chagas. Están previstas reuniones con ambos países para discutir separadamente los protocolos y los planes de trabajo que serán presentados a Unitaid. En 12 de octubre deberá ocurrir una reunión con Bolivia, a las 10h (11h en Brasil). En 13 de octubre, está prevista una reunión con Colombia para discutir el protocolo de implementación. La reunión será a las 9h en Colombia (11h en Brasil). Las reuniones deberán contar con la participación de representantes de OPS en esos países. Brasil informó que está avanzando las tratativas con OPS para la donación de Nifurtimox.

La reunión del *Board* de Unitaid será el 21 de noviembre de 2023. La nueva propuesta con plazos concretos debería enviarse lo antes posible. Unitaid irá proponer una fecha para discutir los planes antes de la reunión del *Board*. Por fin, los miembros del CAE discutieron la presidencia rotatoria del consejo. El término de referencia será enviado a los participantes de la IV reunión del CAE. Los concejales eligieron a Paraguay como nuevo presidente de la EAB para el período 2023-2024. El equipo central se reunirá con Paraguay para fijar la agenda del consejo para 2024, que deberá

contar con la participación de representantes de la OPS en cada país. El acta de esta reunión será enviada a los participantes. Las actas anteriores también serán compartidas con Unitaid.