

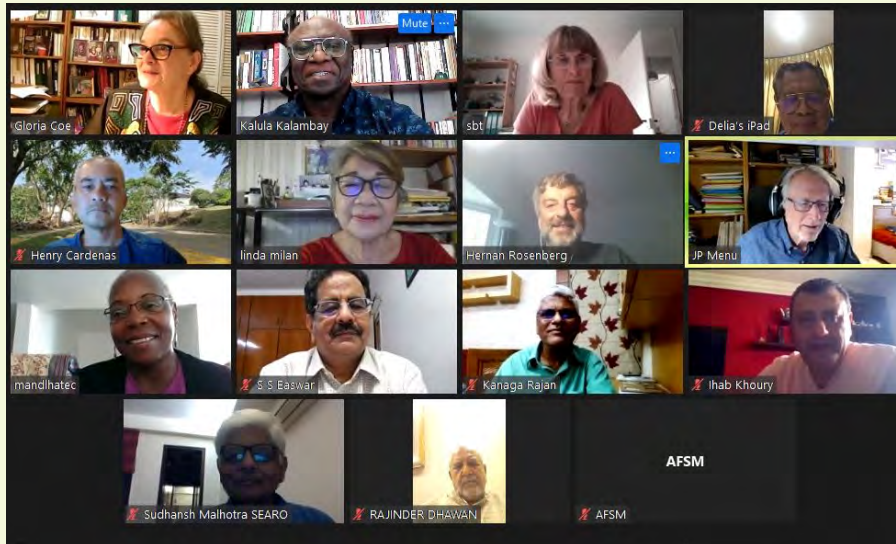


NEWSLETTER

ASOCIACIÓN DE EX FUNCIONARIOS DE LA OPS/OMS

VOL. XXXII No.3

SEPTIEMBRE 2021



Reunión del Consejo Mundial de las AFSM

CONTENIDO

- | | |
|---|---|
| 1 Editorial | 16 Reflexiones de una mujer que envejece (2ª parte) |
| 2 Bienvenida a los nuevos miembros de la AFSM | 18 Moldeando nuestra historia en nuestros términos |
| 3 Cartas a la Editora | 20 Comité de Pensión y Seguro de Salud |
| 5 Actualización sobre el Seguro de Salud y la Pensión | 21 Obituario de Elsa Moreno |
| 8 Consejos de Salud: Músculos fuertes, envejecimiento saludable | 25 Obituario de James Milam |
| 13 Cómo me preparé y cómo me va desde que me jubilé | 26 Lo que necesitamos ahora mismo para salvar vidas es un enfoque de doble vía ante el COVID-19 |
| 14 Dónde están ahora, Patricio Yépez | 28 Puntos Focales de la AFSM |
| 15 In Memoriam | 29 Junta Directiva y Voluntarios |
| | 30 La Última página |

Por Hernán Rosenberg



Como habíamos adelantado, nos reunimos todas las AFSM del mundo el pasado 8 de septiembre (por zoom, por supuesto) continuando las conversaciones con nuestros pares. Participaron todas las regiones excepto EURO, la que se incorporará luego. Y, naturalmente, la AFSM Ginebra, que concentra a los colegas radicados en Europa central, principalmente Ginebra, es la más numerosa y tiene el mejor acceso al director General y a la administración de la OMS. Sin embargo, EURO tiene su propia organización, basada en Copenhague que agrupa a los ex-funcionarios de esa oficina regional, y tanto las asociaciones regionales como la de Ginebra son independientes.

Siguiendo con esa lógica, el logro más importante de la reunión fue la creación del Consejo Mundial de las AFSM. Este será un grupo consultivo no operacional, dedicado al intercambio de ideas y experiencias. La implementación de las recomendaciones seguirá en manos de cada AFSM, por lo que no es necesario crear un secretariado especial. La coordinación será rotatoria por períodos de seis meses entre las distintas AFSM.

La reunión fue muy bien evaluada por los participantes con agradecimientos a nuestra organización por haberla preparado. Pasamos la batuta a EMRO para la próxima reunión que tendrá lugar en unos seis meses.

El tema principal fue la creación del Consejo y sus características. Pero se cubrieron varios más.

Una preocupación inmediata es la publicación de ofertas de trabajo por parte de la OMS para cubrir necesidades temporales. Rutinariamente la OMS envía invitaciones a postular a puestos en Ginebra, o que no requieren presencia física en la Sede. El Consejo explorará maneras de incluir llamadas a vacantes en las sedes regionales o en los países, de manera que todos nuestros miembros puedan contribuir a llenar esos puestos.

Pero la preocupación mayor es la necesidad que tienen las oficinas de las instituciones “madre” (OPS en nuestro caso) de reconocer que –independientemente de aceptarnos como “miembros de la familia”– tienen responsabilidades reglamentarias con sus ex-funcionarios, y que eso tiene una implicación de recursos.

El caso más claro tiene que ver con SHI donde las instituciones tienen la responsabilidad de manejar nuestro seguro de salud. Sin embargo, la dotación de recursos humanos para esa unidad escasamente da abasto para cubrir las demandas de los trabajadores activos de la institución, con las consecuencias que todos conocemos de manejo lento o ineficiente de las consultas o solicitudes de reembolso de nuestros miembros.

Pero a nivel de país es aún más importante establecer el vínculo entre la oficina de país y los ex–funcionarios. Reconocemos que muchos de los PWR y los funcionarios dedicados a recursos humanos gentilmente han asumido esa función, por lo que estamos agradecidos. Pero el punto es que la atención de nuestros miembros no debiera depender de la buena voluntad de un PWR o un funcionario, sino ser parte de su descripción de labores. Hubo consenso en que este tema tiene una alta prioridad a nivel mundial.

La AFSM Ginebra ha estado en contacto con la oficina del Director General, quien se ha manifestado muy interesado en las relaciones con las AFSM. Seguiremos trabajando este tema tanto desde Ginebra como con los Directores Regionales respectivos.

Creemos que la creación del consejo mundial será muy positiva para nuestra organización. Tendremos mejor acceso a las deliberaciones de la sede, podremos aprender de las experiencias de nuestros pares, y de paso apoyar a nuestros nacientes pares en algunas regiones. Los mantendremos informados del progreso de esta iniciativa, y, como siempre, los comentarios y sugerencias al respecto son bienvenidos.



Bienvenida a los nuevos miembros de la AFSM

Norma Lárraga, del área de Washington DC, en EEUU
Magdalena Craft, del área de Washington DC, en EEUU
María Isabel Boyer, del área de Washington DC, en EEUU
Ana Margarita Argueta de Morales, de El Salvador
Liduvina Aurora Morel, de la República Dominicana
Samuel Rawlins, de San Cristóbal y Nieves

Cartas a la Editora

“La importancia de los testimonios”

Enviada por Olga Lucía Restrepo, Pediatra y Doctora en Ciencias Sociales, hija de Helena Restrepo, nuestra querida miembro de la AFSM

Gracias por compartir, en junio, tan hermoso y sabio boletín. Esos testimonios son de gran importancia para nosotras, para seguir aprendiendo de quienes han sabido guiar nuestras vidas tan magistralmente. Abrazos y felicitaciones por la magna labor que hacen por dignificar y asegurar el reconocimiento y la memoria de quienes han servido al mundo con tanto compromiso y ética.

“El valor de los relatos personales”

Enviada por Jean Paul Menu, Presidente de la AFSM Ginebra

Impresionante boletín de noticias el de junio, en particular los muchos relatos personales de los miembros y los consejos sobre cómo envejecer con gracia.

Gentilmente,

“Aún lo prefiero en papel”

Enviada por Sumedha M. Khanna, Envejeciendo Bien/ Fundación Saraswati

Grandioso. El de junio, es un boletín realmente bueno, lleno de contribuciones maravillosas. Lo leí de principio a fin. Tuve que imprimir algunas secciones para volverlas a leer. Debo admitir que todavía prefiero una copia impresa que pueda llevar a cualquier lugar y leer en cualquier lugar.

“Necesitamos compartir información”

Enviada por M.R. Kanaga Rajan, Presidente de la Asociación de Ex Funcionarios de OMS/SEAR, Email: rajanmrk@gmail.com

Tuve la oportunidad de consultar el sitio web de AFSM/OPS. Está bien formulado, es completo y contiene tanta información buena y relevante como es posible.

Aprovecho esta oportunidad para felicitarlos, a Gloria y Hernán y al equipo de AFSM/OPS por crear un sitio web tan amigable y útil. ¡Ojalá todos tuviéramos sitios web similares!

Para empezar, es bueno señalar que todos acordamos compartir información sobre nuestras AFSM en el sitio web de la AFSM/OPS. Estoy seguro de que se prevé una coherencia y una recopilación de información similares, así como el intercambio de enlaces a sitios web, para el sitio web de AFSM/HQ. Mientras tanto, será un placer para mí consultar el sitio web de la AFSM/OPS de vez en cuando para obtener información útil a medida que avanzamos.

También me gustaría aprovechar la oportunidad para felicitar al equipo de la AFSM/OPS por publicar sus boletines. Cuando leí el último boletín publicado en su sitio web, pude ver la amplia cobertura de temas de relevancia, así como la información útil compartida. Lo más llamativo y atractivo es la cantidad y el entusiasmo de la contribución de artículos de los colegas jubilados. Leí los artículos del Dr. Stanislaw Orzezsyna (quien trabajó como PMO/SEARO en los años 80) y la Dra. Mona Khanna (quien fue WR en Indonesia), a quienes conocimos durante sus días en SEARO. Es maravilloso.

Gracias y un cordial saludo a todos.

Actualización sobre el seguro de salud y la pensión

Por Carol Collado



Seguro de salud

A medida que llegamos al final de una estación y al comienzo de otra, se nos presenta una oportunidad para dar un paso atrás y hacer un balance. ¿Tenemos todas nuestras vacunas al día? ¿Gripe? ¿Neumonía? ¿Herpes zóster? ¿Cuándo fue la última vez que tuve un refuerzo contra el tétanos? Esto es solo un paso. ¿Estamos preparados para las afecciones estacionales que pueden afectarnos donde vivimos? ¿Alergias? ¿Depresión estacional para aquellos que entran a estaciones de días más oscuros? La salud es responsabilidad de cada uno. Solo un recordatorio: es mejor prevenir que lamentar.

Como lo ha sido durante los últimos números de nuestro boletín, el principal foco de salud para la mayoría de nosotros es la crisis del COVID-19. Sin embargo, antes de comenzar con eso, quiero compartir con ustedes algunas buenas noticias sobre el envejecimiento que encontré el otro día. En un estudio realizado en 900 personas por los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, con la Universidad de Lisboa en Portugal, en personas con edades comprendidas entre los 58 y los 98 años, las pruebas mostraron que para dos de cada tres funciones cerebrales claves los resultados en los participantes mayores fueron mejores que los de los sujetos más jóvenes. Los mayores mostraron una mayor eficiencia en su capacidad para orientar la atención hacia diferentes objetos y fueron mejores en ignorar las distracciones que los participantes más jóvenes. Esas dos habilidades nos ayudan con varias partes clave de la cognición, que incluyen: memoria, toma de decisiones, autocontrol, navegación, matemáticas, lenguaje y lectura. El estudio también demostró que, con la práctica, estas funciones se pueden mantener a un alto nivel. Moraleja: mantenga ese cerebro activo, con crucigramas, lectura, intercambios sociales, etc. Está en sus manos.

Ahora paso al COVID.

Primero, de nuevo, las buenas noticias. Diariamente descubrimos información adicional sobre el virus, sus características, patrones y comportamiento, así como sobre cómo lidiar con ellos. A nivel mundial hay una multitud de científicos que trabajan diligentemente para que podamos tener la información necesaria para, al menos, poder manejar y contener las consecuencias de esta enfermedad. Sabemos mucho más hoy que hace 18 meses, lo que se nota en los progresos que se están realizando. Sin embargo, como la mayoría de ustedes saben, hay muchos países con tasas de vacunación críticamente bajas y la importancia de esto para la salud mundial es grave. Los fabricantes de vacunas están tratando de aumentar la producción, pero la distribución, la gestión y, desafortunadamente, la corrupción, han hecho que aún esté muy lejos alcanzar una cobertura que permita la inmunidad colectiva global. Justo en el momento en que muchos gobiernos están disminuyendo las restricciones impuestas al distanciamiento social y las reuniones, tanto por razones económicas como políticas, la variante Delta está causando graves brotes en muchos países debido a su virulencia y a los grupos de no vacunados. Esto nos recuerda que estamos lejos de ganarle la delantera, ya que es responsable de la mayoría de los picos de casos, hospitalizaciones

y muertes. Además, ahora tenemos otra variante de preocupación (VDP) que está siendo observada de cerca, especialmente en la Región de las Américas. Se ha llamado Mu, se identificó originalmente en enero, en Colombia, y se ha rastreado en 39 países, hasta ahora. Aunque probablemente sea un poco demasiado pronto para hacer declaraciones definitivas, hay una serie de científicos que están empezando a creer que podremos tener algún tipo de COVID con nosotros, de forma permanente, con vacunas anuales como las que tenemos para la gripe, la neumonía, etc.

Por el momento, el mejor consejo para protegerse a ustedes mismos y a sus familias es:

1. **Vacúnense.** Instamos a aquellos que aún no han podido hacerlo, a consultar con la oficina de PWR de la OPS y/o la Oficina del PNUD en el país, para facilitar el acceso
2. **Usen máscaras** en interiores y cuando estén en contacto con otras personas que no estén en su círculo de vida inmediata.

Se ha demostrado científicamente que estas medidas reducen el riesgo de contraer COVID.

Probablemente esté recibiendo una gran cantidad de información diariamente sobre COVID, por lo que nos detendremos aquí, alentándolo a verificar sus fuentes, ya que hay un flujo constante de información errónea también. Como hemos mencionado antes, la OMS tiene varios sitios web con información actualizada diariamente.

Un par de recordatorios para los que viven en los Estados Unidos:

Desde enero, nuestro seguro de salud es gestionado por Cigna International empresa que, aunque es la misma compañía, es ligeramente diferente de Cigna USA. Esto a veces conduce a confusión cuando los proveedores intentan verificar los seguros, a menos que usen el número de proveedor **en el reverso de su tarjeta**. Esto también ha causado que algunos participantes tengan problemas para ingresar al portal de Cigna. Por ejemplo, si solo escriben Cigna y les piden su nombre y contraseña, no se lo encontrarán. Deben escribir <https://www.cignahealthbenefits.com/en/> para poder llegar a Cigna International.

Otra pregunta que ha surgido en los Estados Unidos es lo referente a Medicare. Muchos de ustedes han reportado haber recibido ofertas para diferentes planes de Medicare. Nuestro reembolso del seguro de salud del personal de la OMS está vinculado solo al Medicare Original. No recibirán reembolso de la OPS por la prima de ninguno de los otros planes u ofertas que pueda recibir.

Pensión

A finales de julio, el Comité Mixto se reunió y recibió con beneplácito la excelente salud financiera y el desempeño operacional de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas. Recientemente alcanzaron el 90% de las pensiones iniciales procesadas dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la información requerida, y la tasa de rendimiento de las inversiones estuvo por encima del objetivo. La Junta también adoptó una serie de propuestas sobre la asistencia de los miembros de la Junta, la frecuencia de las reuniones y las medidas de eficiencia destinadas a mejorar la eficacia de sus procesos de supervisión y toma de decisiones. Se adoptaron cambios en el reglamento para establecer una política ética que complementa su código de

conducta. Aprobaron el presupuesto administrativo del Fondo para 2022, los estados financieros de 2020 y las hipótesis para la próxima evaluación actuarial en diciembre de 2021. Con una agenda intensa, también hicieron otros cambios, todos los cuales están disponibles en el siguiente enlace: <https://www.unjspf.org/the-69th-session-of-the-un-pension-board-concludes-confirming-excellent-performance-of-the-un-pension-fund/>

La distribución por correo impreso de los Certificados de Derecho (CE) para 2021 comenzó a fines de junio. Como se informó en el último boletín, este año hay tres maneras para devolver los CE a la oficina de la ONU: a) la copia impresa tradicional firmada y devuelta por correo; b) usar el portal Member Self Service (MSS) descargándolo, firmándolo, escaneando el documento firmado y luego cargándolo en el portal de MSS; y c) la opción del CE digital. Este último es un nuevo servicio que se ofrece que requiere una inscripción y una entrevista virtual utilizando Internet y su teléfono inteligente o tableta. Cualquiera de estos mecanismos es válido. Para aquellos de ustedes que prefieren la opción del CE digital, si no completaron el proceso de inscripción antes del 22 de junio, el Fondo les debe haber enviado la copia impresa por correo. Pueden optar por devolverlo firmado, o utilizar el formulario digital del MSS, asegurándose de que uno de ellos llegue a la Caja antes del 31 de diciembre.

Cada año, muchos participantes no registran su CE y la Caja generalmente recurre a asociaciones como AFSM para ayudar a identificar y recordar a esas personas que lo hagan. Les hemos compartido historias sobre esta búsqueda en el pasado, pero les instamos a que se aseguren de que su información esté actualizada con el Fondo. Si se han mudado, cambiado de correo electrónico, reubicado debido a una enfermedad o incluso la Caja, asegúrense de ir al sitio web de la Caja <https://www.unjspf.org/forms/> descargar el formulario de cambio de dirección, llenarlo y enviarlo. Las consecuencias de no tener la información correcta son que el Fondo asume que usted ya no existe. Como resultado, suspende el pago de la pensión, e incluso en tiempos normales cuando el personal está trabajando desde las oficinas, esto puede significar de 3 a 6 meses sin los ingresos de la pensión, una dificultad que muchos no pueden pagar.

Una cosa que ha surgido varias veces en el último año es que las familias no saben qué hacer cuando la persona que tiene la pensión muere. Asegúrense de que sus familiares o beneficiarios sepan que pueden ir al sitio web de la Caja y encontrar la pestaña roja que indica Asistencia Urgente. Esta pestaña tiene dos áreas de preocupación: a) el que un jubilado o beneficiario de la Caja no reciba el pago mensual regular de beneficios de la Caja; y b) el fallecimiento de un jubilado o beneficiario: cómo notificar a la Caja. La Caja da prioridad a los mensajes de este sitio, y les dirá a sus sobrevivientes exactamente lo que se necesita y cómo obtener asistencia. (<https://www.unjspf.org/emergency/>)

También en julio, la Caja publicó un nuevo folleto que ofrece una visión general de su estructura, organización, operaciones, cifras clave, la administración de las pensiones y las inversiones de la Caja. Este ha sido desarrollado para ayudarnos a comprender mejor a la Caja y cómo funciona para brindarnos servicios. Es de lectura fácil, y le animamos a que lo lea detenidamente. <https://www.unjspf.org/wp-content/uploads/2021/08/Brochure-Seminar-2021-july-updated7.pdf>

¡Manténgase a salvo, manténgase saludable! **N**

Consejos de Salud: Músculos fuertes, envejecimiento saludable

Por Martha Peláez



No hay nada más hermoso que un músculo fuerte y poderoso, independientemente de la edad. Querer nuestros músculos y ejercitarlos es increíblemente importante para nuestro bienestar. La buena noticia es que los músculos son muy agradecidos. No importa cuánto los hayamos ignorado durante años de vida sedentaria, nunca es demasiado tarde para recuperarlos.

Los músculos son el tejido más abundante en el cuerpo humano y representan del 30 al 40 por ciento de la masa total. Los músculos no solo son fundamentales para la locomoción y la respiración, sino también para la regulación óptima de la glucosa, los lípidos y los aminoácidos, proceso también conocido como homeostasis. La pérdida de masa muscular puede dificultar la realización de nuestras actividades de la vida diaria, como subir escaleras o incluso levantarnos de una silla. La pérdida de masa muscular puede conducir a un círculo vicioso que eventualmente conduce a un mayor riesgo de caídas, pérdida de independencia e incluso la muerte.

Aunque las causas de la pérdida de masa muscular son numerosas y complejas, hay evidencia exhaustiva que sugiere que el ejercicio puede prevenir o revertir muchos de estos cambios relacionados con la edad y el comportamiento. Una rutina de entrenamiento de fuerza combinada con una buena nutrición, que incluya una buena cantidad de proteínas (alimento para los músculos), puede rejuvenecer nuestros músculos.

Amar o no amar nuestros músculos: esta es la cuestión crítica del envejecimiento.

Alrededor de la edad de los 20 a 30 años, hemos adquirido todo el desarrollo fisiológico que alcanzaremos. A partir de ese momento, comienza el proceso de envejecimiento y continuará durante muchas décadas hasta que muramos. Durante el continuo del envejecimiento, tenemos una opción:

- a) Ignorar nuestra salud muscular: envejecer como persona sedentaria y experimentar deterioro en la función muscular y aptitud cardiopulmonar con limitaciones crecientes para realizar las actividades diarias y mantener la independencia; o
- b) Envejecer con actividad física y ejercicio, adaptando nuestras actividades y entorno para mantener al máximo la fuerza y la capacidad aeróbica, mientras reducimos la pérdida de capacidad y aumentamos nuestra habilidad para disfrutar de las cosas que nos gusta hacer hasta el final.

El mensaje clave de este artículo es simple: vivir una vida saludable a medida que envejecemos depende de qué tan fuertes sean nuestros músculos. El ejercicio, a cualquier edad, puede revertir la pérdida y la debilidad muscular. Nunca es demasiado tarde, el momento de iniciar o aumentar nuestro nivel de actividad es ahora.

En julio de 2021, la Revista de Nutrición, Salud y Envejecimiento publicó las **Recomendaciones Internacionales de ejercicio en adultos mayores (ICFSR): Directrices de consenso de expertos**¹. Los autores de las Directrices escribieron:

“Los principales factores que influyen en la salud y la longevidad incluyen la genética, el medio ambiente y el comportamiento, todos los cuales pueden modificar la expresión del otro”.

Los únicos comportamientos modificables que podemos cambiar en cualquier momento de nuestro curso de vida, con ganancias significativas, son la actividad física y el ejercicio. Las Directrices citan pruebas científicas sólidas de los beneficios de la actividad física y el ejercicio en la prevención y el tratamiento de muchas enfermedades crónicas como la sarcopenia, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, el cáncer, la osteoporosis, la osteoartritis, la depresión, la demencia o la enfermedad de Parkinson, entre muchas otras².

Los términos "actividad física" y "ejercicio" se utilizan en las Directrices de Consenso de la siguiente manera: "Actividad física (AF) es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, que aumenta significativamente el gasto energético". En otras palabras, cada vez que te mueves estás físicamente activo. "Ejercicio es una subcategoría de la actividad física planificada, estructurada y repetitiva, en la que se realizan movimientos corporales". Por lo tanto, el ejercicio implica una actividad dirigida intencionalmente hacia un objetivo.

Las “**Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud**” de la OMS establecen que **semanalmente** los adultos de 65 años o más deben realizar 150 minutos de actividad aeróbica de intensidad moderada o 75 minutos de actividad aeróbica intensa, más dos o más días de actividad de fortalecimiento muscular (e.g, entrenamiento de fuerza/resistencia)³. Sin embargo, en ninguna parte dice que hay que hacerlo todo en un día, o al mismo tiempo.... Por lo tanto, se puede optar por hacer dos minutos de ejercicio moderado cada hora que uno esté despierto, cinco días a la semana. Esto equivale a las dosis recomendadas de 150 minutos a la semana. Lo importante es comenzar, hacer un plan que sea factible, monitorear su éxito y, cuando sea necesario, poner en práctica sus habilidades para resolver problemas. Hágalo divertido, hágalo realizable, conviértalo en un éxito paso a paso.

Tabla con recomendaciones de ejercicio para síndromes geriátricos específicos, publicada en las **Recomendaciones Internacionales de Ejercicio en Adultos Mayores (ICFSR)**⁴

¹ International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines, J. Nutrition, Health and Aging.2021. Open access: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-021-1665-8>

² Pedersen, B.K. and B. Saltin, Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. Scand J Med Sci Sports, 2015. 25 Suppl 3: p. 1-72.

³ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

⁴ M. Izquierdo et al (2021) International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. J Nutr Health Aging. Published online. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-021-1665-8>

Ejercicio y Síndromes Geriátricos		
Síndrome Geriátrico	Consideraciones por problema	Modalidad de ejercicio recomendada
Fragilidad y Sarcopenia	<ul style="list-style-type: none"> •Entrenamiento de resistencia y fuerza: 2 a 3 sesiones por semana, combinando acciones musculares más lentas y rápidas (entrenamiento de fuerza) •Ejercicios funcionales e.g. ponerse de pie de una silla, con aumentos progresivos de carga/velocidad •Ejercicios de equilibrio y marcha que progresan en complejidad: marcha en línea, pie en tándem, pararse sobre una pierna, caminar de talón a punta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento de resistencia • Entrenamiento de fuerza • Ejercicios de equilibrio • Reentrenamiento de la marcha • Ejercicio multicomponente
Caídas/problemas de movilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento de resistencia destinado a mejorar la fuerza y la potencia muscular • Ejercicios de equilibrio y marcha que progresan en complejidad: caminar en línea, ponerse de pie en tándem, pararse sobre una pierna, caminar de talón a punta • Ejercicios de doble tarea que incluyen ejercicios de resistencia y marcha mientras que recita números de serie, nombres de animales, etc. • Ejercicios de Tai Chi adaptados que progresan en complejidad • Las intervenciones de baile pueden mejorar la participación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento de resistencia • Ejercicios de equilibrio • Reentrenamiento de la marcha / entrenamiento de doble tarea • Ejercicio multicomponente • Intervenciones de baile • Ejercicios de Tai Chi
Problemas cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento de resistencia de alta intensidad combinado con entrenamiento de fuerza destinado a mejorar las habilidades cognitivas y funcionales • Caminar puede reducir el riesgo de demencia • Los ejercicios de doble tarea pueden ser beneficiosos para la función cognitiva • Uso de técnicas de espejo en lugar de complejas instrucciones orales • Consideración de aspectos emocionales como tranquilidad, respeto y empatía 	<ul style="list-style-type: none"> • Caminar • Entrenamiento aeróbico • Entrenamiento de resistencia • Entrenamiento de doble tarea

En respuesta a las preguntas que oímos frecuentemente sobre el ejercicio, hemos preparado cuatro escenarios con recursos que nos ayudarán a empezar y/o seguir avanzando.

Escenario 1: Durante la pandemia, he descuidado muchos de los pasatiempos que me ayudaban a mantenerme activo. ¿Cómo debo comenzar un programa de ejercicios de fortalecimiento después de un año o más de sedentarismo?

Muchos estudios han demostrado que la mejor manera, para la mayoría de nosotros, de hacer cambios duraderos es poco a poco, experimentando hasta encontrar lo que funciona para nosotros. Por lo tanto, considere qué es lo que realmente desea hacer, haga un plan con pasos específicos: *Qué va a hacer; Cuándo; Dónde; Cuánto y por cuánto tiempo*. ¿Qué tan seguro está de que puede hacerlo? Si en una escala de 0 a 10 su nivel de confianza es 7 o más, esto significa que está listo para seguir adelante. Si no es así, pregúntese: ¿Cuáles son las barreras? ¿Cómo puedo eliminar estas barreras?

Empiece con actividades de intensidad moderada. Revise videos o navegue por el Internet en busca de programas que le gustaría probar. Un buen lugar para comenzar es el Programa de Ejercicios Vivifrail:

<https://www.youtube.com/watch?v=9-JSxU264Wo> Programa VIVIFRAIL para personas mayores de 70 años que puedan caminar y subir escaleras

https://www.youtube.com/watch?v=I_tWOFY8sJ0 Programa VIVIFRAIL para personas con Limitaciones para caminar y levantarse de la silla

También el Instituto Nacional de Envejecimiento de los Estados Unidos tiene buenos programas de ejercicios para distintos niveles”. <https://www.nia.nih.gov/espanol/ejercicio>

Escenario 2: El problema es que no hago ejercicio porque tengo miedo de caerme. ¿Es seguro para mí hacer ejercicio?

Para aquellos de nosotros que tenemos miedo de caernos, NO hacer ejercicio es más peligroso que hacer ejercicio. Los investigadores han descubierto que los ejercicios para mejorar la fuerza y el equilibrio son la mejor manera de reducir el riesgo de caídas. Hay muchos programas diseñados específicamente para ayudar a evitar caídas. Hable con un fisioterapeuta si tiene dolor corporal o antecedentes de caídas. Los fisioterapeutas pueden ayudarlo a crear un programa de ejercicios que funcione para usted. Además, es posible que desee comenzar revisando estos recursos: <https://www.youtube.com/watch?v=Kw6jLQIGAdI&t=226s>

Escenario 3: Yo vivo con dolor crónico; no hay forma de que pueda hacer ejercicio y lidiar con el dolor. ¿Hay algo que pueda hacer para mantener mi fuerza?

El ejercicio regular es fundamental para el tratamiento de todo tipo de dolor crónico. El ejercicio mantiene la movilidad articular y fortalece los ligamentos, músculos y tendones alrededor de la articulación, lo que proporciona más estabilidad. Sin embargo, el ejercicio no debería ser doloroso. La Fundación de Artritis creó "Camina con Gusto: su guía para caminar para una mejor salud, una mejor forma física y menos dolor". Caminar es gratis, no requiere

equipo y se puede hacer en cualquier lugar, pero planificar un programa de caminata no es fácil cuando tiene dolor. Lea Camine con Gusto y aprenda cómo implementar un plan básico de caminata para ayudarlo a mejorar su fuerza con menos dolor:

<http://espanol.arthritis.org/espanol/ejercicio/ejercicio-camine/>

Tai Chi para la artritis es otro recurso. El Dr. Paul Lam, de Australia, creó este programa en colaboración con la Fundación de Artritis:

<http://espanol.arthritis.org/espanol/ejercicio/ejercicio-tai-chi/>

Escenario 4: Sé que necesito hacer ejercicio; mi problema es de motivación más que de conocimiento. ¿Cómo debo mantenerme motivado con un programa de ejercicios una vez que empiezo? - ¿especialmente los días en que me siento cansado, triste o de mal humor?

Según los investigadores de las ciencias sociales⁵, las personas se motivan a sí mismas y guían sus acciones en previsión de los resultados probables de sus acciones; establecen metas para sí mismas y planifican un curso de acción diseñado para lograr algo que valoran. Una forma segura de superar la actitud de postergación es hacer un plan semanal, con un tiempo específico dedicado a hacer algo que quiera hacer, con el fin de lograr algo que valora y quiere, algo que le facilite hacer cosas que disfruta y le ayude a mantenerse independiente.

Cuando incorpora en su plan un descanso en los días en que no se siente bien o está demasiado cansado, no se sentirá fracasado; ¡Aprenderá a aceptar lo que es real, aunque no sea lo ideal!

Un buen recurso para aprender técnicas y herramientas para el autocuidado lo encuentra en el libro “Tomando control de su salud” que puede encontrar en Amazon

(https://www.amazon.com/s?k=tomando+control+de+su+salud&i=stripbooks&crd=1KDG109YBQVMU&ref=nb_sb_ss_c_2_21_ts-doa-p) o en el siguiente enlace:

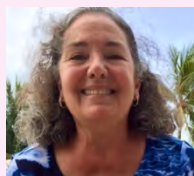
<https://www.bullpub.com/tomando-control-de-su-salud-5th-edition-g.html>

Deseándole mucho éxito al crear su plan de ejercicios para esta semana. Sea bueno consigo mismo y recuerde la buena noticia: nunca es demasiado tarde. Comparta su plan de ejercicios con el Comité de Envejecimiento Saludable de AFSM y díganos cuándo podemos ayudarlo con nuevos recursos. (afsmpho@gmail.com) **N**

⁵ Bandura, A., & Schunk, D. H. (1981). Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(3), 586–598. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.41.3.586>

Cómo me preparé y cómo estoy desde que me jubilé en 2013

Por María Teresa Cerqueira



La preparación para la jubilación fue lenta, pero especialmente después del doctorado, cuando comencé a trabajar en la OPS/OMS, y el Departamento de Recursos Humanos me explicó todos los beneficios de los miembros del personal y de los jubilados. Comprar una casa fue una de las formas en que comencé a planificar mi jubilación. En nuestra casa de Fairfax, mejoré los árboles y arbustos del jardín, y Daniel y Enrique disfrutaron trabajando en el jardín.

Trabajé escribiendo los resultados de la investigación de la disertación de la tesis y seguí pintando en mi tiempo libre. Enrique y yo también disfrutamos paseando por el barrio con su perro Morgan. Más tarde, mientras trabajaba como Jefa de la Oficina de la Frontera México-Estados Unidos de la OPS/OMS, me interesé aún más por la jardinería. Nuestra casa en El Paso, Texas, tenía muy pocas plantas en el jardín. Planté muchos árboles frutales principalmente para dar sombra, sembré albaricoque, melocotón, pera, manzana, ciruelas y uvas cerca del canal de agua en la parte trasera de la propiedad. En el frente planté muchos arbustos del desierto. Alrededor de la propiedad hicimos una acera para que Enrique paseara en su silla de ruedas, y en el medio, incluimos una fuente con peces Koi que a él le gustaba alimentar. Cuando nos mudamos a Miami, tomé el curso de Maestro Jardinero. Posteriormente, con Enrique tomamos varias clases de horticultura, en la Universidad de Miami Dade. Tomar estas clases y trabajar como Maestro Jardinero voluntario nos brindó grandes oportunidades a ambos para mantenernos en contacto con amigos y colegas.

Enrique y yo disfrutamos del jardín y de caminar por nuestro vecindario de Pinecrest, conociendo a los vecinos, ¡y yo realmente disfruto viendo a Enrique alimentar a los pavos reales!

Me mantengo activa trabajando en la jardinería, nadando y caminando. Enrique me pide que camine con él para alimentar a los pavos reales, pero ¡él se monta en la silla de ruedas y yo hago la caminata! Vivir cerca de mi familia y hacer nuevos amigos jardineros ha sido importante para mantenerme comprometida con mi familia y con la comunidad.



El año pasado, cuando cerraron las escuelas debido al Covid-19, Daniel, Raine y los niños, Guillermo 9, Alessandra 7 y Bianca 5, se mudaron y vinieron a vivir con nosotros en la casa de Pinecrest. Ha sido un privilegio jugar con mis nietos, y nadamos casi todos los días. Jugamos juegos de mesa como Rummikub y Memory, muy popular con Bianca, también compartimos historias con mis hijos Daniel y Enrique, y mi nuera Raine.

Una vez a la semana tenemos noche de cine. Los niños suelen elegir la película. Nos turnamos para preparar las comidas. Daniel hace muchas parrilladas los fines de semana, generalmente cuando tenemos amigos. Durante la semana, Raine y yo nos turnamos para preparar los platos para la cena. Es muy divertido ya que Enrique y yo somos vegetarianos, ¡los demás no! Al final de agosto los niños vuelven a la escuela de forma presencial, y hay una loca discusión politizada sobre el uso de las máscaras. Es una situación muy aterradora para padres, niños y maestros. Todos estamos vacunados, excepto los niños que, por la edad, aún no son elegibles. **N**

¿Dónde se encuentran ahora?

Por Patricio Yépez



Año 2021: me encuentro radicado en mi país, Ecuador, junto con mi esposa Norka y con la satisfacción personal de que mis hijos e hijas se formaron profesionalmente en diferentes ámbitos como estudios internacionales, relaciones industriales, educación, finanzas, medicina, comunicación; artes visuales; además la alegría de tener tres nietos, José Tomás, Juan Martín y Andrés; y tres y nietas, Juliana, Sofía y Ariana, de ellos cuatro ecuatorianos, una peruana y un boliviano.

Cumplidos 26 años de trabajo con la OPS y la última misión como Representante en Cuba, regresé al Ecuador en agosto de 2004. Al retorno fue grato aportar en varios espacios institucionales, entre los cuales señalo el vínculo como asesor de relaciones internacionales en la Universidad de Cuenca; coordinador de política y recursos humanos del proyecto MODERSA del Ministerio de Salud Pública; y, director ejecutivo de Ciencia y Tecnología FUNDACYT/SENACY, función cumplida entre 2005 y 2006.

Durante el trabajo cumplido en la OPS/OMS en la República Dominicana, Venezuela, Panamá y Cuba tuve la oportunidad de cooperar con la Unión de Universidades de



América Latina y el Caribe (UDUAL) tanto con la Secretaría General como con sus Asociaciones de Ciencias de la Salud (enfermería, medicina y odontología). Menciono esto en particular para compartir un hecho de significación personal. La XV Asamblea de Rectores de la UDUAL, realizada en La Habana, en noviembre de 2004, decidió otorgarme la distinción de Consultor Permanente, constituyendo un importante estímulo para continuar aportando a la educación superior en nuestra región.

En 2006 me vinculé al Organismo Andino de Salud/Convenio Hipólito Unanue como Secretario Ejecutivo Adjunto. Fueron cuatro años de una experiencia importante para trabajar por la salud y el proceso de integración de los países andinos.

La Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) fue otra instancia de integración con la cual UDUAL estableció un espacio de convergencia para el desarrollo de varias actividades de interés común, asimismo como con el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) con sede en Río de Janeiro, el que, en 2013, me invitó como consultor externo para cooperar en el área de sistemas de salud y activar el programa de trabajo, tanto en la sede de Río de Janeiro, como en varios de los países miembros. Esta vinculación se mantuvo hasta 2015.

Cuando escribo estos párrafos, ya he cumplido 16 años de vínculo *Ad Honorem* con UDUAL, lo que me llena de satisfacción y destaco que la sustentación científica y técnica

que me proporcionó la OPS fue significativa para cooperar con la UDUAL y sus universidades.



A partir de 2015 tengo a mi cargo en UDUAL la iniciativa de convergencia estratégica de las universidades con los organismos de integración y cooperación técnica internacional. Esto ha permitido impulsar la participación en el proceso del foro mundial, así como promover los vínculos con el PNUD, la FAO, la OPS, la CAF, SEGIB, Comunidad Andina, Organismo Andino de Salud, COMISCA, entre otras instancias. Actualmente trabajamos en UDUAL en la prospectiva 2030 para América Latina y el Caribe, basada en los principios de la autonomía universitaria, y la educación superior como bien público, derecho social y responsabilidad de los Estados.

Durante el período de 2014 a 2019 fui invitado a vincularme con la Universidad Central del Ecuador en la Coordinación de Relaciones Internacionales, cooperando en su fortalecimiento y desarrollo y en diferentes iniciativas internacionales, entre las que se destacan el Consejo Ejecutivo de UDUAL en 2014; el I Foro Latinoamericano y del Caribe sobre Desarrollo Económico Local en 2015; el seminario internacional sobre salud y desarrollo social en 2016; la Asamblea de la Región Andina de UDUAL en 2017; la reunión de la Red de Investigación e Innovación en Salud y Medioambiente en 2018; y el Foro Internacional sobre el compromiso de la Universidad con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, en 2019.

Entre mis pasatiempos mantengo mi gusto por la lectura y la música, en especial el tango, los vales y los pasillos. El BAR SUR en Buenos Aires escuchó algunas de mis canciones. Importante también el fútbol, primero como jugador en la juventud y luego como hincha permanente de Liga de Quito, Boca Junior y Barcelona de España.

Debo señalar con satisfacción que he recibido dos Doctorados Honoris Causa, uno por parte de la Universidad del Zulia, Venezuela, en 2012 y otro de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua en 2016. *N*

In Memoriam

**FALLECIMIENTOS REPORTADOS EN 2021
NO INFORMADOS PREVIAMENTE**

Roberto Goic	4 de Abril de 2021
Francisco Zepeda	16 de Julio de 2021
Elsa Moreno	20 de Julio de 2021
James A. Milam	20 de Julio de 2021
Jorge Litvak	13 de Agosto de 2021

Condolencias a Pedro Luis Castellanos por su esposa, Luz Inmaculada Madera

Reflexiones de una mujer que envejece (2a Parte de reflexiones continuas)

Por Yvette Holder



En mi relato anterior (vean el Boletín de la AFSM, de junio de 2012), hice algunas reflexiones sobre mi condición actual, a la cual no llegué de un día para otro. Retrospectivamente, pienso que el proceso fue gradual, tanto así, que no me di cuenta de lo que el viaje implicaba hasta que llegué al destino – ¡haber dejado de ser tan joven! Cada uno de los aspectos descritos en mi reflexión anterior tiene su historia. Empezaré

por el pelo.

Como dije anteriormente, tenía mucho pelo, un poquito por debajo del hombro, negro azabache, muy grueso y rizado. Desde mi niñez hasta la adolescencia, lavarme el pelo era el peor momento de la semana. Me encantaba sentir el agua en mi pelo, pero desenredar la maraña tomaba dos horas de pura tortura todas las semanas. Yo no podía con mi pelo y mi madre lo peinaba todos los días para ir a la escuela; también me lo lavaba, secaba y peinaba todas las semanas hasta que tuve 14 años. Pensaba que la tortura solo me afectaba a mí y no me daba cuenta de que era un suplicio también para mamá. A los 14 años, yo era alta y grande para mi edad (he ahí otra historia para otro momento). Medía un poco más de 1,75 m (5' 9") y pesaba casi 65 kg (145 libras) y mi mamá era menuda; medía 1,64 m (5' 4") con taco alto y pesaba unos 45 kg (100 libras). Yo me sentaba inquieta entre sus piernas mientras ella trataba de que me viera presentable, para lo que me hacía tres trenzas gruesas: una de ellas al lado derecho de la frente y las otras dos, atrás. En ocasiones especiales, me premiaban con una cabeza llena de tirabuzones, creación que tomaba mucho más tiempo peinar que las tres trenzas y aún más tiempo para deshacerlos. Pero eran preciosos y valía la pena el sufrimiento.

A los 14 años, sin embargo, quedaron superados los tirabuzones y las trenzas, pero ¿qué podía hacer mi pobre mamá con esta cabellera? Había llegado la hora de buscar la ayuda de especialistas, es decir, la peluquería. Pero había un obstáculo: mi padre. Lo que pasó es que, tiempo atrás, un peluquero le había recortado las puntas al cabello de mi madre y la reacción de mi padre no podría haber sido peor que si a mi madre le hubieran afeitado la cabeza. De ahí en adelante, él tenía una desconfianza terrorífica a las peluquerías y, si bien no podía frenar a su mujer, no había peluquero que pudiera tocar la cabeza de su única hija. Un día, mi madre en su desesperación, me pasó el peine, el cepillo y una pasta para el pelo (conocida localmente como “grasa”) y me pidió que se los llevara a mi papá para que él me peinara. Una hora más tarde y con un billete de 10 dólares en la mano, iba camino a mi primera visita a la peluquería, en compañía de mi madre, con el propósito de que me plancharan el pelo, es decir, que me lo alisaran con un peine de hierro caliente. ¡Había llegado a ser una niña grande! El dolor de alguna quemadura accidental era un precio pequeño en comparación con el suplicio semanal de horas dedicadas al lavado y la ya conocida y odiada peinada diaria. Yo estaba feliz y mi mamá estaba muy feliz. El único problema con el planchado es que consiste en una transformación física, de modo que una vez mojado, el pelo vuelve poco a

poco a su estado natural. Puesto que caminaba entre mi casa y la escuela dos veces al día, porque los escolares íbamos a almorzar a casa, el pelo liso me duraba menos de dos semanas. De todos modos, dos o tres días de molestias era mucho mejor que la tortura diaria.

Con el pelo planchado, ahora ya podía peinarme sola casi todos los días, aunque la puesta de rulos era, y ha sido siempre, un desafío. Del planchado pasé al alisado químico, que aguantaba el agua y la transpiración y duraba unas 6 semanas. Después me cansé de tener que ponerme rulos todas las noches y adopté el último grito de la moda, el Afro natural. Curiosamente, desenredar el pelo no parecía ser un problema durante este despertar étnico. Sin embargo, luego de unos años, me cansé del Afro y me fui por un estilo intermedio llamado rizos de Jehri,^{*} que no es tan crespo como el Afro ni tampoco tan liso como para usar rulos, tarea que odiaba. Convencí a mi peluquera que me lo fijara y secara, al revés de lo que decían las instrucciones del fabricante, y el resultado fue perfecto, es decir, algo que parecía una permanente y podía durar hasta tres meses.

Debe haber pasado más de un decenio antes de que me pareciera necesario volver a cambiar. Los rizos de Jheri ya no estaban de moda, así que volví al alisado químico, aunque ello implicaba ir a la peluquería semanalmente para lavar y fijar. Después me afeité toda la cabeza (todos mis amigos afroamericanos se horrorizaron y mis amigos blancos pensaban que se veía precioso). Después de la afeitada vino el estilo mohicano; me encantaba porque era el estilo más fácil de peinar y mantener, con excepción de la cabeza afeitada. Pero a medida que empecé a sumar años, se me ocurrió que necesitaba un estilo menos vanguardista y más distinguido, así que volví a un aspecto más natural, más corto que el Afro de la juventud, en un estilo que me pareció que podía mantener. Sin embargo, corrientemente y sin fallar se me quebraban los peines. Por fin, un día, me puse a rezar frente al espejo: “Dios mío, ¿podría volver al pelo suave y más dócil de mi juventud, por favor?” Y Dios respondió a mi oración. Noté que el peine pasaba más fácil por el pelo; tenía un flequillo canoso adelante que me hacía recordar a Indira Gandhi y aunque nacía un poco más atrás de la frente, se veía elegante, creía yo. Luego, un día, parada frente a los espejos de un ascensor, descubrí porqué el peine pasaba con tanta facilidad. Se me estaba cayendo el pelo. En vez de tener el cráneo completamente cubierto de folículos pilosos, estos se habían distanciado, de manera ordenada, pero distanciado aún. ¡Y ahí me acordé! Mi mamá me solía decir que cuando yo era bebé no tenía pelo y ella me ponía una moña pegada discretamente con cinta adhesiva (esto antes de que hubiera vinchas o diademas para bebé). ¿Qué otra cosa podía decir yo que no fuera “gracias”? Pedí y recibí.

Ahora no uso estilo de peinado alguno. Este es de bajo mantenimiento. No hay peluquerías, ni lociones ni tratamientos capilares costosos. Me ducho, me seco con una toalla y listo. La vida sigue siendo buena, aun sin pelo. **N**

^{*} Los rizos de Jehri (su inventor) consisten en un ondeado permanente del cabello que fue popular en las décadas de 1980 y 1990.

Moldeando nuestra historia en nuestros términos

Por Gloria A Coe



El libro de Atul Gawande, **Ser mortal: la medicina y lo que importa al final**¹ sugiere que, entre los roles más importantes de la vida, "tanto para los moribundos como para los que quedan atrás" es ayudar a las personas a "terminar sus historias en sus propios términos".

Este libro fue No.1 en la lista de Bestsellers del New York Times, y fue seleccionado como "*Mejor Libro del Año*" por el Washington Post, The Wall Street Journal, The Economist y otras 25 publicaciones. El Boston Globe lo llama "magistral", el Chicago Tribune "esencial", Malcolm Gladwell lo llamó "el libro más poderoso y conmovedor de Gawande", la revista Time dice "Esto debería ser de lectura obligatoria para todos los estadounidenses".²

En muchos sentidos, es la historia de Atul Gawande; un joven médico, cirujano, educado por los mejores sobre lo que debía hacer para que sus pacientes vivieran. Sin embargo, a lo largo de sus años de práctica, aprende mucho más sobre cómo ayudar a "las personas a negociar la ansiedad abrumadora – ansiedad por la muerte, ansiedad por el sufrimiento, ansiedad por los seres queridos, ansiedad por las finanzas". Además, "llegar a una aceptación de la mortalidad y una comprensión clara de los límites y las posibilidades de la medicina es un proceso, no una revelación". Reflexionando sobre su profesión, sugiere, "el problema con la medicina y las instituciones que ha generado para el cuidado de los enfermos y los ancianos no es que hayan tenido una visión incorrecta de lo que hace que la vida sea significativa. El problema es que casi no han tenido ninguna opinión al respecto".

Además,

"nuestro fracaso más cruel de la forma en que tratamos a los enfermos y a los ancianos es no reconocer que ellos tienen prioridades más allá de simplemente estar seguros y vivir más tiempo; que la oportunidad de moldear nuestra historia es esencial para mantener el significado de la vida; que tenemos la oportunidad de remodelar nuestras instituciones, nuestra cultura y nuestras conversaciones de forma que modifiquen las posibilidades de los últimos capítulos de nuestras vidas".

Sugiere que, en nuestra cultura, "hacer que las vidas sean significativas en la vejez es algo nuevo, [que requiere] más imaginación e invención que hacerlas simplemente seguras".

¹ Gawande Atul. *Ser mortal: la medicina y lo que importa al final*. 2017. Picador, Metropolitan Books, Henry Hold and Company, Nueva York.

² Documental de NPR, en Inglés: <https://www.pbs.org/wgbh/frontline/film/being-mortal/>

Imaginando lo que esto podría significar, hace referencia al autor Ronald Dworkin³ que se centró en retener "la autonomía, la libertad, para ser los autores de nuestras vidas". Gawande repite,

"Todo lo que pedimos es que se nos permita seguir siendo los escritores de nuestra historia. La historia siempre está cambiando. A lo largo de nuestras vidas, podemos encontrar dificultades inimaginables. Nuestras preocupaciones y deseos pueden cambiar. Pero, pase lo que pase, queremos conservar la libertad de dar forma a nuestras vidas de manera consistente con nuestro carácter y lealtades".

Gawande observa que "a medida que las personas toman conciencia de la finitud de su vida, no piden mucho". Nos recuerda, "el trabajo de los médicos es proporcionar conocimientos y habilidades actualizadas. El trabajo de los pacientes es proporcionar la decisión". Con este fin, Gawande identifica cuatro preguntas clave que los médicos deben hacer a los pacientes que enfrentan decisiones sobre su atención. Las respuestas proporcionan información para los proveedores de atención médica, así como para los familiares y amigos ansiosos por apoyar la idea del paciente sobre el último capítulo de su propia historia:

- ¿Cuál es su comprensión de dónde se encuentra con su salud?
- ¿Cuáles son sus preocupaciones para el futuro?
- ¿Cuáles son sus esperanzas y prioridades?
- ¿Qué está dispuesto a sacrificar y qué NO está dispuesto a sacrificar?

A lo largo del libro, Gawande sigue la historia de los últimos años de su padre, también médico y cirujano, después de enterarse de que tiene un cáncer de crecimiento lento incrustado en su médula espinal que no se puede curar, pero se puede tratar. Es una historia fascinante de un médico que tiene los conocimientos y habilidades actualizados y sabe que debe proporcionar las decisiones en un entorno donde la intervención médica es la norma. Al principio de la conversación, el especialista reconoce cuán inciertos son los beneficios de la radiación, una intervención que acepta. Sin embargo, no hubo mejoría, el tumor no se encogió, perdió veintinueve libras y tenía un zumbido constante en los oídos. En un momento dado, el oncólogo, casi viviendo en un mundo de fantasía, prometió: "Podrías estar de vuelta en la cancha de tenis este verano". Gawande vuelve a su tema, "La presión es siempre en una dirección, hacia hacer más, porque el único error que los médicos parecen temer es hacer muy poco". Cuando su enfermera de cuidados paliativos le preguntó cuáles son sus mayores preocupaciones, la respuesta de Papá fue: "mantenerse fuerte mientras pudiera. Quería poder escribir, porque el correo electrónico y Skype eran la forma en que se conectaba con familiares y amigos de todo el mundo. No quería dolor. El quería ser feliz'."

Las historias, las lecciones aprendidas y las ideas memorables de *Ser Mortal* se basan en decisiones desafiantes que enfrentan los pacientes ante una amplia gama de intervenciones.

³ Dworkin R. "*Autonomy and the demented Self*" *Milbank Quarterly* 64, supp.2(1986): 4-16.

Aceptar intervenciones agresivas con la esperanza de prolongar la vida por un tiempo indeterminado. O, como dice Gawande, proporcionar "sustento al alma", "mantener la integridad de la vida de uno", "ser los autores de nuestras vidas", "morir pacíficamente en casa". Los conocimientos en Ser Mortal proporcionan un "Norte", una guía, y como él nos recuerda, "Lo que importa al final no es cómo morimos, sino cómo vivimos". **N**

RECORDATORIO

El Comité de Salud y Pensiones

El Comité de Salud y Pensiones proporciona un vínculo entre los miembros de la AFSM y las oficinas de la OPS que manejan los beneficios de salud y de seguros, así como con la oficina de la Caja de Pensiones en Nueva York. Hemos actuado para aclarar, solicitar una resolución y servir como facilitadores para ayudar a los ex funcionarios con inquietudes sobre los seguros. La AFSM como tal no tiene ningún poder ejecutivo en estos asuntos, sin embargo, a través de las relaciones de la Asociación con aquellos que sí tienen esa autoridad, podemos brindar apoyo y atención a las preocupaciones de los miembros.

Varios acontecimientos recientes nos han indicado que tal vez no todos los miembros reconocen que la AFSM puede y va a intervenir en su nombre ante las autoridades del SHI o de la Caja, cuando hay cuestiones difíciles y se necesita atención o apoyo. Los miembros no necesitan estar solos en la búsqueda de solución a sus problemas y decidimos recordarles ese hecho.

Durante el año pasado hemos sido eficaces en la resolución de una serie de cuestiones. Los siguientes son algunos ejemplos. Nosotros:

- Movilizamos el apoyo de la OPS/SHI y ayudamos a la familia de un miembro hospitalizado cuando el hospital exigió que pagaran la factura total antes de darlo de alta
- Apoyamos la inscripción a Medicare para los participantes que se consideraban no elegibles y aclaramos el proceso de reembolso para varios miembros.
- Investigamos demoras en pagar a los proveedores, relacionadas con los cambios en la administración de los seguros en los EE. UU.
- Ayudamos a un miembro para resolver una factura hospitalaria que estuvo en el limbo durante 3 años
- Apoyamos a los miembros de la familia a desenvolverse con los pasos necesarios en SHI y la Caja, cuando el titular de la cuenta quedó incapacitado o falleció
- Ayudamos a varios miembros a resolver problemas cuando se les informó que no estaban cubiertos por el seguro de salud
- Orientamos a varias personas hacia las secciones y los formularios apropiados y necesarios, en relación con las prestaciones de la Caja de Pensiones
- Aclaramos las interpretaciones de las Reglas del Seguro de Salud y dónde encontrar información, con respecto a los medicamentos y la pre-hospitalización
- Facilitamos la incorporación de más hospitales a los acuerdos de SHI en México

Si bien estos son casos individuales, la AFSM también analiza situaciones y asesora sobre opciones de implementación para mantener los costos y los beneficios para todos.

¡La AFSM está aquí para ustedes!

Obituario de Elsa Margarita Moreno

1929-2021 ¹

Por Mirta Roses Periago



En diciembre de 2002, la Organización Panamericana de la Salud festejó sus primeros 100 años de vida y distinguió a once profesionales de la salud de diferentes países como héroes de la salud pública del continente. Una única mujer mereció el reconocimiento: Elsa Moreno, heroína de la salud de las Américas.

Argentina nacida en la provincia de Chaco, sus padres Job y Mercedes decidieron mudarse con sus cinco hijas mujeres a Tucumán para darles más oportunidades de estudio. En una entrevista en 2010, Elsa compartió los valores que le inculcaron en su familia:

“Guardo en mi corazón la bondad y rectitud de mi padre, un español venido de la tierra castellana cantada por Machado: ‘Soria pura, cabeza de Extremadura’; la fortaleza de mi madre, descendiente de andaluces y el cariño de las cuatro hermanas mayores que, como yo era la menor, me enseñaron muchas más cosas que solo aprender a leer”

Su interés por la medicina fue desalentado por su padre, y entonces optó por Farmacia. Pero ya en tercer año, decidió estudiar medicina de manera paralela y sin compartir el secreto en su casa hasta un año después, siendo recibido con sorpresa, pero con total apoyo de su padre. Terminó Farmacia en 1954 y Medicina en 1958 con el mejor promedio de la Facultad. Le fue otorgada una beca de perfeccionamiento en Clínica General para el Hospital Jiménez Díaz de Madrid, pero su verdadera vocación era la pediatría, por lo que comenzó a asistir al Instituto de Puericultura. A su regreso al país fue designada como médico interno del Hospital de Niños. Durante su gestión como subdirectora del hospital (1962-1963) se creó la Sala de Emergencia del Hospital.

Allí comenzó a observar la disparidad entre la atención materno infantil a nivel comunitario y la atención hospitalaria. Como supervisora clínica de Maternidad Infancia, viajaba semanalmente por el sur provincial y comenzó una reorganización para que los mismos médicos de consultorio tuvieran a cargo la internación. Así se crean, entre 1964 y 1966, los primeros médicos de dedicación exclusiva de Maternidad Infancia, para trabajar con un enfoque integral del niño sano y del

¹ Datos y textos tomados de la semblanza homenaje de la Dra. Susana Cecilia Miceli, publicada en agosto de 2020 en la *Revista Médica de Tucumán*, Colegio Médico de Tucumán, de entrevistas realizadas a Elsa Moreno a lo largo de su ejercicio profesional y testimonios de sus discípulos.

enfermo, y creó el Servicio de Neonatología del Hospital de Concepción, para evitar que los niños de bajo peso fueran trasladados al Instituto de Maternidad de la capital. El logro mayor fue la reducción de la mortalidad infantil, notándose el impacto del programa con aumento de la cobertura de atención comunitaria en el interior, y capacitando al personal de salud en esta modalidad. También promovió las especialidades de alta complejidad en el Hospital de Niños enviando a capacitar pediatras en áreas como nefrología, nutrición y hematología.

En 1966, con beca de la OPS, realizó en Chile el Curso de Pediatría Clínica y Social, y a su regreso fue designada Subsecretaria de Salud de la Provincia de Tucumán, desempeñándose durante tres años.

“El curso de Chile y este trabajo en el nivel directivo en el sector salud de la provincia despertaron definitivamente mi vocación por la salud pública; estuve mirando la salud de los niños con un par de anteojeras y ahora estoy viendo un amplio panorama de necesidades y posibilidades”. Con estas palabras, sintetizaba su tránsito de la clínica al enfoque poblacional de la salud pública.



En 1968 se trasladó a Buenos Aires a realizar el curso de Salud Pública. *“De regreso del curso decidí dedicarme de lleno al trabajo en salud pública, abandoné mi consultorio en Tucumán, acosada por la sorpresa y el desconcierto de mi familia y de los padres de mis pequeños pacientes”.*

A fines de 1969 fue contratada como asesora de Atención Médica para la Región de Comahue, con el desafío de reducir la tasa de mortalidad infantil que era de las más elevadas del país. Luego fue designada como Directora General de Salud de Neuquén y como Secretaria de Salud, y permaneció allí hasta 1973.

“Me enamoré del Neuquén, de sus montañas, de sus lagos, de su gente. No me asustaron ni sus vientos, ni su frío, ni su pobreza”, recordó en una entrevista, en la que además expuso que Neuquén, en 1969, contaba con una tasa muy alta de mortalidad infantil: 107 por mil. Humildemente, aseguró: *“Con el equipo de trabajo demostramos cuánto puede hacerse para mejorar la salud de la gente cuando se conjugan voluntad política, equipos técnicos idóneos y con ganas de trabajar y seguir adelante. Cuando salí del Neuquén la mortalidad infantil se había reducido en un 50%”.*

En 1973, ganó por concurso el cargo de Profesora Adjunta de Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, y a final de ese año fue invitada a formar el equipo encargado de elaborar un Plan Nacional Materno Infantil, y fue designada para conducirlo como Subsecretaria de salud entre 1974 y 1975. Renunció poco antes de la intervención militar, comenzando un periodo de consultorías cortas para la OPS y en 1979 fue designada Asesora de Salud Materno Infantil desempeñándose en Honduras, Brasil y México. En 1983 asumió la dirección

del programa Materno Infantil, que incluía inmunizaciones, diarreas, enfermedades respiratorias, planificación familiar, crecimiento y desarrollo, y en 1984 creó el programa de adolescencia.

“Mi largo peregrinar por América me mostró no sólo la pobreza y los problemas de América Latina sino también cuánto hay de potencialidad en su gente. En cada uno de estos países aprendí algo significativo”.

En 1989, fue contratada como profesora Adjunta para la Cátedra de Salud Pública Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional de Tucumán. Luego ganó en 1991 el concurso de Profesora Asociada y en 1993 de Profesora Titular de la misma cátedra y directora de la Maestría de Salud Pública de la Facultad de Medicina.

“Desde entonces, estoy dedicada a formar personal en salud pública, aun teniendo conciencia que ésta es una tarea ardua, en buena parte por los cambios en el perfil epidemiológico y las actuales características del contexto político, social y económico, circunstancias estas que parecen signar el futuro inmediato de la salud pública. Mi mayor empeño es actualmente, formar líderes de la salud pública que apoyen este necesario proceso de reforma dando respuestas ciertas a los desafíos de la hora, trabajando con la gente y por la gente. Argentina necesita un servicio de salud cada vez más digno y equitativo que el que está teniendo en esta época, aspiro que ahora mis alumnos puedan participar activamente para lograrlo”.

Su gran alegría fue la firma de la interrupción de la transmisión del virus de la poliomielitis a nivel continental. *“Es uno de mis mejores recuerdos de OPS. Debo confesar que cuando el 25 de agosto de 1994, ya radicada en mi país, pero formando parte de la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis, firmé en Washington el acta de certificación de la interrupción de la circulación del virus salvaje en los países de América, sentí una inolvidable emoción y lloré de alegría”.*

En 2002 recibió el Premio Nacional KONEX de Ciencia y Técnica área de salud pública. Durante un homenaje que se le realizó en su provincia natal, al nombrarla Profesora Emérita de la Universidad (2009) y Maestra de la Educación Médica (2010) Elsa Moreno sentó postura sobre los próximos desafíos en materia de salud pública.

“Los factores del ambiente físico y sociocultural interactúan para determinar los niveles de salud y enfermedad de individuos, familias y comunidades. Por ello es preciso anticiparse a la enfermedad y actuar sobre esos factores que condicionan las enfermedades, actuando antes que éstas se produzcan. La política de mercado, los mecanismos de ajuste de la economía y la desocupación de algunas anteriores décadas han provocado una creciente inequidad en el acceso a los servicios de salud. Las clases sociales de mayor poder adquisitivo pueden acceder a todos los beneficios de la medicina de la mejor calidad, que no es menor que la de los países desarrollados. Los grupos menos favorecidos en cambio sólo tienen acceso a los servicios públicos, muchas veces carentes de recursos humanos e insumos básicos. Para disminuir las inequidades en materia de salud, es preciso generar una reforma

que sustente propuestas de cambio que aseguren los atributos de equidad, solidaridad, universalidad y participación”.

A lo largo de su vida, sus logros profesionales se sucedieron de forma encadenada y cumpliendo etapas, con funciones cada vez de mayor responsabilidad. De su período en la Oficina Regional en Washington, ella recordaba en 2010:

“Se avanzó sustancialmente en las coberturas de vacunación, se inició el programa de erradicación de polio, se difundió el uso del suero de rehidratación oral y el control de las afecciones respiratorias agudas, se creó el programa de adolescencia y se fortalecieron los programas de atención de la madre y del recién nacido. Para todos estos emprendimientos se movilizaron importantes recursos de varias agencias, se desarrollaron instrumentos para la evaluación de los servicios y la búsqueda de mayor calidad de la atención al grupo materno infantil”.

Algunos testimonios de sus discípulos al conocerse su fallecimiento:

- “Su generosidad en la trasmisión del conocimiento y la gestión, la hicieron única, estaba más allá de los personalismos y pobres mezquindades políticas. Siempre voló alto, a veces se sonreía del espanto que provocaba en los políticos sus análisis de la triste realidad sanitaria que hasta ahora vivimos. Será recordada por su ética profesional, su brillantez, sus generosos valores que le dan impulso en este momento para seguir volando más alto aún. (Maria Dolores González)”

“El talento, el compromiso social y la visión de la Dra Elsa Moreno han abierto caminos de inestimable valor aun no reconocidos en la UN de Tucumán (UNT) y en la sociedad tucumana. Esta docente, investigadora y extensionista fue la ideóloga de tres de los proyectos de Extensión Universitaria más ambiciosos y meritorios que se hayan visto en la universidad argentina, que nacieron interdisciplinarios y participativos, desde el concepto integral de salud pública y desarrollo humano que ella sostenía. La Dra. Moreno supo ejercer influencia y marcar rumbos sin reclamar lugares visibles y prominentes, en una cultura machista que no habría aceptado semejante liderazgo de una mujer. (Susana Beatriz Montenegro)

- Me dijo “Todavía hay **una barrera entre los servicios de salud y la población**; hay barreras culturales, educativas y de acceso geográfico. Y eso es lo que tenemos que romper, para lo cual hace falta un trabajo fuerte, organizado y sostenido en la atención primaria; o sea, en ese espacio existente entre los centros de salud y los hogares”. (Javier Rubel). **N**
-

Obituario de James Alan Milam

Por Leo Lamarche



James Alan Milam nació en Jackson, Tennessee el 2 de septiembre de 1934. Falleció pacíficamente en su casa en Washington, DC, el 20 de julio de 2021. Le sobreviven Sally, su amada esposa durante más de 50 años, su hija Diana, su hijo Joseph, su nuera Alix y sus nietos Mattew y Andrew.

Se mudó a Washington, DC a finales de los años 50. Trabajó en la Organización Panamericana de la Salud por más de 30 años, primero como oficial de presupuesto a cargo de todos los fondos extrapresupuestarios, bajo la dirección de William Childress, y luego como jefe del Departamento de Presupuesto hasta su jubilación en 1995. Una de sus funciones importantes fue coordinar y preparar los presupuestos anuales y bienales para ser presentados al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo de la Organización.

Su amabilidad y generosidad fueron algunas de sus virtudes. Algunos de los funcionarios que trabajaron con él en la sección de presupuestos fueron Rodrigo Vigil, Alfredo Ballevena, Nilda Wadhwa, Ramon Delgado, Pedro Marengo, Inés Weist, Ligia Blanco y María Elena López, entre otros.

Trató a todos de manera muy caballerosa y con respeto, favoreciéndolos siempre a crecer dentro de la Organización. Fue un verdadero líder. Todos los que compartimos labores con él, lo admiramos y lo extrañaremos mucho.

Tuve el gran honor de trabajar con él por más de 16 años como oficial de presupuesto y aprendí mucho sobre el proceso presupuestario.

A nivel personal, mientras todavía trabajaba en finanzas y cuentas, en 1972, solicité un préstamo a la Cooperativa de Crédito para el pago inicial de mi primera casa en Springfield, Virginia. En ese momento, era el presidente del Comité de Crédito. Me llamó a su oficina en el quinto piso y me preguntó si estaba seguro de poder pagar ese préstamo, y le respondí que sí. ¡Y aprobó mi préstamo!

Nuestro más sentido pésame a su esposa Sally y a toda su familia.

Descanse en paz eterna, James. **N**

Lo que necesitamos ahora mismo para salvar vidas es un enfoque de doble vía ante el COVID-19

Por la Profesora Dra. Maha El Rabbat: Enviada especial OMS para el Mediterráneo Oriental, Dr. David Nabarro: Enviado especial OMS para Europa y Norte América, Dr. John Nkengasong: Enviado especial OMS para Africa anglófona, Dra. Mirta Roses: Enviada especial OMS para Latinoamérica y el Caribe, Profesor Samba Sow: Enviado especial OMS para Africa francófona, Dr Palitha Abeykoon: Enviado especial para el Sudeste Asiático



El mundo es testigo del surgimiento de variantes más infecciosas del virus SARS-CoV-2, pero en la titubeante carrera para garantizar el acceso equitativo a las vacunas un puñado de países ha tomado la delantera y ha vacunado a sus poblaciones, dejando atrás a muchas de las personas vulnerables del mundo.

Las comunidades contienen a duras penas su impaciencia y cansancio, lo cual es comprensible. Sin embargo, aligerar las medidas básicas de salud pública, como la obligatoriedad de llevar mascarilla y el distanciamiento social, podría echar leña al fuego de la transmisión. Con las nuevas variantes más infecciosas y la actitud del «yo primero» que impera en algunos países, quienes todavía no se han vacunado o solo han recibido una dosis corren más riesgos.

El mundo se encuentra en una encrucijada peligrosa y nosotros, los Enviados Especiales del Director General de la OMS, pedimos un compromiso renovado para un planteamiento integral que nos permita derrotar la pandemia. Tenemos que acelerar en dos vías: la vía del apoyo de los gobiernos y los fabricantes de vacunas a todos los Estados Miembros de la OMS en sus esfuerzos acelerados por generar capacidad de fabricación de vacunas y vacunar a las poblaciones más vulnerables, y la vía de la perseverancia férrea de las personas y las comunidades en el mantenimiento de las medidas esenciales de salud pública para romper las cadenas de transmisión.

La primera vía requiere la aplicación inmediata de los reiterados llamamientos de la OMS y sus asociados de COVAX sobre el uso óptimo de las vacunas. A escala mundial se han distribuido casi 3.000 millones de dosis, de las que solo 90 millones han pasado por COVAX. Hay al menos 60 países que dependen de COVAX para las vacunas y que tienen tasas de vacunación con un promedio inferior al 3%. Se debe poner en marcha una estrategia de ámbito mundial, regional y nacional para vacunar en primer lugar a las personas más vulnerables, y evitar que los trabajadores de la salud, las personas mayores y quienes tienen afecciones subyacentes se vean expuestos al riesgo de enfermarse gravemente.

Ello incluye también apoyar el llamamiento de la OMS para vacunar al menos al 10% de la población de cada país antes de septiembre, y la «campana hasta

diciembre» para vacunar al 40% para finales de 2021. Lograr el objetivo de septiembre implica vacunar a 250 millones de personas adicionales en los países de ingresos bajos y medianos, en tan solo cuatro meses, dando prioridad a todos los trabajadores de la salud y los grupos de mayor riesgo con el fin de salvar vidas.

Estos objetivos están en consonancia con la audaz iniciativa de la OMS, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial del Comercio y el Banco Mundial de hacer un llamamiento para incrementar la financiación en US\$ 50.000 millones para vacunar al 40% de la población mundial antes de finales de año y al 60% para mediados de 2022. Tal inversión palidece en comparación con los billones de dólares en pérdidas y costos económicos provocados por la pandemia.

La OMS sigue trabajando para poner a disposición de todas las personas vacunas seguras y eficaces y otras herramientas, desde la publicación de Listas de uso en Unidades de Emergencia para ocho vacunas hasta la fecha, la puesta en marcha del Acelerador del Acceso a las Herramientas contra el COVID-19 a fin de estimular el desarrollo y acceso a soluciones para diagnosticar, tratar y vacunar a personas vulnerables en todos los países, y la posibilidad de que los países en desarrollo tengan capacidad propia para fabricar vacunas. Para contener esta pandemia es esencial invertir en la capacidad de fabricación y diagnóstico, la capacidad de secuenciación de virus, una vigilancia intensificada de casos y otras medidas.

Los países con las mayores reservas de vacunas no deberían acapararlas ni presionar para vacunar a toda su población, mientras otros países no tienen nada. Ello ni siquiera redundaría en su interés, ya que la intensa circulación del virus en países sin vacunas aumenta la posibilidad de que surjan variantes más transmisibles y peligrosas, lo que amenaza con restar eficacia a las vacunas actuales.

Al mismo tiempo, el mundo no debe perder de vista la segunda vía, que requiere que todas las personas renueven su compromiso de protegerse y proteger a los demás manteniendo la adhesión al uso de mascarillas, el distanciamiento físico, la ventilación y otras acciones de probada eficacia para contener la propagación del virus. Colaborar con las comunidades, generar confianza y empoderar a las personas para que se sientan parte de la respuesta, son las claves que inspiran a la población a continuar, pese a que la pandemia dura ya más de un año.

Lo importante es salvar vidas. Es un imperativo moral de la humanidad. La solidaridad mundial –aún alimentada por el interés egoísta de impedir que surjan nuevas variantes– es más necesaria que nunca. Haciendo un llamamiento activo a un enfoque de doble vía para garantizar la vacunación de los más vulnerables y el mantenimiento de las acertadas medidas de salud pública, y exhortando a quienes podrían poner más de su parte, el mundo entero puede a la vez beneficiarse y salvar vidas. Nadie está a salvo hasta que todos estemos a salvo.

N

Puntos Focales de la AFSM



**Antoinette Loraine
Reid
Barbados**



**Carol Burgher
Jamaica**



**Catherine Cocco
República Dominicana**



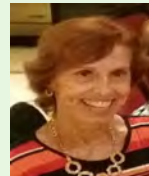
**Cecilia Yépez
Perú**



**Christian Darras
Bélgica**



**Eutimio González
México**



**Haydee Olcese
Perú**



**María Mercedes Rodríguez
Colombia**



**Mena Carto
Guyana**



**Violeta Mata
México**



**Yvette Holder
Caribe Oriental**



**María Teresa Cerqueira
EEUU - Florida**



**Antonio Campino
Brasil – São Paulo**



**Lucimar Coser
Brasil – Brasília**



**Cesar Vieira
Brasil – Rio de Janeiro**



**Mirta Roses-Periago
Argentina**



**Terrence Thompson
EEUU - Michigan**



**Ana Margarita Argueta
de Morales
El Salvador**

Junta Directiva y Voluntarios



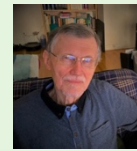
Jeannette Bolaños
Voluntaria



Antonio Hernández
Voluntario



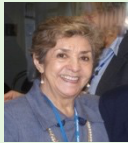
Gloria A. Coe
Presidenta



Stanislaw Orzeszyna
Voluntario



Enrique Fefer
Voluntario



Hortensia R. Saginor
Membresía



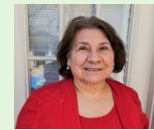
Sylvia Schultz
Tesorera



Carol Collado
Vocal



Hernán Rosenberg
Vice Presidente



Gloria Morales
Secretaria



Marilyn Rice
Vocal



Rolando Chacón
Vocal



Juan Manuel Sotelo
Vocal



Nancy Berinstein
Presidenta Emérita



Germán Perdomo
Presidente Emérito



Última Página

Comités

Comité de Comunicaciones

Coordinador – Antonio Hernández
Miembros –
Stanislaw Orzeszyna, Enrique Fefer, Hernán Rosenberg, Gloria Morales, Germán Perdomo

Comité de Publicaciones

Coordinadora y Jefa de Redacción – Marilyn Rice
Miembros –
Gloria Coe, Carol Collado, Antonio Hernández, Germán Perdomo, Hernán Rosenberg, Hortensia Saginor, Martha Peláez, Sumedha Mona Khanna, Juan Manuel Sotelo, Johanna Ganon

Comité de Extensión y Membresía

Coordinadora – Hortensia R. Saginor
Miembros –
Mónica Bolis, Enrique Fefer, Elizabeth Joscowicz, Hernán Rosenberg, Sylvia Schultz, José Ramiro Cruz, Juan Manuel Sotelo

Comité de Pensión y Seguro de Salud

Coordinadora – Carol Collado
Miembros –
Gloria Morales, Nancy Berinstein, Rolando Chacón, Jerry Hanson, Haydée Olcese, José Luis Zeballos, Juan Manuel Sotelo, Garry Presthus

Webmaster - Stanislaw Orzeszyna

Comité de Relaciones Externas

Coordinador – Hernán Rosenberg
Miembros –
Gloria Coe, Carol Collado

Comité de Elecciones

Coordinador – Rolando Chacón
Miembros –
Enrique Fefer, Antonio Hernández, Sylvia Schultz

Auditor – Fredy Burgos

Presidentes de los Capítulos Nacionales de la AFSM

Capítulo Boliviano
Horacio Toro Ocampo,
horoocampo@yahoo.com

Capítulo Colombiano
Alberto Concha Eastman,
alberto.conchaeastman@gmail.com

Capítulo Brasileiro
César Vieira,
cesarvieira@globo.com