Versión en español, no revisada por la editorial. Spanish version not reviewed by the editorial board.

**En medio de dos realidades**

Para mí, las circunstancias globales del 2020 reconstruyeron mi percepción de lo que significa ser una epidemióloga. Requirió entender mis privilegios, y como resultado, descifrar cómo hacerme responsable por ellos.

Hace siete años, no me hubiese imaginado dónde estoy hoy. Cuando terminé mis estudios en medicina, en mi ciudad natal de La Paz, Bolivia (un país de ingreso mediano bajo en Sudamérica), decidí emigrar a Argentina para buscar una mayor formación en investigación científica. Allí, pude profundizar mi experiencia y conocimiento en epidemiología, hasta el punto de sentir que para abordar preguntas de investigación que requieren datos complejos, requería mayor entrenamiento en métodos avanzados en epidemiología. Hoy, soy candidata a doctorado en Epidemiología, y me siento privilegiada de estar en una universidad prestigiosa, dónde me enfoco en el subcampo del desarrollo de métodos de inferencia causal. Tengo un ingreso estable como investigadora durante la pandemia, y tengo acceso a múltiples recursos para crecer profesionalmente.

Ser parte de una comunidad internacional de profesionales en epidemiología (cómo lo es la Society of Epidemiologic Research) me ayudó a poner en perspectiva que la epidemiología es un término paraguas que cubre varios campos especializados y diferentes caminos profesionales. Y aunque mi disertación se encuentra específicamente en un subcampo, la pandemia ha destacado que poder trabajar en un subcampo específico es un privilegio limitado a los países donde tanto la capacidad de salud pública como los recursos educativos y de investigación lo permiten. En países como el mío, profesionales en epidemiología y salud pública hacen el trabajo de campo, desarrollan su propia infraestructura de recolección de datos y los analizan para responder todo tipo de preguntas de investigación e interactúan con las autoridades gubernamentales y tomadores de decisión locales. Trabajar actualmente con colegas de Bolivia, que se encuentran en la primera línea de acción durante la pandemia, desempeñando todas las tareas clave mencionadas, me recuerda que cómo epidemióloga, diferentes contextos requieren que contribuya con mucho más que mis habilidades especializadas.

Estar involucrada en proyectos que están ocurriendo en Bolivia me hace consciente de cuánto de las principales investigaciones publicadas en revistas altamente reconocidas no se puede generalizar a poblaciones minoritarias, y cuánto se pierde cuando no se exploran los determinantes sociales. Para poner a Bolivia en contexto, tiene el segundo puntaje más bajo en el Índice de Calidad y Acceso a la Salud en América Latina y el Caribe.1 Actualmente, tiene alrededor de 0.4 camas de UTI por cada 100,000 habitantes2 mientras que los países de ingreso alto tienen una capacidad superior a 25 o más camas de UTI por 100,000 habitantes.3 El contexto político y económico boliviano4 impide que las y los profesionales de la salud implementen estrategias propuestas en prevención, diagnóstico y tratamiento, durante (y más allá) de la pandemia de COVID19. Por esta razón, las personas han necesitado encontrar sus propias estrategias para mitigar los efectos de la pandemia en la salud y, especialmente, para ayudar a resolver las consecuencias de las desigualdades sociales. Estas intervenciones (que a menudo se denominan activismo) están teniendo un gran impacto en la salud pública.

Actualmente formo parte de un equipo multidisciplinario que estableció la Red Estratégica para el Autocuidado Socio-Comunitario.5 Sistematizamos experiencias colectivas y estrategias de autogestión comunitaria desarrolladas en puntos calientes de conflicto político6 y en áreas rurales marginadas con la intención de visibilizarlas. Hemos entrevistado a líderes locales que están desarrollando estrategias que van desde ollas comunes para prevenir el hambre, hasta iniciativas que promueven e investigan la medicina tradicional como respuesta a la falta de acceso a medicamentos para los síntomas de COVID19. Esta experiencia me ha ayudado a comprender que las estrategias nacidas de una necesidad real, benefician y aumentan el conocimiento de la salud global y la investigación epidemiológica. Además, aunque se están experimentando realidades similares en otros países del mundo, todavía no son centrales para la investigación académica en epidemiología. Por lo tanto, ahora entiendo que si mi investigación metodológica va a tener un impacto en mejorar la salud, necesito volver a escuchar y observar los problemas de salud de quienes están en la primera línea y traducir esta complejidad en la forma en que formulamos las preguntas de investigación. Al centrarnos primero en las preguntas de investigación estoy segura que, como profesionales en epidemiología de todo tipo, enfrentaremos la necesidad de recopilar datos que están desatendidos y tendremos que mejorar la investigación metodológica de manera que pueda ser utilizada en aplicaciones reales y diferentes contextos.

Ser epidemióloga en el 2020 me ha permitido reconectarme con mis raíces y con las motivaciones que me llevaron a donde estoy hoy. Significó apreciar el valor de la epidemiología social y cómo acercar el desarrollo metodológico a las necesidades y ponerlo al servicio de las personas. Significó ser crítica con las fronteras regionales que dividen la ciencia y la epidemiología entre el norte global y el sur global. Finalmente, me di cuenta que, no importa qué tan lejos esté de mi país de origen, si no soy responsable de mi privilegio en este proceso de aprendizaje, estaré perpetuando esta división.

**Referencias**

1. Fullman, N. et al. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018; 391: 2236–2271.

2. Almeida, F. Exploring the Impact of COVID-19 on the Sustainability of Health Critical Care Systems in South America. Int. J. Heal. Policy Manag. 2020. doi:10.34172/ijhpm.2020.116

3. Halpern NA, Kay ST. United States Resource Availability for COVID-19. Society of Critical Care Resources. <https://www.sccm.org/Blog/March-2020/United-States-Resource-Availability-for-COVID-19>. Accessed September 01, 2020.

4. Trigo MS, Kurmanaev A, McCannAs A. Politicians Clashed, Bolivia’s Pandemic Death Rate Soared. The New York Times. <https://www.nytimes.com/2020/08/22/world/americas/virus-bolivia.html>. Accessed September 01, 2020.

5. Red Estratégica para el Autocuidado Socio-Comunitario. <http://www.redautocuidadobolivia.org/>. Accessed September 01, 2020.

6. Bjork-James, C. Mass Protest and State Repression in Bolivian Political Culture : Putting the Gas War and the 2019 Crisis in Perspective. Hum. Rights Program, Harvard Law School. HRP 20-003, 0–38. <http://hrp.law.harvard.edu/wp-content/uploads/2020/05/CBjork-James_20_003-1.pdf>. Accessed September 01, 2020.