



NEWSLETTER

ASOCIACIÓN DE EX FUNCIONARIOS DE LA OPS/OMS

VOL. XXXIV No.2

JULIO 2023



Las AFSM en la Asamblea de la OMS, con el Dr. Tedros

CONTENIDO

- | | | |
|----|---|---|
| 1 | Editorial | |
| 2 | Las AFSM en la Asamblea de la OMS | 18 |
| 3 | Bienvenida a los nuevos miembros de la AFSM | Reflexiones de una mujer que envejece, 9ª parte |
| 4 | Actualización sobre el Seguro de Salud y la Pensión | 21 |
| 7 | Reserven las Fechas! | Vamos por un década plus: Personas mayores haciendo camino al envejecer |
| 8 | Consejos de Salud: Mantener la masa muscular a medida que envejecemos | 24 |
| 11 | In Memoriam | Estafas enfocadas en los adultos mayores |
| 12 | ¿Qué tal un Pasaporte de salud? | 25 |
| 14 | Mi viaje a los países “Stan” de Asia Central, 1ª Parte | Manejo apropiado del Colesterol: ¿Qué dice la evidencia? |
| | | 30 |
| | | Obituario de Francisco López Antuñaño |
| | | 31 |
| | | Informe del progreso de la AFSM en Bolivia |
| | | 33 |
| | | La Ultima página |

Por Hernán Rosenberg



Ya habíamos informado sobre las excelentes reuniones entre el Director General de la OMS y el Concejo Global de AFSMs, donde el Dr. Theodoros demostró su apoyo a los exfuncionarios proponiendo una serie de medidas para facilitar nuestra labor, las que superaron nuestras propias expectativas. Para nuestra sorpresa, dos semanas después de la reunión nos llegó una invitación de la OMS a cada AFSM para participar en las celebraciones de los 75 años de dicha organización. Tal como lo había prometido. Por la AFSM PAHO asistimos la Presidenta y un servidor. En otro artículo de este boletín presentamos algunas de las actividades y colegas de otras regiones que pudimos conocer en unos pocos días de muy intenso ajetreo. Aquí sólo menciono que visitamos la escuela donde nuestra Presidenta pasó un año - hace varios, lo que resultó en una estimulante caminata de 25,000 pasos (mi récord).

Una de las propuestas más interesantes que hizo el Dr. Theodoros es la de institucionalizar la relación entre las AFSM y la OMS. Como es un tema que hemos levantado algunas veces quisiéramos hacer algunas reflexiones al respecto.

La AFSM, como tal, es una asociación privada de exfuncionarios, sin relación formal con la OMS (o la OPS). Esto contrasta, por ejemplo, con la situación de la Asociación de Personal, la que tiene una relación formal y hasta constitucional con la institución. Por eso la Asociación de Personal tiene oficina, servicios de informática y otros beneficios, además de varias funciones asociadas, como designar un representante a los comités de selección.

La AFSM no tiene ningún vínculo formal comparable. Por supuesto que tenemos excelentes relaciones con la Administración de OPS y con los PWR en muchos países, las que van desde actividades sociales como el seguimiento de trámites asociados con la jubilación por parte de la PWR. Pero estas

relaciones son basadas en la bondad y buena voluntad del Director Regional o el PWR. Es decir, no hay ninguna vinculación formal, fuera del reconocimiento que los exfuncionarios son parte de la familia, y que “una vez OPS, siempre OPS”. Incluso en las pocas circunstancias en que los exfuncionarios tienen un rol formal (como en algunos comités del seguro de salud), estos puestos se llenan por votación directa a nivel global, no a través de las AFSM.

Algunas de las Instituciones Financieras Internacionales como el FMI ya incorporan a su AFSM en su quehacer formal, pero no el sistema ONU en general. Visto así, la oferta del DG es revolucionaria, y pondría a la OMS a la vanguardia de muchas agencias de la ONU.

Las ventajas de dicha oferta se sentirán particularmente en los países. En efecto, la atención de exfuncionarios miembros de AFSM pasará a ser una actividad definida dentro de las funciones de la PWR en lugar de depender de la buena voluntad y disponibilidad de un funcionario. Por su parte, estos podrán utilizar los servicios proporcionados a los exfuncionarios como parte de su informe de desempeño, en lugar de ser una distracción de sus actividades regulares. Es decir, es una situación en que todos ganamos.

Pero con los beneficios siempre vienen obligaciones. La más importante para los miembros de la AFSM es responder pronto y bien a las necesidades de colaboración, facilitando contactos en los países a través de nuestros Puntos Focales, respondiendo a las consultas técnicas sobre el envejecimiento saludable, participando en las actividades de pre-jubilación del personal activo, en comités y muchas que aparecerán en el futuro. Y estas requieren la participación activa de nuestros miembros. Esta será una oportunidad que puede no darse nuevamente, como es tener un DG tan activo y favorable a mejorar las condiciones de los exfuncionarios. Una mayor incorporación de miembros al trabajo de la AFSM es la única manera de poder seguirle el paso a un futuro mejor, donde la “familia OMS” se convierta en una realidad.

El DG ha cumplido su palabra, no lo defraudemos.



Las AFSM en la 76ª Asamblea de la OMS

20 al 24 de mayo de 2023¹

Por M.R. Kanaga Rajan, Presidente, AFSM/SEARO, Nueva Delhi



1) Antecedentes: Las AFSM establecieron un Concejo Global para discutir asuntos de interés mutuo, compartir información y coordinar acciones conjuntas. La presencia del Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, en nuestra reunión del Concejo Mundial del 28 de marzo de 2023 y su plena participación en las deliberaciones fueron de apoyo y alentadoras. El Director General ha establecido normas ejemplares al traducir sus pensamientos y garantías en acciones, y me complace compartir con ustedes que nuestros esfuerzos por mejorar el perfil de los mecanismos regionales de apoyo han comenzado a dar frutos. Esto incluye su invitación a los Presidentes de las AFSM y una persona más para asistir a la 76ª Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra.

2) Predica con el Ejemplo, el 21 de mayo: La OMS organizó un evento especial: “Predica con el Ejemplo”, con motivo del 75º aniversario. El evento comenzó a las 7.30 a.m. con asistencia de unas 3.000 a 4.000 personas desafiando las inclemencias del tiempo y la lluvia. Hubo un ambiente de carnaval de gala con banda en vivo y música folclórica. La OMS, así como otras organizaciones de las Naciones Unidas e internacionales y asociadas que promueven la salud y distribuyen mensajes, recuerdos y lemas de la OMS instalaron puestos de feria en el evento. La caminata cubrió una distancia de 4,2 km. El evento mostró la posición preeminente de la OMS como líder mundial en salud. Los líderes de las AFSM tuvieron una breve oportunidad de saludar al Director General, caminar con él e intercambiar algunas palabras de gratitud y aprecio.

3) Inauguración de alto nivel y apertura de la 76ª Asamblea Mundial de la Salud, el 22 de mayo: La Asamblea Mundial de la Salud se celebró en la nueva Sala Principal de Plenarias del Palacio de las Naciones. Asistieron ministros de salud y embajadores de todo el mundo, jefes de organismos de las Naciones Unidas, organizaciones internacionales acreditadas y asociadas en materia de salud. Las AFSM estuvieron sentadas dentro de la nueva sala principal de plenarias como invitados especiales del DG. Después de los discursos de los Presidentes saliente y entrante de la Asamblea Mundial de la Salud, el Presidente de la Confederación Suiza pronunció el discurso inaugural.

El DG, se dirigió a la Asamblea delineando los 75 años de historia de la OMS, reconociendo las contribuciones de los Estados Miembros y las contribuciones de cada DG anterior, comenzando con el Dr. Chisolm y la Dra. Margaret Chan. Durante su discurso, el DG otorgó premios a la trayectoria de líderes mundiales, entre ellos el profesor J-J Muyembe de la República Democrática del Congo y el profesor Peter Piot de Bélgica.

¹ Esta es una versión reducida del informe completo más largo

Por la noche, las AFSM fueron invitadas a asistir a la recepción ofrecida por el Presidente de la Confederación Suiza, durante la cual tuvimos la oportunidad de interactuar con el Dr. Tedros y una ex DG, la Dra. Gro Harlem Brundtland.

4) Reuniones paralelas: Además de asistir a las sesiones plenarias de la Asamblea, celebramos reuniones paralelas con la Caja de Pensiones de las Naciones Unidas, la Caja de Ahorros de las Naciones Unidas, la AFICS (Asociación de Ex Funcionarios Públicos Internacionales), las actividades de programación del personal de la OMS para el Decenio del Envejecimiento Saludable y el Director de Recursos Humanos de la Sede, designado por el Director General como el enlace con las AFSM.

5) Reunión con el Director General de la OMS: El Dr. Tedros invitó y recibió a las AFSM con calidez, en su oficina en el Palacio de las Naciones. El Dr. Tedros se sentó entre nosotros y reiteró su compromiso de institucionalizar las AFSM como entidades de la OMS. Fue espontáneo y amable y mencionó que se siente honrado de tenernos presentes y se complace en reconocernos y agradecernos por nuestro trabajo y experiencia como ex funcionarios. Repitió su lema **Una vez-OMS-Siempre-OMS**. Nos llevó a la sala donde recibe a los ministros de salud y dignatarios y tomó fotografías oficiales con nosotros. Además, gentilmente nos dio regalos y recuerdos. A lo largo de la reunión, nos sirvieron suntuosos bocadillos, frutas, jugos, té y café.

6) Reunión del Consejo Mundial de las AFSM: Los temas discutidos y deliberados incluyeron el reconocimiento y la institucionalización de las AFSM, la agenda para la próxima reunión del Consejo Mundial, el estado y el intercambio con cordialidad de puntos de vista sobre boletines y comunicaciones, y la necesidad de un compromiso continuo entre sí y con la Sede de la OMS.

Como ex miembros del personal de la OMS, somos insuperables para enarbolar la bandera de la OMS y contribuir con ella y sus causas.



Bienvenida a los Nuevos Miembros de la AFSM

De Bolivia, Joaquín Cuellar Salcedo

De Colombia, Henry Hernández Venecia

De Costa Rica, Carlos Eugenio Rosales

De Costa Rica, Enrique Pérez Gutiérrez

De Ecuador, Miguel Malo Serrano

De Trinidad & Tobago, Karen Sealey

De Washington, DC Godfrey Carmel Xuereb

Actualización sobre el Seguro de Salud y la Pensión

Por Carol Collado y Rolando Chacón

Seguro de salud



Desde la última actualización en nuestro boletín, la OMS ha suspendido efectivamente el estado de emergencia global de la Covid-19. Esto, por supuesto, es un gran alivio para todos, ya que la batalla de tres años contra esta enfermedad dejó al mundo dando vueltas, con efectos en todos los aspectos de la vida. Esos efectos (de salud, sociales y económicos) y los cambios resultantes en la población y en las personas, tienen sus propias consecuencias, y muchas cosas nunca volverán a ser lo que eran antes



de la pandemia. Aunque las consecuencias más graves están mitigadas gracias a nuestro mayor conocimiento y al desarrollo de vacunas y tratamientos, todavía hay razones para mantener la cautela. Otra preocupación es la de la Covid-19 Persistente, independientemente de la fuerza de la infección inicial. Varios estudios europeos correlacionan incidencias neuroinflamatorias con la Covid-19 Persistente. Es bueno estar al tanto de esto si usted o alguien cercano a usted que ha tenido la Covid comienza a mostrar signos de problemas de memoria de "niebla cerebral"¹. En este caso debe buscar atención médica ya que existen tratamientos que pueden disminuir estos efectos. En la mayoría de los países, las medidas de precaución como el distanciamiento social y el uso de mascarillas se han vuelto poco comunes. La cuestión de usar o no este tipo de medidas preventivas es individual y se debe cimentar en evaluaciones basadas en el riesgo de la prevalencia en su comunidad, sus riesgos personales, como problemas de salud crónicos o problemas de inmunidad, y los tipos de actividad involucrados. Todavía se recomienda que se usen máscaras en lugares como centros de atención médica, como consultorios médicos u hospitales. Una palabra final sobre la prevención con respecto a la Covid por ahora: el Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados que asesora a la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (el organismo regulador de las vacunas en los Estados Unidos) recomienda que todas las poblaciones susceptibles, incluyendo a los adultos mayores, reciban el refuerzo Omicron 100%, no así las vacunas anteriores con bases simples o bivalentes.

La OMS también ha puesto fin a la emergencia mundial sobre la viruela de los monos (descrita en un boletín anterior de la AFSM). Una amenaza para nuestra salud que está en la lista de vigilancia es el resurgimiento de la propagación de la gripe asiática (gripe "aviar"). Observada inicialmente en América del Norte, ya se detectó tanto en América Central como en América del Sur. En 2022 causó la destrucción o muerte de más de 131 millones de aves de corral domésticas, con las consiguientes consecuencias económicas de aumentos de costos en todos los productos relacionados con las aves y el impacto en los productos alimenticios disponibles que a su vez afectaron el estado nutricional. Una preocupación adicional es que se ha encontrado en animales domésticos como gatos y perros, con el potencial de transmitirlo a los humanos. Se está monitoreando y la OMS espera tener un análisis de riesgo actualizado en septiembre.

¹ Esta disfunción cognitiva que incluye olvidos, confusión y agotamiento, tiene distintas causas como la covid, los cambios hormonales y la esclerosis múltiple. Los investigadores empiezan a comprender cómo identificarla y atenderla.

Otra amenaza incipiente es la de los cambios en el clima y sus consecuentes cambios ambientales. Una de las primeras amenazas en aparecer fue la del aumento de las temperaturas que hicieron que los ambientes fueran más propicios para enfermedades transmitidas por vectores como la malaria, el zika y el dengue. La malaria y el dengue se identificaron más al sur de las Américas y en áreas periurbanas. El aumento de las temperaturas también amenaza a muchas poblaciones de adultos mayores que no tienen acceso a entornos refrescantes. Las olas de calor recientes en el hemisferio norte han resultado en pérdidas de vidas sin precedentes en la población mayor. Si se encuentran en estas áreas, tengan cuidado, manténganse hidratados y eviten estar afuera durante períodos prolongados cuando el sol está alto.

El papel de la alimentación y el ejercicio tanto en la salud como en el envejecimiento es bien reconocido. La investigación continua confirma que el consumo de una alimentación saludable, que incluye pescado, verduras, bayas, nueces y cantidades controladas de grasas y carbohidratos, contribuye a la buena salud y la longevidad. La OMS actualizó las pautas para grasas totales, grasas saturadas y trans, y carbohidratos de calidad, y por primera vez incluyó recomendaciones para niños y adolescentes de diferentes edades, con el fin de reducir el riesgo de aumento de peso no saludable y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, como diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer.²

En términos de ejercicio, ahora se sabe que CUALQUIER ejercicio es mejor que ninguno. Esto puede ser tan simple como ejercicios de estiramiento para aquellos que no pueden caminar o realizar otras actividades más enérgicas. Recuerde: ¡usted es responsable de hacer lo que pueda para estar saludable!

Algunas noticias y recursos interesantes

La OMS ha iniciado un canal de WhatsApp en Colombia, y se esperan más pronto. En Estado o Actualizaciones, brinda acceso a valiosa información actual.

Un esfuerzo de varias agencias de la ONU para prevenir y responder a la violencia contra las mujeres y las niñas ha creado un nuevo sitio web RESPECT:

<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.19>

En nuestro propio sitio web de AFSM <https://afsmpho.com>, se agregaron varios documentos relacionados con la salud. En la página de inicio pueden encontrar un título que los llevará a un documento de tres páginas sobre “acciones importantes en caso de muerte”. Sintetiza y da instrucciones sobre qué hacer en materia de salud, pensiones, seguros de vida, y cooperativas de ahorro y crédito. Les recomendamos que lo imprimen y lo guarden con sus documentos importantes para que esté a mano en caso de muerte. En Recursos, también encontrarán nuevos documentos que identifican el trabajo que AFSM realizan con las Oficinas de PWR para estimular la inclusión de los jubilados como parte de la familia de la OMS/OPS, así como las responsabilidades de la PWR. También hay un documento sobre “Recomendaciones de AFSM” que especifica las cosas que se deben mantener actualizadas para no perder ninguno de los beneficios a los que tenemos derecho.

De acuerdo con la definición de la OMS de que la salud se está convirtiendo en una realidad, una compañía de seguros de América del Norte, Elevance Health, publicó en el New England Journal of Medicine un “Índice de Salud Integral” que incorpora datos representativos de factores sociales,

² <https://www.who.int/news/item/17-07-2023-who-updates-guidelines-on-fats-and-carbohydrates>

físicos y de salud conductual tanto a nivel del paciente como a nivel de la población, el que se considera útil para orientar acciones a nivel de salud individual y poblacional

<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.23.0015>

¡Manténgase seguro, manténgase saludable y disfrute de estar jubilado!

Pensión

La CCPPNU anunció que comenzará a enviar los Certificados de Derechos (CE) por correo a partir del 30 de junio de 2023. Los formularios se enviarán a todos aquellos que aún no hayan utilizado la opción digital (DCE) para este año. Si ya se registró con el DCE pero aún no lo ha utilizado en 2023, tiene la opción de usar el formulario en papel que se le envió o el DCE, pero si ya usó el DCE este año, no necesita enviar nada más. Antes de tomar la decisión, diríjase a su portal de “Autoservicio para los Miembros” (MSS) para verificar que su DCE se haya registrado para 2023.

Hay varias formas de demostrar que sigue vivo:

- . Firmar y devolver por correo el CE en papel o escanearlo original y cargarlo a través del MSS
- . Descargar una copia del CE de su MSS, imprimirlo, firmarlo y cargarlo dentro del MSS
- . Registrarse para el DCE y completar las instrucciones en su teléfono inteligente

Cualquier persona que necesite ayuda con este proceso puede contactarnos a través de nuestro correo electrónico: afsmpho@gmail.com

La Caja de Pensiones firmó un contrato para trasladar la mayor parte de su tecnología de la información y la comunicación (TIC) a la nube. Este proceso se inició en marzo de 2023 y se implementará en fases hasta 2024. El ahorro de costos y la flexibilidad son algunas de las ventajas esperadas. Se puede encontrar más información en <https://www.unjspf.org/newsroom/migrating-the-unjspf-it-systems-to-the-cloud-what-you-need-to-know/>.



¡Reserven las fechas!
Almuerzo en persona el 5 de octubre
Asamblea General de la AFSM el 6 de diciembre

Han pasado demasiados años desde que disfrutamos de nuestro último maravilloso y delicioso almuerzo juntos, con oradores invitados y tiempo para disfrutar y apreciar el encuentro con nuestras amistades a través de los años y los continentes.

Gracias a Hortensia Saginor, nuestra Oficial de Membresía de la AFSM, estamos planeando un almuerzo el **jueves 5 de octubre a las 12 del mediodía**. Estamos enviando este anuncio a todos nuestros miembros, invitando a aquellos de ustedes que puedan estar planeando visitar el área metropolitana de Washington, DC a considerar la posibilidad de unirse a nosotros el 5 de octubre. El sitio será anunciado a su debido tiempo.

Nuestros ponentes invitados serán:

- ◆ **Martha Peláez, ex Asesora Regional sobre Envejecimiento, de la OPS y actual Coordinadora del Comité de Envejecimiento Saludable de la AFSM. También es miembro de la Junta Directiva del Consejo Nacional sobre el Envejecimiento de los Estados Unidos (EUA). Nos complace que haya aceptado hacer una presentación sobre el Decenio de las Naciones Unidas para el Envejecimiento Saludable. Esta colaboración mundial entre muchas sociedades tiene la intención de mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y sus comunidades. Nosotros, los ex funcionarios de la OPS, podemos ser beneficiarios y defensores de este emocionante esfuerzo.**
- ◆ **Hernán Rosenberg, ex Oficial de Relaciones Externas y Movilización de Recursos de la OPS, quien posteriormente se convirtió en Jefe de la Unidad de Planificación y Apoyo a Programas de la OPS. Hernán está desempeñando un papel clave como miembro del Consejo Global de las AFSM, representando a la AFSM/OPS, en las conversaciones con el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus. Hernán es el vicepresidente de la AFSM OPS y miembro fundador de la Organización de Resultados del Desarrollo, basada en los EUA. Su presentación se centrará tanto en los desafíos como en las estrategias claves que están considerando las AFSM y el Dr. Tedros para formalizar la participación de las AFSM en el quehacer de la OMS.**

Por otra parte, les informamos que la Asamblea General anual continuará siendo virtual y se llevará a cabo el **miércoles 6 de diciembre a las 10:30 AM**, hora de Washington, DC. Pónganla en su agenda y únense a la reunión.

Manteniendo la masa muscular a medida que envejecemos

Por María Teresa Cerqueira



La pérdida de masa muscular es un proceso natural del envejecimiento. Comienza temprano, cuando tenemos 30 años. Si no hacemos nada, es probable que tengamos signos de sarcopenia¹ para cuando cumplamos 80 años. La sarcopenia afecta la forma en que funcionamos y es un factor de riesgo importante para las caídas. Menos masa muscular significa mayor debilidad y menos movilidad, los que pueden aumentar el riesgo de caídas y fracturas. Las personas con sarcopenia tienen más del doble de riesgo de sufrir una fractura por una caída, como fractura de cadera, clavícula, pierna, brazo, muñeca o rodilla. Pero el hecho de que perdamos masa muscular no significa que se haya ido para siempre. La buena noticia es que podemos hacer algo para posponer el daño de la sarcopenia e incluso revertirlo; no cuesta dinero y no necesitamos receta médica.

Mantener nuestra masa muscular a medida que envejecemos es fundamental para prolongar una vida activa y saludable. Es importante para la movilidad y la fuerza en nuestras actividades diarias. Rara vez se habla de la pérdida de masa muscular, y muchas personas aceptan sus signos (como la pérdida de energía y fuerza) como una parte natural e incluso normal del envejecimiento. Pero perder masa muscular a medida que envejecemos no es necesariamente cierto. Nuestra masa muscular disminuye a medida que envejecemos en aproximadamente un 3-8% por década a los 30 años, y la tasa de pérdida puede ser aún mayor después de los 60 años. Esta pérdida involuntaria de masa muscular, fuerza y función es una causa fundamental que contribuye a gran parte de la discapacidad en las personas mayores. Como dice el dicho “úsalo o piérdelo”.

La falta de actividad física y movimiento provocan atrofia (la degeneración progresiva o el encogimiento del tejido muscular o nervioso). Las personas a menudo se sienten cansadas debido a un estilo de vida sedentario. ¡Muchos de nosotros somos “adictos al sofá”! Ver la televisión contribuye a sentarse y no moverse. Además, los muchos anuncios de comida nos inducen a comer muchos bocadillos con calorías vacías. El sobrepeso y la obesidad también contribuyen a una menor actividad física.

Si bien no hay un tiempo de parada, hay muchas maneras de ayudar a que disminuya la velocidad. Es posible que muchos adultos mayores aumenten la fuerza muscular con el ejercicio. De hecho, puede tomar trabajo, dedicación y tenacidad trabajar en un plan de ejercicios, pero nunca es demasiado tarde para mantener e incluso reconstruir nuestra masa muscular.

La “atrofia por desuso” se puede prevenir y tratar con ejercicio regular y una mejor nutrición. Si es necesario, los proveedores de atención médica pueden recomendar fisioterapia o un plan de ejercicios. Incluso si no podemos mover activamente ciertas articulaciones de nuestro cuerpo, aún podemos hacer ejercicios con una férula o un aparato ortopédico.

¹ Pérdida involuntaria de masa y fuerza muscular esquelética relacionadas con la edad

Mantener la fuerza y el equilibrio de las piernas son las dos claves para prevenir caídas. Específicamente, actividades como subir escalones y hacer sentadillas ayudan a fortalecer las piernas, y el equilibrio se puede mejorar de diferentes maneras, ¡incluso simplemente pararse sobre una pierna! Realice actividades para mantener la fuerza de las piernas, como ponerse en cuclillas o subir escaleras. Intente pararse sobre una pierna durante unos 10 segundos, asegúrese de hacerlo de manera segura, al lado de una mesa para mantener el equilibrio.

Para ganar más masa muscular, necesitamos un plan de ejercicios estructurado y detallado. Debe adaptarse al individuo con el objetivo de progresión y mejora. Debe centrarse en elementos individuales como ejercicios específicos, repeticiones de carga y períodos de descanso, y debe ser desafiante pero no abrumador.

Consulte con su proveedor de atención médica antes de embarcarse en cualquier tipo de rutina de entrenamiento de fuerza. Luego contrate a un entrenador personal bien calificado para ayudar a establecer una secuencia detallada y supervisar sus entrenamientos iniciales para garantizar que se realicen de manera segura y de la mejor manera. A medida que avanza, puede realizarlos por su cuenta. Un plan de ejercicio típico podría incluir:

- 8 a 10 ejercicios que se enfoquen en todos los grupos musculares principales
- 12-15 repeticiones
- 2-3 veces por semana

Ejemplos de entrenamiento de fuerza:

- Pecho: presión de banca, presión de pecho, flexiones.
- Hombros: presión por encima de la cabeza, elevaciones laterales, elevaciones frontales.
- Bíceps: crespito de bíceps, crespito de martillo, crespito de concentración.
- Tríceps: extensiones de tríceps, fondos, contragolpes.
- Espalda: remo a un brazo, extensiones de espalda, jalones.
- Piernas: sentadillas (ponerse en cuclillas es uno de los mejores ejercicios de resistencia que puede hacer), estocadas (una excelente manera de mejorar la fuerza y la estabilidad en las piernas al equilibrar todo el peso corporal en una pierna durante un corto período de tiempo), extensiones de piernas y bandas de resistencia

Después de haber establecido una rutina, hay varias formas de progresar. Lo más fácil es agregar una segunda y luego una tercera serie de ejercicios. Otra forma es disminuir el número de repeticiones por serie y aumentar el peso o la resistencia hasta el punto en que podamos completar al menos ocho repeticiones, pero no más de 12. A medida que mejoramos, podemos aumentar el peso por ensayo y error, por lo que nos mantenemos dentro del rango de ocho a 12 repeticiones. Es muy importante mantenerse hidratado.

En conclusión, solo caminar no fortalecerá, mantendrá o revertirá la masa muscular de la parte superior del cuerpo, tan importante para mantener la función. A medida que envejecemos, necesitamos ejercicios de resistencia, equilibrio y fortalecimiento para garantizar que nuestro corazón y nuestros músculos funcionen. ¡Y se ha demostrado que tanto los ejercicios cardiovasculares como los de fortalecimiento son una excelente manera de evitar la pérdida de memoria!

Nuestra dieta es crítica, y la proteína en los alimentos que comemos juega un papel importante en la construcción de masa muscular. El cuerpo descompone las proteínas en nuestra dieta en aminoácidos, que son los componentes básicos que construyen y forman nuestra masa muscular. Los expertos en el campo de las proteínas y el envejecimiento recomiendan una ingesta de proteínas entre 1.2 y 2.0 g/kg/día o superior para adultos mayores que realizan entrenamiento de resistencia. Por ejemplo, una mujer de 140 libras necesitaría alrededor de 90 g al día, un hombre de 175 libras necesitaría alrededor de 79 g a 103 g al día. Si es posible, divida la proteína en partes iguales entre las comidas diarias para maximizar la síntesis de proteína muscular. Esta es una cantidad alta en comparación con la dieta promedio, pero hay muchas maneras de obtener la proteína adicional necesaria. Tanto las fuentes animales como las vegetales son buenas. El pescado, las carnes magras, los huevos, la leche son buenos, así como los frijoles, las nueces y los productos de soya como el edamame². Todos ellos son excelentes fuentes de las proporciones adecuadas de los aminoácidos esenciales. Sin embargo, es importante mantenerse alejado de las carnes rojas y procesadas debido a sus altos niveles de grasas saturadas y aditivos. En su lugar, consuma opciones más saludables, como:

- 3.5 onzas de pollo magro o salmón (31 g y 24 g)
- 6 onzas de yogur griego natural (17 g)
- 1 taza de leche descremada (9 g)
- 1 taza de frijoles cocidos (18 g)

Las proteínas en polvo se pueden agregar a todas las recetas o platos, como sopas, batidos, cereales, yogur, avena y muchos otros platos. Aunque las fuentes de alimentos son mucho mejores, cuando consumir suficientes proteínas o calorías es una lucha, los suplementos dietéticos pueden ser útiles.

En resumen, para las personas mayores, el ejercicio y una buena nutrición son la clave para un envejecimiento saludable. Las recomendaciones incluyen:

1. Coma cantidades adecuadas de proteína. El cuerpo descompone los alimentos ricos en proteínas y los convierte en aminoácidos que utiliza para desarrollar músculo.
2. Haga entrenamiento de resistencia todos los días. Una rutina constante de entrenamiento de fuerza construye masa muscular.
3. Aumente la ingesta de alimentos o suplementos ricos en Omega-3.
4. Asegúrese de que el proveedor de atención médica controle sus niveles de vitamina D.
5. Muévase, camine, baile, nade o practique algún deporte. Durante el día sea más activo que inactivo.

En conclusión: Manténgase en movimiento. Para mantener los músculos y la fuerza, realice ejercicio regularmente, incluido el entrenamiento de resistencia. Únase a un grupo que regularmente camine o haga yoga. Recuerde las proteínas: consuma buenas fuentes de proteínas como el pescado, las nueces, la leche baja en grasa, el yogur, el queso, las carnes magras, los huevos y los frijoles. Trate de incluir 20-25 gramos de proteína en cada comida.

² Frijol de soya

Referencias

¿Cómo puede el entrenamiento de fuerza desarrollar cuerpos más saludables a medida que envejecemos? (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento)

<https://www.nia.nih.gov/news/how-can-strength-training-build-healthier-bodies-we-age>

Cambios en el tejido muscular con el envejecimiento (Biblioteca Nacional de Medicina)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804956/> (Solo en Inglés)

Ingesta de proteínas y función muscular en adultos mayores

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4394186/> (Solo en Inglés)

Equilibrio y fuerza de piernas racional

<https://bigthink.com/health/balance-predicts-death-older-adults/> (Solo en Inglés)

Cambio en tejido muscular al envejecer

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3874224/> (Solo en Inglés)

Protein Consumption and the Elderly: What is the Optimal Level of Intake?

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4924200/> (Solo en Inglés)



| <i>In Memoriam</i> | |
|--|--------------------------------------|
| FALLECIMIENTOS REPORTADOS EN 2023 Y NO INFORMADOS PREVIAMENTE | |
| En 2022 | En 2023 |
| Ma. Therese McDermit – Mayo 19 | René González – Mayo 5, 2023 |
| Rafael Cedillo – Mayo | Nancy Louise Hurst – (? Junio, 2023) |
| Teresa Sherman – Agosto. 20 | Julieta Rodríguez – Julio 5, 2023 |
| Robert Tonn – Septiembre 19 | Miguel Segovia, – Julio 23, 2023 |
| Virgilio Escutia – Septiembre 21 | |
| Hernando Cárdenas – Noviembre 22 | |
| Jairo Niño – (? Diciembre 2022) | |

Avances en el desarrollo de la AFSM en Bolivia

Por Hugo Prado Monje



El 4 de noviembre de 2022 se llevó a cabo una reunión con el Dr. Alfonso Tenorio, Representante interino de la OPS/OMS en Bolivia, en ausencia de la Representante Dra. Alma Morales. También participó el Lic. Gilberto Barros, Administrador de la Representación. En conjunto Horacio Toro Ocampo y Yo, propusimos dicha reunión con el propósito de buscar caminos que mejoren y sistematicen las relaciones y la colaboración entre la Representación, los exfuncionarios en Bolivia y la Asociación de Ex funcionarios de la OPS/OMS (AFSM).

Luego de un productivo intercambio de ideas se concluyó que la Representación estaba en la mejor disposición de colaborar con los exfuncionarios en los aspectos más importantes para ellos, tales como el seguro de salud, la pensión de las Naciones Unidas, los acuerdos con instituciones de salud que los atiendan, la promoción del contacto social entre los exfuncionarios, y la inclusión de ellos en las actividades promovidas por la Representación en temas de desarrollo técnico, científico y actividades sociales.

Posteriormente, Horacio Toro Ocampo fue nombrado Punto Focal de la AFSM para Bolivia y desde entonces, con la colaboración de los miembros de la Asociación, incluyendo a José Luis Zeballos que reside en La Paz, ha mantenido el contacto con la Representación. Así, gracias a la buena disposición de la Representante y otros funcionarios de la oficina, se ha mantenido un permanente y fluido intercambio de información y colaboración con el Punto Focal y la AFSM en Washington.

Los acuerdos a los que se ha llegado hasta el momento son los siguientes:

1. Nombrar un Punto Focal de la Representación para el contacto con los exfuncionarios. En este sentido el Lic. Gilberto Barros fue designado como punto focal.

2. Asegurar el contacto con todos los exfuncionarios que vivan en Bolivia para actualizar la base de datos con sus nombres, direcciones y contacto. Esta base incluirá a los cónyuges y personas de apoyo que sean designadas por los exfuncionarios. La Representación ha encargado de este tema a la Lic. Carmela González.
3. Recabar la información más actualizada, en relación con el seguro de salud, la pensión y otras necesidades que pueden afectar la calidad de la vida de los exfuncionarios.
4. Revisar los convenios existentes con algunas instituciones de salud como la Clínica del Sur y el Hospital Arco iris en La Paz, en relación con la atención preferente para tratamiento y hospitalización de los exfuncionarios. Igualmente identificar y se proponer acuerdos de atención preferente con entidades de salud en las ciudades de Cochabamba y Santa Cruz.
5. Realizar sesiones vía Zoom con los exfuncionarios, para apoyarlos administrativamente y en tiempo real en el llenado de los formularios del seguro de salud, los Certificados de Derechos (CE) y otros que sean necesarios.
6. Hacer un llamado especial a todos los exfuncionarios para que colaboren con esta iniciativa, proporcionando detalles correctos de ellos, sus cónyuges, personas designadas, direcciones, teléfonos, correos electrónicos y otros que se consideren importantes.

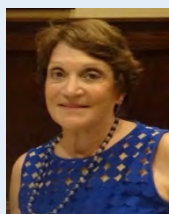
Actualmente la AFSM por medio de su Punto Focal está en contacto permanente con la Dra. Alma Morales PWR/BOL y el personal de la Representación, a quienes agradecemos su generosa disposición para colaborar con nuestros exfuncionarios y sus familias.



Mi viaje por la Ruta de la Seda - Parte 1

La historia de la Ruta de la Seda

Por Marilyn Rice



Siempre me han fascinado otras culturas, tradiciones y creencias, y experimentar la Ruta de la Seda en persona estaba en mi lista de deseos. Había planeado un viaje a cinco de los “Stans” de Asia Central (Tayikistán, Uzbekistán, Turkmenistán, Kazajstán y Kirguistán) en 2020 y, debido a la COVID, se pospuso tres veces. Finalmente, en abril de 2023 pude hacer el viaje a cuatro de ellos, pero Turkmenistán seguía cerrado debido a una cuarentena de diez días por la COVID. Así que me quedaría sin conocer el país más cerrado del mundo después de Corea del Norte.

Había pensado escribir este artículo como una descripción cronológica de los países y lugares que visité, pero para describir mejor lo que ha ocurrido en esos países a lo largo del tiempo y evitar duplicaciones, he decidido dividirlo en entregas. La primera, para este boletín, tratará de la historia y la trayectoria de la Ruta de la Seda. La segunda parte, para el siguiente boletín, tratará temas más actuales y retrospectivos como la religión y las costumbres (creencias y prácticas: matrimonio y robo de novias, supersticiones y vestimenta). La tercera parte mostrará diferentes aspectos de la arquitectura, sobre todo los edificios religiosos. La cuarta parte abordará la Artesanía y el Arte. En la quinta parte compartiré con ustedes algunas de las maravillosas músicas y danzas que presencié. Y en la sexta parte les mostraré la variedad de alimentos y mercados que experimenté.

La historia de la Ruta de la Seda

La Ruta de la Seda no es un camino real ni una ruta única. El término se refiere más bien a una red de rutas utilizadas por los comerciantes durante más de 1.500 años, desde que la dinastía Han de China abrió el comercio en 130 a.e. hasta 1453, cuando el Imperio Otomano cerró el comercio con Occidente.

En el siglo I a.e., la Ruta de la Seda era una importante ruta comercial recorrida por mercaderes que empezaba en Xian (China) y terminaba en Roma (Italia), recorriendo 8.000 km y tardando más de un año en completar el trayecto. Un extremo conectaba el Mediterráneo oriental con Asia Central y el otro iba de Asia Central a China. Para protegerse, los comerciantes se unían en caravanas con camellos u otros animales de carga. Con el tiempo, surgieron grandes posadas para alojar a los mercaderes viajeros. Pocas personas recorrían toda la ruta, lo que dio lugar a una multitud de intermediarios y puestos comerciales a lo largo del camino. Aunque en esta ruta se transportaban muchas mercancías de este a oeste, como porcelana, caballos y papel, la seda era el artículo más importante ypreciado. La aristocracia romana tenía una gran demanda de seda, cuyos orígenes y técnicas de producción en China se mantenían en secreto, hilada a partir de los capullos de gusanos que se alimentan de moras. Aunque eran relativamente pocos los que podían permitirse comprar seda, mucha gente dedicaba su vida a

fabricarla. Alrededor del siglo X, el actual Turkmenistán se convirtió en el mayor exportador de seda al mercado europeo y la lengua principal de la literatura, el gobierno y el comercio pasó del persa al árabe.

Podría decirse que lo más importante que se comerciaba a lo largo de la ruta de la seda eran las ideas. Fue la ruta principal para la difusión del budismo, convirtiéndolo en una de las mayores religiones del mundo. Muchos monasterios se convirtieron en puntos de paso de las caravanas que recorrían la Ruta de la Seda. Lo mismo ocurrió más tarde con el establecimiento del Islam, cuyas madrasas (escuelas religiosas) también sirvieron de puntos de paso para las caravanas.

Los movimientos de Gengis Kan (1155-1227) y sus seguidores mongoles fueron decisivos para aumentar el comercio entre diversas poblaciones, ya que saquearon la mayoría de las ciudades, de las que sólo se salvaron algunas joyas arquitectónicas. Ejecutaron un genocidio generalizado de la población indígena indo-persa, cuya cultura y patrimonio fueron rápidamente sustituidos por otros mongol-turcos. También destruyeron las ciudades y los sistemas de riego de la región. En el siglo XIII, la seda ya se producía en Europa, pero se sigue considerando que la seda más fina se produce en Asia Central. Asia Central ha sido moldeada por estar en el corazón de la ruta comercial este-oeste y por el flujo constante de ideas.

Marco Polo (1254 -1324) siguió con el establecimiento de muchos centros de aprendizaje, y cuando el emir Temur tomó el poder, intentó restaurar o construir nuevas estructuras lo más rápido posible, con el lema "si quieres saber lo fuerte que soy, mira lo que he construido y dejado". Logró unir todo el oeste de Asia Central, Irán y Asia Menor. También plantó muchos jardines y huertos frutales, y estas grandes ciudades fueron centros de aprendizaje y conocimiento, donde se produjeron manuscritos históricos, algunos de los cuales aún pueden verse. En Tashkent vimos uno de los libros del Corán más antiguos que se conservan, y en Bujará, una de las Tora judía más antigua que existe.

En 1370, Amir Temur estableció un imperio con Samarcanda como capital y gobernó hasta 1405, cuando murió de neumonía. Se pasó la vida en campañas bélicas. Controló el 70% de la Ruta de la Seda y garantizó su seguridad, apoyando y fomentando así el comercio a lo largo de 13.000 km. Dejó tras de sí enormes estructuras de nueva construcción. Uno de sus nietos, Ulugbek, construyó el primer observatorio astronómico de Asia, y haciendo cálculos todos los días durante un año fue capaz de calcular la duración de un año solar; se equivocó por sólo 50 segundos. Hoy en día la astronomía sigue muy desarrollada en Uzbekistán; hay seis cráteres en la Luna que llevan el nombre de Ulugbek. Tras la muerte de Amir Temur, sus gobernantes lucharon entre sí por el poder y el control, lo que provocó el colapso del imperio y el auge del transporte marítimo en sustitución de la Ruta de la Seda.

Las principales ciudades transoceánicas de Dushanbe, en Tayikistán, y Tashkent, Samarcanda y Bujará, en Uzbekistán, fueron algunas de las más prósperas del mundo gracias a los viajeros de la Ruta de la Seda, y al estar en el corazón de la ruta comercial este-oeste fueron el centro de un flujo constante de ideas, lo que hizo que estas ciudades se convirtieran en importantes centros de aprendizaje. Los caballos introducidos en China contribuyeron al poderío del Imperio Mongol, mientras que la pólvora procedente de China cambió la naturaleza misma de la guerra en Europa y más allá. Las enfermedades también viajaron a lo largo de la Ruta de la Seda. Algunas investigaciones sugieren que la peste negra, que devastó Europa a finales de la década de 1340, probablemente se propagó desde Asia a lo largo de la Ruta de la Seda. El papel se inventó en China en el siglo III a.e., y su uso se extendió a través de la Ruta de la Seda, llegando primero a Samarcanda hacia el año 700, antes de llegar a Europa a través de

los puertos islámicos de Sicilia y España, lo que propició importantes cambios industriales, y la palabra escrita se convirtió por primera vez en una forma clave de comunicación de masas. El posterior desarrollo de la imprenta de Gutenberg permitió la producción masiva de libros y, más tarde, de periódicos, haciendo posible así un mayor intercambio de noticias e información.

En el siglo XIX, los rusos empezaron a asentarse en Asia Central y, con el tiempo, se involucraron militarmente, convirtiendo las principales ciudades centroasiáticas en protectorados rusos. En la década de 1920 se creó la Unión Soviética, y todos estos territorios sucumbieron al comunismo. El Partido Comunista era el único legal, y la religión de cualquier tipo se consideraba subversiva, por lo que se cerraron las mezquitas y madrasas como lugares de culto.

El río Amu Daria era una importante fuente de agua que desembocaba en el mar de Aral. En el desierto el agua es más valiosa que el oro e históricamente los nómadas se desplazaban para seguirlo a medida que su curso cambiaba con el tiempo, hasta que la gente aprendió a aprovecharlo para abastecer de agua a cientos de miles de personas para su uso diario. Las orillas del mar de Aral empezaron a retroceder cuando la URSS comenzó a desviar grandes cantidades de agua de los ríos Amu Daryla y Syr Darya para regar cultivos de algodón. Ahora casi se ha secado, debido al movimiento soviético para cultivar una importante cosecha de algodón que consume agua, y Uzbekistán no tenía acceso directo al mar abierto. Los soviéticos intentaron acabar con la vida de los nómadas de Asia Central, que habían sobrevivido perfectamente viviendo en sus yurtas y desplazándose según las estaciones con sus animales. Bajo el régimen de Stalin, los nómadas se vieron obligados a trasladarse a casas en granjas colectivas, a pueblos y ciudades, y a permanecer allí todo el año, lo que supuso un choque psicológico para ellos. Aunque los soviéticos les dieron escuelas y asistencia sanitaria, utensilios de cocina y tractores, tuvieron que adaptarse a una nueva forma de entender el espacio y el tiempo y cultivar la tierra para producir algodón. Como los antiguos nómadas llevan ya unas cuantas generaciones viviendo de esta nueva manera, incluso con la desintegración de la Unión Soviética y la independencia de los países, la gente se ha quedado en las ciudades a las que se han acostumbrado las nuevas generaciones.

Los soviéticos fusionaron países y pueblos sin tener en cuenta su cultura y sus lenguas. Muchos turcos y tayikos viven en Afganistán, en Uzbekistán muchos hablan tayiko como lengua materna, y los uzbekos constituyen un buen porcentaje de la población de Kirguistán y Tayikistán. La gente se identificaba más con sus clanes, culturas y lenguas que con el país al que pertenecían. En 1991, con la

desintegración de la Unión Soviética, se crearon las cinco repúblicas postsoviéticas de Asia Central siguiendo las líneas trazadas en los años 1920, bajo Stalin, con la idea de crear lazos más fuertes con Rusia que entre ellas, dando así a Moscú un mayor control económico y político. Al día de hoy, esta relación es más fuerte que la cooperación entre los cinco países, y con las dificultades económicas, muchos hombres abandonan a sus familias para ir a trabajar a Rusia y enviar dinero a casa. Alrededor del 40% de los ingresos de Tayikistán procede de las remesas de los trabajadores en el extranjero, la mayoría de ellos en Rusia. Bajo la URSS, no había fronteras reales que



cruzar, pero hoy éstas crean barreras físicas y odio entre la gente. Todavía hay muchos puntos en común entre los territorios en cuanto a lengua (la mayoría habla ruso) y religión (islam). Pero todos los países se muestran inflexibles en su deseo de mantener alejados a los fundamentalistas islámicos. Uzbekistán, con sus numerosas ciudades importantes (Bishkek, Samarcanda, Tashkent), me pareció el país más desarrollado, y Kirguistán, el más rural y menos moderno, con todavía muchos nómadas a pesar de su extenso territorio geográfico.

Geográficamente, Uzbekistán es principalmente desértico, salvo por el valle de Fergana, rodeado por la frontera montañosa con Tayikistán y Kirguistán. Tayikistán es mayoritariamente montañoso, con los picos más altos en la cordillera del Pamir (que acaba uniéndose al Himalaya en el sureste). Aunque Kazajstán es el noveno país más grande del mundo, gran parte de su superficie está cubierta por el desierto. Kirguistán es muy montañoso, dominado por picos nevados, glaciares y lagos de gran altitud.



Las personas que conocimos compartían sentimientos muy encontrados sobre los beneficios y las dificultades de vivir bajo el régimen soviético y las que experimentaron en sus vidas después. En el lado negativo, bajo Stalin no se podía viajar al extranjero, los coches eran sólo para privilegiados, se suprimían todas las religiones y se aplastaba de inmediato cualquier creatividad u oposición a la forma de hacer las cosas del gobierno. En el lado positivo, la vida era predecible, el acceso a la educación y a los servicios sanitarios era gratuito, la seguridad laboral y la baja por maternidad estaban garantizadas, y las mujeres recibían el mismo trato que los hombres en salarios y oportunidades de empleo; nadie moría de hambre, y todos tenían vivienda y alguna pensión al jubilarse. Tras el colapso

del sistema soviético, las cosas cambiaron drásticamente y repentinamente: no hubo transición. La gente era libre de viajar al extranjero si disponía de recursos, pero viajar a cada uno de los nuevos estados independientes se hizo muy difícil. Hoy existe una gran desigualdad, pobreza, desempleo, falta de vivienda, inanición, delincuencia, abuso de sustancias y un acceso limitado a la educación y a los servicios sanitarios. Hay mucha más corrupción en los gobiernos y se da valor al lujo y a las cosas materiales.

En el mundo actual, cada uno de los cuatro países lucha por su propia identidad, independencia y supervivencia. Acorraladas entre Rusia y China, estas dos potencias mundiales se disputan la influencia y el dominio. Vimos el resultado de esto en las carreteras y líneas de tren construidas por cada una de ellas a través del vasto terreno de Uzbekistán. Tayikistán (donde parte de la oposición ha entrado a formar parte del gobierno y el papel de los grupos no gubernamentales se ha ampliado en los últimos años) parece ser el país más abierto políticamente, aunque sigue luchando por dar verdadera voz a la población. En un principio, Kazajstán y Kirguistán parecían avanzar con paso firme hacia el desarrollo de una política democrática o casi democrática, pero en los dos últimos años los regímenes de ambos países se han vuelto más autocráticos. Uzbekistán ha tenido gobernantes fuertes desde el principio y, cuando estuvimos allí en abril, el actual presidente consiguió que se aprobara un referéndum para sustituir los dos mandatos presidenciales de cinco años por dos de siete, lo que le permite gobernar otros 14 años cuando termine su segundo mandato de cinco años dentro de dos años. Invariablemente, los gobernantes de cada país consideran que su permanencia en el cargo es inseparable del mantenimiento de la estabilidad de su país. Esto se debe en parte a que se consideran los más aptos para gobernar, y en parte a que no quieren perder su poder y las oportunidades que han permitido a cada uno de estos hombres enriquecerse a sí mismos, a sus familias y a sus compinches.



Manejo apropiado del colesterol en las personas con hipercolesterolemia: ¿qué dice la evidencia?

Entrevista con el Dr. José Francisco Parodi¹



Martha Peláez², PhD (MP): Dr. Parodi, a muchas personas mayores nos prescriben estatinas, la pastilla para el colesterol, pero parece que hay un dilema en la comunidad médica sobre el valor de las estatinas para las personas mayores. ¿Qué información nos puedes dar para hacer decisiones informadas y sobre todo como puedo evaluar si la prescripción que me da el médico se ajusta a lo que es mejor para mí? O sea, ¿Qué tan segura y confiada puedo estar que tomando la estatina a mi edad es una buena decisión?



Dr. J. F. Parodi MD (JFP): Preguntas difíciles de responder para uno mismo y muchas veces para los médicos también. En el pasado, antes de que la OPS/OMS definiera el envejecimiento saludable en relación directa con la función y la capacidad de “ser y hacer lo que uno considera valioso” la medicina estaba centrada en la enfermedad; ahora el siglo XXI da paso a la medicina centrada en la persona, es decir en su función. Esto es especialmente apropiado en el manejo de la persona con hipercolesterolemia.³
(<https://heart.bmj.com/content/106/4/261>)

(MP): Es interesante que aun con ese cambio de paradigma, la mayoría de los estudios clínicos son hechos teniendo como indicador principal la mortalidad en lugar de qué bien los individuos funcionan en la vida diaria. Es decir, ¿cómo podemos extrapolar los resultados de un estudio clínico con un medicamento a la práctica clínica diaria?

(JFP): En general debemos considerar si la población (edad y características de salud) del grupo en el estudio clínico se parecen a mi edad y características de salud; también debemos considerar otros indicadores como: i) el tiempo que debe transcurrir para obtener un beneficio con el tratamiento; ii) el número de personas que se deben tratar para lograr el beneficio en una persona; iii) la interacción con otros medicamentos que se usan, iv) los efectos secundarios; y por v) la facilidad de su uso y sobre todo las prioridades de salud de la persona que lo va a usar.

¹ Doctor José F. Parodi MD, PhD, MPH. Médico Especialista en Geriatria. Presidente de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor – ALMA. Director del Centro de Investigación del Envejecimiento de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres.

² Martha B. Peláez, PhD, miembro de AFSM y coordinadora del Comité sobre Envejecimiento Saludable.

³ Hipercolesterolemia es el término médico para el colesterol alto en la sangre.

En resumen: en las personas mayores los beneficios de un tratamiento debe reflejarse en la optimización de la función y ajustarse a las cosas que le importan a la persona, y a su esperanza de vida.

(MP): A muchas personas mayores nos preocupa que los estudios a veces se contradicen en muy poco tiempo. Lo que aparece ser verdad hoy se contradice mañana. El resultado es la falta de confianza en la información que recibimos. También sabemos que los resultados de los estudios en poblaciones no son 100% aplicables a nivel individual.

(JFP): Es verdad, pero la información de los estudios no se debe considerar de manera aislada. Por ejemplo, las puntuaciones de riesgo en un estudio pueden sobrestimar el riesgo vascular en poblaciones étnicamente diversas, aquellas con antecedentes socioeconómicos más altos o aquellas que están recibiendo atención preventiva. También pueden subestimar el riesgo vascular en aquellos con un nivel socioeconómico más bajo o aquellos con condiciones inflamatorias crónicas. Por eso no se deben hacer decisiones rápidas sin consultar con su médico.

(MP): Entonces la pregunta clave de esta conversación es: ¿cuánto colesterol es necesario para el funcionamiento de mi cuerpo? Colesterol alto o bajo: ¿qué es mejor para las personas mayores?

(JFP): El colesterol es muy importante para la estructura y funcionamiento del ser humano. Forma parte de las membranas de nuestras células y es necesario para la formación de hormonas, el metabolismo de la vitamina D, y necesario para la absorción del calcio y los ácidos biliares. La mayoría del colesterol que está en nuestro cuerpo es producida por nosotros mismos, sólo el 20% proviene de los alimentos.

En etapas de vida tempranas y medias, el colesterol alto es considerado un factor de riesgo para la salud y la discapacidad debido a su asociación con enfermedades cardiovasculares, como la enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular.

Dentro de la heterogeneidad de las personas mayores el colesterol bajo se ha asociado con mayor mortalidad. (<https://dx.doi.org/10.1093/gerona/59.3.M293>). Esto se ha descrito también con otros factores de riesgo tradicionales (Índice de masa corporal, presión arterial, glucosa) denominándolo “epidemiología reversa” o “paradoja de los factores de riesgo”. Por último, el sentido común dice que en personas diferentes una misma intervención no va a generar el mismo impacto.

(MP): Muy interesante, pero las personas mayores que tenemos el colesterol alto nos preguntamos: ¿Qué dice la evidencia científica sobre el uso de estatinas en personas mayores?

(JFP): Veamos algunos estudios.

En 2020, el meta-análisis de 29 ensayos, que abarcó 244.090 pacientes, realizado por Gencer et al., (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33186535/>), incluyó una combinación de prevención

primaria y secundaria con estatinas para adultos mayores de 75 años o más (edad media 79 años), se observó que en los pacientes mayores no hubo una reducción estadísticamente significativa del riesgo entre los que estaban y no estaban bajo tratamiento con estatinas.

Ravnskov et al. en 2016 concluye que el LDL-C alto se asoció inversamente con la mortalidad, en la mayoría de las personas mayores de 60 años. Este hallazgo es inconsistente con la hipótesis tradicional sobre el colesterol (p.ej. que el colesterol, particularmente el LDL-C, es un factor que favorece la formación de placas de grasa en las arterias). Por lo tanto, dado que las personas mayores con LDL-C alto viven tanto o más que aquellos con LDL-C bajo, cuestiona la validez de la hipótesis del colesterol.

En 2018, Ramos et al. estudió una cohorte que incluyó a 46.864 participantes (edad media 77 años; 63 % mujeres). En participantes mayores de 74 años sin diabetes tipo 2, el tratamiento con estatinas no se asoció con una reducción de la enfermedad cardiovascular (ECV) aterosclerótica o de la mortalidad por todas las causas, incluso cuando la incidencia de ECV aterosclerótica fue significativamente mayor desde el punto de vista estadístico que los umbrales de riesgo propuestos para el uso de estatinas. En presencia de diabetes, el uso de estatinas se asoció de manera estadísticamente significativa con reducciones en la incidencia de ECV aterosclerótica y en la mortalidad por todas las causas. Este efecto disminuyó después de los 85 años y desapareció en las nonagenarias.

(<https://www.bmj.com/content/362/bmj.k3359>)

Nanna et al., en 2019, examinaron los datos de los Institutos Nacionales de Salud (Estudio de Framingham, Estudio de descendencia de Framingham, Estudio multiétnico de Aterosclerosis y Estudio de salud cardiovascular), que midieron prospectivamente los factores de riesgo cardiovascular y la incidencia de la enfermedad. Se incluyó a personas adultas mayores de 75 o más años sin factores de riesgo cardiovascular evaluando las asociaciones entre LDL-C y la incidencia de enfermedad cardio-cerebro-vascular (accidente cerebrovascular, infarto del miocardio y muerte cardiovascular). También se evaluaron las tasas de eventos a 5 años en pacientes con y sin hiperlipidemia (o con medicamentos para reducir los lípidos), estratificados por el número de otros factores de riesgo (tabaquismo, diabetes e hipertensión). Se evaluaron 2.667 adultos, de 75 años o más sin factores de riesgo cardiovascular; la mediana de edad fue de 78 años. No encontraron asociación entre LDL-C y sin factores de riesgo cardiovascular. Entre las personas mayores sin otros factores de riesgo, las tasas de eventos fueron similares entre aquellos con y sin hiperlipidemia. Entre las personas mayores con uno o dos o más factores de riesgo, la presencia de hiperlipidemia tampoco se asoció con las tasas de eventos cardiovasculares a 5 años. Concluyeron que el LDL-C no se asoció con el riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos de 75 años o más, incluso en presencia de otros factores de riesgo.

(<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.16123>)

Strandberg et al., en 2019, planteaba desafíos para futuros estudios ya que con los datos existentes no pueden abordar las incertidumbres sobre los beneficios y daños de las estatinas para la prevención primaria de enfermedad vascular en personas mayores de 75 años o más, especialmente aquellos con comorbilidades, fragilidad y deterioro cognitivo.

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37167234/>)

Marcellaud et al. en 2023 realizó 3 revisiones sistemáticas con el objetivo de evaluar (1) el impacto de la hipercolesterolemia en la mortalidad y los principales eventos cardiovasculares adversos en sujetos > 80 años, (2) la eficacia de las estatinas para prevenir eventos cardiovasculares a esa edad y (3) la seguridad y la tolerancia a las estatinas en esa población. Con respecto al primer objetivo (16 estudios, 121.250 participantes), 7 estudios (10.241 participantes) no encontraron que niveles de colesterol total y lipoproteínas de baja densidad se asocien con una elevada tasa de eventos cardiovasculares mayores, en octogenarios. Un total de 6 estudios (14.493 participantes) encontraron niveles elevados asociados con ECV, mientras que 3 estudios (96.516 participantes) encontraron lo contrario, con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares adversos mayores con niveles más bajos de colesterol. En 8 estudios (436.005 participantes) que abordaron la eficacia de las estatinas, la mayoría no indicó una disminución significativa en la tasa de eventos cardiovasculares mayores en estas personas. Finalmente, en cuanto a la tolerancia (9 estudios, 217.088 participantes), los efectos secundarios más importantes en esta población fueron los trastornos musculares, hepáticos y gastrointestinales. Estos eventos fueron más frecuentes que en la población más joven. Concluye que, en ausencia de evidencia convincente, el beneficio de las estatinas en la prevención primaria para pacientes mucho mayores no es seguro. Su prescripción en este contexto sólo debe valorarse caso por caso, teniendo en cuenta el estado fisiológico, las comorbilidades, el nivel de riesgo y la esperanza de vida esperada.
(<https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2022.10.015>)

Mielke et al. reportó, en 2005, que el colesterol alto en la vejez se asoció con un menor riesgo de demencia. El aumento de los niveles de colesterol a los 70 años se asoció con un riesgo reducido de demencia entre los 79 y los 88 años. El examen de los niveles de colesterol en cuartiles mostró que la reducción del riesgo fue aparente solo entre el cuartil más alto a los 70, 75 y 79 años.
(<https://www.neurology.org/lookup/doi/10.1212/01.WNL.0000161870.78572.A5>)

Murphy et al. encontró recientemente resultados similares indicando que el uso continuo de estatinas no retrasa el deterioro cognitivo o la progresión clínica de la Enfermedad de Alzheimer. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37167234/>)

La depresión de inicio tardío, definida como aquella que aparece en personas mayores, es multicausal. Los autores refieren que los factores de riesgo cardiovascular tienen responsabilidad en un subgrupo de ellas llamadas depresión vascular. Los estudios de uso de estatinas para mejorar el ánimo en etapas tardías de la vida son contradictorios. En la mayoría de ellos el efecto de uso de estatinas no mejora psicológicamente a las personas.
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34385939/>)

En 2018, un panel de expertos concluyó que no hay evidencia suficiente con respecto a los beneficios y daños de las estatinas en personas mayores, especialmente aquellos con fragilidad concomitante, polifarmacia, comorbilidades y deterioro cognitivo. También hizo notar la falta de herramientas para evaluar el riesgo de ASCVD en personas de 80 años o más; y una escasez de evidencia del efecto de las estatinas en los resultados de importancia para los adultos mayores, como los síntomas musculares asociados con las estatinas, la función cognitiva y la incidencia de diabetes mellitus. Los ensayos clínicos aleatorios (ECA) prospectivos, tradicionales, controlados con placebo y los ECA pragmáticos parecen ser

opciones adecuadas para abordar estas brechas críticas de conocimiento. Será importante para los ensayos futuros considerar una mayor representación de adultos muy mayores, mujeres, minorías insuficientemente representadas e individuos con diferentes antecedentes de salud, cognitivos, socioeconómicos y educativos.

(MP): El tema es complicado. Ya comentaste que en el caso de los tratamientos farmacéuticos para las personas mayores el tema de la edad, el funcionamiento, la esperanza de vida, y la calidad de vida son factores importantes. Como hay muy pocos médicos Geriatras como tú, la mayoría de los médicos siguen los protocolos establecidos para adultos. ¿Hay recomendaciones para los médicos sobre prescripciones apropiadas para personas mayores de 70 años?

(JFP): Existen varias herramientas para prescripción apropiada de medicamentos en personas mayores. Una de las más conocidas son los criterios STOPP/START. (<http://www.evidencia.org.ar/>)

Se recomienda suspender o no prescribir (STOPP: Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) determinados medicamentos según las condiciones de la persona:

- Estatinas para la prevención cardiovascular primaria en personas ≥ 85 años y fragilidad establecida, con una esperanza de vida esperada probablemente inferior a 3 años (falta de evidencia de eficacia).

Se recomienda iniciar o prescribir (START: Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) determinados medicamentos según las condiciones de la persona:

- Tratamiento con estatinas con antecedentes documentados de enfermedad coronaria, cerebral o vascular periférica, a menos que el estado del paciente sea el final de su vida o una fragilidad moderada o severa establecida.

También existen herramientas en línea con las que las personas pueden comprobar las interacciones de las medicinas que le han sido prescritas o que consume por su cuenta para que consulte con su médico y decida según el valor del riesgo/beneficio

https://www.drugs.com/interaction/list/?drug_list=276-0 (Disponible solo en inglés)

(MP): Gracias Dr. Parodi, nos has dado mucho que pensar. En conclusión, bajar el colesterol no siempre es bueno, pero las estatinas pueden ser necesarias en algunos casos; y siempre es importante recordar que en muchos casos el tomar estatinas tampoco es la única forma de tener un buen perfil lipídico adecuado a la persona. Por lo tanto, es importante:

- Mantenernos informados sobre nuestra condición de salud
- Tener una buena relación con nuestro proveedor de salud y
- Siempre ser co-partícipes en todas las decisiones que afectan nuestra calidad de vida.



¿Qué tal un Pasaporte de Salud?

Por Mona Khanna



Conforme aumenta la edad, necesito visitar con más frecuencia el centro de salud. Además del examen físico anual, requiero ver al cardiólogo, al endocrinólogo, al dentista, al fisioterapeuta, etc. y con nuevas condiciones apareciendo, más servicios de especialistas son necesarios. Cada vez que visito estos servicios, me preguntan toda la misma información personal, seguro médico, medicación, etc. Frecuentemente acudo a mi carpeta médica personal y exploro buscando la información que me preguntan, esperando tener toda la información relevante y actualizada. Imagino que esta situación es bastante familiar para muchos de nosotros.

De ahí me surgió la idea de crear el pasaporte de salud.

Cuando viajamos, particularmente fuera del país en que vivimos, siempre necesitamos un pasaporte con las visas, etc. Además, sabemos que debemos tener presente información relevante sobre nuestra situación de salud, certificado de vacunas requeridas, contacto en caso de emergencia. Por lo que tiene mucho sentido considerar la idea de un pasaporte de salud.

¿Cuál puede ser la información útil en un pasaporte de salud?

Aquí presento un ejemplo:

| |
|---------------------------|
| PASAPORTE DE SALUD |
| Nombre: |
| Dirección: |
| Su Foto |

Página 1

| INFORMACION GENERAL |
|---|
| Nombre: Fecha de Nacimiento: Género: Estado Civil: Grupo Etnico: |
| Correo electrónico: Teléfono: |
| Documento de Identidad: Nivel de Educación: Familiares (para ser notificados si es necesario) |
| Página 2 |

| INFORMACION MEDICA Y DE SALUD |
|--|
| Médico personal: Seguro de Salud: Proveedores de servicios de salud: Condiciones Médicas: Otra información que considere importante: |
| Medicamentos (actualmente tomados): Medicinas Alternativas (actualmente tomadas) |
| Página 3 |

Nota: Agregue páginas adicionales según sea necesario.

Cualquiera puede crear un pasaporte de este tipo y puede incluso imprimir un pequeño formato tipo pasaporte.

Yo lo hice y me resulta muy útil cuando voy a un servicio de salud. Puedo actualizarlo luego de cada visita añadiendo páginas si fuese necesario.

Agradezco sus comentarios y sugerencias al respecto. KHANNAS@mcn.org



Obituario de Francisco J. López Antuñano, 1931 - 2023

Por Violeta Mata García



El Gremio de la Salud Pública lamenta el sensible fallecimiento de Francisco J. López Antuñano, destacado médico salubrista y pionero fundador del Consejo Nacional de Salud Pública, de México. Francisco se destacó en diversas materias dentro de la salud pública entre las que se encuentra la lucha contra el tabaquismo y la malaria. En ésta última desarrolló programas de prevención y control con la Organización Panamericana de la Salud en Colombia, Brasil, Puerto Rico y



Panamá. En Washington se desempeñó como oficial médico de desarrollo de programas de salud.

Nació el 28 de abril de 1931 en la Ciudad de México. Estudió medicina en la Universidad Autónoma de México y realizó los estudios de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, en Baltimore, en 1975. Le sobreviven su esposa María de los Angeles, tres hijos y siete nietos.

Por sus múltiples aportes a la Salud Pública y la pasión con la que ejerció la medicina, hacemos un reconocimiento póstumo a su brillante carrera.

Descanse en Paz.



Reflexiones de una mujer que envejece – 9ª Parte

Aventuras con el Scooter

Por Yvette Holder



¿Quién hubiera pensado que envejecer sería una aventura? Tal vez no el tipo de aventura que hubiéramos imaginado en nuestra juventud, pero una aventura, sin embargo. Me cambié de dos piernas a tres y caminando con el bastón me pareció suficiente por un buen tiempo. Pero luego gradualmente, la dependencia al bastón aumentó a tal punto que mi hija reclamaba que para mí el bastón era un asidero mortal. Entonces me cambié a un Rollator (andador). Mientras que había una cierta elegancia al caminar con el bastón - podía colgarlo y balancearlo alegremente, podía girarlo como la porrista que nunca fui – pero aún tenía una pizca de dignidad. Pero no es así con el andador. Sin dignidad alguna, pero al menos éste tenía la comodidad del asiento que viajaba conmigo. Luego, no mucho después, me di cuenta que necesitaba una ayuda para movilizarme sin el uso de mi cadera izquierda. EL SCOOTER! Y aquí es donde realmente empieza la aventura.

Decidí la tarde de un viernes que no podía soportar más otra semana la tortura que se había convertido el caminar, especialmente si yo quería caminar los 1000 metros y pico hasta la iglesia el domingo por la mañana (ya había desistido de los días de semana de todos modos). Entré a internet, busqué lo que estaba disponible y cuánto costaba, y luego busqué una tienda cerca a mi casa que vendiera esos dispositivos. Llamé por teléfono, y lo tenían para venta o alquiler. Mi cirugía de reemplazo de cadera sería dentro de 2 meses y pensé que un alquiler sería la mejor opción, ya que estaba muy optimista de que caminaría nuevamente. El vendedor me indicó que serían \$65 dólares por mes (lo que encontré bastante razonable) y sí, abrían los sábados. Llamé a mi amiga, Mary, y nos fuimos el sábado para alquilar el scooter. Era cerca de la hora del almuerzo y había una cadena de restaurantes que me gustan en el centro comercial, de modo que almorzamos temprano. Y luego, envalentonada y fortalecida (ya que no lo había hablado con mis hijos), me fui a buscar mi scooter. Entramos en una tienda que parecía tener todos los dispositivos de asistencia que uno podría imaginar. Pregunté sobre el alquiler del scooter y el vendedor dijo que no tenían ninguna. “Pero yo llamé ayer por la tarde, y usted dijo que tenía uno”. Casi lloré de decepción. Él me calmó y tranquilamente me aseguró que la llamada posiblemente pudo haber ido a su otra sucursal donde ellos deben tenerlos para alquiler.

Lo comprobó y así y fue. Así es que nos fuimos Mary y yo a toda prisa, ya que no habíamos consultado a qué hora cerraba la otra tienda. Llamé y teníamos media hora libre. Llegamos a tiempo, y el vendedor nos mostró los de alquiler. Me senté en uno de ellos, pero era muy incómodo con mis piernas prácticamente por debajo de mi barbilla si las ponía en la plataforma o fuera de la plataforma, al frente del scooter. A pesar de ello, decidí llevarlo - a \$65 por mes podría tolerarlo por dos meses. No podría ser peor que todo lo que había soportado hasta ahora. Le entregué al vendedor mi tarjeta de crédito y él la registró y dijo “Serían \$250 dólares e impuestos por este mes”. “Espere un minuto”, lo detuve, “Me dijeron que era \$65 por mes”. “Usted no habló conmigo, pero ese debe ser nuestro scooter de rodilla”, respondió.

Había sido demasiado bueno para ser verdad. Y ahora me lamento no haber visto la tarjeta de venta que vi en la pizarra del complejo donde vivo. Había una oferta de venta de un scooter por \$700 dólares, pero la tarjeta estaba descolorida y no sabía si el scooter estaba todavía disponible. ¡Además, ya estaba en camino al alquiler – a un menor costo y disponible! ¿Qué hacer? Desesperada la pregunté qué tenía en venta, ya que temía regresar a casa con la idea de tratar de cojear hasta la fecha de mi cirugía. El vendedor me mostró algunos modelos nuevos y luego añadió que había uno usado para venta. “¿Cuánto cuesta?”, le pregunté. “\$750 más impuestos”, respondió. Me parece bien, pensé, ya que no es más que el alquiler, si es que pienso quedarme con éste por tres meses. Él lo trajo. Me senté en él – era de lejos más confortable que el de alquiler. “¿Se dobla?”, le pregunté. Él respondió que no, pero se divide en tres partes pesadas para un fácil transporte. Me mostró varias veces lo fácil que era manejarlo, cómo cargarlo, encenderlo, controlar la velocidad (de tortuga a liebre), cómo retroceder y detenerse, y registró la venta ya que era cerca de la hora de cerrar. Él llevó las partes a mi carro y Mary y yo nos dirigimos a casa con mi nueva adquisición. Estacionamos el auto y decidimos que sería más lógico armar el scooter en el estacionamiento y de allí podría subir al ascensor y de allí a mi condominio.

Primer desafío y primera lección aprendida – hazlo tu misma antes de salir de la tienda. A Mary y a mi nos tomó más de media hora (en vergüenza pública, pensé, a pesar de que nadie nos vio), tratando de armar el scooter – una tarea que le tomó al vendedor menos de 5 minutos. Todo parecía tan fácil en la tienda, pero cuando tratamos de hacerlo, las partes no encajaban en su lugar. Eventualmente lo logramos, pero desde entonces he tratado de desarmarlo y sin embargo lo único que he conseguido es retirar el asiento. Ruborizada por el éxito del armado, me subí al scooter y me dirigí al ascensor.

Segundo desafío y dos lecciones aprendidas – lo mismo que con un carro, aprende a manejarlo y prueba hacerlo antes de comprarlo. Manejar el scooter requiere habilidades que solo tiene un experto: muchas manos. Controlar los movimientos (parar/arrancar y adelante/atrás) la dirección y el control de la velocidad son tres operaciones separadas, cada una requiere una mano. No es posible hacer los tres movimientos a la vez, como aprendí en detrimento mío (pero esa es otra historia. Mientras tanto, todavía tenía que salir del estacionamiento, entrar y salir del ascensor, recorrer mi corredor, a través de mi puerta, y de allí a mi condominio. Salir del estacionamiento fue la práctica para manejar el scooter. Fui hacia atrás cuando pensaba que estaba yendo hacia adelante. Al soltar la palanca para el control de la velocidad se produjeron paradas frecuentes y repentinas. Aprendí que tendría que mantener una mano en la palanca y usar la otra para ajustar la velocidad, pero no podía conducir ya que no tenía más manos. Tendría que seguir recto. Para dirigir, tendría que fijar la velocidad, y luego podría usar la palanca de movimiento con una mano y dirigir el mango con la otra. Pero, tendría que tener cuidado, ya que, si llegaba muy cerca de la velocidad de una liebre, podría salir disparada antes de controlar la dirección. Ahora ya soy bastante competente y puedo ir hacia adelante y dirigir con una mano y ajustar la velocidad con la otra. Retroceder es otra historia.

Pero volvamos a mi intento de llegar a casa en mi scooter. El estacionamiento es grande e indulgente, así es que finalmente me dirigí al ascensor, después de parar y arrancar, de ir en la dirección equivocada y asustar algunos pájaros que habían salido de sus nidos, mientras que me llevaba de encuentro algunos arbustos que se cruzaron en mi camino. Incliné el scooter y cuando se abrió la puerta del ascensor, me dirigí hacia la esquina más lejana para poder maniobrar al salir para irme a mi piso. Mientras el ascensor subía, trate de voltear el scooter para ponerlo de frente y así poder salir mejor. ¡Grave error! Me encerré en una esquina cada vez más estrecha y después de varios ascensos y descensos, me di cuenta que solo podría salir del ascensor en reversa. Tendría que conducir, quedarme quieta y retroceder de la misma manera que entré. Afortunadamente, nadie más necesitó el ascensor. El viaje por el corredor transcurrió sin incidentes, así como la entrada al condominio, excepto por algunas colisiones con los armarios de cocina. Los acontecimientos del sábado fueron suficientes para convencerme de que no estaba lista para manejar un scooter para ir a la misa del domingo el día siguiente. ¡Me esperan más aventuras!



Vamos por una década plus

Personas mayores haciendo camino al envejecer

Por María Edith Baca Cabrejos¹



Envejecemos desde que nacemos, pero los sueños ni las ganas envejecen, menos aún los derechos. Entonces, ¿por qué limitarnos en vida?, ¿por qué apagarnos cuándo aún podemos dar luz? Son muchas las preguntas que aún no tienen respuesta. Darlas, tampoco es la intención de estos apuntes. El propósito es animar a un diálogo interior, propio, en la medida que, quienes leerán estas reflexiones serán personas mayores con doctorados de vida, personas mayores que aún sentimos que podemos seguir sembrando salud con bienestar y derechos.

Conocemos por la OMS (2021), que las personas mayores representan cerca de 13.5% de la población mundial y que en 2030, una de cada seis personas tendrá 60 años o más.²

El envejecimiento es multidimensional

Partimos de la premisa de que no todos envejecemos igual. No sólo por nuestra propia carga genética, sino fundamentalmente por nuestras distintas circunstancias de vida, familiares, poblacionales, socioeconómicas, socioculturales y socioambientales. Algunas personas mayores cursaron la vida en grandes navíos, otras en yates, barcos o barcazas. Según la OMS (2021), “al menos 142 millones de personas mayores en el mundo no pueden satisfacer sus necesidades básicas”, es decir transitan la vida en barcazas y no tienen derecho a un envejecimiento digno y saludable, y se están quedando atrás.

Este tránsito diverso por la vida agobia de manera diferenciada y maltrata el cuerpo también de manera distinta. Y si además, nuestra partida de nacimiento se selló sin amor, entonces se puede predecir el sufrimiento psíquico de por vida. La falta de apego y de lazos afectivos desde la primera infancia, el desamparo y la desprotección social a lo largo de la vida nos permite prever el tipo de envejecimiento que tendrán las personas mayores. A ellas no podemos pedirles un envejecimiento saludable. Este grupo poblacional, cada vez más creciente en el mundo, tiene derecho a la salud universal, a la protección social de los Estados, a la aprobación y cumplimiento de mandatos globales y a la solidaridad de las comunidades, libre de discriminación y violencia.

El avance de la ciencia y las evidencias permite ahora responder mejor a las necesidades y problemas de salud de las personas mientras envejecen y la resiliencia como regalo de la vida nos enseña a surfear las adversidades, a levantar el ánimo, a potenciar la inteligencia y tirar

¹ Psicóloga salubrista con más de 23 años como consultora nacional de OPS en Perú y 10 meses como IPC para la Sede. Con doctorado de la vida como cuidadora de mi familia que ya partió, de mi padre (97 años), mi madre (95) y mi hermano mayor (67), quien padecía demencia. Además de cuidadora junto con mi joven hermana y un equipo de cuidadoras pude ser proveedora gracias a la oportunidad que me dio la OPS para sembrar salud pública en mi país y a la vez poder darle a mi familia una vida digna, autónoma y saludable. Estos apuntes se los dedico a ellos en un mes que les tocó partir.

² Organización Mundial de la Salud. Década del envejecimiento saludable: informe de referencia. Resumen, 2021.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350938/9789240039759-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

para adelante hasta el final. A pesar de estas dos herramientas potentes no es posible envejecer de manera digna y saludable sin un entorno que nos dé piso, que nos arroje, nos de seguridad, solidaridad y trato digno; y que además promueva redes de soporte y de ayuda mutua familiar y comunitaria.

En estas reflexiones están condensadas las cuatro áreas priorizadas por la Década del Envejecimiento Saludable 2020 -2030: Trato digno libre de edadismo³, entornos amigables y seguros; atención integral centrada en necesidades de las personas mayores y la continuidad de cuidados sostenible a largo plazo. La ruta por recorrer está trazada y es promisoría.

¿Por dónde empezar? ¿cómo hacerlo?

Lo primero es empezar por nuestra casa. No podemos cambiar afuera, lo que no podemos cambiar dentro.

Podemos comenzar aplicando lo que la OMS/OPS ha escrito en publicaciones diversas donde se resalta la atención centrada en las personas. Darles voz con escucha activa y empática, respetando el derecho a la toma de decisiones de las personas mayores que tenemos en casa o cerca.

A la vez, identificar cuáles son sus necesidades, problemas y expectativas para apoyarlos a partir de esta claridad, cuidando de no instalarles nuestras propias necesidades y problemas. Darles seguridad y acompañamiento es esencial y vitalizador, mientras no se convierta en un ejercicio de control sancionador y de freno de potencialidades, decisiones y deseos.

A las personas mayores que tuvieron que navegar en barcasas enfrentando mares tempestuosos u otros que no tuvieron derecho al trabajo decente y vivieron en abandono, necesitarán que les aseguremos tranquilidad, salud y bienestar. No tienen fuerzas para seguir bregando, tienen ese derecho y hay que abogar para que se cumpla.

A las personas mayores que tuvimos el regalo de que nuestra partida de nacimiento haya sido sellada con amor y que este nos haya acompañado en nuestra travesía por la vida; y que además, tuvimos el privilegio de tener un trabajo decente, expectante y facilitador de sueños, que nos permitió recorrer los avatares de la vida en mejores condiciones; no solo tenemos derecho, tenemos la obligación ética y también las ganas de sembrar salud y bienestar para quienes envejecen sin el ejercicio de estos derechos.

En todos los frentes y con diversas estrategias

La tarea es titánica, los varios cientos de años sin habernos preparado debidamente como personas, familias, comunidades y países para un envejecimiento poblacional con salud universal, bienestar y derechos no se pueden resolver en una década. Este decenio es muy útil para apuntalar la mente todos a la vez con ideas clave para derribar barreras y promover el llamado a la acción; para revolverle el estómago a quiénes proceden con las personas mayores como si fuesen estorbos en la vida y el desarrollo; para apretujarles el corazón a quienes actúan

³ Según la OPS (2021). El edadismo surge cuando la edad se utiliza para categorizar y dividir a las personas por atributos que ocasionan daño, desventaja o injusticia, y menoscaban la solidaridad intergeneracional. Informe mundial sobre el edadismo. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55871>

cómo si nunca envejecerán y para abrir el bolsillo de la inversión como una prioridad nacional y global estratégica.

Así, actuando a la vez en todos los frentes desde las causas mismas que nos someten a un envejecimiento adverso podremos convertir el envejecimiento saludable en un “proceso continuo de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida a lo largo de la vida”.⁴

A nivel familiar, darles amor respetando su derecho a la dignidad, escuchándolos, haciéndolos sentir que nos importan; no negando o sobredimensionando sus problemas de funcionalidad, sino más bien potenciando su capacidad intrínseca; acompañando su travesía de la manera que decidan hacerlo, creando y recreando un sistema de cuidados que los haga sentir que no están solos, pero que tampoco son prisioneros, representa una fórmula que podría ayudar a un grupo grande de familias que reúnen las condiciones para cuidar de cerca a sus personas mayores. No a todas, debido a la heterogeneidad de la adultez mayor.

Cuidadores que no se queden atrás

No olvidar que cada vez más son personas mayores las que cuidan a otras personas mayores y hay que prepararse para esto, incluyéndolas en el sistema de cuidados y también con medidas para promover el autocuidado.

Además, hay que tener presente que suelen ser mujeres las que socialmente se encargan del cuidado de las personas mayores. ¿Quién cuida a las personas cuidadoras? La respuesta amerita un artículo especializado aparte y necesario, pero es importante posicionar que los hombres también deben y pueden ser buenos cuidadores.

Promoción de liderazgos como desafío estratégico

Abogar, basados en la información y las evidencias; liderar, invertir, gestionar, operacionalizar incluyendo protagónicamente a las personas mayores, supervisar, monitorear, evaluar y rendir cuentas es la trayectoria que conocemos para la implementación de mandatos globales, marcos legales, políticos y normativos de los Estados Miembro de las Naciones Unidas. Suena sencillo, pero las barreras multidimensionales existentes en el camino hacen de esta trayectoria un trotar en pendiente y sin asfalto.

Este escenario es el que nos convoca a ser parte de la solución. Tener el privilegio de estar aún en condiciones de dar en el camino de nuestro propio envejecimiento solo se puede agradecer.

El Plus de la AFSM en la Década del envejecimiento saludable

La Década Plus es porque la OPS puede ahora contar para el llamado a la acción, con un grupo de soñadores que envejecen comprometidos con las transformaciones y un envejecimiento digno y saludable para todas y todos y en todas partes.



⁴ Organización Panamericana de la Salud.
<https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>



ESTAFAS ORIENTADAS A ADULTOS MAYORES

El índice de fraudes y estafas entre los adultos de 60 años o más es asombroso. Cada año, la gente pierde grandes sumas de dinero que nunca logran recuperar debido a fraudes, estafas y timadores. Por ello, hemos querido entregar la siguiente información útil.

Tipos de estafas orientadas a adultos mayores

- **Estafas de sorteos y loterías** - ignore siempre las llamadas o avisos de que "ha ganado una lotería o un premio". En este tipo de estafa, para reclamar dicho premio, el ganador debe transferir o enviar dinero, un cheque bancario o una tarjeta regalo por adelantado para cubrir los impuestos gubernamentales y los gastos de tramitación. En todos los casos, NO EXISTE NINGÚN PREMIO ni LOTERÍA.
- **Fraude relativo al IRS u otras estafas de suplantación de identidad del gobierno** - el IRS, la Administración de la Seguridad Social o Medicare nunca llamarán para discutir su información personal por teléfono. Si recibe una llamada de este tipo, debe colgar y no devolver nunca las llamadas de ninguna de estas supuestas agencias gubernamentales.
- **Estafas románticas o Romance Scam** - Debe tener mucho cuidado con los estafadores que pretenden tener un interés romántico en usted, pero que no tienen intención de conocerlo. Con frecuencia, estos estafadores se encuentran en otros países y suelen pedir dinero para viajar u obtener un visado para entrar en Estados Unidos.
- **Estafa del abuelo o la abuela** - se trata de estafadores que dicen ser nietos de una persona mayor y a menudo utilizan tácticas de presión para jugar con las emociones del adulto mayor y conseguir dinero para solucionar algún problema financiero urgente.
- **Estafas por Internet y correo electrónico** - los estafadores suelen hacerse pasar por representantes de una entidad financiera conocida, como una cooperativa de crédito, un banco, una empresa de tarjetas de crédito o una tienda en línea. No divulgue información personal como su número de la seguridad social, número de cuenta, fecha de nacimiento y otros datos pertinentes que les den acceso a sus cuentas.
- **Cartas de facturas y pagos atrasados** - son notificaciones con aspecto oficial de empresas de renombre que exigen el pago de facturas vencidas. En caso de duda, póngase en contacto directamente con la empresa o el banco utilizando información de contacto legítima.

Si piensa que está siendo víctima de alguna de las estafas anteriores o de cualquier otro tipo de fraude, informe a un familiar cercano o a un amigo de confianza sobre la comunicación sospechosa y NUNCA facilite información personal a alguien que no conozca. Inscriba el número de teléfono de las llamadas sospechosas en el Registro Nacional de 'No Llamar' (National Do Not Call Registry). Llame al departamento de policía local y denuncie estas estafas a la FTC, Comisión Federal de Comercio (Reportfraud.FTC.gov). El sitio ofrece información adicional sobre cómo protegerse de los estafadores.

Sirviendo a la comunidad global de la salud



La Última Página

Miembros de la Junta Directiva

Gloria Coe, Hernán Rosenberg, Hortensia Saginor, Sylvia Schultz, Carol Collado, Marilyn Rice, Rolando Chacón, Juan Manuel Sotelo, Gina Watson

Voluntarios

Martha Peláez, Hugo Prado, Jeannette Bolaños, Enrique Fefer, Antonio Hernández, Gloria Morales, Stanislaw Orzeszyna

Comité de Comunicaciones

Coordinadora y Jefa de Redacción – Marilyn Rice
Miembros – Gloria Coe, Carol Collado, Enrique Fefer, Johanna Ganon, Antonio Hernández, Sumedha Mona Khanna, Gloria Morales, Stanislaw Orzeszyna, Martha Peláez, Germán Perdomo, Hernán Rosenberg, Hortensia Saginor, Juan Manuel Sotelo, Violeta Mata García, Rolando Chacón

Presidente del Capítulo

Colombiano: **Alberto Concha Eastman**

Puntos Focales

Mirta Roses Periago – Argentina
Karen Sealy - Barbados
Lucimar Coser – Brasil, Brasilia
César Vieira – Brasil, Río de Janeiro
Antonio Campino – Brasil, São Paulo
Karen Sealy – Caribe del Este
María Mercedes Rodríguez – Colombia
Catherine Cocco – República Dominicana
Carlos Rosales – Costa Rica
Miguel Malo - Ecuador

Comité de Extensión

Coordinador – Hugo Prado
Miembros – Antonio Campino, Catherine Cocco, Rossana Allende, Philippe Lamy

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

Philippe Lamy – Europa
Mena Carto – Guyana
Carol Burgher – Jamaica
Eutimio Luarca – México
Violeta Mata García – México
Jeannette Bolaños – Nicaragua
Haidée Olcese – Perú
Elva López Nieto – Panamá
Rossana Allende – Uruguay
María Teresa Cerqueira – USA
Terrence Thompson - USA

Comité de Envejecimiento Saludable

Coordinadora – **Martha Peláez**
Miembros – **Yvette Holder, Gloria Coe, María Teresa Cerqueira, Hernán Rosenberg, Juan Manuel Sotelo, Maria Edith Baca, Violeta Mata García**

Auditor – Fredy Burgos

Web Máster - Violeta Mata García