





Becas de posgrado en Alemania

Auspician:

Servicio Académico Católico Alemán para extranjeros, KAAD
Intercambio Cultural Alemán-Latinoamericano, ICALA



El KAAD y el ICALA ofrecen becas para Posgrado (master, doctorado e investigación científica) con duración de un semestre a dos años. Previamente la beca financia un nivel del idioma alemán para aprobar el ingreso a la universidad. Las becas se ofrecen en cuatro modalidades.

- A.** Posgrado e investigaciones (master, doctorado) con una duración promedio de dos años. Durante el tiempo de estudio, el becario recibe apoyo académico y espiritual a través de seminarios y jornadas de reflexión interdisciplinarias.
- B.** Invitaciones de un semestre para docentes universitarios que fueron becados.
- C.** Proyectos de Investigación: apoyos económicos de dos semestres para grupos de investigadores que lo realizan en los propios países,
- D.** Becas de dos a cuatro semestres para investigadores alemanes en universidades latinoamericanas.

INFORMACIÓN:

Dra. Patricia Carrera Burneo
Email: pcarrera@puce.edu.ec
Quito - Ecuador

En cooperación con:



www.kaad.de



CARTA DEL EDITOR

El mundo contemporáneo vive cambios significativos en los modos de vida, valores y costumbres.

La salud global por estar condicionada por el contexto geopolítico internacional y por el ejercicio de los derechos humanos, ejerce un rol protagónico en la salud de sus ciudadanos.

Las políticas globales deterioran cada vez más las prevalecientes condiciones sanitarias que por el calentamiento global, la pobreza, la enfermedad, las iniquidades sociales y la mercantilización de la salud menoscaban el nivel de vida de la población.

Esta imagen real pone en relieve la importancia de una agenda mundial sobre salud global y desarrollo en la "perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social".

Para abordar este tema de justicia global y sanitaria AEBCAMagazin examina en éste número las tendencias de las políticas globales en salud y sus analistas siguen el hilo conductor desde sus diferentes tareas académicas e investigativas. Se enfatiza en una perspectiva más cercana a los intereses ciudadanos de Latinoamérica y de los países menos desarrollados.

Se debaten algunas políticas del orden global como son la política de la salud universal (OMS), la "cobertura universal de salud", los objetivos del desarrollo sostenible (ODS), y la redefinición de la salud pública global desde la justicia social, la economía, la ecología, la equidad y los valores humanos.

Esta edición incluye además, una reflexión desde la perspectiva de la encíclica Fratelli Tutti mismo que brinda la oportunidad al lector para "ir al encuentro del otro y reconocer su identidad" denunciando la falta de "cobertura universal de la salud".

Nuestro agradecimiento cordial a las y los articulistas del presente número por su colegial y aguda reflexión, cuyas opiniones son de su exclusiva responsabilidad. Saludamos con gratitud a todas las personas e instituciones que nos brindaron su valiosa colaboración en el presente año.

Oswaldo Mata Mera

INDICE

3

Carta del Editor

5

Fabianna Faleiros

Salud global y ecología: Una vision crítica desde Latinoamérica

9

Oswaldo Mata Mera

Economía y salud pública como punto de encuentro

13

Aline Neutzling Brum

La formación de profesionales de la salud global en América Latina: Panorama y posibilidades

17

Augusto Panchi Vasco

La salud, entre el dinero o la vida

24

Vitaminas para el Espíritu
Desenfoque...

25

Reinaldo G. Bechler

La Enfermedad de Hansen en la era digital: desafíos y legados para la salud mundial

28

Actualidad
AEBCA /KAAD

29

Carlos Ignacio Man Ging SJ

De mi "locus"
hacia nuestro "glocus"

32

Becario-KAAD colombiano instituye beca "HERMANN WEBER"

33

Thomas Krüggeler PhD

Nuevas estructuras de trabajo de los ex becarios en América Latina

EDITOR:

Asociacion Ecuatoriana de Exbecarios Católicos
en Alemania, AEBCA

Dirección: Italia N30-11 y Av. E. Alfaro Edificio Fincofis 4P

Teléfonos: 2554307

E-mail: matameraoswaldo@gmail.com

Apartado: 17 - 15 0082- C

QUITO - ECUADOR

DISEÑO E IMPRESIÓN:

CYDISEÑO 0999734067

El contenido de los artículos, no reflejan necesariamente el pensamiento de AEBCA



Fabianna Faleiros *

Doctora en Ciencias de la Rehabilitación Universidad de Dortmund,
Postdoc en Rehabilitación por la Universidad de Michigan,
Licenciada en Enfermería Universidad Estadual Paulista UNESP,
Máster en Enfermería y Salud por la Universidad Federal de Minas Gerais,
Docente Universidad de São Paulo

Salud global y ecología: Una visión crítica desde Latinoamérica

“No hay dos crisis separadas, una ambiental y otra social, sino una sola y compleja crisis socio-ambiental. Las líneas para la solución requieren una aproximación integral para combatir la pobreza, para devolver la dignidad a los excluidos y simultáneamente para cuidar la naturaleza”.(Laudato Si, 139).

Este artículo pretende traer una reflexión, finalizando el año 2021, luego de casi dos años de la pandemia Covid-19. Esta reflexión fundamental, que involucra la salud global y la ecología, proviene de autores de América Latina, ex becarios de KAAD. El objetivo es enfatizar la importancia de acciones integradas entre las diferentes áreas del conocimiento para el entendimiento y continuo intento de resolver este fenómeno que ha afectado al mundo entero, pero con mayor severidad en países con condiciones económicas más frágiles.

Para tratar el tema de la Salud Global, no podemos olvidar abordar el concepto de salud. Según la Organización Mundial de la Salud, el término no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también el bienestar físico, mental y social. Desde esta perspectiva, el ser humano es visto de manera integral y el entorno se convierte en una variable importante en los resultados de salud ^(1,2).

Entender la salud en su concepto amplio nos lleva a pensar que la Salud Pública va más allá del tratamiento de las enfermedades de un colectivo, aportando un aspecto intersectorial y multidisciplinar a la acción profesional que busca también el desarrollo de

políticas públicas que promuevan el bienestar social y proporcionen un acceso equitativo a los servicios sanitarios. La salud pública puede resumirse como “el arte y la ciencia de promover la salud y mejorar la calidad de vida de los individuos mediante el esfuerzo colectivo de la sociedad”. De hecho, este tema siempre ha sido de gran importancia ya que, epidemiológicamente, permite el estudio de los principales problemas de salud de la población, su causalidad y temporalidad, dando lugar a la toma de decisiones basadas en la evidencia dentro de un territorio concreto, que es la principal característica de la Salud Pública desde el punto de vista de sus recortes geográficos.

Siguiendo la evolución de este concepto, la globalización nos llevó a reflexionar que la promoción y el cuidado de la salud no se reducen a los límites geográficos. La salud internacional surge de la necesidad de los países de apoyarse mutuamente, algo que surge, sobre todo, de una lógica de ayuda económico-financiera de los países del hemisferio norte a los países del hemisferio sur. Sin embargo, sabemos que sería bastante hegemónico pensar que no nos afecta mutuamente el contexto global, como hemos experimentado en medio de la nueva pandemia de coronavirus y lo que podemos observar como resultado del cambio climático, las migraciones o las crisis políticas en todo el mundo.

De este modo, partiendo de la Salud Pública, pasamos de la Salud Internacional a la Salud Global, añadiendo la lógica de que los países son mutuamente responsables de proporcionar a todos la oportunidad de alcanzar su mejor estado de salud -recordemos en su concepto amplio- de forma colaborativa. Para América Latina, significa la posibilidad de ampliar los acuerdos de cooperación para el desarrollo económico y social y, en consecuencia, la promoción de la salud y la calidad de vida de su población.

“No hay dos crisis separadas, una ambiental y otra social, sino una sola y compleja crisis socio-ambiental. Las líneas para la solución requieren una aproximación integral para combatir la pobreza, para devolver la dignidad a los excluidos y simultáneamente para cuidar la naturaleza”.(Laudato Si, 139).



El Papa Francisco en la Encíclica “Laudato Si” puntualizó sobre la crisis ecológica actual que afecta al suelo, al aire, al agua, y en general, al ecosistema en el que habitamos, invitándonos a repensar críticamente nuestro entorno a través de la visión sistémica (en red). Esto implica una ruptura con las metáforas mecanicistas y antropocéntricas que han caracterizado nuestro pensamiento y cuyas consecuencias en nuestro entorno natural han sido devastadoras.

La crisis climática actual, se impone como un emergente de la acción humana en la naturaleza e impacta en la salud, ya que la exposición a eventos climáticos extremos, el cambio en la idoneidad ambiental y los movimientos poblacionales aumentan la transmisión de enfermedades infecciosas y socavan los medios de vida y salud mental de las personas^(3,4). Esta creciente influencia antrópica sobre el medio ambiente nos ha enfrentado a desafíos globales en la intersección PLANETA-SALUD, siendo la pandemia de COVID-19 la manifestación más reciente⁽⁵⁾. Ésta ha afectado y acentuado las inequidades en las poblaciones más pobres, como así también sobre las minorías y quienes padecen vulnerabilidades, donde el virus se propagó en áreas poblacionales densas y con escasa capacidad de mitigación, debido a la prevalencia de cuadros crónicos o falta de acceso a salud pública y atención a la salud.

Como se señalaba anteriormente, la salud no sólo trata de la ausencia de afecciones y enfermedades. Además, la salud está determinada en gran medida por otros sectores y características sociales como la educación, la ocupación, los ingresos, el sexo y la etnicidad, entre otros; así como, de forma más general, del contexto socioeconómico, político y cultural, en los cuales la salud está inserta⁽⁶⁾.

Así, existe una correlación inversamente proporcional entre, por ejemplo, la desigualdad económica, inequidad y vulnerabilidad con el estado de salud. Es decir, en la medida que los tres primeros aumenten, así mismo disminuye la calidad de la salud.

Ahora bien, se observa entonces que la gestión de la salud no sólo implica la gestión de la enfermedad (entendida ésta como el conjunto de procesos que se desarrollan una vez se presenta la enfermedad), sino que la gestión de la salud también debe estar vinculada con los procesos que evitan o, cuando menos, reducen la probabilidad de aparición de la enfermedad.

Estas intervenciones se deben realizar en cada uno de los sectores y características sociales que nos indica el concepto de los determinantes sociales de la salud y, por ello, se hace necesario una gran variedad de profesiones y oficios destinados a las necesidades particulares de cada determinante.

Además, es crucial subrayar que, así como la salud tiene sus determinantes sociales, estos también están determinados por otras condiciones sociales en un estado de interdependencia en donde, por ejemplo, la educación determina la salud, y así mismo, la salud determina la educación. Cada aspecto, según el punto de observación que se elija, requiriendo una gran variedad de recursos humanos y de requerimientos particulares.

Es en este contexto en donde surge la iniciativa de Salud en todas las Políticas⁽⁷⁾.

La gestión de la salud, entonces, requiere de profesionales de muchos campos, incluso de aquellas que se encuentran por fuera del radar de lo que se entiende como una profesión de la salud.

Podríamos preguntarnos entonces, ¿cuáles son las profesiones de la salud más prevalentes en la memoria colectiva de las sociedades? Esto requiere de evidencia empírica para poderse responder adecuadamente, pero podríamos crear la hipótesis que las profesiones de mayor prevalencia son, de hecho, lxs médicxs y, en menor medida, lxs enfermerxs. ¿Por qué? Como segunda hipótesis podríamos plantear que se debe a que es la enfermedad -y no la ausencia de ella- el hecho asociado con la salud más presente en la población

(una excepción a esto sería, por ejemplo, el embarazo) y a que, en términos generales, se asigna especialmente a lxs médicxs como las personas encargadas de la gestión de la enfermedad (y/o de la dolencia) una vez dada, lo cual habría llevado, y esta sería una tercera hipótesis, a la asignación de un alto estatus social a quienes ejercen esta profesión.



¿Pero en pleno siglo XXI sería esta asignación correcta?

Sin menoscabo de la gran importancia que revisten los profesionales de la medicina en la gestión de la enfermedad, es importante aclarar que, por un lado, actualmente no sólo se encargan de la gestión de la enfermedad y/o de las dolencias, como lo ha sido históricamente, sino que, por otro lado, también hacen parte de varios de los procesos asociados con la prevención de la enfermedad. De hecho, muchos de estos profesionales, además, ejercen actividades propias de la salud pública, en donde el objeto de intervención no es el individuo articulado con la enfermedad/dolencia, sino la población articulada con la prevención.

No obstante, como ya vimos, no son sólo lxs médicxs las únicas personas encargadas de la prevención de la enfermedad. Esto hace indispensable que, tanto la medicina como las demás profesiones asociadas con la salud, encuentren un nuevo balance de estatus social; no por la importancia del estatus en sí mismo, sino porque esto tiene repercusiones en los volúmenes de trabajo, las expectativas de los usuarios de salud, las brechas salariales y el alcance y calidad del sistema

de salud, entre muchos otros aspectos que requieren un adecuado análisis (más allá del propósito de este artículo).

Esto nos llevaría a formular otras preguntas como, por ejemplo, ¿la medicina se encarga acaso únicamente -o fundamentalmente- de la gestión de la enfermedad? ¿O bien abarca también la prevención? Si es esto segundo, ¿de qué manera se identifican las otras profesiones encargadas de la prevención con el concepto de la medicina? Y finalmente, ¿qué quiere decir ser profesional de la salud frente a ser trabajador de la salud? ¿Qué quiere decir ser profesional/trabajador de la medicina en el contexto de nuestro sistema de salud -de construcción y pensamiento occidental europeo - frente a otros sistemas de salud como los de, por ejemplo, las comunidades indígenas?

Una de las lecciones aprendidas de la pandemia y el cambio climático es que ambos representan riesgos sistemáticos para la humanidad. Las diversas políticas públicas para enfrentar la pandemia (acertadas o no) nos aportan un marco para reflexionar acerca de la acción y progreso en relación a las políticas ligadas al cambio climático. La comparación entre los desafíos enfrentados por las políticas climáticas y aquellas ligadas a la pandemia, teniendo en cuenta los siguientes factores: la acción oportuna (timely action), el apoyo de la población, la cooperación internacional, la consideración de desigualdades y la decisión basada en la evidencia científica provee criterios para el abordaje de las mismas. La evidencia reciente revelaría que en el caso de las políticas vinculadas al cambio climático, la dificultad mayor en su progresión estaría vinculada a que suponen un cambio profundo y duradero en la economía mundial, al contrario de las medidas contra el COVID-19, que pueden ser a corto y mediano plazo y suspendidas o eliminadas una vez que la pandemia termina o baja la incidencia del virus⁽⁵⁾. Por otro lado, la carga (y consecuencias) derivadas del cambio climático serían mayormente padecidas por aquellos que habitan en los sitios geográficamente más distantes, lo cual dificultaría el consenso global para una política prioritaria, acentuando, otra vez, las diferencias entre las regiones más ricas y las más desfavorecidas del planeta.

Si hemos aprendido lo suficiente de la actual pandemia, esto nos preparará, tanto a los ciudadanos como a quienes diseñan e implementan políticas públicas, para los desafíos a largo plazo que representan las políticas de cambio climático, procurando el desarrollo de la vida humana en armonía con todos los seres del mundo y la naturaleza.

* Coautores:



Thania Faria



Felipe Mejía



Luz M. Leegstra

Referencias bibliográficas

1. Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K., & Wasserheit, J. N. (2009). Towards a common definition of global health. *The Lancet*, 373(9679), 1993-1995.
2. Taghizade, S., Chattu, V. K., Jaafaripooyan, E., & Kevany, S. (2021). COVID-19 pandemic as an excellent opportunity for Global Health Diplomacy. *Frontiers in Public Health*, 9.
3. Intergovernmental Panel on Climate Change. *Climate change 2014. Impacts, adaptation, and vulnerability. Working group II contribution to the fifth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge University Press, Cambridge 2014.
4. Watss N, Arman et al. The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. *Lancet*. 2021; 397: 129-170.
5. Klenert, D., Funke, F., Mattauch, L. et al. Five Lessons from COVID-19 for Advancing Climate Change Mitigation. *Environ Resource Econ* 76, 751-778 (2020).
6. Determinantes sociales de la salud. Organización Panamericana de la Salud. Accessed 14 December 2021. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
7. What you need to know about Health in All Policies. World Health Organization. Accessed 14 December 2021. https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-en.pdf.



Oswaldo Mata Mera

MBA, economista del desarrollo, Universidad de Colonia Alemania, CEEE, Consultor de programas sociales y económicos, Ex becario KAAD

Economía y Salud Pública como punto de encuentro

Las crisis económicas han sido con frecuencia precedidas por crisis financiera. Estas han incrementado el desempleo y el empobrecimiento de las familias

¿Cómo y cuánto influyen las crisis económicas sobre la salud de las poblaciones, y especialmente sobre los grupos específicos (niños, ancianos, y otros grupos vulnerables, etc.)? ¿Qué tienen en común las crisis, sobre todo la actual crisis sanitaria del COVID 19 que la vivimos planetariamente en la actualidad?

Empecemos por diferenciar entre los efectos a corto y a largo plazo, entre los efectos directos e indirectos, entre las consecuencias reversibles e irreversibles de las crisis.

El estado de bienestar considerado como institución debe garantizar con sus mecanismos la protección de sus ciudadanos y se lo expresa en las políticas de solidaridad social convertida en norma de protección. En consecuencia, las políticas sociales afectan directamente a los principales determinantes poblacionales de la salud toda vez que las políticas sociales universales deben ir dirigidas a los grupos más vulnerables asociados siempre con una mejor salud global.

Las crisis económicas siempre han tenido ganadores y perdedores con clara incidencia final, sobre todo en la distribución de la renta, pues ésta también afecta al grado de accesibilidad en su distribución al grado de salud de sus ciudadanos lo que termina afectando a la salud por la vía de los cambios en

Las emigraciones masivas de los últimos años son las respuestas a la pobreza y al empobrecimiento, generados por las crisis económicas, que en países como África, Asia y América Latina persisten hoy por la pobreza extrema creciente



la concentración del poder económico, pues a medida que los países se desarrollan económicamente aumenta su esperanza de vida, sobre todo en países ricos; la desigualdad de renta en países pobres explican las diferencias en mortalidad y otros indicadores de salud, fenómeno que no siempre es analizado por los países ricos.

Los efectos a corto plazo de las crisis sobre las familias se originan por triple vía: **la emigración, el empobrecimiento (efecto renta) y el desempleo**. Las emigraciones masivas de los últimos años son las respuestas a la pobreza y al empobrecimiento, generados por las crisis económicas, que en países como África, Asia y América Latina persisten hoy por la pobreza extrema creciente. Le emigración actual hacia Estados Unidos es solo una pequeña parte; el problema migracional y su efecto sobre la salud global es uno de los temas básicos de la epidemiología por su multifactorialidad. La pobreza y la falta de educación son causas del normal desarrollo de las familias y la calidad de la dieta está muy relacionada con el nivel socioeconómico.

La población infantil y los grupos generacionales de la tercera edad son los grupos más vulnerables de las crisis de todo orden y las consecuencias de las privaciones en la infancia se harán notar a lo largo de su existencia. La pobreza se ha transmitido entre generaciones y la mala salud desempeña un papel importante en esa transmisión. Los niños en familias

pobres adquieren enfermedades crónicas que reducen su capital humano en edad adulta.

Los bajos ingresos de los padres empeoran la salud de sus hijos y condiciona, por supuesto su salud y rentas futuras. Es necesario, en consecuencia que las políticas sociales de los gobiernos preserven de la pobreza a las familias con niños en tiempos de crisis, cuando el riesgo de empobrecimiento es máximo.

Una persona realiza en su vida básicamente dos tipos de inversión una en salud y otra en educación. La conexión causal entre salud y educación están establecidos y es bidireccional, y los beneficios de la educación sobre la salud constituyen uno de los denominados beneficios no monetarios de la educación, es decir, los niños que gozan de buena salud tienen mejor rendimiento escolar y de adultos serán por ello, más sanos pues, acumulan habilidades cognitivas para procesar información sobre la producción de salud. Niños más sanos acceden a una educación intensiva y las expectativas de rendimiento a mediano y largo plazo son prometedoras. De allí, que la experticia menciona la relación educación-salud como la más efectiva de las cuatro dimensiones del estatus socioeconómico (educación, renta, ocupación y cultura). Si como efecto de la crisis se pierden escolares y años de escolarización las consecuencias, a largo plazo afecta a la salud. De allí, que la obligatoriedad de la educación en las legislaciones de los países debe ser primordial.

De otra parte, al desempleo se lo ha asociado con un incremento en la mortalidad general y por muertes causadas por suicidio y con otros problemas diversos de salud. Los efectos del desempleo sobre la salud se producen en el individuo (quien se queda desempleado y con su familia) y en la comunidad (vivir en una comunidad con carencia de mano de obra y con problemas de desempleo). Así pues, el efecto del desempleo sobre la salud depende del equilibrio/desequilibrio de estos tres vectores antes mencionados. Superado cierto umbral, la emigración, el desempleo y el empobrecimiento de las familias pueden terminar generando fuertes externalidades en costes, bajo la forma de violencia, delitos, inseguridad marginal y exclusión social. Para los afectados se vuelven fronteras difícilmente superables que tienden a agravar la marginalidad. Por ello, el desempleo, particularmente en los jóvenes debe ser aprovechado para invertir su capital humano, su capital técnico con valores en inversión de conocimientos y destrezas capaces de revertir a su favor las crisis económicas.

En otro orden, el sector público juega un papel decisivo en las crisis, no solo por las políticas sanitarias que afectan de manera directa a la salud sino también por su capacidad para distribuir en el tiempo los efectos económicos (planes de inversión, déficit corriente para afrontar las políticas sociales y redistributivas etc.). *Son las políticas gubernamentales en materia económica las que incentivan o frenan el desarrollo de los programas de salud. En tiempos de crisis, los gobiernos, por lo general reducen sus presupuestos en salud y en educación por lo que el impacto a los sectores más vulnerables y marginados son desoladores.*

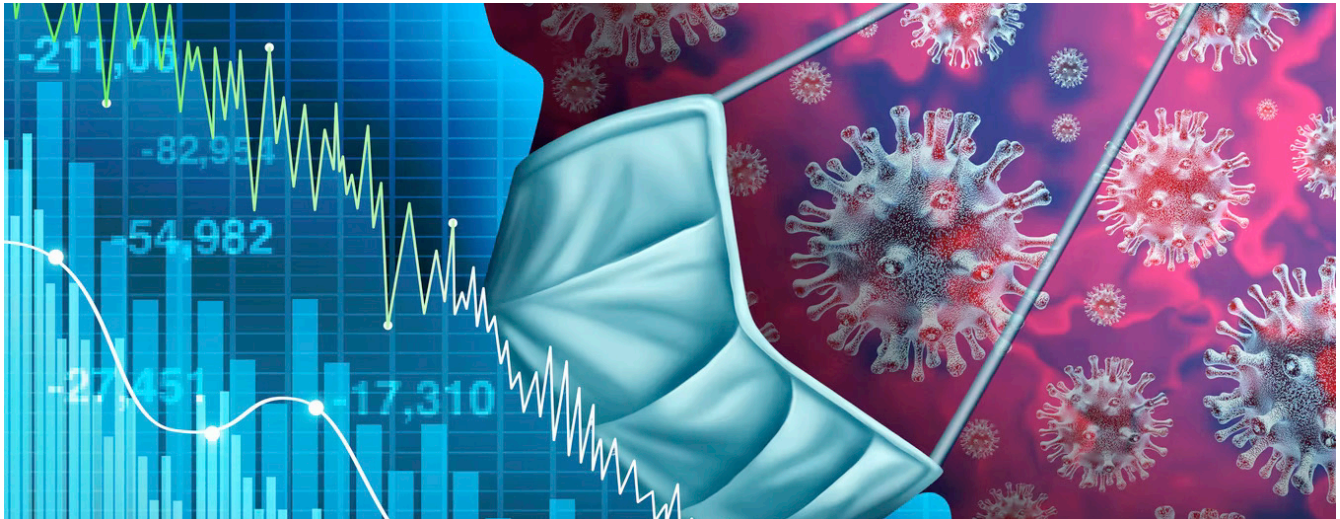
Pero también hay un lado positivo en toda crisis, que hay que saber aprovecharlo como una oportunidad y la salud no es la excepción. No es que toda crisis económica tenga pocos beneficiarios, una crisis es una oportunidad para un cambio, y los sistemas de salud justamente por su complejidad están expuestos a crisis complejas y permanentes. Los sistemas de salud necesitan despegarse de las “rutinas tradicionales confortables” abandonando programas deficientes en favor de programas inclusivos para la comunidad con

eficiencia, tecnología y justicia social. En el mundo empresarial encontramos ejemplos de crisis bien manejadas y aprovechadas por las respectivas organizaciones que han salido fortalecidas gracias a sus estrategias. La salud de los pueblos depende de muchos factores para su implementación eficaz y universal. Depende de las políticas estatales, de su contexto institucional y cultural, de las políticas de protección social, de los recursos de toda índole y sobre todo, de la acción de su capital humano que garanticen el acceso universal a sus ciudadanos a un estado de bienestar.

En la actualidad muchos conceptos propios de los diferentes campos científicos se han puesto a prueba y han cambiado: por ejemplo la epidemiología, usualmente relacionada con la causalidad, riesgo, promoción y prevención abordan hoy el estudio de las desigualdades en salud; la economía pensada en función de la inversión, costos y gastos, ha pasado a adoptar una posición mucho más crítica y de interacción interdisciplinaria para explicar la dinámica y las relaciones entre el sistema económico, el entorno y las instituciones, en tanto que la salud pública está pasando de ser un campo de saberes y prácticas que aborda la promoción y la protección de la salud y el bienestar de la comunidad, a explorar e integrar nociones sociales y políticas más allá de su ámbito específico.

La salud pública se integra en la actualidad a espectros más amplios como la educación, el planeamiento, la vivienda o la justicia, y el otro, en el cual las acciones derivadas de dichos servicios están cambiando de una escala pública y nacional a una local y privada. La idea es que los proveedores de servicios de salud se fijen objetivos en favor de sus respectivas comunidades.

Hoy la economía de la salud y la salud pública comparten propósitos comunes como son alcanzar el bienestar de la población en un contexto organizado y secuencial, es decir, una acción sustentada en la teoría del bienestar y la teoría de sistemas (Segura, O. 2016). Lo que significa más seguridad para el desarrollo de la niñez, mejor futuro para la gente joven, y una economía saludable. Para países de ingresos medios o bajos como en Latinoamérica en la práctica, todavía



existen tareas pendientes para lograrlo. Es necesario superar los niveles bajos en nutrición, morbimortalidad, enfermedades catastróficas y otros, sin olvidar la violencia, el narcotráfico, la corrupción como verdaderas lacras sociales a superarse.

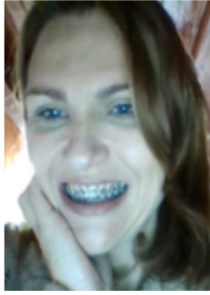
La pobreza y la marginalidad en los países de ingresos medios y bajos son todavía un gran desafío a superar, pues la violencia, la desigualdad, la guerra, el cambio climático y la falta de programas globales de salud y educación, y otros factores propios de la desigualdad social requieren atención y saneamiento. Son urgencias sociales que han sido investigadas suficientemente pero que requiere ya respuesta en el aquí y ahora para reconstruir la confianza y el empoderamiento local colectivo. No siempre el conocimiento y las experiencias generadas de otras altitudes han sido per se garantía en la solución a problemas regionales con idiosincrasia y problemas locales.

La economía de la salud como herramienta eficaz de salud pública requiere interdisciplinariedad, comprensión de la complejidad, conciencia y atención gubernamental todo esto con la competencia profesional de investigadores, técnicos en salud y el empoderamiento colectivo de sus ciudadanos.

Referencias Bibliográficas

1. Segura, O. Epidemiología social y economía política: La UCI como punto de encuentro, 2016

2. Ismail, N. Why is it difficult to evaluate the effectiveness of complex public health
3. Intervention in the community? A health economics perspective, 2016
4. Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar al COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y El Caribe. NU.CEPAL, julio 2020. En:www.cepal.org
5. Revista Española de Economía de la Salud. ISSN 1579-5772
6. Salud Global como factor de desarrollo económico.2019 En:www.diarioresponsable.com/27479
7. Stiglitz, J. Una gran oportunidad para la salud global, En: www.elpais.com/economia/2012/05/25/
8. El G-20 apuesta por la salud global como base para el crecimiento sostenible de la economía global,02/07/2019 en:www.médicosypacientes.com/articulo/el-g-20-apuesta-por-la-salud-global
9. Objetivos y metas del desarrollo sostenible en:www.un.org/objetivos-de-desarrollo-sostenible/
10. Franco-Giraldo, A. Salud global: una visión latinoamericana. Rev. Panam Salud,2016
11. Mata, O. Los proyectos solidarios de Salinas de Guaranda y su aporte para la construcción de 'otra economía', FLACSO, 2014.
12. Banerjee, A., Duflo, E. Repensar la pobreza Un giro radical en la lucha contra la desigualdad global, Taurus, 2019.



Aline Neutzling Brum *

Doctorado en Ciencias
Investigadora en el campo de la epidemiología
Professora Adjunta en Universidad Federal de la Pampa en Brazil
Ex becaria de KAAD

La formación de profesionales de la salud global en América Latina: Panorama y posibilidades

La región de las Américas es una de las más desiguales del mundo en cuanto a la distribución del ingreso si se comparan los países, y esta desigualdad da lugar a desigualdades en otros determinantes sociales importantes, que a su vez generan desigualdades en la salud.

El aumento de la movilidad internacional y la consiguiente propagación de enfermedades entre los países, los avances tecnológicos y la mayor interdependencia entre las naciones contribuyen a que se reconozca la necesidad de que los gestores profesionales y los académicos, de todas las profesiones, comprendan los escenarios locales, nacionales e internacionales, con el fin de desarrollar competencias culturales y transculturales para satisfacer las necesidades sanitarias mundiales.

Sin duda este profesional debe pensar la salud global dentro de una visión cosmopolita y anclada en los valores universales, los derechos humanos relacionados y las diversas formas de interpretar la calidad de vida y sus determinantes, como las cuestiones éticas, raciales, de género, religiosas y sociales de desigualdad y poder (FRANCO-GIRALDO, 2015). Sobre todo, una base de conocimientos transdisciplinaria e intersectorial que valore la salud en todos sus esfuerzos.

Según el concepto de salud, mantenido por la OMS, desde el año de su creación en 1948, “la salud



es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad”.

GARAY & CHIRIBOGA (2017) relacionan la salud con la riqueza y la sostenibilidad y utilizan la esperanza de vida como indicador de salud, evidenciando que existe una correlación directa entre longevidad, recursos y sostenibilidad.

La región de las Américas es una de las más desiguales del mundo en cuanto a la distribución del ingreso si se comparan los países, y esta desigualdad da lugar a desigualdades en otros determinantes sociales importantes, que a su vez generan desigualdades en la salud.

Para conocer y proponer otra forma de abordar esta realidad, el área de salud global, definida por la Alianza Latinoamericana de Salud Global (ALASAG) como, “Un bien público mundial, que trasciende las fronteras, (...) relacionado con la justicia social y que tiene como ejes la equidad, la ética y el respeto a los derechos humanos” asume que su principal reto, en los actuales procesos de globalización y desarrollo sostenible es reducir las desigualdades en el acceso a la salud como bien social, ya sea público o privado.

En los países de mayor renta, la salud global es una de las herramientas que conforman el ámbito

de actuación en la búsqueda de mejores índices de salud y de donde procede el mayor número de publicaciones científicas en el área. Sin embargo, en América Latina, la salud global es aún un campo en construcción, que se ha nutrido de muchos conceptos provenientes de estos países, pero que trabaja para contextualizar e identificarse con las realidades locales (SOLIMANO Y VALDIVIA, 2014).

La necesidad de perspectivas internacionales, interdisciplinarias y multiprofesionales hacen de la salud global un estado constitutivo para las interacciones socioeducativas que pueden promover la mejora de la calidad de vida en todo el mundo dentro de una conceptualización distintiva y una identidad regional propia, que permite una mejor comprensión de los factores globales que influyen en la salud de la población en un contexto de profundos cambios sociales y económicos. Los actores de la salud deben actuar juntamente con sus propias comunidades y con profesionales de otros sectores, como el derecho, la agricultura, el medio ambiente, la ingeniería, la diplomacia, la sociología, la antropología, la geografía y la comunicación. “Se argumenta el compromiso con todos en el mundo, en relaciones no simétricas, en las que el conocimiento y la cultura de todos los pueblos tienen aportes válidos que pueden sumar en la construcción de la salud global, como ciencia emergente” (RIBEIRO, 2016).

En parte, la aparición y el rápido desarrollo del campo de la salud global se debe a las demandas de las nuevas generaciones, que quieren conocer el mundo y sus problemas más allá de las fronteras de sus países, y estas demandas se centran en la creación de oportunidades para que todas las personas disfruten de salud y prosperidad y alcancen su pleno potencial, sin importar dónde vivan.

Diversos profesionales trabajan para eliminar las disparidades sanitarias en entornos de bajos recursos de todo el mundo mediante la investigación, la educación y la intervención en colaboración. Los actores de la salud global, deben ser el resultado de una nueva forma de formación de los sujetos investigadores y profesionales, que destaque sus capacidades para la gestión de la salud, la identificación de los factores de riesgo importantes y que condicione nuevos enfoques para mejorar la salud de la población, estableciendo nuevos modelos de prestación de servicios de salud (SOLIMANO Y VALDIVIA, 2014).

Así, los enfoques en salud global deben sentar sus bases en el desarrollo de políticas públicas que actúen sobre las necesidades reales de cada región y sobre los múltiples determinantes sociales de la salud que se enfrentan en estos lugares, para actuar localmente y que sus reflejos sean mundiales (ALASAG, 2013).

En América Latina, según Solimano y Valdivia (2014), las necesidades de intervenciones en salud global son cada vez mayores, considerando su importancia en las relaciones internacionales y la diplomacia, el comercio exterior, la regulación de la industria de alimentos y medicamentos, la acreditación de los profesionales migrantes y la transmisión entre países de enfermedades transmisibles, por nombrar algunos temas prioritarios en este campo.

Trabajar con organizaciones no gubernamentales y comunitarias, en el ámbito de la incidencia y la acción social en temas de salud global, percibirla como responsabilidad de todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo, considerar las políticas internacionales como un asunto de todos; proponer “reducir las inequidades globales”, la in-

vestigación de políticas intersectoriales y promover la salud global, el bienestar y mejorar el estado de salud de la población con acciones locales de reflexión global, son prácticas fundamentales, como cita Franco-Giraldo (2015).



Un análisis global de la educación para la salud en las universidades latinoamericanas concluye que ya existen características que las diferencian de los sesgos de los países norteamericanos y europeos. En primer lugar, los cursos se centran preferentemente en los efectos de la globalización en la salud de la población y en las políticas y sistemas sanitarios de los países que los dictan, así como en la región latinoamericana. Asimismo, se privilegia el pensamiento crítico y el análisis de las estructuras de institucionalidad y poder dominantes en la sociedad contemporánea. Otra característica de estos programas de enseñanza es el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), que permite la enseñanza a distancia y, por tanto, llega a un público más amplio. La colaboración interinstitucional e internacional es otra característica notable de la educación sanitaria global en América Latina (MISSONI Y TEDIOSI, 2013).

En América Latina hay un movimiento hacia el surgimiento de cursos que apoyan la formación de profesionales con visión de salud global, entre algunos podemos mencionar algunas Instituciones latinoamericanas con acción específica en el área de salud global: en Perú, la Maestría en Salud Pública



y Salud Global, en la Universidad Cayetano Heredia y en Brasil, la FIOCRUZ (Fundación Oswaldo Cruz) cuenta con el Centro de Relaciones Internacionales en Salud (CRIS) y tienen el Doctorado en Salud Global y Sostenibilidad, además de presidir la Alianza Latinoamericana y del Caribe en Salud Global (ALASAG), creada en 2010, como respuesta para enfrentar los riesgos comunes a la salud de sus poblaciones, es una red de instituciones académicas para la colaboración entre países Sur-Sur. Otros países latinoamericanos también son activos en este frente, aunque de forma más amplia, en áreas relacionadas.

Proporcionar una base de conocimiento estructurada y dinámica para los profesionales de las diferentes áreas que apoyan indistintamente la generación de conocimiento en Salud Global y establecer una identidad regional propia, contextualizada en la realidad social, histórica, política y económica de América Latina, para enfrentar efectivamente las desigualdades dentro y entre los países, es uno de los retos prioritarios para la salud global.

Sin duda este profesional debe pensar la salud global dentro de una visión cosmopolita y anclada en los valores universales, los derechos humanos relacionados y las diversas formas de interpretar la calidad de vida y sus determinantes, las cuestiones éticas, raciales, de género, religiosas y sociales de desigualdad y poder (FRANCO-GIRALDO, 2015). Sobre todo, una base de conocimientos transdisciplinaria e intersectorial que valore la salud en todos sus esfuerzos.

Como conclusión, se destacan los principales retos sanitarios de la humanidad y la necesidad de acciones por parte de los diferentes países para superarlos, y se comentan los diferentes conceptos y definiciones de salud global. Por ello, es necesario que los países e instituciones latinoamericanas adopten conceptos acordes con una cosmovisión que priorice valores como la ética, la justicia y la solidaridad como base de la salud global.

Así, se aboga por la formación de profesionales en salud global con compromiso con todas las personas del mundo, en relaciones no simétricas, en las que el conocimiento y la cultura de todos los pueblos tengan aportes válidos, que puedan sumar en la construcción de la salud global, como ciencia emergente.

* Coautor:



Alexandre Antunes Brum
Doctor en Biotecnología, Investigador en el área de salud global, PosDoc en Heidelberg Institute for Global Health, Becario KAAD

Referencias Bibliográficas

1. ALASAG - ALIANZA LATINOAMERICANA DE SALUD GLOBAL. Declaración de Santiago. Santiago. 2013.
2. Franco-Giraldo, A. Academic review of global health approaches: an analytical framework. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(9):1811-1823, set, 2015.
3. Garay, J. E. & Chiriboga, D. E. A paradigm shift socioeconomic justice and health: from focusing on inequalities to aiming at sustainable equity. *Public Health*, 149. 149-158. 2017.
4. Missoni, E.; Tediosi, F. (Ed.). *Education in global health policy and management*. Milano: Egea, 2013.
5. Ribeiro, H. *Saúde Global: Olhares do presente*. Editora FIOCRUZ. 2016. 120p.
6. Solimano, G. & Valdivia, L. Global Health in Latin-American academic institutions: towards a distinctive development and identity. *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.2, p.357-365, 2014.



Augusto Panchi Vasco

Doctor Phil., Universidad de Eichstaedt, Alemania,
docente universitario PUCE, Exbecario ICALA

La nación más rica del planeta sufre de modo intenso una enfermedad para la cual, todos le daban como preparada para enfrentarla. Tal parece que la cuestión no es sólo de dinero sino que implica otros factores que hacen a una respuesta exitosa, tal vez la política, la gestión, la educación de la sociedad, la estructura de seguridad social y por supuesto la cultura ética.

La salud, entre el dinero o la vida

Pensar la humanidad como comunidad vital en la diversidad

Estamos viviendo acaso el fenómeno más global que hayamos tenido en la historia de la humanidad. Ni las dos guerras mundiales, ni la guerra fría, ni la gran recesión se extendieron con tanta velocidad y llegaron a todos los confines del mundo como ahora ocurre con la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2 cuya enfermedad se denomina covid 19.

Es momento de pensar la humanidad como una comunidad vital en la diversidad. La continuidad de la historia humana está en riesgo y no volverá a ser la misma de antes de la covid 19. No puede serlo si deseamos sanar como personas y naciones, si queremos darle el lugar preferencial a lo que verdaderamente importa: la salud y la vida.

Debemos unir esfuerzos para superar una amenaza invisible común y ampliar el espectro de los análisis orientados por la ciencia, la política, la economía y la cultura dominantes. Mirar, desde distintos lugares del mundo y distintos pensamientos, la posibilidad de construir juntos una sociedad global pero localmente determinada.

La pandemia de la covid 19 a fecha actual ha infectado a 278 millones de personas en el mundo, habiendo sido fatal para 5,4 millones de personas contabili-

zadas desde diciembre de 2019 (Google, 2021). Si se compara con los 50 millones de fallecidos por la gripe española de 1918, sin duda es todavía un mal menor.

Las medidas globales para combatir la pandemia han sido enormes y como calcadas de un país a otro, desde oriente a occidente. Hay un mismo esquema de comunicación para todos los países: informes diarios con número de infectados, recuperados y muertos por cadenas de prensa, radio y televisión. Un mismo tipo de campaña comunicativa global basada en los mismos slogans: “quédate en casa”, “distanciamiento social”, “nueva normalidad”.

Todo esto son señas de una globalización que ya no alcanza sólo al comercio y a la economía sino que se ha extendido a la salud, la comunicación y los estilos de vida en contextos de emergencia sanitaria. Los gobiernos declaran estados de excepción en los que la cuarentena se hace cumplir por la fuerza de la policía o los ejércitos. En tales estados de excepción se toman medidas económicas que no admiten discusión porque las concentraciones humanas están prohibidas. Hay un florecimiento del autoritarismo que nadie discute porque todos lo asumen como necesario para proteger sus vidas.

Los *best-sellers* Zizek (2020) y Han (2020) ponen al centro de la pandemia al **pánico**. Sin duda el miedo (Agamben, 2020), mueve a la gente a aceptar cosas que de otro modo no lo haría: el autoritarismo, el recorte de libertades individuales (como el derecho de asociación), medidas económicas durísimas como recortes salariales y facilidades de despido o desvinculación laboral.

El miedo es un gran motor en la historia de la humanidad. Por miedo pudieron los nazis apoderarse de Alemania, con miedo gobernó Stalin, con miedo se controlaban los campos de concentración nazis y comunistas. Pero el miedo actual no es tan simple y puro como el de los ejemplos. El miedo elevado a nivel de pánico actual es asumido como natural y conduce al autoritarismo en complicidad con la idea de alcanzar un bien mayor, el bien de proteger la vida propia y la ajena a través de medidas duras que recortan las libertades individuales pero que garantizan la

sobrevivencia. El miedo ya no es individual es social, no es sólo social es global.

La salud y el dinero

El mundo registra en 2020 la mayor contracción económica desde la segunda guerra mundial, la caída global del PIB se registra en 4,4% según el FMI (BBC, 2021.01.25). El desempleo cayó entre el 2,4% y 13,4%, la industria mundial del turismo se desmorona y se registra bajas de ventas en casi todos los rubros. Se estima que pueden pasar años hasta recuperar los niveles de empleo previos a la pandemia y que la recuperación del turismo no llegará sino hasta 2025.

Por otro lado o más bien paralelamente, los índices bursátiles que recogen las empresas de los más acaudalados del planeta, han logrado récords históricos durante la pandemia. Si bien al inicio, los confinamientos obligatorios les afectaron hasta caer a un menos 40%, a fines de 2020 ya se habían recuperado hasta más 40%. Esto gracias al impulso del sector de empresas de tecnología, dominado básicamente por cinco empresas representadas en el índice Nasdaq: Alphabet -propietaria de Google-, Apple, Microsoft, Amazon y Facebook, que tienen casi el mismo valor que las 95 restantes juntas (BBC, 2021.01.04). China es el único país que vio aumentar su PIB en 2,3% durante 2020

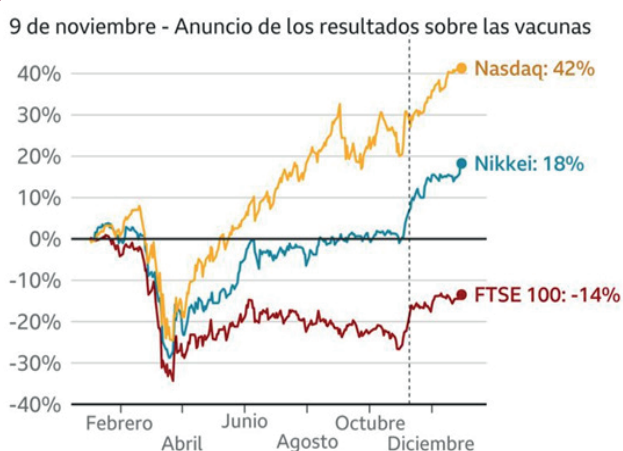


Gráfico 1. Caída y recuperación de los mercados desde el inicio de la pandemia. Fuentes: Bloomberg, BBC (2021.01.04).

Entre los ganadores de la pandemia están sin duda, las empresas biofarmacéuticas proveedoras de las vacunas contra la covid 19. Moderna, Novavax, AstraZeneca y Pfizer se han revalorizado en los mercados bursátiles.

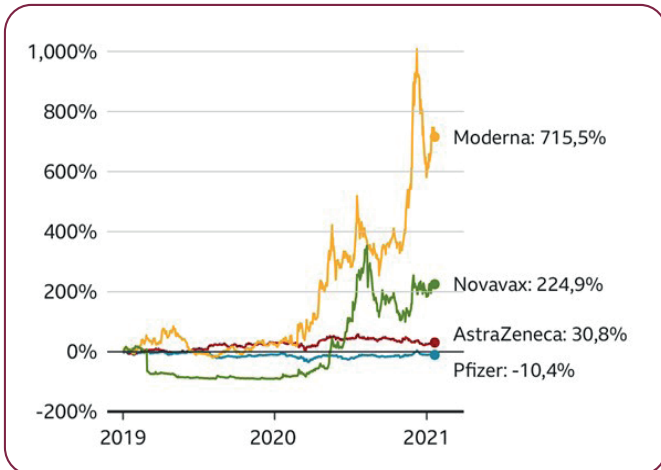


Gráfico 2. Cambio porcentual en el valor de la acción por farmacéutica. Fuente: Bloomberg. BBC (2021.01.25).

La UNCTAD ha previsto un crecimiento global del 5,3% para 2021, el más dinámico en 50 años (UNCTAD, 2021), básicamente impulsado por países como China e India. Se estima que China crecerá un 8% en 2021, más del doble de los países occidentales más exitosos antes de la pandemia (BBC, 2021.01.09).

Los perdedores de la pandemia son los países en desarrollo. Sin un sistema sanitario suficiente para satisfacer la demanda de servicios provocada por la covid 19, sin capacidad tecnológica para producir vacunas, sin dinero para mantener programas de auxilio económico para evitar el desempleo y la desinversión, con la demanda de sus materias primas paralizada por la recesión y con la escasa ayuda de los países desarrollados atendiendo sus propias urgencias, asumirán los costos humanos más duros de la enfermedad y de la paralización económica. Es por ello que no podrán darse el lujo de nuevas cuarentenas, alimentando así un círculo vicioso de enfermedad y pobreza.

Mientras Europa parece llevar la enfermedad de

un modo controlado y enfocado básicamente en sus ancianos como la población más afectada, con un sistema sanitario de gran calidad y atención suficiente para la población en riesgo, Estados Unidos sufre para sorpresa de todos, una gran calamidad por el número de contagiados que en 2021, suman 52,2 millones de personas, con 815 mil muertes, en un sistema sanitario que no alcanza a cubrir las necesidades de atención a la población.

América Latina tiene un cuarto de las muertes por covid 19 en el mundo, con sólo 8,5% de la población global (BBC, 2021.02.26). La región ha sufrido además el peor impacto económico derivado de la pandemia con 7,4% de contracción de su PIB según el Fondo Monetario Internacional. Sin duda **es una de las regiones más castigadas del planeta a causa de la pandemia** tanto en la salud como en la economía.

La catástrofe de Guayaquil, que tuvo que ver a sus muertos en la calle, se entiende cuando se compara el número disponible de camas de hospital por población. El ranking mundial lo encabeza Mónaco con 13,8 camas por cada 1.000 habitantes, Alemania cuenta con 8 camas hospitalarias por mil habitantes. Ecuador está en el puesto 123 con 1,5 camas detrás de Estados Unidos y España que se encuentran en el puesto 73 con 3 camas ([Indexmundi](#), 2020). Las diferencias de los sistemas sanitarios entre ricos y pobres, se entiende si comparamos el gasto público en salud per cápita: Ecuador 274 USD, España 1.892 USD, Alemania 4.881 USD, Estados Unidos 9.386 USD (ibid.).

La nación más rica del planeta sufre de modo intenso una enfermedad para la cual, todos le daban como preparada para enfrentarla. Tal parece que la cuestión no es sólo de dinero sino que implica otros factores que hacen a una respuesta exitosa, tal vez la política, la gestión, la educación de la sociedad, la estructura de seguridad social y por supuesto la cultura ética.

En los países que presentan un índice de infectados de alrededor del 0,2% de su población, sus sistemas hospitalarios han sido rebasados o copados, dedicados totalmente a la atención de enfermos de covid 19. Los pacientes con enfermedades preexis-

tentes han quedado desatendidos y sus casos agravados, de aquí que muchas de las muertes registradas en exceso durante 2020 se deban a estos casos.

Si la ética contemporánea de occidente está caracterizada por la libertad individual, los derechos humanos, la democracia y el mérito personal, la pandemia de la covid 19 ha venido a corroer esos valores. Fundamentalmente el valor de la democracia.

Junto con el autoritarismo se promueve el control digital y social. De diversas formas se promociona no dar crédito a las noticias falsas (fake news) que abundarían en internet y redes sociales, aunque sean el lugar más propio para enterarse en tiempo real de lo que realmente sucede. Con esto se desprestigia todo otro discurso que no sea el oficial y el de sus aliados en los medios de comunicación social, que sacan ventaja del estatus quo.

La covid 19 nos deja una sociedad occidental más autoritaria y menos democrática. Una sociedad enferma y polarizada entre ricos y pobres, donde la riqueza se exhibe sin vergüenza en la cara de los pobres, y ésta incluye salud y bienestar, no sólo a nivel individual sino también a nivel de países y éstos tampoco tienen vergüenza de lucir su riqueza sanitaria frente a la indigencia de los países en desarrollo.

La salud y la geopolítica

Según la OMS (2020) el 80% de los infectados se recuperan de la enfermedad sin necesidad de tratamiento hospitalario. Uno de cada cinco contrae un cuadro grave y experimenta dificultades para respirar. En términos generales, el 20% de la población mundial se infecta gravemente como para requerir tratamiento hospitalario y los coloca en peligro de muerte. Otro 20% no se contagia. Finalmente, el 60% de la población mundial al contagiarse experimenta los síntomas de una gripe, sin que se requiera tratamiento hospitalario.

La tasa de mortalidad mundial es de 0,024% y en Ecuador de 0,08% según datos oficiales, aunque expertos de salud la calculan extraoficialmente con casos probables en 0,17%.

Aunque la atención de los sistemas de salud de los países industriales es de primer nivel y alta calidad, sin embargo sus sistemas han sido rebasados al haber un estallido repentino de la demanda hospitalaria, sobre todo para la atención a ancianos quienes representan una alta tasa de su población.

Los hospitales fueron rebasados, el número de médicos disponibles insuficientes, el personal de enfermería, asistencia, administración, sanitario, de limpieza y anexos no dieron abasto a la gran demanda. Tal parece que después de la guerra fría, los gobiernos líderes del mundo nunca tuvieron en su mira la posibilidad de una guerra mundial, de una catástrofe global o de una pandemia que rebasara las pocas camas del sistema hospitalario. O si la tuvieron en cuenta, como algunos reportes del CDC (Centers for Disease Control and Prevention de los Estados Unidos) en 2006 sugieren, no se lo tomaron en serio o no les interesó prepararse, destinando recursos y esfuerzos a otros campos que de momento lucían más importantes como la lucha contra el sida o las crisis económicas de 2001 y 2008.

El desarrollo de las vacunas no sólo es un asunto de salud pública sino que se ha convertido ante todo en una cuestión política. China tiene el mayor número de proyectos, seguida de Estados Unidos. Estas dos naciones están enfrentadas no sólo en el tema vacunas para la covid 19 sino a lo largo del siglo XXI por la hegemonía mundial económica y militar.

China por ejemplo ha ofrecido a Latinoamérica, préstamos por 1.000 millones de dólares para adquirir sus vacunas (El Comercio, 2020.07.23). De este modo es un negocio redondo en el que hay ganancia por el crédito y ganancia por la venta de la vacuna, cuya efectividad aún está en entredicho. Pero para no quedarse fuera del negocio mundial de las vacunas, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) también ha ofrecido créditos por 1.000 millones de dólares para entregarlos a cinco países de la región en su lucha contra la covid 19 (AA, 2021).

En la competencia por lograr primero la vacuna hay acusaciones mutuas que van desde el espionaje hasta la falta de ética en los estudios debidos. En julio de 2020, el Reino Unido, Canadá y Estados Unidos

acusaron a Rusia de hackear sus investigaciones sobre las vacunas, lo cual lógicamente ha sido negado por Rusia. A semana siguiente el Departamento de Justicia de Estados Unidos acusó a hackers chinos de robar datos sobre el desarrollo de vacunas a favor de los servicios de inteligencia chinos (BBC, 2020.08.26).

Las vacunas exitosas validan el desarrollo científico y tecnológico del país donde se desarrollan, así como su modo de gobierno. Todos parecen tener una razón para ello, Estados Unidos queriendo mantener su posición de primera potencia mundial; Putin y sus sueños de una Rusia potencia mundial alterna como en el período de la guerra fría; China y su sistema autoritario que busca imponerse como la nueva y primera potencia mundial.

Las ganancias y la muerte

El gobierno de Estados Unidos ha llamado Operation Warp Speed, al programa para acelerar el desarrollo, fabricación y distribución de las vacunas. Nombre tomado de la serie de televisión Star Trek que habla de la velocidad Warp, superior a la de la luz para indicar la premura para la obtención de las vacunas.

Según la teoría, las vacunas aportan a alcanzar la inmunidad de rebaño, junto con aquellas personas que ya se han infectado y han desarrollado inmunidad contra la covid 19. Estas personas aportan a evitar que otras personas que no se han enfermado, lo hagan. Aunque se estima que la inmunidad de rebaño se alcanzaría con un 70% a 90% de la población, ya vacunada, ya recuperada de la covid 19, no hay todavía datos certeros que lo certifiquen. Para llegar a la inmunidad de rebaño, dependiendo de la efectividad de las vacunas, se estima que con una efectividad del 100% se necesitaría vacunar a entre el 60% y 70% de la población; con una vacuna con efectividad del 80% se requeriría vacunar a entre el 75% y 90% de la población. Pero si las vacunas solo alivian la enfermedad pero no evitan la infección, las vacunas no podrían llevarnos a la inmunidad de rebaño (BBC, 2021.02.16).

En marzo de 2021 Chile atraviesa el peor momen-

to de su pandemia. Justamente cuando alcanza el número más alto de vacunados por país en Latinoamérica y destacándose como ejemplo a seguir en lo que a vacunación se refiere.

Cifras de infectados diarios similares a las de junio y julio de 2020, los peores momentos de la pandemia en 2020. Ocupación de las camas de cuidados intensivos del 95%, saturación del sistema hospitalario (BBC, 2021.03.11). Pero todo esto se da con una campaña ejemplar de vacunación por su velocidad y su extensión. Chile negoció vacunas con varias farmacéuticas, disponiendo de un amplio abanico de posibilidades y de un excelente sistema de atención de salud, que permite una vacunación accesible.

De acuerdo con el rastreo de vacunas de la Universidad de Oxford, Chile se encontraba en quinto lugar en el mundo en cuanto a dosis administradas por cada 100 habitantes, sólo superada por Israel, Emiratos Árabes, Reino Unido y Estados Unidos. Además Chile es uno de los países que más pruebas ha hecho para detectar la covid 19.

¿Qué está pasando en Latinoamérica que los contagios no bajan, antes bien han recrudecido pese a las vacunas?

La situación de Chile nos hace reflexionar que las vacunas no son por sí mismas la solución a la pandemia. Esperarlo todo de ellas es iluso. Parece necesario que los gobiernos implementen un proceso complejo de lucha contra la covid 19, del cual las vacunas sólo son una parte. Hay que implementar también tratamientos más efectivos que permitan la recuperación de la salud de las personas infectadas y la adecuación o construcción de los sistemas hospitalarios para ello. Ampliar la atención hospitalaria no sólo beneficiará a los pacientes covid 19 sino a los pacientes de otras enfermedades cuya atención ha sido relegada por dar la prioridad al coronavirus.

Por otro lado, la prevención parece todavía tanto o más importante que la curación. La disponibilidad de espacios amplios y aireados tanto privados como públicos, evitar las concentraciones humanas, reducir al máximo el número de trámites con atención directa

a los ciudadanos, promover el teletrabajo, la teleatención ciudadana y la teleeducación tanto como sea posible junto con la creación de brigadas o centros médicos de atención cercana a los barrios son tareas gubernamentales imprescindibles.

En Perú hay quejas contra las vacunas de Sinopharm empleadas tanto en ensayos clínicos como para vacunación. Según informes de la televisión peruana (willax en WhatsApp), los estudios de la Universidad Peruana Cayetano Heredia concluirían una efectividad del 33% para la vacuna de la cepa de Wuhan y 11,5% para la vacuna de la cepa de Beijing. Ambas resultan inútiles para una auténtica inmunidad frente a la covid 19. El nivel mínimo requerido por la OMS para cualquier vacuna es del 50%.

En los primeros meses de 2021, Perú es uno de los países latinoamericanos más golpeados por la covid 19 y atraviesa una serie de problemas sanitarios aparejados a la enfermedad que van desde la falta de oxígeno, la falta de atención hospitalaria, los altísimos costos de la atención privada que deja familias sin viviendas para pagar sus deudas hasta vacunas ineficaces. No se conoce de un pronunciamiento de Sinopharm para indemnizar los daños y gastos médicos provocados en pacientes y voluntarios que participaron en el ensayo y que han debido buscar atención médica por su propia cuenta.

Yo mismo tuve la experiencia negativa de haber llevado a mi padre a una clínica privada y luego de un mes de tratamiento inefectivo sólo se me permitió retirar el cuerpo de mi padre después de cancelar 90 mil dólares, sí, el patrimonio familiar para retirar un cadáver. Y esta historia se repite en Colombia, Perú, Bolivia, Ecuador y varios países de Latinoamérica donde ante la indolencia de sus gobiernos, las empresas privadas de salud como las clínicas hacen su negocio anteponiendo la ganancia a la seguridad sanitaria.

Aunque la intención de realizar el mayor número de pruebas posible es controlar y reducir los brotes, es paradójico que uno de los países que más ha sufrido los embates de la covid 19 con más de 115.000 fallecidos, Reino Unido, es el país que más pruebas

ha realizado a nivel mundial, sin embargo, no ha podido detener la tercera ola de infección. Reino Unido además es el origen de la cepa más peligrosa del SARS-CoV-2.

En proporción de muertes por covid 19 respecto al número de habitantes de cada país la lista variable por fechas, se ubicaba así a marzo de este año: 1. Reino Unido (0,17%), 2. Estados Unidos (0,14%), 3. México (0,13%), 4. Brasil (0,11%), 5. India (0,01%).

La salud y la vida

Muchos países, sin decirlo abiertamente, han jugado a la estrategia de inmunidad de rebaño, misma que no se puede alcanzar sin dejar circular relativamente libre al SARS-CoV-2. El precio de dejar circular al virus es un mayor índice de asistencia médica y de mortalidad. Sin embargo, en perspectiva histórica, aun así, a nivel mundial, no se alcanzan los niveles de mortalidad de la gripe española del siglo pasado, misma que fue más destructiva que la presente pandemia.

Comparado con el 2,6% de mortalidad de la gripe española sin duda el coronavirus es un mal menor. A pesar de ello, nunca en la historia de la humanidad, se había experimentado un estado de emergencia de tal naturaleza como el montado por los gobiernos de las naciones para detener el avance del coronavirus. Con la gripe española murieron 50 millones y se infectaron 500 millones, en una época en la que la población mundial era menos de la cuarta parte de la población actual. En efecto se trató de una catástrofe que pasó desapercibida.

El pánico también fue utilizado en 1918 como elemento disociador para implementar las políticas gubernamentales de Estados Unidos y sus aliados. La guerra estaba en su punto más álgido y se evitaba a toda costa que las malas noticias bajaran la moral de las tropas, incluso en la prensa, la censura era diaria y a los disidentes se les condenaba a prisión. Eran tiempos en los que el “patriotismo” importaba más que la verdad de la pandemia, la que se procuraba minimizar a toda costa (CDC, 2006). Esta política de censura no fue observada en España, país que sí informó sobre la pandemia y de ahí el nombre “gripe española”.

Hoy se declara héroes a los médicos que procuran la salud de los enfermos de covid 19, enfrentados directamente con escasos recursos y largas jornadas, arriesgando su propia vida, pero en países como España y Ecuador, se los despide inmisericordemente porque han fenecido sus contratos y porque no hay dinero para renovarlos. Aparte de que sus palabras se toman como las de los predicadores, dirigidas a la conciencia personal pero no para diseñar políticas públicas ni planes de emergencia en manos de políticos. Si llaman al aislamiento preventivo, las autoridades optan por la movilidad económica; si solicitan medicamentos, las autoridades políticas no facilitan la importación; si piden más equipamiento hospitalario, el gobierno se hace de oídos sordos.

La ciencia no es un ente abstracto. La ciencia se realiza en lugares y personas concretas. Parece que su lugar preferido son los países industriales, el norte desarrollado. Las redes científicas de punta involucran principalmente a esos países. Los presupuestos y los científicos destacados se concentran en esas regiones. Más todavía, la investigación científica de punta para la covid 19, casi no se la hace en las universidades sino en las grandes transnacionales farmacéuticas. No es un campus universitario sino una filial empresarial el lugar propio de la ciencia que nos librará de la pandemia. Los presupuestos no son los públicos del estado sino los privados de la empresa, los que sustentan la investigación y por tanto siguen su trayectoria que es la de generar ganancias como fin último.

No son los científicos ni los médicos los que ponen a disposición de los enfermos los frutos de la investigación sino los gerentes, los CEO (Chief Executive Officer) de las transnacionales, los que con su criterio privado, decidirán dónde, cuándo, cuánto y cómo estarán disponibles los tratamientos para la covid 19.

Mientras los gobiernos no retomen su responsabilidad social frente a sus ciudadanos y junto con políticas sanitarias efectivas y financiadas controlen a los actores y empresas privadas que van detrás de las ganancias, no será factible defender la vida y la salud de las poblaciones. Mientras los ciudadanos con su legítimo derecho a la protesta, no exijan de sus go-

biernos y políticos, la atención a la vida y el aumento de recursos para la salud, no se logrará detener ésta y futuras pandemias. La salud, la vida, no son sólo cuestión de médicos, enfermeras y personal sanitario, es cuestión de todos quienes pagamos nuestros impuestos para sostener un estado y políticos que se ocupen de los sistemas vitales, entre ellos el sanitario.

Hoy es más claro que nunca, que no necesitamos elegir políticos para que monten sistemas de vigilancia y control social de quienes mantenemos sus dietas y sueldos, necesitamos políticos que cuiden en primer lugar nuestra salud y vida bajo las reglas de alternancia, rendición de cuentas, deliberación pública y control social.

Referencias Bibliográficas

1. AA (2021). El BID le hará un préstamo a Ecuador para que compre vacunas contra el coronavirus. <https://www.aa.com.tr/es/econom%C3%ADa/el-bid-le-har%C3%A1-un-pr%C3%A9stamo-a-ecuador-para-que-compre-vacunas-contra-el-coronavirus/2124065>
2. Agamben, G. (2020). Reflexiones sobre la peste. Sopa de Wuhan. 135-137. ASPO.
3. BBC (2021.03.11). Coronavirus en Chile: cómo se explica que pese a la buena vacunación tenga la tasa de contagio más alta desde el peor momento de la pandemia. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56261426>
4. BBC (2021.02.26). Escándalos con la vacuna del coronavirus: cómo la lucha contra la covid - 19 desnuda viejos vicios de América Latina. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56218624>
5. BBC (2021.02.16). Vacunas contra la covid-19: ¿es posible contraer el coronavirus y contagiar a otros después de vacunarse? <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56030508>
6. BBC (2021.01.25). Coronavirus: 8 gráficos para entender cómo la pandemia ha afectado a las mayores economías del mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55802814>
7. BBC (2021.01.09). Economía mundial en 2021: quiénes serían los ganadores y perdedores. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55564149>

8. BBC (2021.01.04). Coronavirus: por qué las bolsas del mundo llegaron a niveles récord en 2020 mientras la economía global se hundía. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55536375>
9. BBC (2020.08.26). Vacuna contra la covid-19: las "jugadas sucias" y los atajos en la carrera para lograr una fórmula contra el coronavirus (y los riesgos que implican). <https://www.bbc.com/mundo/noticias-53895058>
10. CDC (2006). Pandemic Influenza. Past, Present, Future. Workshop Proceedings. Centers for Disease Control and Prevention. <https://espanol.cdc.gov/flu/pandemic-resources/pdf/workshop.pdf>
11. El Comercio (2020.07.23). Vacuna contra covid-19 desarrollada en China será universal; la nación ofrece préstamo de USD 1.000 millones a Latinoamérica para su acceso. <https://www.elcomercio.com/actualidad/china-prestamo-vacunas-covid19-latinoamerica.html>
12. Google (2021). Covid-19 mundo. https://www.google.com/search?q=COVID-19+MUNDO&biw=1094&bih=504&ei=eC_GYczjHbTmxgH84rD4BA&ved=0ahUKEWjM_-COpf30AhU0szEKHXwxDE8Q-4dUDCA4&uact=5&oq=COVID-19+MUNDO&gs_lcp=Cgnd3Mtd2l6EAMyBQgAEMQCMgUIABCABDIFCAAQgAQyBQgAEIAEMgUIABCABDIFCAAQgAQyBQgAEIAEMgYIABAWEB4yBggAEBYQHjIGCAAQFhAeOgslABCABBCCxAXCwAZoHCAAQsAMQQzoNCAAQsQM-QgwEQsAMQQzoJCAAQsAMQBxAeOgQIABBDOgoIABCxAXCDARBDOgsIABCABBCCxAXCDAUoECEEYAUoECEYYAFDcAljXGDGYEGgBcAB4AIABiwGIAaYgk-gEDMC42mAEAoAEByAEKwAEB&scient=gws-wiz
13. Han, B. (2020). La emergencia viral y el mundo de mañana. Sopa de Wuhan. 97-112. ASPO.
14. Indexmundi (2020). www.indexmundi.com
15. OMS (2020). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advance-for-public/q-a-coronaviruses>
16. UNCTAD (2021). Prosperidad para todos. <https://unctad.org/es/press-material/informe-sobre-el-comercio-y-el-desarrollo-2021-de-la-unctad-de-la-recuperacion-la>
17. Zizek, S. (2020). Pandemia. La covid-19 estremece al mundo. Barcelona. Anagrama.

Vitaminas para el Espíritu



Herr, du wirst uns Frieden schenken.

Jes 26,12

Volcan Cotopaxi- Ecuador 5897 snm.

desenfoque...





Reinaldo G. Bechler

Doctor en Historia Contemporanea,
Universidade Federal Minas Gerais;
Würzburg Universität,
Director Ejecutivo DAHW-Brasil

La Enfermedad de Hansen en la era digital: desafíos y legados para la salud mundial

..pudimos crear una plataforma de comunicación interactiva y participativa sobre la lepra. Allí, científicos de la más alta retroalimentación técnica se mezclaron con personas afectadas, geógrafos, dentistas, trabajadores sociales, agentes comunitarios de salud, etc. todos con la misma voz y con la misma representatividad.

La Enfermedad de Hansen (lepra¹) es un problema históricamente descuidado en Brasil. A pesar de que es el segundo país del mundo que diagnostica la mayor cantidad de casos de la enfermedad hasta hoy, con casi treinta mil nuevos casos cada año, la mayoría de los brasileños todavía son prácticamente inconscientes de los problemas históricos/sociales y de salud pública de lo que significa la enfermedad. ¿Cómo modifico este escenario? O mejor dicho: ¿cómo utilizar las complejas relaciones desarrolladas en la era digital para modificar este escenario? Presentaré aquí algunas reflexiones, fruto de la experiencia de los últimos 5 años, como gerente de una organización no gubernamental internacional, en el desarrollo de estrategias de comunicación sobre la enfermedad de Hansen para el público en general en Brasil. Lejos de presentar soluciones, este trabajo utilizará toda la complejidad epistemológica de la lepra como un objeto para problematizar cuestiones relevantes con respecto al papel y el lugar de la tecnología en la problemática relación “Ciencia versus Sociedad” vivida en el siglo 21.



¹ Hay una importante discusión acerca del nombre de la enfermedad en el mundo actualmente. El término Lepra no es mas utilizado en algunas lenguas, como en português, por ejemplo. En Brasil, se utiliza el nombre Hanseníase. Pero sigue siendo común en otras importantes lenguas como en Inglés (Leprosy), en alemán (Lepra) o mismo en Español (Lepra), aunque se empieza a notar un movimiento de cambio hacia el concepto de Enfermedad de Hansen, cada vez más utilizado sobretodo en Latinoamérica. Acá vamos utilizar los dos términos.

El año 2016 marcó el inicio de un proyecto innovador para DAHW Brasil, una ONG alemana presente en 20 países, con 64 años de existencia y 63 años de operación en Brasil, casi siempre vinculado a proyectos clínicos en el campo, para enfrentar la lepra de varias maneras. Era necesario pensar en nuevas formas de actuar de la organización, especialmente que fueran más independientes de la relación con el Estado, y que conectaran con el dinamismo del siglo 21. En ese momento (todavía mucho menos que hoy) prácticamente no había información y contenido no académico sobre la lepra en Internet. Es decir, los casi treinta mil brasileños que contrajeron la enfermedad que buscaron esta información en internet casi siempre encontraron artículos académicos, tesis, disertaciones, etc., poco útiles para su realidad, la mayoría de las veces.

Después de institucionalizar una alianza con una consultora de Marketing Digital, decidimos construir una plataforma de comunicación participativa y colaborativa, donde se han movilizado los más diversos actores involucrados en el problema de la enfermedad en la producción de contenidos de comunicación al respecto, para el llamado “público en general”. En resumen: partiendo del supuesto de que al respecto de la Enfermedad de Hansen no se hablaba a este público, decidimos hablar, utilizando las metodologías y técnicas de la gran área de la Divulgación Científica ².

Imaginándonos como un ciudadano promedio que fue diagnosticado con lepra, buscamos hacer un camino básico entre sus necesidades de información / conocimiento y la realidad. *Nos dimos cuenta de que los más de dos mil años de historia de la enfermedad no podían ser ignorados en este proceso. Estigma, prejuicio, discriminación, Fake News, etc. eran solo algunos de los elementos presentes allí y elegimos desentrañar.* Al mismo tiempo, observamos problemas prácticos muy palpables: ¿cómo entender claramente los signos y síntomas de la enfermedad? ¿Cuál es el camino que debe tomar una persona cuando sospecha de estos signos de la enfermedad? En otras palabras, el pasado y el presente se fusionaron en un tejido complejo, lo que reveló un gran desafío.

Tras unos meses de estudio, nos encontramos ante la posibilidad de utilizar herramientas del mayor proveedor mundial de buscadores gratuitos de internet, lo que nos permitiría hacer lo que hemos denominado “reconocimiento de las demandas de información en Internet” de forma detallada y gratuita, gracias a una política de incentivos a las organizaciones del tercer sector. Es decir, sería posible reconocer rápidamente qué tipo de información buscaban las personas en todo el país asociada con la lepra. Además, de dónde vienen estas demandas, cuál es el perfil de estos usuarios, etc. En una palabra: ¡oro!



Con unas semanas de experiencia, nos dimos cuenta de que estas búsquedas simplemente no eran “saciadas”, ya que conducían a productos científicos (artículos, disertaciones, tesis, etc.) que prácticamente no dialogaban con la realidad de este público “general”³.

A través de la combinación de metodologías del gran área de Divulgación Científica y herramientas de marketing digital de última generación, nos fue posible acometer dos grandes estructuras de trabajo: 1) Identificar y construir un mapa de interés-demanda de información sobre el tema de la lepra por parte de diferentes perfiles de internautas, identificando sus relaciones, georeferenciando sus características, etc., y 2) movilizar una red multidisciplinaria de voluntarios para producir contenidos de divulgación científica (con lenguaje adecuado y formas discursivas) que satisfagan estas demandas de información identificadas anteriormente.

2 El concepto de Divulgación Científica es amplio y multidisciplinario, abarcando una amplia área de conocimiento que busca hacer una especie de “traducción” del conocimiento científico, métodos, prácticas y técnicas a un llamado “público laico”. A nivel internacional, esta área de conocimiento lleva el nombre de “Público Comprensión de Science”, y ha ido ganando cada vez más visibilidad en los últimos años. Más sobre el tema, ver LEWENTEIN, Bruce V.; BROSSARD, Dominique. Modelos de comunicación pública de la ciencia y la tecnología: evaluación de modelos de comprensión pública. En: ELSI Outreach Materials. Nueva York: Cornell Universidad, 2006.

3 Es importante señalar que la lepra sigue siendo una enfermedad marcadamente asociada a factores sociales, llegando sobre todo a una porción de la población más alejada de una formación intelectual tradicional.

Inicialmente, el objetivo era producir contenidos de comunicación (textos, videos, podcasts) adaptados lingüística y tecnológicamente para los aproximadamente 30.000 brasileños diagnosticados con lepra cada año, y que en ese momento encontraron casi exclusivamente artículos científicos para informarse sobre su estado de salud / enfermedad.

Este proceso dio como resultado una plataforma de comunicación colaborativa y democrática sobre la lepra con más de 200 contenidos multidisciplinarios (www.dahw.org.br), que inició un proceso de interacción de varios actores en diferentes medios digitales, que comenzaron a intercambiar experiencias de lo más diverso, sirviendo como un espectro singular para la reflexión sobre esta relación entre la ciencia y la sociedad actual. En otras palabras, pudimos crear una plataforma de comunicación interactiva y participativa sobre la lepra. Allí, científicos de la más alta retroalimentación técnica se mezclaron con personas afectadas, geógrafos, dentistas, trabajadores sociales, agentes comunitarios de salud, etc. todos con la misma voz y con la misma representatividad. Aquí es importante destacar una reflexión fundamental: no fue fácil explicar el proceso a los científicos, y hacerles entender la necesidad de “traducir” sus artículos, tesis en contenido de comunicación dinámica; en textos de una página que explicaba su trabajo “como si fuera por tu tía”, en videos de 1 minuto, en podcasts con lenguaje coloquial.

Los resultados no tardaron en aparecer. En menos de un año, el número promedio mensual de visitas en nuestro sitio web saltó de poco más de 300 a casi 30,000. Un susto, hasta cierto punto, incluso para nosotros. Con el tiempo, esta sorpresa aumentó, ya que descubrimos un poco más sobre la audiencia que accedió a estos contenidos. Como se dijo anteriormente, buscamos llegar a los casi 30.000 brasileños diagnosticados anualmente por la enfermedad y sus familias. Para nuestra sorpresa, sin embargo, notamos que quienes consumían nuestros contenidos eran en su mayoría profesionales de la salud de nivel medio.

La iniciativa no supone, por tanto, una gran demanda de formación técnica para los profesionales sanitarios sobre la enfermedad, ya que simplemente no contaron con esta formación durante el periodo de su formación profesional.

Además, el tiempo seguía siendo el responsable de hacer aún más complejas las relaciones formadas en este

entorno virtual. Siempre supimos que solo el número de éxitos en sí mismo no significaba mucho. Con el tiempo, estos actores comenzaron a vincularse entre sí. Humanizaron el medio ambiente de tal manera que se hizo cada vez más posible crear una relación de confianza entre estos seres humanos. **Es importante señalar aquí para aquellos que no conocen los detalles de la lepra, que estamos tratando con una de las enfermedades más antiguas y que produce un estigma social y psicológico muy fuerte en el afectado y en toda su red de apoyo. No es sencillo por último, para estas personas contar sus dolores, sus dudas, sus vidas.**



Con el tiempo, comenzamos a recibir mensajes en los diversos canales que ofrecemos (WhatsApp, Facebook, Instagram, etc.) dejando claro uno de los mayores retos para hacer frente a la lepra: el diagnóstico. No hay ninguna prueba de laboratorio hasta el día de hoy que lo pruebe. El examen es esencialmente clínico, y debe ser realizado por un profesional muy bien calificado para observar sus signos y síntomas. Mensajes como “Creo que mi mamá tiene estas manchas, ¿qué debo hacer?” por ejemplo, los agentes de salud comunitarios diciendo: “en mi comunidad tengo un caso como este, pero el médico de la unidad dice que no lo es. ¿puedes ayudarme?”

En ese momento, nos dimos cuenta del papel de “Hub” que podíamos desempeñar. Comenzamos a conectar estas necesidades a toda una red de profesionales y a toda la estructura existente del sistema brasileño de salud. Gracias a los más de 60 años de experiencia de DAHW en Brasil, tenemos contactos muy estrechos y relaciones profesionales con todas las organizaciones estatales de lepra en Brasil. En los 27 estados con un simple mensaje de WhatsApp ahora es posible movilizar una red de profesionales para examinar estos casos

sospechosos. Solo en 2021, se diagnosticaron más de 50 nuevos casos de esta manera, en una notoria tendencia de crecimiento del 20 al 30% anual desde 2017.

Es posible utilizar la tecnología a favor de la Salud Global. Las herramientas están disponibles, y tenemos que ver su aplicabilidad lo antes posible. Los desafíos revelados por la pandemia de COVID-19 han dejado en claro la necesidad de crear y mantener mecanismos globales de diálogo entre la ciencia y la sociedad. Ya no es posible pensar en los científicos “en la trincheras de sus laboratorios” alejados de una sociedad pasiva. La gran área de “Public Understanding of Science” puede contribuir a esto, y aquí buscamos presentar un ejemplo concreto de esto.

La información científica lingüística y culturalmente apropiada para su público objetivo puede producirse y difundirse rápidamente hoy en día, gracias a las diversas herramientas digitales disponibles. La lepra muestra esto diariamente aquí en DAHW Brasil. Pero hay que pensar un poco más allá. Tenemos que preocuparnos por desarrollar estructuras globales para que este diálogo entre la ciencia y la sociedad suceda. De lo contrario, estas mismas herramientas digitales seguirán siendo utilizadas como mecanismos de difusión de información incorrecta (Fake News) que tanto daño nos ha hecho a todos por ejemplo, en este contexto de pandemia de COVID-19.

El camino es largo, pero hay que recorrerlo. Y es fundamental que las agencias internacionales de financiación también abran los ojos a esta necesidad. La pandemia actual nos muestra que si no se crean mecanismos globales de diálogo real entre la ciencia y la sociedad, nos resultará cada vez más difícil pensar en una salud verdaderamente global.

ACTUALIDAD AEBCA /KAAD

NUEVAS DIGNIDADES EJECUTIVAS EN EL KAAD-BONN



La Asamblea General de la Conferencia Episcopal Alemana – DBK reunida en febrero 2021 eligió a solicitud de los miembros de la Asamblea del KAAD al nuevo presidente de la institución, Padre Dr. Hans Langendoerfer SJ. El nuevo presidente, miembro de la Compañía de Jesús, es un reconocido académico con ámbito internacional y facilidad para los idiomas y las relaciones humanas.

Desde el primero de marzo 2021 la Dra. Nora Kalbarczyk es la nueva Secretaria General del KAAD. Sucede a Dr. Hermann Weber, tras su merecida jubilación de la institución, y

Monseñor Dr. Dr. Anton Losinger de la Diócesis de Augsburg es el nuevo Obispo representante del KAAD ante la DBK.

NUEVAS AUTORIDADES ACADEMICAS EN LA PUCE Y EN FLACSO



Frau Prof. Dr. PATRICIA CARRERA profesora principal académica de la PUCE, ex becaria KAAD y miembro directivo de AEBCA fue elegida Vicerrectora de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador –PUCE, y



Frau Prof. Dr. MARIA FERNANDA LÓPEZ, profesora principal académica de FLACSO fue elegida Vicerrectora de Flacso. Dr. López es miembro activo de AEBCA y ex becaria KAAD.

AEBCA se congratula con nuestras colegas, miembros de nuestra institución y hace votos por el éxito académico y profesional de su gestión en sus respectivos centros de educación superior.



Por el **ANIVERSARIO QUINCE** de la revista AEBCAMagazin se elaboraron GORRAS alusivas de aniversario para obsequiarlos entre sus miembros. Quienes todavía no lo han recibido pueden solicitarlo al E-mail: matameraoswaldo@gmail.com solange der Vorrat reicht...



Carlos Ignacio Man Ging SJ

Sacerdote jesuita y decano de la Facultad Eclesiástica de Ciencias Filosófico-Teológicas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

De mi “locus” hacia nuestro “glocus”

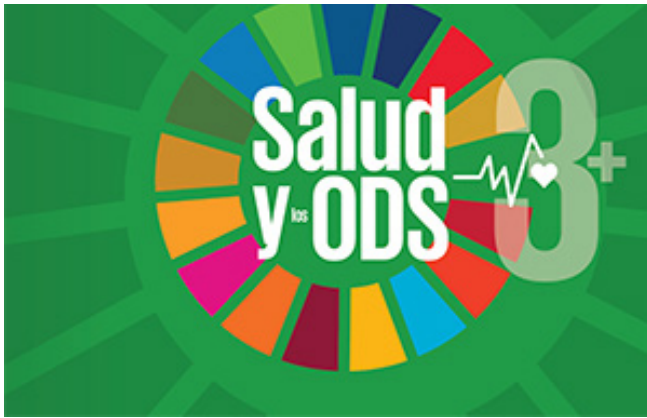
«la sociedad cada vez más globalizada nos hace más cercanos, pero no más hermanos»

Fratelli Tutti #9

En las últimas décadas se ha acentuado la tendencia de la mirada de los países latinoamericanos hacia los que han detentado el modelo de desarrollo. Esto ha condicionado el hecho que las políticas públicas de salud en el continente sigan generando grandes inequidades y frustraciones (Franco-Giraldo, 2020). El fenómeno llamado globalización ha favorecido que los organismos internacionales impongan la tendencia en la hegemonía de la salud global, con detrimento de las iniciativas locales y redes solidarias. Todavía perduran en la región “los efectos de la incertidumbre (Man Ging, 2017) y la desnudez de las diversas pandemias de nuestro mundo (COVID-19, abusos de poder, violencia y explotación, migración forzada, entre otras)”. El afán de lucro dictamina el tipo y modo de servicios masificados de salud con venta de medicamentos genéricos que no siempre satisfacen la calidad o la dosificación real de los productos originales (Sojo, 2018).

La encíclica Fratelli Tutti nos presenta un excelente análisis del contexto actual en el campo de la cultura del descarte y la insistencia en hacernos prójimos mediante el acuñamiento de un verbo (aproximarse) neologizado. Es decir, un movimiento de salida para ir al encuentro del otro y reconocer su identidad y singularidad. En términos





generales se denuncian los casos de injusticia y en modo particular el escaso acceso a la salud (Francisco, 2020: FT #189).

1. Ante el desafío de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El cambio de paradigma de los últimos tiempos exige una búsqueda de transformación para reconocer los derechos y la dignidad de las personas, su cultura y la participación de los grupos humanos que se debaten en situaciones de gran precariedad y necesidad extrema. Una sociedad que ha alcanzado cierto bienestar debe ser también corresponsable del desarrollo de las demás (Francisco, 2020, FT # 90) y luchar decididamente contra el cáncer de la corrupción, populismo y liberalismo que impiden la implantación de sistemas más justos.

Esta perspectiva de justicia y equidad procura garantizar el acceso a la educación y a los servicios de salud, no con el predominio de lo global y planetario sobre lo territorial (Pillet, 2008). Al contrario, lo global es una realidad que nos abre la ventana al intercambio, al crecimiento y solidaridad. Sin embargo, el enriquecimiento de los grupos minoritarios de poder y riqueza bloquean todo esfuerzo de mancomunidad, de servicio y sanidad poblacional. La perspectiva pseudocolonialista denomina a los países del sur como “*los trópicos enfermos*” y su interés en la salud global radica en que existen enfermedades de carácter transnacional y pandémico que incluye a todos los países en las acciones y el esfuerzo para una solución y erradicación. Las enfermedades pueden afectarnos a todos simultáneamente, aunque su interpretación varíe según el contexto local y la fortale-

za de las políticas ambientales, sociales y culturales, manifestadas en las diversas expresiones locales.

2. Las políticas latinoamericanas de salud global.

Una visión crítica de las políticas latinoamericanas de salud global implica entender la visión antropológica integral de desarrollo de la persona humana en su contexto comunitario. De ahí que ante la política hegemónica de corte capitalista (propia de las últimas décadas del siglo XX y del inicio del siglo actual) se debe explicitar los esfuerzos de la ejecución de programas de salud que respeten los enfoques alternativos y de bienestar social. El Papa Francisco nos invita en la encíclica *Fratelli Tutti* a construir juntos un nuevo orden social mediante la búsqueda de una vida en relación con Dios y el prójimo (Francisco, 2020, FT #66). La reconstrucción del mundo roto se logra a partir de una búsqueda continua de la comunidad que se hace responsable y solidaria de la fragilidad de los demás. Es la misma iglesia que se hace próxima, en la que todos levantan y rehabilitan al caído para que el bien sea común (FT #67). Los desafíos de esta *Salud Global Latinoamericana* se pueden sintetizar en los siguientes: proponer nuevas estrategias para enfrentar con un horizonte de equidad los determinantes sociales de la desigualdad; propiciar relaciones internacionales favorables para los países con mayor vulnerabilidad y cambiar las relaciones de poder y gobernanza en el concierto internacional.

Existen factores de amenaza (Rojo, 2011) para la salud global como son la destrucción de la casa común y el medio ambiente, el calentamiento global y/o el cambio climático, la depredación de los recursos, la migración forzada, las armas de destrucción masiva y el terrorismo, las pandemias de abuso, explotación laboral y la crisis generalizada, entre otras. Esto exige una toma de conciencia y decisiones que favorezcan el cuidado y garanticen la sostenibilidad de toda vida en el cosmos.

3. Repensar las políticas globales de salud.

La conversión de nuestra auto-referencialidad y comportamientos egoístas se vuelve un imperativo para superar la crisis y vivir una *pandemia de la fra-*



ternidad (Francisco, 2020, FT #104) que apunte a la renovación de la estructura y pensamiento. De esta forma como una sociedad e iglesia en salida aspiramos a dejar a un lado nuestro propio amor, querer e interés. De esta forma se apela a la denuncia profética¹ de una injusticia estructural y cada acto a favor del cuidado de las relaciones de todo orden que guarda la creación. Esta es la propuesta de nuevos caminos de una iglesia más humilde y comprometida con la defensa de la vida y la creación.

La crisis de emergencia sanitaria provocada por la pandemia COVID-19 es una gran oportunidad para considerar cómo los grupos destinatarios tradicionales de la salud pública se han desplazado a otros públicos más amplios, diversificados y desterritorializados. Las masas desplazadas, los niños afectados por la desnutrición y el abuso, los jóvenes sin acceso a fuentes de trabajo y el consiguiente mundo del narcotráfico, el hambre y la educación de calidad para todos son algunos de los temas centrales de la agenda de los gobiernos y la sociedad.

La inequidad del continente agranda la disparidad sistemática en el campo de la salud en función de la riqueza, el poder o el prestigio (Braveman y Gruskin, 2003). Resulta imprescindible retomar el objetivo central de la salud y el bienestar para todos mediante la garantía de una vida sana.

A modo de conclusión

El abordaje de los temas centrales de las políticas públicas en torno a la salud global implica una revisión de las situaciones de equidad, la defensa de los derechos humanos, los derechos sociales y la salud. Son factores fundamentales de atención de las agendas gubernamentales y de las instituciones orientadas a la gestión de todo tipo de bienestar del conglomerado humano. De modo especial urge atender las migraciones (nacionales e internacionales) forzadas en la región, ya que de su control y atención se podrá organizar mejor la cuestión laboral que no perjudique a los trabajadores, pero que a la vez genere más empleabilidad y riqueza distributiva.

Las cuestiones ambientales y la incidencia de las diversas pandemias que afectan a América Latina son elementos de alta prioridad para el presente y futuro de la región. Ellas tienen relación directa con las inequidades sociales y étnicas (Marchiori y Tobar, 2021). De igual modo la seguridad alimentaria, la investigación y los sistemas de protección social obligan a replantear el paradigma económico de la salud pública, con la finalidad de que los recursos sean destinados en forma transparente según las necesidades de la población. Compartir las buenas prácticas locales es parte de la solución regional y global puesto que la lógica del consumo y la hegemonía impiden que surja con creatividad la búsqueda del bien común. Frente a los ambientes de corrupción general y la poca formación ética ciudadana es indispensable revalorizar el bienestar integral de la persona y la comunidad. Al parecer el ejercicio de globalizar la solidaridad y la cooperación internacional son alternativas de solución de cara a los efectos negativos del mismo proceso que afecta la salud de las poblaciones (Marimón y Martínez, 2009).

Referencias Bibliográficas

1. Braveman, P., Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *JECH*; 57: 254-258. Disponible en: <https://jech.bmj.com/content/jech/57/4/254.full.pdf> [consultado diciembre 11 de 2020].

¹ Cfr. Pedro Trigo. "La teología latinoamericana ante los retos epocales", *Revista latinoamericana de teología* (2012), vol. 29, no. 86, p. 121-133.

2. Francisco, Carta Encíclica Fratelli tutti, 2020.
3. Franco-Giraldo, Á. La égida de las Políticas Globales de salud en Latinoamérica. Estado y Políticas Públicas, 35.
4. Man Ging, C. I.. 2017. Lucha contra la corrupción: El rol de la Iglesia en América latina, AEB CAMagazin, Año 12 # 12 (diciembre): 16-18.
5. Marchiori, P., Tobar, S. (2021). Salud global y diplomacia de la salud: una visión desde América Latina y Caribe / organizado por Paulo Marchiori Buss e Sebastián Tobar – Rio de Janeiro : Fiocruz, Alianza Latino-americana de Salud Global.
6. Marimón, N., Martínez, E. (2009). Globalización, salud y solidaridad: una vision diferente. Revista Cubana de Salud Pública, 35(1) Recuperado en 19 de diciembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100014.
7. Pillet, F. (2008). Las escalas del espacio: desde lo global a lo local. Diez años de cambios en el mundo, en la geografía y en las ciencias sociales, 1999-2008. Actas del X coloquio internacional de geocrítica (Universidad de Barcelona), 26-30 de mayo de 2008. Disponible en: <Http://www.Ub.Es/geocrit/-xcol/58.Htm>
8. Rojo, A. (2011). La crisis del Estado y la necesidad de una teoría política para la era global (¿Y Pos estatal?). Memorias del X Congreso De La AECPA. Murcia, septiembre de 2011 (pp. 1-25). Disponible en: <https://www.aecpa.es/es-es/x-congreso/congress/10/>[consultado: diciembre 16 de 2021]
9. Sojo, A. (2018). Políticas de salud en América Latina. Observatorio de la seguridad social (Grupo de economía de la salud -GES- Medellín). Año18; 37: 24-25
10. Trigo, Pedro. 2012. La teología latinoamericana ante los retos epocales. Revista latinoamericana de teología (2012), vol. 29, no. 86, p. 121-133.

BECARIO-KAAD COLOMBIANO INSTITUYE BECA

"HERMANN WEBER"



Con ocasión de la meritoria jubilación del Secretario General del KAAD, doctor Hermann Weber, el becario KAAD de Colombia, Helmuth M. Gallego instituye una beca académica en su honor.

El Prof.Dr. Helmuth M. Gallego Sánchez (promotion en derecho por la Universidad de Mainz, 1995) luego de sus estudios doctorales en este centro superior, ejerce su profesión y la cátedra con éxito en su país. Su bien ganado prestigio profesional y académico tiene relación directa con su trabajo académico y de investigación ejecutados también, otra hora, en Alemania.

Helmuth Gallego que es no vidente de nacimiento, culminó sus estudios (LL.M. y promoción) con honores en la Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

De regreso a su patria, se establece en Bogotá e inicia su actividad como jurista y docente universitario.

Helmuth Gallego es un miembro activo del KAAD-Alumni-Netzwerk en América Latina, fue presidente del Alumni-Gruppe-ASEKAAD-Colombia y está comprometido desde hace algunos años con el financiamiento de Computer-software para personas con discapacidades visuales.

Por su amistad y cercanía personal con Hermann Weber instituye el profesor Gallego a la jubilación del Secretario General y para el KAAD, el HERMANN WEBER-STIPENDIUM (la BECA-Hermann Weber). Él pone a disposición a través de una carta dirigida al KAAD que el KAAD durante diez años otorgue anualmente una beca de estudios a un(a) alumno(a) distinguido por el período de 6-12-meses. La beca es en su monto superior a la que normalmente concede la institución en sus programas de doctorado y, hace hincapié en la promoción de la capacidad intelectual de los aspirantes, así como en el compromiso hacia sus congéneres.

La dirección del KAAD y su institución internacional-KAAD se muestran motivados y agradecidos por este noble gesto financiero de su alumni prof. Dr. Helmuth Gallego Sánchez.

Las dos primeras becas de este tipo fueron ya otorgadas: la primera en favor del jurista brasileño Eduardo Luis Kronbauer, de Portoalegre quien realizará su investigación académica en la universidad de Freiburg. Y la segunda beca en favor de la ecologista marina de Filipinas, Regina Bacalso quién realizará sus estudios de investigación en el Leibnis-Zentrum fuer Marine Tropenforschung en Bremen.

(Fuente:www.kaad.de)



Thomas Krüggeler PhD

Director
Departamento de América Latina
Servicio Católico de Intercambio Académico (KAAD)

Nuevas estructuras de trabajo de los ex becarios en América Latina

Los proyectos de investigación conjunta de los ex becarios de disciplinas académicas afines y de diferentes países incorporados a las estructuras del grupo han dado lugar a numerosas publicaciones.

En 2015, el Departamento de América Latina del KAAD ha comenzado a reestructurar y ampliar el trabajo de los ex becarios en América Latina. Además de los grupos existentes a nivel de diferentes países, que por supuesto continúan sus actividades (véase, por ejemplo, el Webinário del 10.12.21 de parte de los brasileños sobre el tema “Experiências e desafios em tempos pandêmicos – Relatos de ex-bolsistas brasileiros do KAAD”), se están estableciendo grupos con nuevas características. Ellos no tienen tanto en cuenta los espacios geográficos de nuestros “países de enfoque” como los intereses académicos y profesionales comunes de los ex becarios. En este artículo, me gustaría trazar brevemente este proceso de cambio y presentar los resultados del trabajo de los nuevos grupos de alumni.

Una característica interesante de las nuevas agrupaciones es que no hay estructuras fijas de organización y afiliación, es decir, no hay presidente, ni junta directiva, etc. Aunque el trabajo depende de los alumni comprometidos, los líderes se turnan en función de los intereses o el deseo de las personas de organizar eventos sobre determinados temas. Esto hace que los grupos sean menos dependientes de determinados individuos y les da impulso y energía. “Dinamismo”, como veremos, es una palabra clave de este artículo.

En junio de 2015, 15 ex becarios del KAAD de seis países latinoamericanos se reunieron en el seminario “El Rol de la Universidad en la Gestión de la Salud



Pública” en la Universidad Católica de Santa Fe (Argentina). En esta reunión, los participantes de diferentes ramas académicas (medicina, nutrición, salud pública, rehabilitación etc.) tomaron la decisión de organizarse en un grupo de ex becarios llamado “Salud Global”. Posteriormente se desarrollaron numerosas reuniones virtuales y presenciales más varios proyectos de cooperación antes de que se celebrara un seminario de seguimiento más amplio en Brasil en noviembre de 2019 en la Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, sobre el tema “Salud e Inclusión en la Era Digital”. La conferencia “Salud Global y Ecología Integral”, celebrada en Santa Fe en noviembre de este año, ha sido ya el tercer evento internacional de este grupo de alumni. Representantes de este grupo también contribuyeron a la edición de éste número del AEBCA Magazin.

Una segunda agrupación se creó en 2016. Durante el seminario internacional del KAAD “Paz, Reconciliación y Justicia Transicional” en la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá (Colombia), se fundó el grupo de ex becarios llamado “Justicia y Paz” y formado principalmente por abogados y científicos sociales. El libro que surgió del evento (“Paz, reconciliación y posconflicto”) representa el primer resultado de trabajo del grupo. Un segundo libro será publicado por la Pontificia Universidad Católica del Perú a principios de 2022 (“El Concepto Católico de Desarrollo en América Latina Hoy”). Esta publicación resultó de un seminario del KAAD en la “Católica” de Lima en marzo de 2020.

Formación y modos de trabajo de los grupos de ex becarios

¿Cómo funcionan estos grupos de alumni y qué requisitos deben cumplirse para que funcionen exitosamente?

1. Los alumni se dan cuenta rápidamente de que la participación en un grupo con orientación profesional aporta importantes ventajas para su propia carrera académica y profesional (contactos internacionales, invitaciones, publicaciones, etc.). Esto se traduce en una voluntad de participación activa y en la presentación de ideas e iniciativas por parte de los ex becarios a nivel individual y de pequeños grupos de alumni. Esta dinámica sostiene el trabajo de los grupos y explica su éxito. Por ejemplo, todos los seminarios (presenciales y virtuales) de los últimos años han surgido de iniciativas internas de los grupos y no se han basado en sugerencias de la oficina del KAAD en Bonn. Los proyectos de investigación conjunta de los ex becarios de disciplinas académicas afines y de diferentes países incorporados a las estructuras del grupo han dado lugar a numerosas publicaciones.



2. Además del apoyo del KAAD, los grupos necesitan la voluntad de cooperación de las universidades latinoamericanas, de institutos de investigación y las instituciones de la Iglesia. Por lo general, no resulta difícil conseguir anfitriones universitarios para los seminarios; algunas universidades católicas e incluso organismos gubernamentales, reconociendo la visibilidad de nuestros eventos internacionales, también han apoyado financieramente nuestros seminarios. Además, ya se han realizado proyectos de investigación conjuntos con instituciones de la Iglesia (por ejemplo, con Cáritas Colombia). Actualmente, los ex becarios participan en una serie de investigaciones encargadas por el Arzobispo de Santa Fe (Argentina) S.E. Sergio Alfredo Fenoy en el contexto de la situación de pandemia. Estos tipos de cooperación garantizan que los grupos estén conectados con los proyectos de trabajo de las iglesias locales.

3. La participación de académicos de renombre de América Latina y Alemania da más peso a los eventos de los grupos y sus publicaciones. Además estos contactos son muy valiosos en el proceso de crear redes internacionales. El grupo “Justicia y Paz” ha logrado ganar la participación de destacados académicos alemanes para sus eventos y publicaciones. Por ejemplo, la politóloga Sabine Kurtenbach de Hamburgo participó en el evento de Bogotá (2016) y el teólogo de Múnich Markus Vogt contribuyó a la publicación más reciente (“El Concepto Católico de desarrollo en América Latina Hoy”). Los organizadores del seminario de Santa Fe, que tuvo lugar en noviembre, se enorgullecen de haber contado con el conocido economista mexicano Prof. Dr. Enrique Leff para la conferencia inaugural. Desde Alemania, el Prof. Dr. Olaf Horstick (Heidelberger Institut für Global Health) acompaña al grupo de Salud Global

desde 2015, colaborando en eventos y compartiendo la experiencias de su instituto con el programa de Máster “Salud Internacional” con los compañeros interesados de nuestro grupo. Prof. Dr. Christoph Käppler, (psicólogo y científico de la rehabilitación en la Universidad Técnica de Dortmund y futuro miembro del Consejo Académico del KAAD) es otro activo generador de ideas y colaborador de nuestro grupo de alumni. Käppler fue co-iniciador del evento en Ribeirão Preto en 2019.

Desafíos y perspectivas de los grupos de ex becarios

Los eventos presenciales ocasionales son indispensables en el esfuerzo por mantener la dinámica de los grupos y desarrollarlos conceptualmente. Las reuniones, de varios días de duración, no sólo sirven para trabajar sobre el tema del evento, sino que también son una oportunidad para el intercambio, la presentación de nuevas ideas y el desarrollo de proyectos de cooperación. Ninguna reunión virtual puede sustituir los debates necesarios al margen de los acontecimientos reales. Sin embargo, no se puede pasar por alto que estos seminarios internacionales son proyectos bastante costosos simplemente por los gastos de viaje de los participantes internacionales. Es previsible que el KAAD no pueda soportar por sí solo estos costes a largo plazo. Por lo tanto, los grupos tendrán que pensar en generar fondos adicionales (por ejemplo, de sus universidades, de fundaciones o agencias gubernamentales). También se está estudiando la posibilidad de organizar eventos junto con organizaciones asociadas.

La formación de subgrupos en función de las orientaciones académicas o de los intereses de investigación comunes es intencionada y ya ha dado buenos resultados, como puede verse en publicaciones, “papers” y conferencias. También hay que valorar positivamente la integración de los alumnos de nuestros ex becarios en los grupos. Estas tendencias producen un mayor interés por las becas de la KAAD por parte de jóvenes académicos muy cualificados que ya conocen las estructuras de la KAAD en sus países de origen.

Un aspecto problemático que probablemente nunca se resuelva del todo es, sin duda, la definición temática de los grupos y la delimitación de unos y otros. Ya reconocemos los solapamientos de los grupos existentes y hay muchos ex becarios que pueden contribuir temáticamente a ambas unidades. Estos solapamientos aumentarán si, como está previsto, otro grupo asume el área temática de las “ciencias ambientales”. Reconocemos la tensión entre el trabajo interdisciplinar por

un lado, y las diferencias temáticas y metodológicas del trabajo científico, por otro, como elemento constitutivo del trabajo de los alumni.

El papel de KAAD en el trabajo de los ex becarios en América Latina

En primer lugar, hay que decir que es un gran éxito para la KAAD cuando el trabajo de los ex becarios se independiza en cierta medida porque los alumni en sus países de origen muestran la iniciativa de formular y abordar ellos mismos los proyectos de cooperación sin esperar los impulsos de la oficina de Bonn. Además de proporcionar cierto apoyo logístico (bases de datos, directorios de direcciones, mediación de contactos, etc.), la oficina de Bonn está conectada con el trabajo de los alumni en América Latina a dos niveles. En primer lugar, está el aspecto del apoyo financiero. Esta ayuda no se limita en absoluto a la financiación de grandes eventos. Igual de importante es la contribución financiera en los niveles subordinados. El KAAD ya ha cofinanciado numerosas publicaciones que resultaron del trabajo de pequeños grupos de investigadores. También contribuye a los gastos de viaje de los alumni (por ejemplo, viajes de investigación o para participar en congresos etc.) relacionados con la participación en los grupos de ex becarios. Aquí, el contacto continuo y directo entre los alumni y el KAAD en Bonn resulta muy beneficioso.

Un aspecto completamente diferente de la interacción entre los grupos de antiguos alumnos y la oficina es la mencionada formación de nuevos candidatos para las becas. Si el KAAD recibe numerosas solicitudes generadas de los grupos de ex becarios activos y éstas convencen al Comité Académico del KAAD, los grupos y sus colaboradores tienen influencia en determinar la futura estructura del trabajo del Departamento de América Latina. También refuerzan sus propias estructuras de grupo acompañando a los jóvenes científicos durante su estancia en Alemania y reintegrándolos posteriormente.

El éxito de la labor de los grupos de alumni en los últimos años confirma que los planes de crear otro grupo especializado que se llamará “Ciencias Ambientales” son realistas y que el nuevo grupo de trabajo reforzará aún más la presencia de KAAD en América Latina. Por un lado, la nueva comunidad de investigación debería atraer a científicos sociales y economistas que, por ejemplo, reflejen la encíclica *Laudato si'* en su trabajo y, por otro lado, invitar a colaborar a agrónomos, ingenieros medioambientales, etc., es decir personas más orientadas a la práctica. De esta manera fortalecemos la presencia del KAAD en la realidad latinoamericana.



La esperanza es audaz, sabe mirar más allá de la comodidad personal...
caminemos en esperanza.

Papa Francisco