

## 12ª Reunión del Consejo Asesor Externo (CAE)

**Fecha:** 15 de julio de 2026 (14h-16h) / **Participantes:** Andrea Silvestre, Debbie Vermeij y Tiago Nery (Fiocruz); Sandra Irala y Martha Torales (MSPBS/Paraguay); Roxana Salamanca (MSyD/Bolivia), Patricia Vacaflores y Ana Gabriela (INLASA/Bolivia); Pedro Albajar (OMS); Elvira Hernández (FINDECHAGAS)

**OBS:** Francisco Edilson (MS/Brasil), Mauricio Vera (MSPS/Colombia) y Héctor Coto (OPS) no participaron de la reunión.

La Dra. Silvestre hizo un breve informe sobre el cierre de las actividades. Paraguay ha finalizado el estudio en los cinco municipios. Brasil va a cerrar un centro en el sur esa semana y el último en Bahía a finales de julio. En Bolivia, el cierre nacional contó con la presencia del equipo central (Andrea, Debbie, Camila y Henny), los equipos locales, INLASA, Ministerio de Salud (MS) y PNUD. Destacó que esa es la última reunión del CAE en ese formato. El encuentro de Rio de Janeiro (9 a 13 de agosto), los equipos locales de los 31 municipios del proyecto irán compartir sus experiencias con todos. **Agenda:** 1) Avances del proyecto en los países (principales logros alcanzados, desafíos, estrategias de sostenibilidad, valor agregado aportado a los sistemas de salud). 2) Datos generales. 3) FINDECHAGAS. 4) OMS. 5) Encuentro 2026.

### 1. AVANCES DEL PROYECTO EN LOS PAÍSES

#### PARAGUAY

La Lic. Marta Torales presentó el informe de Paraguay. **Datos generales:** El país ha superado la meta ajustada de testeo a nivel nacional - 101,2% (33.102/32.697) y en general en los 5 distritos: Caacupé (99,6%), Concepción (110,3%), Mariscal (98,6%), Paraguari (104,2%), Horqueta (80,1%) y Villa Elisa (109,9%). Otros resultados positivos fueron la utilización de TR (342 positivos, 46 no concluyentes, 32.671 negativos), permitiendo que 225 pacientes fueran diagnosticados con enfermedad de Chagas (ECh) y pudieran empezar el tratamiento y 149 lo concluyeron hasta la fecha. **Impacto y sostenibilidad:** Transición de un modelo de vigilancia tradicional (enfoque vectorial) para un modelo más amplio, integrando el abordaje de la vigilancia y de control de la ECh a otros servicios de la red del MS. El nuevo modelo permite anticipar el riesgo de transmisión congénita no solamente de las mujeres embarazadas, sino también incluir a toda mujer en edad fértil (MEF). Se pasó de un modelo tradicional, centrado en el Senepa, para un manejo integrado que incluye la Atención Primaria a Salud (APS) como puerta de entrada, hospitales especializados, laboratorios, vigilancia. Además, se ha pasado de un modelo de vigilancia pasiva/reactiva para un modelo de búsqueda activa comunitaria. El cambio de modelo es uno de los grandes logros del proyecto para el país. **Fortalecimiento (capacidades clínicas y epidemiológicas).** Fortalecimiento del factor humano (personal de salud) y amplio crecimiento como equipo. En comunicación de riesgo, el equipo de vigilancia epidemiológica también pudo fortalecerse, sobre todo en la implementación y estructuración de los procesos y flujogramas definidos para este modelo en los 5 distritos. Destacó que ese modelo queda como ejemplo y puede ser adaptado a otros escenarios. Respecto a la vigilancia, hubo mejoras operativas en el

proceso, en la calidad de los registros, en la supervisión constante, en la definición de los indicadores y en el monitoreo individualizado para cada distrito. **Estrategias de sostenibilidad**: Importancia del trabajo comunitario y la movilización en los territorios; del trabajo realizado por el equipo de comunicación para desmitificar la ECh en las poblaciones vulnerables. La importancia de la educación y sensibilización, las intervenciones masivas (jornadas intensivas de información comunitaria y testeo poblacional) como estrategia para alcanzar un mayor número de MEF testadas, y la búsqueda activa (identificación de posibles casos positivos en los hogares). Además, hubo estrategias de articulación entre instituciones, a ejemplo de la resolución ministerial que aprobó el Plan de Acción para realizar las referidas jornadas de tamizaje con el apoyo total del Ministerio de Educación. **Gran desafío**: Baja percepción del riesgo ante infecciones crónicas. El modelo implementado evidenció la necesidad de aplicar y expandir el tamizaje a la población de MEF y no solamente a las mujeres embarazadas. **Dificultades**: 1. Seguimiento madre-hijo: Mantener el monitoreo continuo de la madre y el recién-nascido (RN) debido a la alta movilidad poblacional y acceso desigual a los servicios de salud por nivel de complejidad. 2. Capacidad diagnóstica: Barreras geográficas dificultan la estandarización nacional del diagnóstico, pues persisten diferencias entre las regiones sanitarias en cuanto la disponibilidad de las pruebas de diagnóstico y el acceso al tratamiento. 3. Adquisiciones de insumos (TR, diagnóstico y tratamiento): Dificultades para la adquisición local. Hay también debilidades transversales de comunicación interna e integración con áreas del servicio de salud. **Valor agregado**: 1. Capacidades humanas: Fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios de salud y referentes regionales formados (replicadores de este modelo a otras regiones del país). 2. Capacidades institucionales: Sistema de registro de datos, indicadores y flujo optimizados. 3. Innovación: Medidas de mejora basadas en evidencias y evaluación de campo (diagnósticos, TR). 4. Integración de servicios: Mejoras en la articulación (laboratorios, vigilancia, servicios de salud). 5. Equidad: priorización de las poblaciones vulnerables (MEF, mujeres embarazadas, comunidades indígenas y rurales, que fueron ampliamente beneficiadas con el proyecto). **Legado**: 1) Capacitación permanente. 2) Protocolos estandarizados. 3) Fortalecimiento institucional (APS-Senepa-Laboratorio). 4) Investigación de implementación. Desafíos de expandir el modelo a nivel nacional, consolidar tamizaje en MEF e incorporar indicadores a la gestión rutinaria.

## **BOLIVIA**

La Dra. Ana Gabriela presentó el informe de Bolivia. **Indicadores destacados**. **Implementación**: 3 departamentos en 9 municipios (1. Santa Cruz: Mairana, El Torno, Valle Grande; 2. Chuquisaca: Padilla, Yotala, Tarabuco; 3. Tarija: San Lorenzo, Villamontes y Oriondo). Lo principal logro fue la articulación que se ha realizado con los equipos locales del proyecto y el sistema público de salud. Se trabajó en forma coordinada con la APS, la vigilancia epidemiológica y la comunidad. Programas que existen actualmente en el sistema público de salud (Telesalud, Brigadas Móviles)

trabajaron en forma conjunta con CUIDA Chagas para tamizar a la población objetivo - MEF, mujeres embarazadas, sus hijos y contactos - y alcanzar las metas del proyecto. Indicadores destacados: El proyecto actuó en 90 establecimientos de salud. Las actividades de campo empezaron entre abril y agosto de 2025 y alcanzaron más de 11 mil participantes (1.833 personas diagnosticadas y 306 iniciaron el tratamiento). Meta ajustada de tamizaje de 62%. Se han diagnosticado 4 casos de ECh congénito, todos concluyeron el tratamiento. Un total de 832 participantes fueron tamizados y realizaron la serología en el estudio de validación. Se realizaron más de 190 actividades educativas y comunitarias. **Perfil sociodemográfico:** 78% de la población no se identifica con una etnia; 19% son Quechua; 2% Guaraní; 1% Weenhayek. Área de residencia: 52% (urbana) y 42% (rural). Escolaridad: la mayoría tenía la secundaria incompleta. Sexo: diagnóstico confirmado de 1728 mujeres y 105 varones. Grupo etario: 20-29 años (183 confirmados); 30-39 años (688), 40 a 49 años (804) que representan 20% de seropositividad. **Tratamiento:** 306 pacientes iniciaron y 86 concluyeron el esquema completo; 29 participantes registraron eventos adversos (EA). **ECh congénito:** Grupo etario (menores de 1 año de madres positivas): 27 bebés (menos de 1 mes); 42 bebés (1-3 meses) y 11 bebés (3-9 meses). Micrométodo al nacer: 56 participantes evaluados, 54 negativos y 2 positivos (esos bebés fueron tratados). Control de los casos: PCR (31 negativos; 3 positivos o 8%) y Micrométodo (34 negativos; 2 positivos o 5%). Mujeres embarazadas: 538 tamizadas/110 positivas (20% de seropositividad). La transmisión vertical fue de 3,91%. Seguimiento de las familias: total de 2031 hijos/as biológicos residentes identificados (39% de captación y 801 tamizados). **Investigación de Validación:** Dos centros: Padilla (552 participantes/49% de positividad) y Villamontes (280 participantes/45% de positividad). En Fase 2: evaluación de Stat Pack y CTK, ambos con buena sensibilidad. **Principales cambios:** 1. Fortalecimiento de la APS para la detección diagnóstico, tratamiento y seguimiento de ECh (rutas materno-infantiles para gestantes, RN y familiares). 2. Descentralización del acceso al diagnóstico (incorporación de TR, fortalecimiento de la capacidad diagnóstica local y reorganización de los procesos ampliaron el acceso al diagnóstico oportuno, reduciendo barreras geográficas). 3. Redes de atención más articuladas (APS, hospitales, laboratorios, vigilancia epidemiológica, programas de salud). 4. Priorización de la transmisión materno-infantil. **Desafíos:** Consolidar las capacidades instaladas en los municipios, garantizar la continuidad del modelo "Testar, Tratar y Cuidar", fortalecer el seguimiento de los pacientes hasta la conclusión del tratamiento y mantener la coordinación interinstitucional (APS, laboratorios, vigilancia y autoridades sanitarias) y avanzar hacia la eliminación de la transmisión vertical. Se destacó la importancia de asegurar recursos municipales para la continuidad de las acciones, incorporando las actividades relacionadas con la ECh en la planificación operativa de los gobiernos locales. **Valor agregado:** Capacitación de personal en diagnóstico y tratamiento; las pruebas de biología molecular para RN permitieron captar y tratar menores de 1 año; fortalecimiento de la atención integral en los 9 municipios.

## 2. DATOS GENERALES DEL PROYECTO

La Dra. Andrea Silvestre presentó un panorama general de los resultados. **Implementación:** Permitió evaluar un modelo integral de atención para la ECh basado en la articulación entre la APS, el sistema de vigilancia, los laboratorios, los servicios especializados y la comunidad. El principal diferencial del proyecto fue demostrar que la integración de estos componentes constituye un elemento esencial para fortalecer la detección precoz, ampliar el acceso al diagnóstico y garantizar el tratamiento oportuno de las personas afectadas. Destacó el fortalecimiento de capacidades de los sistemas de salud mediante procesos continuos de educación permanente para profesionales de diferentes áreas (equipos clínicos, laboratoriales, vigilancia, gestión). Importancia de la educación en salud con estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a la población, buscando incrementar la percepción de riesgo, promover la demanda por diagnóstico y favorecer la participación comunitaria en todo el proceso. La sostenibilidad del modelo depende tanto de la capacitación de los equipos de salud como del involucramiento activo de las comunidades. **Gestión de datos:** Fortalecimiento de la gestión de datos y los procesos de información. Desarrollo de un sistema de monitoreo basado en paneles que posibilitan el seguimiento de los indicadores de implementación, calidad de datos, capacitación de recursos humanos, identificación de brechas de seguimiento. Cada país tiene acceso a paneles específicos (nacional, equipos locales, capacitación de personal de salud, M&E). La gobernanza creada por el proyecto constituye un importante legado para los países al fortalecer la gestión basada en evidencia y facilitar la toma de decisiones. **Principales indicadores:** 31 municipios de 4 países, en más de 200 establecimientos de salud. A pesar de los diferentes momentos de inicio y las dificultades, todos los países lograron resultados relevantes. Personas tamizadas: Brasil (29.157/95% de la meta ajustada); Paraguay (33.122/100%); Bolivia (11.997/60%); Colombia (6.575/57,5%). Personas diagnosticadas: Brasil (386); Paraguay (349); Bolivia (1.833); Colombia (28, aunque los resultados de las pruebas serológicas aún están pendientes). Embarazadas diagnosticadas: Brasil (18); Paraguay (47); Bolivia (110); Colombia (3). Personas que iniciaron tratamiento: Brasil (182); Paraguay (224); Bolivia (306); Colombia (9). Actividades educativas/comunitarias: Brasil (+44); Paraguay (+205); Bolivia (+200); Colombia (+300). Síntesis: + 80 mil personas tamizadas; + 2,5 mil diagnosticadas; + 700 iniciaron tratamiento. La Dra. Silvestre enfatizó que el principal resultado del proyecto fue el fortalecimiento de los sistemas de salud. Los logros alcanzados no deben ser evaluados únicamente por el número de personas tamizadas, diagnosticadas o tratadas, sino por la capacidad instalada que permanece en cada país. **Validación:** Brasil y Bolivia concluyeron la evaluación de los algoritmos diagnósticos propuestos. En conjunto, ambos países tamizaron más de 2.300 participantes y diagnosticaron + 1.000. Pruebas seleccionadas (acurácia estimada Fase 2): Brasil – BioManguinhos y CTK (92,5%); Bolivia – Stat Pack y CTK (92,8%). Los resultados demostraron una elevada precisión diagnóstica de los algoritmos basados en los dos TR, información estratégica para futuras recomendaciones sobre simplificación del

diagnóstico de la ECh. **BENBRASIL:** Inclusión de 394 participantes (87,56% de la meta) distribuidos en 5 macrorregiones del país, evaluando la eficacia del tratamiento con benznidazol (BNZ). En Montes Claros, estudio de Fase 2 hizo una comparación de BNZ con nifurtimox (NFX). A lo largo del estudio, 53 (13,5%) personas fueron retiradas, la mayoría por EA. Por fin, destacó que el seguimiento clínico fue concluido y que los análisis finales de PCR permitirán evaluar la eficacia parasitológica del tratamiento con BNZ.

Durante la discusión, la Dra. Sandra Irala resaltó que el proyecto representa un ejemplo de cómo la investigación científica puede fortalecer las políticas públicas dirigidas a enfermedades desatendidas. Recordó que la ECh continúa afectando principalmente a poblaciones socialmente vulnerables y señaló que la participación activa de instituciones académicas/científicas (ejemplo de Fiocruz) constituye un elemento esencial para apoyar a los sistemas públicos de salud. Señaló que el lema de la OMS de este año es “juntos por la salud y con apoyo de la ciencia”. Destacó la importancia de la mirada comunitaria introducida por el proyecto y el papel desempeñado por los equipos nacionales en la construcción de capacidades que permanecerán disponibles una vez concluido el financiamiento internacional.

### **3. FINDECHAGAS**

La Sra. Elvira Hernández felicitó a todos los equipos por los resultados alcanzados. Aunque la eliminación de la ECh constituya un objetivo complejo y de largo plazo, es posible avanzar de manera consistente mediante estrategias sostenidas de educación, prevención y participación comunitaria. Destacó la importancia de garantizar la continuidad de las acciones desarrolladas durante el proyecto, enfatizando que la sostenibilidad dependerá de la incorporación activa de la sociedad civil y de las comunidades en las estrategias de control de la enfermedad. Compartió su experiencia de más de una década trabajando con comunidades afectadas por ECh y señaló que uno de los mayores aprendizajes ha sido el papel transformador de la educación, destacando su experiencia con sus alumnos. Los adultos suelen enfrentar múltiples limitaciones económicas, laborales y sociales que dificultan priorizar el cuidado de la salud, mientras que las madres, mujeres embarazadas y MEF generalmente muestran mayor interés debido a la preocupación por la salud de sus hijos. En este contexto, consideró que las estrategias dirigidas a la población infantil y adolescente constituyen una inversión de largo plazo. Destacó la experiencia desarrollada por CUIDA Chagas en el trabajo con instituciones educativas y señaló que la elaboración de materiales pedagógicos, actividades culturales, obras de teatro, videos y otras estrategias de comunicación representan herramientas fundamentales para incorporar la ECh en los procesos educativos. Sin embargo, ese tipo de acción debe mantenerse después del cierre del proyecto, favoreciendo la integración entre los sectores de salud y educación. Subrayó la importancia de enfrentar todas las formas de transmisión. Los países latinoamericanos deben enfrentar simultáneamente múltiples mecanismos de

transmisión, incluyendo la transmisión vectorial, congénita, transfusional, por trasplantes y otras formas de exposición. Necesidad de generar una estrategia de largo plazo. Esta realidad evidencia la necesidad de mantener estrategias integrales y sostenidas, con participación activa de diferentes sectores gubernamentales y de la sociedad.

#### 4. OMS

El Dr. Pedro Albajar felicitó a los equipos por los resultados alcanzados y destacó la calidad del trabajo desarrollado durante el proyecto. Esa reunión representa un preludio del encuentro de Río y una oportunidad para reflexionar sobre el legado que la investigación dejará para los países y para la comunidad internacional. Mensaje: Destacó que uno de los principales desafíos en esa etapa final será transmitir y traducir la experiencia acumulada en mensajes claros para diferentes públicos. Señaló que los resultados deberán presentarse considerando las necesidades específicas de los distintos actores, incluyendo responsables por la formulación de políticas públicas, legisladores, gestores de salud, profesionales de salud, investigadores y organismos internacionales. Cuando se habla de estrategias y protocolos dentro del sistema de salud, los profesionales de salud no solo son médicos, son personal de laboratorio, enfermeras, asistentes sociales, medicina del trabajo. Otro grupo sería los instrumentos (insumos, TR, medicamentos), los profesionales que van a utilizar, los gestores que van a comprar. Históricamente la ECh ha estado fuera del sistema de salud, de la asistencia primaria, de la vigilancia epidemiológica. Datos: Enfatizó que la interpretación de los indicadores debe ir más allá de los números absolutos, contextualizando los resultados de acuerdo con la realidad de cada país. Lo que los números/porcentajes representan en relación a diferentes grupos sociales (por ejemplo, poblaciones indígenas), en términos de línea del tiempo, destacando lo que ha sido una evolución, una novedad o un cambio significativo. Destacó que nadie puede hacer mejor ese análisis que quienes están en la línea de frente de ese trabajo, porque saben el significado de estos números. Valores agregados: Esto es mucho más que un proyecto de Chagas, pues envuelve otros componentes y valores de un sistema de salud que no se limita a diagnosticar y tratar, sino promueve la salud de manera amplia (prevención y promoción de la salud). Sostenibilidad: Todos los avances hasta ahora han sido conquistados. La continuidad va a depender de que la lucha continúe. La capacitación de recursos humanos ha sido una conquista, pero es necesario identificar los desafíos (gran recambio de personal) que deben ser enfrentados para garantizar su continuidad. Identificar medidas que puedan potenciar/mantener esas conquistas. Desafíos nuevos: La expansión del proyecto a otras áreas. Los impactos de CUIDA Chagas no acaban en el cierre. Se ha trabajado para que los éxitos y las lecciones pudieran expandirse a otros territorios y países. Importancia de subrayar eso a nivel de los informes. Coinfecciones y comorbilidades: Desafíos enfrentados durante la pandemia de Covid-19 y por otras enfermedades y sus impactos. El proyecto tiene lecciones sobre esas situaciones. Legado: Demostrar cómo las estrategias desarrolladas permitieron mejorar el acompañamiento de las personas

diagnosticadas, reducir pérdidas en el seguimiento e integrar la atención de la ECh a la rutina de los servicios de salud. El proyecto ha implementado medidas que cambian y mejoran no solamente la cobertura, el diagnóstico y el tratamiento antiparasitario, sino también el acompañamiento de los casos. Además, el proyecto constituye un ejemplo de articulación intersectorial, al integrar salud, vigilancia epidemiológica, laboratorios, educación, comunidad y gestión pública. Este enfoque responde a las recomendaciones de la hoja de ruta de la OMS para las enfermedades tropicales desatendidas y representa uno de los principales legados de CUIDA Chagas. Las lecciones de CUIDA Chagas serán muy importantes para que nuevos proyectos puedan ser financiados e inclusive contribuirá para definir la Agenda pós-2030. Por fin, recomendó que estos aprendizajes sean adecuadamente sistematizados y difundidos, de manera que puedan orientar futuras políticas públicas y servir de referencia para otros países interesados en implementar modelos integrales de atención para la ECh.

La Dra. Silvestre destacó que este es el primer proyecto para esta enfermedad desatendida, pero es preciso buscar nuevos proyectos. Por eso es fundamental saber comunicar y compartir las dificultades, los desafíos, lo que fue hecho para superar las barreras, demostrar los logros y los resultados para los diferentes actores/públicos y la población de los cuatro países del proyecto.

## **5. ENCUENTRO CUIDA CHAGAS 2026**

Rio de Janeiro, 9 a 13 de agosto de 2026. Participación de los equipos locales de los países con la presencia de las instituciones integrantes del consorcio CUIDA Chagas, representantes del MS, OMS, OPS, Unitaids y FINDECHAGAS. Intercambio de experiencias y lecciones aprendidas.