

11ª Reunión del Consejo Asesor Externo (CAE)

Fecha: 03 de marzo de 2026 (14h-16h) / Participantes: Andrea Silvestre, Debbie Vermeij y Tiago Nery (Fiocruz); Francisco Edilson (MS/Brasil); Sandra Irala y Martha Torales (MSPBS/Paraguay); Patricia Vacaflor y Ana Gabriela (MSyD/Bolivia); Pedro Albajar (OMS); Mariam Toure (Unitaid).

OBS: Mauricio Vera (MSPS/Colombia) y Héctor Coto (OPS) no participaron de la reunión. Elvira Hernández (FINDECHAGAS) intentó participar, pero tuvo problemas con la conexión y comunicó el problema a los integrantes del CAE.

La Dra. Silvestre empezó la reunión destacando la importancia de 2026, por ser el período de cierre del proyecto. Subrayó la importancia de la sostenibilidad de todo lo que fue desarrollado en los últimos años. Los participantes de la reunión - representantes de los Ministerios de Salud (MS), OMS, OPS, FINDECHAGAS y Unitaid – deben firmar el compromiso de seguir, más allá de la fecha de cierre, con las actividades y la estructuración de los sistemas de salud en cada país. Es el principal tema de ese momento. Ronda de presentación de los participantes. Hubo cambio en la representación de Bolivia. Desde 21 de noviembre de 2025, la Dra. Patricia Vacaflor es la nueva directora de INLASA. En seguida, la Dra. Silvestre presentó la **agenda** de la reunión: 1) Término Aditivo (TA) al Término de Compromiso. 2) Informe General. 3) Desarrollo de las Actividades en los Países. 4) Próxima reunión del CAE y Encuentro 2026.

1. Término Aditivo al Término de Compromiso

El Sr. Nery presentó un resumen sobre la tramitación del TA al Término de Compromiso. Tratase de un documento firmado entre los MS de los países y Fiocruz en 2022. Debido a la extensión de 1 año del proyecto, aprobada por Unitaid en 2025, se hizo necesario un TA que reflejara el cambio del plazo. Entre julio y diciembre de 2025, el TA ha sido firmado por los Ministros de Salud de Bolivia y Paraguay. Desde noviembre pasado, el documento se encuentra en el despacho del MS de Colombia. Todavía, deberá ser firmado por el MS de Brasil y el presidente de Fiocruz. Hay otro TA respecto al Acuerdo de Investigación y Desarrollo, documento firmado por los integrantes del consorcio en 2022. Entre septiembre de 2025 y febrero de 2026, el documento fue firmado por FIND, Senepa, CIRD e INS. En ese momento se encuentra con INLASA. Por fin, será firmado por Fiocruz. Al final, los dos documentos serán compartidos con los países e integrantes del consorcio.

2. Informe General

La Dra. Silvestre presentó una breve cronología del proyecto, desde la firma del contrato el 14 de abril de 2021. Después de la aprobación de los comités de ética y las actividades de pre-implementación, las actividades de testeo empezaron en Brasil (jul. 2023) y Paraguay (nov. 2023). Por diferentes razones (gestión, cambios de equipo, políticas), las actividades de campo empezaron con retraso en Bolivia (abr. 2025) y Colombia (nov. 2025). Los testeos en todos los países deben finalizar en junio de 2026. Entre junio y octubre, serán desarrolladas actividades de cierre en los territorios, finalizados los documentos para Unitaid, se harán talleres para compartir los datos con los gestores locales y la población. Además de las entregas, será preparado el legado para cada país. Es muy importante continuar con las actividades para la salud materno-infantil y la enfermedad de Chagas (EC) en nuestros países. Metas. Planificación (ajuste) de las metas. La meta inicial previa 227.068 personas tamizadas en los 4 países. La meta ajustada representa el 42% de la meta original (95.230). Comparando con la meta inicial,

significa 65% (Paraguay), 63% (Brasil), 26% (Bolivia) y 22% (Colombia). A pesar de la reducción de la meta, para una enfermedad desatendida como la EC, llegar a más de 95.000 personas a ser examinadas en los cuatro países, principalmente mujeres en edad fértil, es algo muy importante. Todavía hay el desafío de evaluar casi 6 mil personas al mes en los 4 países – Brasil (1.036), Paraguay (1.366), Bolivia (2.149) y Colombia (1.430). La Dra. Silvestre destacó la importancia del involucramiento de las personas en las actividades de comunicación y participación comunitaria, algo presente en el protocolo de implementación. La temática del 14 de abril de 2026 será sobre la transmisión vertical y el papel de la mujer en el cuidado a la salud. La mujer como centro de cuidado de las familias para los niños, el cuidado materno-infantil, que es justamente el tema del proyecto CUIDA Chagas.

Brasil. Implementación. En 25 de febrero, había más de 25 mil personas testeadas, que representa 50.8% de la meta original y 80.9% de la meta actual. Aún resta evaluar poco más de 6 mil personas. A partir del caso índice, se debe evaluar los contactos domiciliarios de las mujeres en edad fértil (MEF), que es un desafío en cada país. En Brasil, menos de 45% de los contactos buscan los testeos. Las búsquedas activas son intentadas por los equipos locales. Hay pocos niños recién nacidos expuestos en el país. De los 11 niños evaluados, 9 tuvieron la PCR negativa. No se ha utilizado el teste disponible comercialmente. Es un resultado inferior al de otros países, donde se utiliza la PCR de NAT Chagas, producido por Fiocruz. Debido al número bajo, no se utilizó inicialmente la PCR comercial, sino la PCR *in house*, producido por el laboratorio de referencia nacional (FUNED). Sin embargo, hay un niño positivo con la serología, pero con resultado negativo en la PCR. En Bolivia, hay niños positivos con la PCR de NAT Chagas, con un resultado de micrométodo que es negativo, demostrando un aumento de sensibilidad en el diagnóstico con la PCR de hasta 20%. En Brasil, casi no se realiza diagnóstico de parasitológico, demostrando la importancia de la PCR en el país. Hay 1 niño positivo para serología que finalizó su tratamiento y está en la evaluación de control serológico. Entre los adultos, hay una prevalencia general de 1,4% en los 5 territorios. Sin embargo, en Riachão das Neves (BA), hay más de 6,5% de positividad en la serología. Importancia de desarrollar actividades para intentar reducir las pérdidas de recolección de sangre, que está alrededor de 17% en Brasil. Esto significa que se está perdiendo algo como 63 personas positivas, demostrando la necesidad de mejorar la organización logística del sistema de salud. En Igarapé-Miri (PA), una población ribereña, el proyecto logró reducir las pérdidas de recolección de sangre de cerca de 50% para apenas 10%. Eso fue posible con intervenciones como recolección de sangre descentralizada, en unidades de salud, contando con una equipo móvil, utilizando una centrífuga. La identificación de las barreras de acceso es un aprendizaje que debe ser pasado a los gestores locales de cada país. De las 341 personas positivas, cerca de 52,2% no regresan para la consulta de evaluación y tratamiento (brecha de serología). La brecha de evaluación y tratamiento es de 8,6%. Son personas que no consiguen los exámenes, el electrocardiograma y todo lo que es necesario para seguir con el tratamiento. Esas brechas existen en todos los países y necesitan intervenciones. El proyecto está atento a esa realidad. En la próxima semana el proyecto colocará un electrocardiograma en Riachão das Neves, el campo con la positividad más elevada, pues el sistema de salud local no provee ese equipamiento. Ese tipo de problema produce una pérdida de até 72% de las personas que siguen para tratamiento. Sin embargo, como el 20% de las personas no tienen su tratamiento recomendado (tratamiento previo, cardiopatía, embarazo, otra cuestión clínica que no permite iniciar el tratamiento), esa pérdida está en verdad alrededor 35%. En resumen, más de 1/3 de las personas diagnosticadas por el

proyecto no siguen para tratamiento por razones logísticas del sistema de salud. Es algo que los MS deben evaluar. Entre las personas tratadas, el 38,5% (37 participantes) tuvieron eventos adversos (EA) con benznidazol (BNZ). Sin embargo, solo el 10 % llevaron a la suspensión del tratamiento. Validación. La Fase 2 ha terminado y se está haciendo la recolección de sangre de los participantes de BENBRASIL en los 5 territorios para evaluación de las pruebas rápidas en comparación con la genotipificación. La evaluación será realizada en el centro del profesor Luquetti en Goiás a partir de los soros pretratamiento. BENBRASIL. 456 participantes fueron reclutados en cinco centros (Amazonas, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais e Rio Grande do Sul). Del total, 394 fueron incluidos. Se mencionó que un sitio ya finalizó actividades y otro se encontraba por finalizar, y que el proyecto se encuentra en fase de consolidación de datos de seguridad y efectividad, con reporte completo de EA según requerimientos.

Un punto crítico discutido fue el financiamiento de Brasil. La Dra. Silvestre explicó que una parte presupuestaria relevante del país proviene del MS. En el último año, el proyecto enfrentó dificultades importantes debido al no repase del financiamiento. Para seguir con las actividades, fue preciso transferir los costos con personal para Unitaid. Eso generó incertidumbre sobre continuidad de equipos y riesgo de interrupción de actividades de campo. En 2026, empezó el proceso para liberar la financiación que cubriría la parte que Unitaid prestó en el último año. Sin embargo, se recibió la información que no se recibirá ni 1/3 de la cantidad prevista para Brasil. Hay un serio riesgo de que el país no consiga cerrar sus actividades; hay personas en el proyecto que dependen totalmente de esos recursos. No hubo ningún contacto oficial por parte del MS con el equipo central de CUIDA Chagas.

3. Desarrollo de las Actividades en los Países

BRASIL

El Dr. Francisco Edilson informó que el presupuesto planificado para el año está garantizado. Por ser inicio de año, se está previsto transferir inicialmente solo una parte, quedando el resto para ser transferido a lo largo del año, con un remanente pequeño previsto para 2027. En ese momento, se está definiendo el presupuesto de cada coordinación del departamento. La Dra. Silvestre solicitó que futuras actualizaciones fueran comunicadas con anticipación para evitar pérdidas de personal y discontinuidad. Hay un acuerdo con el MS de seguir en el próximo año en Brasil, solo con los fondos del país, con el objetivo importante de producir evidencias. Importancia de restablecer una relación de confianza y mantener las personas. Además, destacó la necesidad de mantener la transparencia con Unitaid en la gestión de riesgos financieros. El Dr. Francisco Edilson no sabía que solamente parte de los recursos había sido transferida. Él va a buscar más informaciones para comprender lo que sucedió y comunicar al proyecto. La Dra. Silvestre informó que Brasil está avanzando en la elaboración de los 2 documentos solicitados por el MS: informe y parecer técnico-científico. Se está preparando, juntamente con el área técnica del MS de Brasil, un parecer técnico-científico para solicitar la inclusión de las tecnologías de las pruebas rápidas y la PCR para la Comisión Nacional para la Incorporación de Tecnologías en el Sistema Único de Salud (CONITEC). El documento está en revisión final y será enviado hasta el final de la semana. Es un logro muy relevante del proyecto traducir evidencia de implementación en insumos para políticas públicas. El Dr. Francisco Edilson destacó que el problema de la pérdida de serología sólo fue identificado debido al proyecto. Las soluciones presentadas por CUIDA Chagas (la centrífuga) fueron muy importantes y tuvieron resultados

relevantes. Las pérdidas de seguimiento de tratamiento son también un desafío que necesitaran ser reforzadas junto a los municipios. Importancia de reforzar el seguimiento para tratamiento y la resolución de brechas logísticas, particularmente en territorios con mayores pérdidas de confirmación. Por fin, mencionó la planificación de un taller técnico en mayo por parte del MS, con el objetivo de discutir resultados para generar un documento con recomendaciones para estados y municipios a fin de poder implementar intervenciones en más localidades, de acuerdo con los aprendizajes y las evidencias generadas por el proyecto.

PARAGUAY

La Lic. Marta Torales y la Dra. Sandra Irala presentaron conjuntamente los avances de Paraguay con base en los datos del panel de monitoreo. Hubo un avance casi del 52% en cuanto a lo que es testeo, teniendo en cuenta la meta inicial, que era más de 50 mil testeos, de los cuales ya se realizaron más de 26.000. Sin embargo, tomando la meta ajustada aproximada de 32.600, el avance alcanzaba alrededor del 79% a la fecha. Hay un total de 307 casos confirmados, de los cuales 139 (45% de los casos confirmados) tienen indicación de inicio de tratamiento. 137 (99%) han iniciado el tratamiento y 98 (72%) lo concluyeron. La positividad promedio nacional reportada fue de alrededor de 1,18% en los cinco distritos, con niveles más elevados en Mariscal Estigarribia (5.1%), un territorio históricamente endémico. Metas por distrito: Mariscal Estigarribia (92.5%), Paraguari (69.1%), Concepción (55.8%), Paso Horqueta (48.6%), Caacupé (49.2%) y Villa Elisa (34.4%). El desempeño diferencial entre distritos se explica por variables de gestión, estabilidad de equipos y capacidades instaladas. Frente a las barreras, se presentaron estrategias locales para aumentar el tamizaje. Concepción propuso acciones en universidades y retomar experiencias exitosas en instituciones educativas con el reinicio del año escolar. Otros distritos planificaron actividades en centros comerciales, supermercados y espacios públicos, como parte de estrategias extramuros para ampliar demanda y acceso. Los esfuerzos que se están llevando adelante demuestran que se está instalando capacidad diagnóstica a nivel local, incrementando la descentralización, ampliando el acceso al tratamiento, lo que resulta en una mayor difusión de lo que es la EC a nivel de personal de salud y la comunidad. Brechas: fueron identificadas la baja captación/pérdida de contactos y retrasos en la notificación oportuna según normativas nacionales (inmediata al momento de la notificación). Desafíos: Seguimiento a las mujeres embarazadas y sus recién nacidos; el tratamiento de todos los casos confirmados; la necesidad de reducir la pérdida de pacientes; y seguimiento de los contactos. La Dra. Sandra Irala informó cambios institucionales, con la jubilación de la Dra. Vidalia Lesmo, que ha sido la responsable histórica del Programa Nacional de EC. En su lugar, ahora está la Dra. Mónica Ramírez. La Dra. Vidalia Lesmo seguirá como consultora técnica, apoyando la transición y la continuidad de la coordinación, un aspecto muy positivo para la fase final. Las brechas (pruebas rápido, serología, tratamiento) representan un gran desafío. Entre las estrategias para disminuir esas brechas es realizar el electrocardiograma antes de iniciar el tratamiento. En ese momento, se están visitando las casas y los lugares con pacientes positivos. La estrategia de captar MEF en escuelas y universidades es también muy válida (ejemplo de Concepción). El proyecto favoreció la llegada del testeo, la captación de más personas en un menor tiempo. El sistema de trabajo introducido podrá ser replicado en otras localidades. Será adquirido más un equipo de electrocardiograma. Son legados de CUIDA Chagas.

La Dra. Silvestre realizó 3 comentarios sobre los aprendizajes de Paraguay. En primer lugar, señaló que, en el Chaco paraguayo, a pesar de dificultades extremas (periodos prolongados de lluvias y problemas de acceso), se alcanzaron altos niveles de cumplimiento gracias a un modelo operativo que incluye desplazamiento del equipo a comunidades indígenas, organización de logística de insumos, confirmación diagnóstica y actividades complementarias (electrocardiogramas). En contraste, Villa Elisa, ubicado cerca de Asunción, mostró rezago por factores de gestión y estabilidad de equipos, evidenciando que la cercanía a infraestructura urbana no garantiza desempeño si no se cuenta con coordinación sólida. En segundo lugar, se subrayó el valor agregado del proyecto en Paraguay, particularmente la consolidación del diagnóstico por PCR para recién nacidos, la mejoría del laboratorio nacional, donde se ha colocado el termociclador. Antes del proyecto, el país no contaba con estructura consolidada para diagnóstico molecular pediátrico, y que las inversiones permiten ahora beneficiar no solo a los niños del proyecto, sino a un volumen mayor de niños a nivel nacional. Por fin, destacó la importancia de las actividades extramuros. Las niñas no procuran espontáneamente las unidades de atención primaria de la salud (APS). Paraguay logró institucionalizar una estrategia de testeo en las escuelas mediante un documento entre el MS y el Ministerio de Educación, generando condiciones para replicación y sostenibilidad. Relevancia de esta experiencia para otros países. Esos resultados deben ser sistematizados como legado estructural, más allá de los indicadores directos del proyecto.

BOLIVIA

La Dra. Patricia Vacaflor y la Dra. Ana Gabriela presentaron el informe de Bolivia. Se explicó que el proyecto se implementa en 9 municipios (Mairana, El Torno, Valle Grande, Padilla, Yotala, Tarabuco, San Lorenzo y Villamontes, Uriondo) de 3 departamentos (Santa Cruz, Chuquisaca y Tarija). Capacitación. Fueron realizadas cuatro jornadas (taller de supermultiplicadores) a cargo de Fiocruz para 61 participantes de los municipios de intervención (personal de salud y representantes de la comunidad). Los supermultiplicadores replicaron estas capacitaciones en sus municipios, con la presencia del MS, Servicio Departamental de Salud (SEDES) y de OPS en esas réplicas. Se reportó que 483 profesionales de salud fueron inscritos en un curso de educación permanente en los tres departamentos. Se informó capacitación en la técnica de micrométodo para Chagas congénito dirigida al personal de laboratorio en Tarija y Santa Cruz. Hubo también la capacitación al personal de INLASA en el manejo del termociclador, con el personal de laboratorio de parasitología y Fiocruz. Resultados preliminares. Hasta la fecha se tamizaron 5.446 personas en 84 establecimientos de salud en los 9 municipios. Hay 998 resultados positivos y 4.066 negativos para EC (pruebas rápidas). De 321 mujeres embarazadas tamizadas, hay 25 confirmadas. De 696 serologías positivas, 41 ya han iniciado el tratamiento y 16 han concluido. De 293 casos de hijos de madres positivas testeadas, las pruebas rápidas indican 266 negativos, 19 positivos y para serología 15 positivos y 8 negativos. De 358 madres con hijos vivos, 15 dieron positivos, lo que significa el 4,19 % de riesgo de transmisión vertical. De 10 muestras de bebés menores de 3 meses de madres positivas, hay 2 bebés positivos para PCR y que fueron negativos mediante el micrométodo. Hubo solamente 13 EA leves registrados en 6 pacientes. Validación. Actualmente se encuentra en Fase 2 (Padilla y Villamontes – departamento de Chuquisaca), utilizando las pruebas CTK y Stat Pack. En Villamontes tuvimos el lanzamiento de la fase 2 del estudio, la firma del acuerdo interinstitucional y la captación de

participantes. Tenemos 22 participantes captados. En Villamontes, hubo capacitación al personal en el manejo de instrumentos (REDCap, formularios de consentimiento informado, captación de participantes). Plan 2026. Realizar tamizajes masivos a todas las mujeres en edad fértil (MEF) de 15 años en adelante en todas las unidades educativas de los 9 municipios; tamizar casa por casa en coordinación con los médicos y brigadas de salud; captar mayor número de mujeres embarazadas en las maternidades; continuar con el tratamiento de las personas tamizadas; seguimiento a la conclusión de los módulos de capacitación; apoyar en la implementación del plan estratégico de ETMI Plus al MS de Bolivia; apoyar en el uso de la presentación pediátrica de BNZ (12,5 mg) disponible para donación. Estrategia MS y SEDES. Tamizar para EC a más del 90% de las mujeres embarazadas, en caso de ser positivas confirmar su diagnóstico (100%) antes de su parto o durante el puerperio; tamizar para EC a más del 90% de las MEF (15 a 49 años); tamizar para EC a todos los hijos y contactos del hogar de las MEF; ofertar el tratamiento al 100% de las MEF positivas para EC asintomáticas y no embarazadas. Entre los principales desafíos, iniciar el testar, tratar y cuidar en los centros de salud de los 9 municipios, a pesar de los conflictos sociales, políticos y económicos del país. Además, sensibilizar al personal de salud y a la población para realizar el tamizaje con la participación activa de los profesionales de la APS.

La Dra. Silvestre comentó la relevancia de Bolivia para el proyecto por la alta carga de enfermedad. Señaló que, aún con un volumen de tamizaje menor comparado con Brasil y Paraguay, Bolivia presenta un número proporcionalmente mayor de casos positivos, incluyendo mujeres embarazadas, lo que refuerza la pertinencia epidemiológica del enfoque. Destacó la positividad muy elevada de niños. Además, resaltó las dificultades contextuales del país, incluyendo conflictos sociales, problemas logísticos, limitaciones de movilidad y riesgos operativos, y reconoció el compromiso del equipo nacional para sostener implementación en condiciones complejas. Todo ese aprendizaje debe quedarse en Bolivia tras el fin del proyecto. Avances como la introducción y capacitación en PCR, la compra del termociclador, la capacitación operativa con micrométodo constituyen logros importantes que deben ser consolidados como legado nacional.

OMS

El Dr. Pedro Albajar hizo cuatro comentarios sobre la importancia del proyecto. En primer lugar, destacó los beneficios agregados (y no indirectos) de CUIDA Chagas en los países e importancia de registrarlos. Ese valor agregado es superior al proyecto. Se debe documentar no solo lo que ha sido realizado, sino todas las transformaciones a nivel demostrativo, de investigación operativa, de cambios, de los impactos. Es importante para otros proyectos y Unitaid, que debe entender porque ese proyecto ha sido tan impactante. En segundo lugar, destacó la importancia del Día Mundial en 2026, que reconoce la importancia de la mujer. Subrayó que no se trata de reconocer para cargar más trabajo, sino para identificar apoyos (familia, comunidad, sistema de salud) que permitan que la mujer priorice también su propia salud, y que las intervenciones materno-infantiles estén organizadas de manera integrada y sostenible. El tercer comentario señaló la importancia de pensar en cobertura universal y la continuidad del cuidado. La EC no es solo el detectar o el cribar o el tamizar o el diagnosticar o el hacer el tratamiento antiparasitario. Hay que hacer un seguimiento, algo que es muy difícil. El desafío de seguimiento por vida es mucho mayor en la EC que en otras enfermedades. Uno de los objetivos de la hoja de ruta es

cobertura de tratamiento antiparasitario del 75% de la población que tiene indicación, abarcando la cobertura de detección, confirmación, diagnóstico, tratamiento, de acompañamiento en el tiempo. Ahí hay una serie de pérdidas que este proyecto puede ayudar mucho. Por fin, el Dr. Albajar destacó que la sostenibilidad requiere identificar claramente desafíos: infraestructura, recursos humanos, logística, sistemas de información, educación y participación comunitaria. Para varios de esos desafíos todavía no hay evidencia suficiente. Es preciso identificar lo que el proyecto ha conseguido elucidar y lo que se apunta como líneas necesarias de estudio futuro para que esos desafíos puedan ser enfrentados. Además de la lista de los desafíos que impiden la sostenibilidad y la lista de investigación operativa, es muy importante tener una lista de ideas innovativas que han funcionado en algún lugar. Propuso que esto sea un insumo para las próximas reuniones del CAE, orientando la discusión hacia una agenda de legado, expansión y sostenibilidad. El Dr. Albajar añadió al final que dos de los cinco objetivos de la hoja de ruta firmada por todos los países (MS) en 2020 hasta 2030 abordan este proyecto: la cobertura de tratamiento antimicrobiano y la eliminación de la EC congénita. Este proyecto tiene que desarrollar acciones y estrategias para que esto se pueda llevar a cabo.

La Dra. Silvestre concordó con la propuesta y sugirió que, para la próxima reunión del CAE (junio 2026), cada país prepara una lista estructurada de desafíos e ideas o soluciones que han funcionado, incluyendo estrategias extramuros, apoyo institucional entre el MS y Ministerio de Educación, descentralización logística, uso de equipos portátiles, rutas de confirmación y tratamiento, y mecanismos para mejorar seguimiento. Cada uno de los países debe hacer un listado con los problemas, las estrategias para mitigar cada problema y los valores agregados por el proyecto a los sistemas de salud.

Unitaid

La Sra. Mariam Toure comentó que los resultados presentados evidencian un avance importante y que los países se encuentran en una situación mejor que al inicio del proyecto. Subrayó que la sostenibilidad es un elemento central para Unitaid, especialmente en la fase final, y que el proyecto debe priorizar acciones que aseguren continuidad dentro de los sistemas nacionales. Por fin, destacó la importancia de estrategias intersectoriales, especialmente la articulación entre salud y educación.