

10ª Reunión del Consejo Asesor Externo (CAE)

Fecha: 28 de octubre de 2025 (09h-12h30)

Participantes: Andrea Silvestre (Fiocruz); Debbie Vermeij (Fiocruz); Tiago Nery (Fiocruz); Aline Beraldo y Rawlinson Rodrigues (MS/Brasil); Sandra Irala y Martha Torales (MSPBS/Paraguay); Elvira Hernández (FINDECHAGAS); Héctor Coto (OPS); Pedro Albajar (OMS); Mariam Toure (Unitaid). Roxana Salamanca (MSyD/Bolivia) y Mauricio Vera (MSPS/Colombia) participaron en modalidad remota.

Este documento contiene los principales puntos discutidos durante la **10ª Reunión del Consejo Asesor Externo (CAE)**, ocurrida el 28 de octubre de 2025 durante el encuentro anual del proyecto en Recife, Brasil. **Agenda:** 1. Informe sobre los Términos Aditivos al Término de Compromiso y al Acuerdo de Investigación y Desarrollo. 2. Panorama general del proyecto; 3. Desarrollo de las actividades en los países y consideraciones de los demás integrantes del CAE.

1. INFORME SOBRE LOS TÉRMINOS ADITIVOS

En el momento, hay los siguientes Términos Aditivos (TA) tramitando entre los Ministerios de Salud (MS) y los integrantes del consorcio. **1.1) Término de Compromiso.** En febrero de 2022, los MS de los 4 países y Fiocruz firmaron ese documento con el compromiso de implementar el proyecto hasta el final. Debido a la extensión sin costo de 1 año, fue necesario un TA al Término de Compromiso (octubre de 2026). El TA fue firmado por el MS de Bolivia en 03/10/2025 y enviado a Paraguay en 06/10/2025. Próximas firmas: MS de Colombia, MS de Brasil (responsable por el cofinanciamiento de US\$ 4 millones) y Fiocruz. **1.2) Acuerdo de Investigación y Desarrollo:** En 2022, el Consorcio CUIDA Chagas firmó el ese documento con el objetivo de regular las actividades de investigación relacionadas a propiedad intelectual, confidencialidad, datos, patentes. El TA deberá ajustar los siguientes puntos: i) extensión de 1 año (31/10/2026); ii) actualizar los responsables por cada protocolo; iii) actualizar informaciones generales de los protocolos. FIND firmó el TA en 12/10/2025, que fue enviado a Senepa en 13/10/2025. Próximas firmas: CIRD; INS; INLASA; Fiocruz.

2. PANORAMA GENERAL DEL PROYECTO

Implementación. Avances en las actividades y en los análisis de Monitoreo y Evaluación (M&E) en Brasil y Paraguay. Fueron identificadas brechas de seguimiento, que necesitan de una mejor revisión por parte de los equipos. Por ejemplo, busca activa de las personas que tuvieron triaje positiva, pero no lograron realizar serología. Una segunda brecha incluye las personas que tienen serología positiva y confirmada, pero todavía no fueron para consulta de evaluación y tratamiento. Las personas que fueron al tratamiento, pero tuvieron problemas con acceso al medicamento. Hubo problemas eventuales de fornecimiento de medicamento en Brasil. El M&E de esas brechas de seguimiento están siendo acompañadas de forma muy activa por los equipos del

proyecto. Las brechas ya están incorporadas al panel de monitoreo de Bolivia y Paraguay. Los equipos locales ya consiguen identificar los participantes que no consiguen ese seguimiento para hacer la búsqueda activa. Poblaciones especiales también son importantes para el seguimiento. Por ejemplo, gestantes que tuvieron TR positivo y que todavía no hicieron confirmación de serología. Los recién nacidos son seguidos de forma próxima y puntual. Contactos familiares era un punto frágil del análisis, que varía de acuerdo con la cultura local. En Bolivia, la mujer comparece para el triaje con toda su familia. Ya en Brasil y Paraguay se necesita un trabajo de consejería, convencimiento de esa persona, una vez con diagnóstico confirmado, para intentar seguir sus familiares, sobre todo sus hijos. La prevalencia en las gestantes es bastante variable: Bolivia (6%), Paraguay (1%), Brasil (0,3%). No hubo casos identificados de recién nacidos positivos. No hubo nuevos casos identificados de transmisión vertical a partir de diagnóstico de PCR o examen parasitológico. Otros hijos de esas mujeres identificadas también deben ser evaluados e identificados por los equipos locales. Tratase de un dato epidemiológico importante respecto a la transmisión vertical.

Brasil ha logrado cumplir 45% de la meta (poco más de 22 mil personas testadas). Paraguay ha cumplido 40,7% de la meta. Con el seguimiento de la actividad de campo anualmente, fue identificado, a partir del M&E, el fenómeno de saturación de nuevos diagnósticos, nuevas triajes, con necesidad de crear estrategias específicas para mejorar la cobertura de las mujeres que procuran la Atención Primaria a Salud (APS). En Paraguay, que tiene menor cobertura de APS en comparación a Brasil, las actividades extramuros (acciones y campañas en mercados, escuelas, lugares públicos) son estratégicas para encontrar y diagnosticar las mujeres en edad fértil (MEF). Hay el desafío de fidelizar esas mujeres para que permanezcan en la APS y vengan con sus hijos y contactos familiares, y siga en el triaje, la confirmación del diagnóstico y el acceso al tratamiento. Bolivia empezó tardíamente, pero viene desarrollando un importante trabajo. Será uno de los países que tendrá mayor beneficio para su población. Fueron realizadas cerca de 3 mil triajes; son 340 mujeres positivas con una positividad de 11,2%. A pesar de haber insumos, no se está logrando realizar las serologías de todas las personas que fueron identificadas en el triaje, debido a cuestiones logísticas. Los laboratorios no están logrando realizar todas las serologías demandadas. La brecha de seguimiento y confirmación serológica puede llegar a 50% o 80% en algunos municipios. Con pruebas rápidas (TR) de tamizaje la prevalencia llega hasta el 30%. Las dificultades económicas del país son otro problema, que agravan problemas logísticos, como, por ejemplo, imprimir los instrumentos, los Formularios de consentimiento informado (FCIs), los materiales para recolección de datos. Los equipos no pudieron empezar las actividades en 40% de las unidades de salud por falta de insumos. Se está intentando solucionar esos problemas con el apoyo de PNUD-Bolivia. A pesar de todos los problemas, se debe destacar la fuerza de voluntad de los equipos de Bolivia. Colombia ya realizó toda la pre-implementación necesaria para el inicio de testeos. Grand parte de las actividades no son visibilizadas, pero son muy importantes para una investigación

de implementación (análisis de los territorios, evaluación de los flujos de diagnóstico y tratamiento de cada municipio y departamento junto a los gestores locales, visita a cada una de las unidades de salud, formación de los profesionales de salud). Recientemente, hubo la capacitación de alrededor de 70 personas de los equipos locales de 10 municipios, incluyendo el área de Guachaca (Sierra Nevada de Santa Marta), con la parte práctica de realización de los TR (actividad de una semana con resultados muy positivos). Hubo lanzamientos políticos en todos los municipios. A pesar de las compras de TR haber sido aprobadas, los testeos no fueron iniciados por cuestiones logísticas. El teste de mejor desempeño (Stat-Pak) no estaba disponible para compra en país. Fueron adquiridos los testes con segundo mejor desempeño (CTK), que acaban de llegar al país. Los testeos deberán empezar el próximo mes en Colombia.

El Dr. Mauricio Vera solicitó un borrador del Término Aditivo al Término de Compromiso. No comprendió lo que ha pasado con las pruebas rápidas. La Dra. Silvestre explicó que con la indisponibilidad de Stat-Pak, fueron seleccionadas las pruebas de CTK. No hay problemas de desembarazo, solamente el tiempo necesario para la aprobación. El Dr. Vera dijo que las pruebas de diagnóstico rápido, dado su volumen, no son fáciles de adquirir en Colombia. Las compras demoran, en promedio, un año. Necesidad de revisar todos los procesos administrativos respecto a los insumos necesarios. La Dra. Silvestre observó que las definiciones sobre las pruebas involucran procesos muy dinámicos. El lineamiento del MS de Colombia, por ejemplo, ocurrió solamente ese año. Los constantes cambios de equipos en el país también impactaron profundamente esos procesos. Sería una irresponsabilidad hacer las compras con un año de antecendencia, sin un escenario definido, con riesgos de pérdidas de las pruebas adquiridas. El proyecto trabaja con mucha responsabilidad con los insumos en todos los países. Destacó la importancia de mirar hacia adelante y empezar los testeos en Colombia.

Validación. Bolivia empezó el estudio entre fines de abril y principios de mayo. La Fase 1, realizada en Padilla, ya fue finalizada. Fueron 150 positivas y 150 negativas en un establecimiento de salud pública de segundo nivel de atención, donde se analizaron tres pruebas rápidas de mejor desempeño en el país (estudio previo de INLASA y FIND). Ya hay el resultado de las dos pruebas que seguirán para la Fase 2. Esas pruebas son evaluadas tanto con sangre venoso cuanto capilar, juntamente con un análisis de genotipaje. La evaluación del desempeño de esas pruebas considera el área geográfica, el perfil epidemiológico de los participantes y el genotipo del *T. cruzi*. La Fase 2 será retomada en las próximas semanas en Padilla y Villamontes, cuando será analizada el performance del algoritmo y serán comparadas 2 pruebas con el padrón serológico para enfermedad de Chagas (EC). En Brasil, la Fase 1 ya había sido concluida. En ese momento, la Fase 2 está terminando, con la identificación de las dos pruebas (BioManguinhos y CTK). La Fase 1 modificada sigue con el análisis del soro de los participantes de BENBRASIL y la verificación de la precisión del algoritmo y de las pruebas respecto al perfil genético del *T. cruzi*. Importancia de la estandarización de los testes diagnósticos respecto a la heterogeneidad genética y epidemiológica del *T. cruzi*,

con especial atención para el área de Amazonia. La Dra. Silvestre destacó la heterogeneidad de resultados con kits estandarizados, registrado por ANVISA, en la región, resultando en menor reclutamiento del centro de Manaus en BENBRASIL (32/75). Frente a esos datos, las Guías de OPS necesitan llevar en cuenta la heterogeneidad de la EC en los distintos países y subregiones de América Latina. El Dr. Hector Coto observó que las Guías de OPS no son mandatorias para los países, sino simples orientaciones. Cada país debe evaluar su situación local para tomar en cuenta o no las recomendaciones.

BENBRASIL. El estudio debe su existencia a la heterogeneidad del *T. cruzi* en Brasil. El ensayo clínico BENLATINO ya habían sido aprobados por la OMS cuando se supo del estudio Multibenz. En un análisis de subgrupo, los participantes de Brasil (Montes Claros) tuvieron una falla terapéutica de 80% con tratamiento de 15 días y de 60% con el tratamiento de 60 días. No habría más sentido hacer un tratamiento acortado en Brasil. BENBRASIL está en municipios de las 5 macrorregiones de Brasil, con su diversidad epidemiológica, geográfica y genética, evaluando de forma observacional la respuesta al benznidazol (BNZ) con el tratamiento estándar de 60 días, incluyendo el genotipaje de todos los participantes. En Montes Claros, se ha realizado un estudio comparativo de fase 2 placebo controlado de benznidazol (BNZ) vs. nifurtimox (NFX), pensando en la posibilidad de confirmación de resultado negativo de la eficacia de BNZ para Brasil. Diferentemente de otros países de la región, NFX no es una droga utilizada en Brasil (no está registrada en ANVISA). BENBRASIL ya finalizó su fase de reclutamiento y tiempo de tratamiento. Los resultados sobre la eficacia del tratamiento sólo estarán disponibles tras el seguimiento de 1 año (PCR, farmacocinética).

Brecha de tratamiento y Efectos Adversos (EA). La guía de OPS recomienda que el tratamiento para EC aguda o crónica puede ser reducido para 30 días, siendo importante destacar cuales son las realidades donde se puede o no aplicar, a ejemplo de Brasil. El Dr. Luquetti considera, por su experiencia en Goiás, que el tratamiento de 30 días es mucho peor que el de 60. La idea futura es reducir la dosis y aumentar el tiempo de tratamiento. Las evidencias muestran que 60 días de tratamiento con BNZ es mejor en regiones de Brasil central. El Dr. Coto pidió que los expertos analicen el peso específico de las restricciones en la versión de la Guía que se está finalizando. El Dr. Mauricio Vera gustaría de analizar el borrador de esa Guía. La Dra. Sandra Irala destacó los EA, subrayando que el abandono de tratamiento constituye una de las brechas. Necesidad de avanzar en las razones de cada brecha (testeo, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, cura). Paraguay sugirió incluir el tema de los EA en el panel de monitoreo del proyecto. La Dra. Silvestre dijo que el panel de monitoreo tiene una parte específica de seguimiento del tratamiento y el número de EA en Brasil. Para Bolivia y Paraguay, fueron actualizados datos sobre las brechas, con la posibilidad de los equipos centrales identificar y seguir los pacientes en cada etapa. En Brasil, hubo EA en 28% de los participantes, la mayor parte leves y fáciles de manejar. Sólo 6% de las personas necesitaron suspender el tratamiento con BNZ por causa de EA. En Paraguay, hay 23%

con EA y 10 personas (8%) que interrumpieron el tratamiento. El gran desafío es capacitar los equipos locales para el manejo, que todavía sigue muy centralizado. Es posible hacer el manejo y el tratamiento en la APS. El Dr. Pedro Albajar destacó la importancia de la farmacovigilancia, de notificar el sistema sobre los EA. Tratase de un legado importante del proyecto (La Dra. Silvestre informó que la notificación está en los instrumentos). El Dr. Coto destacó la necesidad de reformular las orientaciones (respetando las normas técnicas) de manera a facilitar el trabajo de los sistemas de salud en los diferentes territorios. Las fallas están concentradas en el operacional y no en el técnico. La Sra. Elvira Hernández destacó que el afectado no termina el tratamiento muchas veces por cuestiones económicas y dificultades de desplazamiento. Muchos afectados viven lejos de los centros de salud y no pueden comparecer continuamente sin impactar su trabajo. Falta capacitación de los médicos y profesionales de salud, que deberían conocer bien a los protocolos. Los afectados no somos números, sino personas. Según la Dra. Silvestre, en los instrumentos hay informaciones sobre las razones de la interrupción del tratamiento (si hubo EA, imposibilidad de retorno al sistema de salud, embarazo).

3. Desarrollo de las actividades en los países

PARAGUAY

La Dra. Martha Torrales destacó la importancia de pensar en los pasos a seguir, pensando en la transición frente al fin del proyecto en octubre de 2026. Un proyecto tan importante precisa de un seguimiento de todo lo que se ha logrado. Entre los importantes logros, destacó la estandarización para los procesos, algo que el programa de Chagas de Paraguay no tenía. Importancia de procesos que cubran todas las etapas (captación, detección, tratamiento, seguimiento). Eso es un legado muy importante que está permitiendo hacer seguimiento de los casos. No obstante, hay que avanzar en algunos puntos. Hay todavía pacientes que se pierden entre las etapas. Saber cómo proceder para mejorar en el enfrentamiento de las brechas. Es importante que esa contribución pueda quedar en forma de guía o manual de procedimiento para el país. El documento, con los pasos alineados para EC, contribuirá para la implementación de la estrategia ETMI-plus. Otro logro importante fueron las capacitaciones, cuyos materiales y flujogramas podrán servir de base para una guía para implementación nacional. Solicitó que esos materiales puedan quedar en Paraguay. La notificación es algo que precisa mejorar (alineamiento con las normativas nacionales, plazos). La farmacovigilancia es otro asunto muy importante. En el panel de Paraguay no se ha encontrado información sobre vigilancia, notificación de EA. Importancia de alinear esas informaciones al flujograma del sistema de nacional de vigilancia para que se pueda hacer el análisis y seguimiento. Históricamente la EC estuvo centralizada en el Senepa. Actualmente el MS de Paraguay está tratando de integrar la EC al sistema nacional de vigilancia. El Dr. Albajar subrayó dos palabras claves: inserción (de la EC) y la conexión

(actores y circuitos). La Dra. Silvestre concordó con las sugerencias de Paraguay. Es preciso crear documentos y procesos que permanezcan y sean de utilidad para el fortalecimiento del sistema de salud local. Respecto a la capacitación, el sistema creado permanecerá y será de acceso público al país, incluso con la posibilidad de multiplicar para otros profesionales. El curso de vigilancia utilizado en el proyecto contó con la participación de los equipos y retrata los sistemas de cada país. Respecto a farmacovigilancia, hay datos en el panel accesibles a los equipos locales. Se puede incluir un dato directo para los MS. Importancia de la notificación de los EA dentro del protocolo de notificación. Es un aprendizaje para todos. La sugerencia de Paraguay será atendida. La Sra. Debbie Vermeij destacó que Paraguay es un ejemplo de éxito de integración entre diferentes aspectos del proyecto CUIDA Chagas y el programa nacional de EC del MS.

BRASIL

La Sra. Aline Beraldo destacó que una preocupación del MS es la sostenibilidad de las acciones del proyecto. Se está programando una reunión con el equipo de CUIDA Chagas, probablemente entre 2 y 6 de marzo. Las evidencias generadas por el proyecto irán ayudar al MS. El plan nacional de salud prevé la oferta de capacitación para los profesionales de salud junto con la APS. Importancia que más profesionales tengan acceso a eso tipo de información. El MS pretende fortalecer el triaje pre-natal en otros territorios donde se pueda avanzar con el proceso de certificación de eliminación de la transmisión vertical. El Sr. Rawlinson Rodrigues destacó que, para la sostenibilidad de las actividades, es preciso llevar en cuenta las elecciones de 2026 en Brasil. Es importante consolidar lo que fue realizado hasta ahora para que se pueda presentar a los nuevos gestores lo que queda hacer. Importancia de empezar conversaciones sobre la transición con la actual dirección del MS. A partir de abril, las actividades deben desacelerar en virtud de las elecciones. La asesoría internacional del MS (AISA) está a disposición para ayudar y hacer advocacy. Independientemente del gobierno, cambios de gestión siempre ocurren. El Dr. Alabar destacó la importancia de trabajar sinérgicamente en la preparación de informes y mensajes para 2026. Los mensajes deben ser consistentes y observar los diferentes niveles de Unitaïd (board, dirección, nivel técnico). La Sra. Vermeij destacó que lo mismo debe ser realizado con el MS de Brasil, el gran responsable por el proyecto junto a Unitaïd. Necesidad de montar un plan juntamente con el MS. La Dra. Silvestre destacó la importancia de integrar todas las informaciones sobre CUIDA Chagas a los otros proyectos (IntegraChagas e Integra Amazonia). Por fin, la Sra. Vermeij subrayó la importancia de discutir aspectos relacionados a la extensión en Brasil (hasta 2027).

BOLIVIA

La Dra. Salamanca destacó las brechas relacionadas a la implementación y al esquema de tratamiento. El proyecto está desarrollando actividades extramuros, pero el principal

desafío es garantizar el tratamiento debido a las distancias entre las comunidades. Hubo consultas al equipo técnico y al equipo CUIDA Chagas sobre la posibilidad de contratar un médico operativo para complementar el trabajo de seguimiento a los pacientes y EA. Los profesionales de primer nivel tienen temor al inicio del tratamiento por las reacciones adversas (RA) que han verificado. Eso ayudaría a hacer un seguimiento más cercano y evaluar acciones alternativas. Ni siempre se cuenta con profesional de salud para responder de manera operativa. Necesidad de coordinación con CUIDA Chagas para aplicar esa experiencia a nivel nacional. Esa es una de las grandes brechas en el manejo del Chagas congénito y seguimiento de los pacientes diagnosticados, especialmente de las embarazadas diagnosticadas. Sugirió priorizar uno o dos municipios para evaluar la mejor forma de concluir el tratamiento y evitar los EA. Bolivia tiene un sistema nacional de vigilancia que incluye los servicios departamentales y la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías en Salud (AGEMED). Sin embargo, todavía hay brechas en el envío de la notificación y pérdida de seguimiento. El MS se preocupa con la integración de las acciones no solamente con el proyecto, pero con el sistema de salud, para enfrentar a las brechas existentes. Se están promoviendo diagnósticos extramuros, priorizando las pruebas rápidas y la serología. Necesidad de integrar más el estudio de implementación al MS y a los servicios departamentales para que dejen lecciones aprendidas. Un actor muy importante es el pediatra (evitar el quiebre entre el primer y segundo nivel de atención) para los recién nacidos que requieren tratamiento. Por fin, destacó la necesidad de informaciones en tiempo real para la toma de decisión.

La Dra. Silvestre observó que el proyecto tiene como objetivo realizar el triaje, confirmación del diagnóstico y seguimiento del tratamiento. Fue fornecido BNZ adulto para toda Bolivia. Respecto al BNZ infantil, cuya producción por LAFEPE es muy superior a la demanda brasileña, solicitó apoyo de la AISA para verificar como ofertar ese medicamento a Bolivia. En septiembre de 2025, LAFEPE confirmó una nueva producción, que ya fue ofrecida al MS boliviano. Es preciso una relación interministerial para efectivizar la donación a Bolivia, evitando pérdidas desnecesarias. Como proyecto de implementación es preciso fortalecer la APS en los países de manera sostenible por intermedio de los profesionales de salud. Solamente en Bolivia, fueron capacitados 800 profesionales de salud, con cursos de cuidado integral, además de diagnósticos, tratamiento, seguimiento de las RA. No es sostenible ni posible la contratación, a través de CUIDA Chagas, de un profesional de salud específico para manejar las RA. Es preciso fortalecer los profesionales de salud que actúan en los países para que puedan seguir con el tratamiento y manejo de EA. Bolivia precisa atender para una brecha anterior que es la confirmación del diagnóstico serológico. Los testeos empezaron en mayo y hay cerca de 3 mil mujeres testadas, de las cuales casi 700 con pruebas rápidas positivas o inconclusas, que deben ser positivas y precisan de su confirmación diagnóstica. Sin embargo, 60% no siguieron para confirmación del diagnóstico serológico. Actualmente, hay 340 personas confirmadas (prevalencia estimada de 11,7%), de las cuales solamente

21 se encuentran en tratamiento. Los kits fornecidos por el proyecto están venciendo, no haya retorno de los laboratorios para la ejecución de esas pruebas y nuevos kits ya fueron solicitados. Para una gestión del proyecto es importante tener la usabilidad y viabilidad de los insumos fornecidos para que las personas triadas puedan ser confirmadas. Entonces, es preciso fortalecer la logística y los profesionales de salud para atender las brechas mencionadas. Ese debe ser el enfoque de los equipos para que haya sostenibilidad de las acciones y un legado para Bolivia.

La Dra. Salamanca explicó que las brechas se deben a la dificultad de garantizar que se responda al diagnóstico inmediato (primer nivel) para que sea encaminado a los laboratorios (segundo nivel). Es un tema operativo que necesita trabajo conjunto y coordinado. La Dra. Silvestre está de acuerdo con la necesidad de trabajar de manera sinérgica. Solicitó apoyo de la AISA para coordinar con LAFEPE el proceso de donación de BNZ para Bolivia. El Sr. Rodrigues destacó que la AISA tiene un equipo de cooperación humanitaria con experiencia con donaciones. Desde el punto de vista operativo, es preciso que llegue a la embajada de Brasil en Bolivia una demanda del medicamento requisitado (cantidad específica y persona de contacto). La Agencia Brasileña de Cooperación (ABC) es responsable por dar seguimiento a las donaciones. La consulta previa facilita el trabajo del MS. Una vez enviada la demanda, la embajada irá informar al Ministerio de Relaciones Exteriores (MRE) y la ABC, que contactarán el MS, que consultará LAFEPE para dar seguimiento. La ABC ayudará con el desembarazo en el país. La cuestión más sensible es el transporte. El MS no cuenta con contrato de transporte internacional para donación. Como se trata de un país vecino, es posible entregar la donación en la ciudad brasileña de la frontera. Una vez cumplida esas reglas, la AISA está a disposición para ayudar. La Dra. Silvestre pidió que Bolivia solicite una cantidad de BNZ infantil según la demanda del Programa de EC del país. La Dra. Salamanca está de acuerdo y dijo que en casos como ese generalmente se utiliza la frontera con Santa Cruz de la Sierra, para que el MS de Bolivia pueda recolectar. En agosto de 2025, Bolivia emitió una nota solicitando la donación de BNZ, pero no hubo respuesta. La Dra. Silvestre informó que va alinear esa solicitud con la AISA para que se pueda dar seguimiento a la donación.

COLOMBIA

El Dr. Vera solicitó la realización de un análisis de riesgos para que se pueda tener claridad lo que se tiene que controlar y mitigar hasta mayo, cuando ocurrirá las elecciones presidenciales en Colombia. El MS precisa tener claridad, una vez finalizado el proyecto, cómo va a asumir pendientes los resultados y garantizar la sostenibilidad a las acciones realizadas. El cambio en el número de personas objeto de tamizaje en Yopal provocó la necesidad del MS responder frente a una expectativa (de 45.000 para 6.500 personas). El programa de la enfermedad de Chagas a nivel nacional y regional entiende que podría utilizar las pruebas rápidas del objetivo inicial y solicita que se mantengan las provisiones iniciales. El MS supo también que el proyecto hizo reuniones con lo mismo se pasa con pueblos indígenas, pero no sabe los compromisos asumidos. Por eso, la

solicitud de un análisis de riesgos y de un plan de control y mitigación. Además, es preciso llevar en cuenta que Colombia tendrá un nuevo gobierno en agosto de 2026.

La Dra. Silvestre dijo que actividades de campo será finalizadas en junio de 2026. Es preciso iniciar los testeos pronto. Como habrá pocos resultados, las metas tuvieron que ser reevaluadas para números factibles de ser seguidos. Respecto a Yopal, el gerente del programa del municipio solicitó que las pruebas provisionadas para la meta anterior pudieran ser utilizadas por el sistema de salud local. Eso no es posible atender debido a la forma como funciona el presupuesto del proyecto. El financiamiento está vinculado a las entregas de cada país en el ámbito del proyecto CUIDA Chagas. El presupuesto es revisado anualmente y redimensionado, para el año siguiente, con base en la realización de las metas. Como quedan solamente 8 meses para el término de las actividades de campo, las metas tuvieron que ser revisadas. Esas cuestiones ya fueron aclaradas junto a los gestores locales durante la visita en Yopal. El MS de Colombia será informado de todos los acuerdos realizados por el integrante del consorcio CUIDA Chagas en el país, el INS. El MS de Colombia y de los demás países son apoyadores, pero los institutos de salud, con la coordinación de Fiocruz, son los implementadores y responsables por la gestión del proyecto en cada país.

El Dr. Vera dijo a Unitaïd que Colombia tiene una tradición de honrar sus compromisos y que la actual dirección del INS está tratando de responder a los desafíos de manera propositiva.

FINDECHAGAS

La Sra. Hernández destacó la importancia de la parte emocional, psicológica (desesperación y tristeza) de los afectados. Cuando se trabaja con etnias indígenas, es muy importante cumplir los compromisos. Los indígenas son gente de mucha palabra. Según escuchó de Victor, de la etnia Wiwa de la Sierra Nevada de Santa Marta, “si no se apuran, me etnia va a desaparecer, pues todos tenemos Chagas”. Ellos están confiando en el proyecto CUIDA Chagas. Los mismo está pasando con la gente en Bolivia, Brasil y Paraguay. El compromiso asumido por todos debe continuar después de 2026. Hubo mucha la dedicación y el esfuerzo de todos los equipos. Es importante valorar el esfuerzo que cada uno ha hecho por el proyecto. Los afectados valoramos esa dedicación. Importancia de escuchar a las personas para garantizar un mejor tratamiento. Es importante ver a los afectados como seres humanos y no como números. Destacó la importancia de compartir las fotos del trabajo que está siendo realizado por los equipos en los diferentes territorios del proyecto. Importancia del énfasis en salud materno-infantil e identificar las razones porque las personas abandonan el tratamiento. Los gobiernos deben asumir la responsabilidad de continuar con las acciones del proyecto.

OPS

El Dr. Coto destacó la complejidad del proyecto por la realidad latinoamericana. Dentro de esa realidad compleja, los distintos actores involucrados en el proyecto han

identificado lecciones aprendidas y oportunidades de mejora. Es importante pensar lo que significa el proyecto para la realidad latinoamericana. En primer lugar, ese proyecto obligó a pensar en la transmisión materno-infantil. Durante décadas, el énfasis fue casi exclusivamente en el control vectorial. Las otras vías de transmisión eran absolutamente secundarias. No se sabía cómo hacer con la transmisión materno-infantil. El proyecto ha contribuido para transformar el abordaje integral a la EC de mera retórica en parte de la operacionalización de los países. Transformó la transmisión materno-infantil en una prioridad. En segundo lugar, el proyecto no está obligado a dar todas las respuestas; debe hacer buenas preguntas. Para tener buenas respuestas, es necesario tener buenas preguntas. El proyecto hizo buenas preguntas y fue perfeccionando durante su desarrollo, en proceso en el cual todos aprendieron. Por fin, destacó la importancia de las personas en cualquier gestión (proyectos, programas). La gestión no tiene que ver solamente con aspectos técnicos; es fundamental coordinar la convivencia entre las personas. El éxito o fracaso de una gestión depende de las personas, algo que se aprende con el tiempo. El proyecto ayudó a integrar equipos de trabajo y solucionar el problema de las personas. En resumen, hizo un balance positivo del proyecto.

OMS

El Dr. Albajar presentó como propuesta concreta la planificación por escrito del legado del proyecto. Enfatizó la importancia de planear la comunicación, de identificar los actores que deben ser involucrados y llamados. Especial atención debe tener el mensaje. El mejor discurso son las realizaciones. Pensar en los grandes temas de incidencia, no solamente en la EC. Pensar de qué manera todo ese programa aplicado a Chagas puede beneficiar otras enfermedades tropicales desatendidas. CUIDA Chagas tiene una responsabilidad histórica por haber sido el primer proyecto para enfermedades tropicales desatendidas. Tenemos la responsabilidad histórica de hacer un buen ejercicio de comunicación para los que vendrán. Importancia de crear una agenda de trabajo a ser implementada antes del fin del proyecto. Además, pensar en los mensajes para los distintos foros a fin de transmitir los aprendizajes para futuros proyectos.