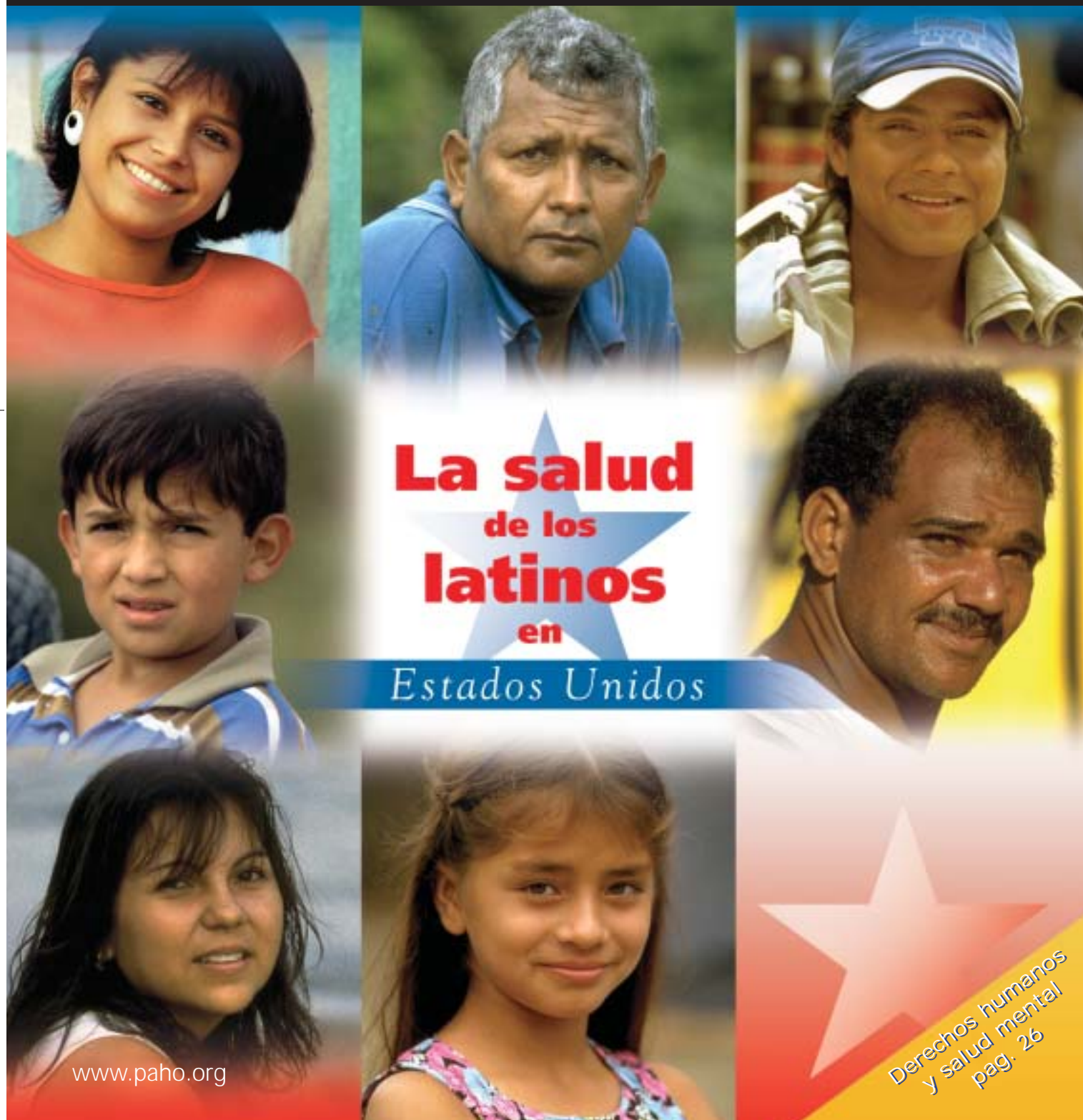


PERSPECTIVAS de Salud

Volumen 9 Número 1 • 2004

La revista de la **Organización Panamericana de la Salud** Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud



www.paho.org

Derechos humanos
y salud mental
pag. 26

Unidos por el acceso universal

En comparación con África, la epidemia de sida en el hemisferio occidental es relativamente limitada. Por supuesto que Haití y algunos otros países del Caribe han sido duramente golpeados por la enfermedad. Pero según el cálculo de ONUSIDA, a lo largo de las Américas, –desde Canadá hasta la Argentina– murieron entre 91.000 y 138.000 personas debido al VIH/sida, en comparación con 2,2 a 2,4 millones de muertes que ocurrieron en África el mismo año. En nuestra región se contabilizan de 156.000 a 234.000 nuevos casos en contraste con más de 3 millones que ocurren en África. En las Américas, la tasa total de infección por el VIH es de 0,5 a 0,7 % en comparación con el 7,5% o más en el África subsahariana, donde la epidemia está en su peor momento.

Pero cuénteles esto a alguna de las 3 millones de personas que viven con el VIH en las Américas. Para ellos y para quienes se encargan de sus cuidados se trata de un asunto de vida o muerte, y la diferencia entre vivir y morir reside en el acceso a los medicamentos antirretrovirales.

Parece ser bastante sencillo. Pero detrás de esa simplicidad aparente hay una infinidad de factores que complican la situación para tener acceso a los medicamentos antirretrovirales en Latinoamérica y en el Caribe. En Brasil, donde los funcionarios a cargo de la salud pública hicieron frente a la epidemia con un decisivo enfoque integral, hoy en día, prácticamente todo aquel que necesite tratamiento antirretroviral puede obtenerlo. Otros países –como Bahamas, Barbados, Bolivia, Chile, Costa Rica y México– también están cerca de alcanzar el acceso universal a los antirretrovirales. Pero no todos los países de la región han avanzado tanto. Se calcula que 170.000 personas aún no tienen acceso a los medicamentos y, por lo tanto, a la posibilidad de sobrevivir.

Pero como dice nuestro artículo “Una puerta abierta a la vida”, todo está cambiando. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), conjuntamente con los 35 estados miembros y la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha emprendido un nuevo y ambicioso proyecto que a finales del próximo año procura proporcionar acceso a los medicamentos antirretrovirales en Latinoamérica y en el Caribe a todos aquellos que lo necesiten. Este esfuerzo de alta prioridad entra en el marco de la iniciativa “3 millones para 2005”, cuya meta es lograr que en el año 2005 se pueda suministrar a 3 millones de personas de todo el mundo el tratamiento antirretroviral. También apoya las Metas de Desarrollo del Milenio y atiende al llamamiento de los jefes de estado en la reciente Cumbre de las Américas, para que en el año 2005 se logre dar tratamiento a los 600.000 pacientes de VIH/sida en toda América.

Para lograr nuestro objetivo estamos concentrando esfuerzos en la promoción del compromiso político, la movilización de las asociaciones y la participación de la comunidad, y el fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud, así como para garantizar el suministro confiable de medicinas y equipos, vincular el tratamiento y los servicios preventivos, y recabar y aplicar la información estratégica y las lecciones aprendidas.

Hoy en día, el Fondo Mundial para el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, el PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS) de Estados Unidos, y los aportes de otros fondos de los sectores público y privado permiten contar con una cantidad sin precedentes de recursos para alcanzar la meta del acceso universal al tratamiento. Es evidente que en las Américas este objetivo está a nuestro alcance, y seguramente nuestra experiencia permitirá allanar el camino para que se concreten otras experiencias similares en el mundo en desarrollo.

A medida que avanzamos hacia la meta debemos acoger y no resistir la presión ejercida por aquellas personas de la región que viven con el VIH/sida. Es probable que sin su ferviente activismo no hubiésemos logrado progresar en el suministro de tratamiento antirretroviral, ni tampoco se habría llegado al consenso general de que el acceso al tratamiento para el sida es un derecho humano básico y debe estar garantizado para cualquiera que lo necesite, independientemente de su capacidad para pagarlo. En efecto, esta clase de activismo –combinado con otras formas más tradicionales de participación y apoyo comunitario– debe ser aplaudida. Sólo esperamos ver el día en que la gente marche en las calles para exigir el acceso a las vacunas, a la atención materno-infantil, al tamizaje de las enfermedades crónicas y a otros servicios que son parte esencial de la salud pública.



Mirta Roses Periago
Directora

PERSPECTIVAS de Salud

Perspectivas de Salud

Volumen 9 Número 1

Publicada por la Organización Panamericana de la Salud
(OPS)

Mirta Roses Periago, Directora

Bryna Brennan, Dirección

Donna Eberwine, Editora

Paula Andaló, Redactora

Armando Waak, Fotografía

Gilles Collette, Dirección artística

Wolfgang Guzmán, Diseñador

Alex Winder, Arte gráfico

Perspectivas de Salud (ISSN 1020-556X) es publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la agencia internacional de salud más antigua en existencia en el mundo, y Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con sede en 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037 EE.UU. Teléfono: (202) 974-3000

Fax: (202) 974-3663. Internet: <http://www.paho.org>

©2004 Organización Panamericana de la Salud

Todos los derechos reservados

Los artículos no representan necesariamente el punto de vista oficial de la Organización Panamericana de la Salud. Las cartas e indagaciones editoriales deben ser dirigidas a la Redacción.

Reimpresión: Los artículos reimpresos con permiso deben llevar la siguiente nota de reconocimiento: “Reproducido de *Perspectivas de Salud*, la revista de la Organización Panamericana de la Salud publicada en inglés y español”. Las reimpresiones deben llevar el nombre del autor y dos copias tienen que ser enviadas a *Perspectivas de Salud*.

CORREO POSTAL: Envíe los cambios de dirección a la revista *Perspectivas de Salud*, Área de Información Pública (PIN), Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037.

Estados Miembros de la OPS

Antigua y Barbuda

Argentina

Bahamas

Barbados

Belice

Bolivia

Brasil

Canadá

Chile

Colombia

Costa Rica

Cuba

Dominica

Ecuador

El Salvador

Estados Unidos

Granada

Guatemala

Guyana

Haití

Honduras

Jamaica

México

Nicaragua

Panamá

Paraguay

Perú

República Dominicana

Saint Kitts y Nevis

Santa Lucía

San Vicente y las

Granadinas

Suriname

Trinidad y Tabago

Uruguay

Venezuela

Estados Participantes

Francia

Países Bajos

Reino Unido

Miembro Asociado

Puerto Rico

Estados Observadores

España

Portugal

Artículos

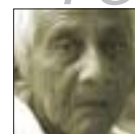
2 El desafío de una “salud latina” en Estados Unidos



por Paula Andaló

Aunque vienen de diferentes entornos, los latinos en Estados Unidos comparten una herencia común que tiene un impacto significativo en su salud. Entender esta herencia –y el perfil de la salud de los latinos hoy– es la clave para enfrentar las necesidades de la primera minoría del país.

10 La vejez en las Américas



por Matías Loewy

Latinoamérica y el Caribe están experimentando un fenómeno de envejecimiento que tendrá un alto impacto en el perfil de salud de la región. Los expertos dicen que ahora es el momento para invertir en un envejecimiento saludable, con el fin de asegurar una mejor calidad de vida para jóvenes y adultos mayores por igual.

16 Una puerta abierta a la vida



por Donna Eberwine

Para aquellos que pueden acceder a ellas, las drogas antirretrovirales le han cambiado la cara al sida. Hoy, hay un consenso creciente de que las personas que viven en países en desarrollo merecen acceso a los tratamientos de la misma forma que los que viven en los países más ricos. Latinoamérica y el Caribe están liderando el camino hacia el acceso universal al tratamiento para el VIH/sida.

22 ¡Aquí está Mónica!



por Clare Davidson

Las historietas de “Mónica y sus amigos”, de Mauricio de Sousa, se han convertido en parte de la cultura brasileña, y sus fanáticos siguen extendiéndose por el mundo. Por las contribuciones de Mónica a la salud pública en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud ha nombrado a su creador “Campeón de Salud”.

26 Una cuestión de derechos humanos



por Cristina Henley

Puertas adentro, los derechos de las personas con enfermedades mentales son violados cada día en muchos de los países de las Américas. Tanto que un experto legal de la OPS dice: “las violaciones son flagrantes y sistemáticas”. Ahora, hay esfuerzos internacionales para crear conciencia sobre el problema y para desafiar a la región a poner fin a estos abusos.

Contenido

Columnas

Primera palabra
de la directora

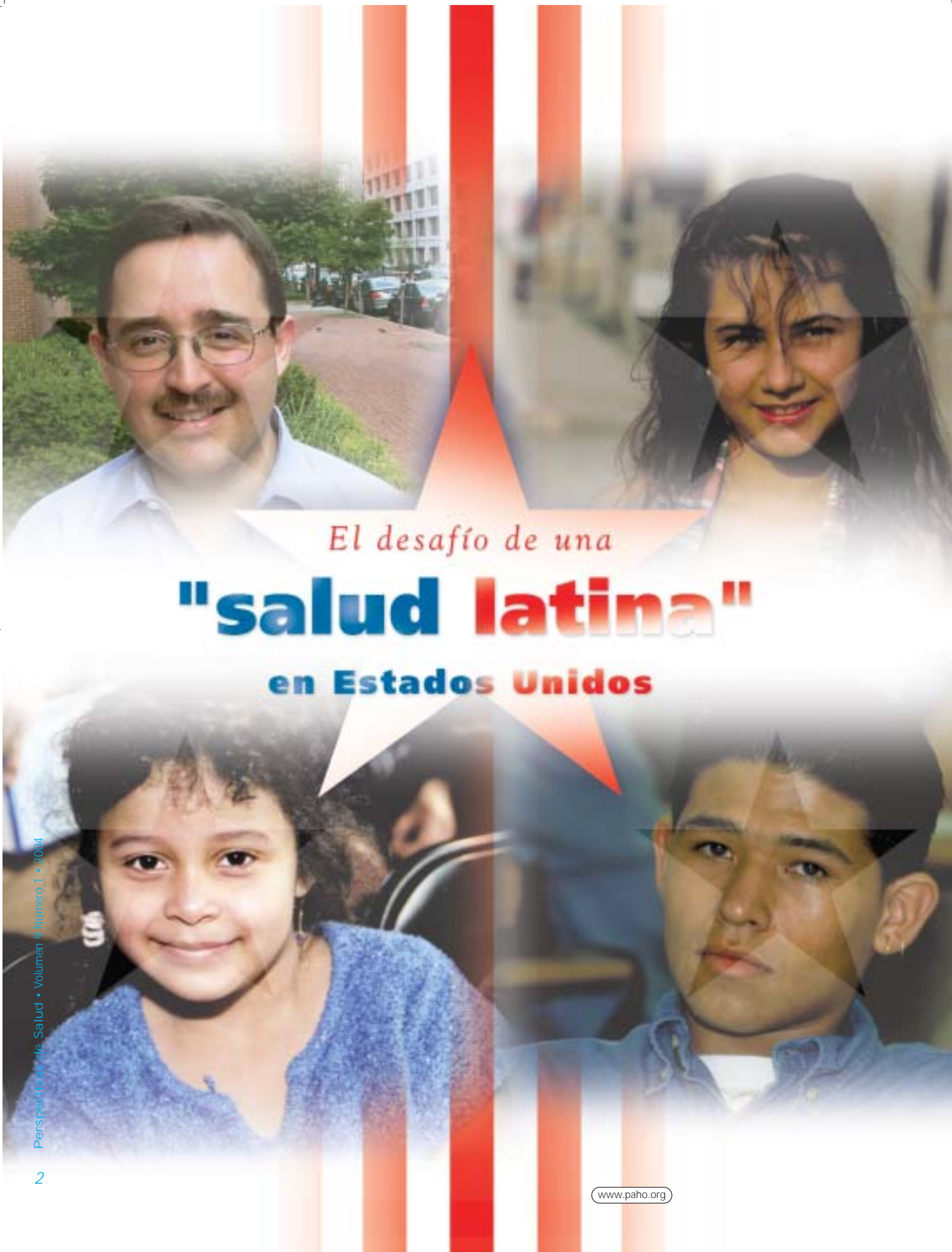
30 Cartas

32 Última palabra
La seguridad vial
infantil: no
es accidental



Portada:

Los hispanos son ahora la primera minoría en Estados Unidos. Y, aunque vienen de muchos países, de orígenes raciales y culturales diversos, recientes investigaciones revelan que presentan un perfil de salud común, diferente de otros grupos de población que viven en el país.



El desafío de una
"salud latina"
en Estados Unidos

fotos © Armando Wask/OPS

www.paho.org

por Paula Andaló

La maleta está llena de ilusiones, esperanzas de trabajo, educación para los hijos, dinero, tranquilidad, una tierra con promesas y oportunidades. Pero los latinos que llegan y echan raíces en Estados Unidos no sólo tienen en común sus sueños, sino también sus hábitos de vida, conductas, comidas, genes... su salud y sus patologías. Las comunidades no sólo se diferencian por rasgos físicos y culturales sino también por tener mayor incidencia de algunas enfermedades, menor predisposición a otras y distintas actitudes frente a lo que significa estar sano o estar enfermo.

Según proyecciones realizadas a partir del último censo, en 2002 vivían en Estados Unidos 38,8 millones de hispanos, lo que representa el 13% de la población (la primera minoría) y evidencia un crecimiento del 58% respecto de 1990. Para ponerlo en perspectiva, el número de hispanos en Estados Unidos supera a la población de Argentina (36,2 millones) y es mucho más de dos veces la de Chile (15,7 millones).

En este escenario de explosión demográfica, California, Texas, Nueva York, Florida e Illinois –en ese orden– concentran el 70% de la población hispana. Mexicanos, puertorriqueños, cubanos y salvadoreños encabezan la lista de comunidades latinas en este país.

Al hablar de salud, ¿qué diferencia a la comunidad hispana de otras comunidades? El último censo registró que los latinos ostentan una mayor expectativa de vida respecto a otros grupos de población. Las

Como primera minoría en Estados Unidos, los hispanos son un grupo diverso, pero que comparte una herencia común que tiene un alto impacto en su salud.

mujeres latinas tienen una esperanza de vida de 83,7 años y los hombres de 77,2 comparado con 75,1 y 68,4 de los afroamericanos, y 80,1 y 74,7 de los blancos no hispanos.

Lo curioso es que la comunidad latina tiene, en general, menos acceso a los servicios y cuidados de salud, bajo acceso a tratamientos (el 63% de los latinos que

trabajan no tiene seguro) y a medicamentos de última generación, y el 22% vive por debajo de la línea de pobreza. Por supuesto, las cifras oficiales no incluyen a los indocumentados, para quienes la realidad se mira a través de otro cristal.

Como se explica en el libro *Latinos, remaking America*, escrito por expertos de la Universidad de Harvard, "si bien se podría asumir que, por sus más bajos ingresos, los latinos tienen indicadores de salud adversos, en realidad ocurre lo contrario... Lo impredecible de la salud latina se refleja, por ejemplo, en los recién nacidos". Aunque las latinas tienen menos educación, ingresos más bajos y menor cuidado durante el primer trimestre del embarazo, sus bebés nacen con mejor peso. Esta "paradoja epidemiológica", como se la denomina, se refleja en múltiples indicadores.

Para René Rodríguez, jefe de Ortopedia del Hospital de Veteranos de Miami, Florida, y presidente del Colegio Interamericano de Médicos y Cirujanos, una de las explicaciones de este signo positivo es cultural: "El sentido de familia es lo que sostiene la salud de los latinos. Los vínculos familiares solidarios son esenciales para preservar la salud. Cuando una persona de origen hispano se enferma, toda la familia llega preocupada al consultorio o al hospital. Esa contención, ese apoyo, es esencia de vida".

Los latinos en Estados Unidos presentan una "paradoja epidemiológica". Tienen baja cobertura médica y reciben menos cuidados, pero en muchos indicadores tienen mejor salud que otros grupos de población del país.

Aunque los latinos se han ido arraigando en Estados Unidos por más de medio siglo, hacia fines de los 80 todavía no se sabía demasiado sobre sus características epidemiológicas. “Recién en 1989 se incorpora a los hispanos como un grupo aparte en las encuestas de salud –explica Jane Delgado, presidenta de la National Alliance for Hispanic Health–. Hasta ese momento no sabíamos cuántos nos moríamos ni de qué nos enfermábamos”.

diferencian en las que siguen inmediatamente en la lista: mueren más a causa de lesiones accidentales, accidentes cerebrovasculares, diabetes, cirrosis hepática y homicidios. De hecho, en Estados Unidos, los accidentes de tránsito son la principal causa de muerte entre los hispanos varones menores de 34 años.

Juan Romagoza dirige La Clínica del Pueblo en Adams Morgan, el barrio latino de Washington, D.C., desde su fundación

origen salvadoreño. “Los inmigrantes que llegaron en los 80 no percibían la salud como un valor, su principal objetivo era sobrevivir. A la vez, no eran aceptados por el sistema de salud. Pero, poco a poco, la comunidad comenzó a organizarse, a hacer valer el “boca a boca” –una herramienta esencial de difusión entre la comunidad hispana– y hoy tenemos ferias de salud a las que asisten más de 500 personas”, cuenta.

A partir de su experiencia, Romagoza



fotos © Armando Waak/OPS

Desde entonces, los indicadores están un poco más claros. Por razones que se encuentran en causas tan diversas como el estilo de vida, las conductas, la nutrición, la fe, la familia, la genética y la comunidad, los hispanos –según estadísticas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)– tienen mayor prevalencia de asma (especialmente los puertorriqueños), VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, de obesidad y de enfermedad pulmonar obstructiva. A pesar de que comparten con otros grupos de población las dos primeras causas de muerte –trastornos cardíacos y cáncer–

en 1983, y ha sido testigo de un cambio importante en el perfil del inmigrante en su ciudad. Hasta comienzos de los 80, había un porcentaje mayor de personal diplomático y funcionarios de organismos internacionales, “con buena situación legal y buen inglés –explica–. Después, las guerras de Centroamérica desplazaron a miles de personas que fueron arrancadas de sus valles para llegar a distintas partes del país, y especialmente a la capital. Muchos de ellos vieron por primera vez a un médico en este país”.

La clínica recibió en 2003 a 8.000 pacientes hispanos, el 86% de ellos de

asegura que los trastornos emocionales y la violencia de las pandillas están entre los principales problemas de salud que afectan hoy a la comunidad latina. Y el gran desafío es que incorporen la prevención y los exámenes médicos periódicos como un sinónimo de salud. “El latino tiene el concepto fatalista de que a veces es mejor no saber –opina–. Por eso, muchos llegan al servicio de salud después de haber pasado por terapias alternativas ineficaces, o cuando el mal ya es irremediable”.

Un ejemplo de la afirmación anterior está presente en el informe 2001 de la Sociedad Americana del Cáncer. El capítulo

“Los lazos familiares sólidos son esenciales para preservar la salud. Cuando alguien de origen hispano se enferma, toda la familia llega preocupada al consultorio o al hospital. Este apoyo, esta solidaridad, es parte fundamental de la vida de los latinos”

–René Rodríguez, Presidente del Colegio Interamericano de Médicos y Cirujanos



▲ Voluntarios en La Clínica del Pueblo toman muestras de sangre de niños y adultos para realizar pruebas de plomo, diabetes, VIH y otras condiciones. También controlan la presión y el colesterol. Las ferias de salud que realizan los sábados convocan a unos 500 vecinos de Adams Morgan, el barrio latino de Washington, D.C.

Una clínica modelo para el pueblo

En pleno corazón de Adams Morgan, en Washington, D.C., está La Clínica del Pueblo. Enfrente, la iglesia del barrio tiene las puertas de su enorme salón habitualmente abiertas. Esa radiante mañana de sábado hay un grupo de jóvenes con pañuelos atados a la cabeza y cara de pocos amigos que, curiosamente, tienen cada uno una curita en un brazo.

Es que el salón de la iglesia del barrio sirve como improvisado centro de prevención. La gente ha estado haciendo cola desde las 6 de la mañana, pero no para aprovechar una promoción de ropa o recibir algún regalo, sino para que le extraigan sangre, le tomen la presión, le midan el azúcar en sangre, le enseñen cómo protegerse del agua contaminada con plomo.

Se trata de una de las tantas ferias de salud que organiza la clínica y que convoca las mañanas de sábado a más de 500 personas. “Desde 1983 –explica Juan Romagoza, su director– venimos ofreciendo un espacio de salud gratuito para los latinos que no tienen seguro ni alguien que los comprenda en su propio idioma”.

El número de pacientes de la clínica se ha incrementado de 4.500 en 2001 a 8.000

en 2003. Para satisfacer esta demanda creciente, un equipo de 45 empleados coordina a alrededor de un centenar de voluntarios, la mayoría bilingüe. El 86% de los pacientes que se acercan a la clínica son emigrantes recién llegados de Centro y Sudamérica, y de ellos el 55% viene de El Salvador. Casi el 90% carece de seguro médico y sus ingresos se hallan en los niveles de pobreza. Más del 50% no ha superado el nivel de educación primaria.

El 62% son mujeres y el 20% tiene menos de 20 años. El 90% se siente más seguro si habla en español.

La Clínica del Pueblo es un modelo. Ofrece atención gratuita y consejería, y trabaja también con familias latinas en programas de prevención de la violencia y en iniciativas de salud mental. Desde el primer día, su filosofía fue la de abrir sus puertas a la comunidad y, es más, salir a buscarla. “No hay como el boca a boca para lograr que algo llegue a la comunidad; los latinos nos contamos entre nosotros las novedades y hemos logrado que este básico pero eficiente sistema de comunicación tenga éxito”, asegura Romagoza.

▲ Juan Romagoza, director de La Clínica del Pueblo en Washington, D.C., explica los peligros del plomo en el agua a los participantes de una feria comunitaria de salud.

sobre el uso reportado de las pruebas de detección temprana muestra que el 54% de las hispanas se realiza mamografías, comparado con el 59,5% de las blancas no hispanas y el 59,4% de las afroamericanas. En el caso del examen clínico de los senos, la

OPS

“También se debe realizar más investigaciones sobre la salud de los latinos mayores en este país”, agrega.

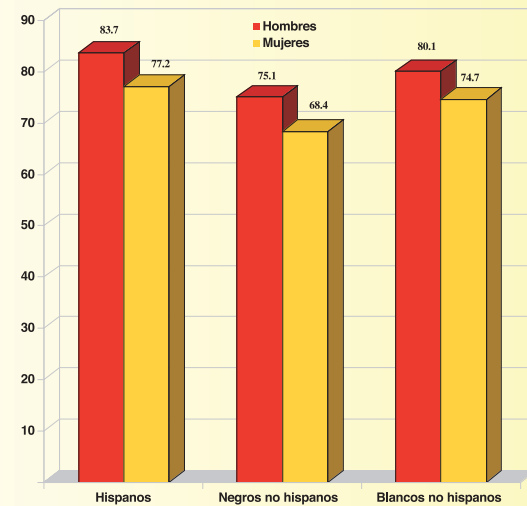
El último informe de la National Alliance for Hispanic Health –*Genes, Cultura y Medicinas: cerrando brechas en el tratamiento para los hispanoamericanos*– destaca que hay enormes disparidades en los tratamientos. Un ejemplo: el 55% de los pacientes hispanos que llegan a una emergencia con fracturas, en su mayoría adultos mayores, no recibe medicación para paliar el dolor, contra el 26% de blancos no hispanos. Lo mismo ocurre con medicamentos para postoperatorios, remedios para el corazón y drogas contra el VIH.

El reporte remarca también que el 43% de los hispanos informa al menos tener un problema de comunicación con su médico, comparado con el 33% de los afroamericanos y el 16% de los blancos no hispanos, lo que representa un gran obstáculo a la hora de describir un síntoma o prescribir un tratamiento. Parte del problema es, como indicó la Comisión Sullivan que investigó el rol de las minorías en los cuidados de salud, que, a pesar de que los afroamericanos e hispanoamericanos representan casi el 25% de la población del país, sólo el 6% de los médicos en ejercicio son de esos orígenes.

“Incluso las medicinas deben ser recetadas de distinta forma –explica Joxel García, director adjunto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)–. Además, muchos latinos, y no sólo los indocumentados, no van al médico porque temen a las preguntas que les hacen para construir su historia clínica y, por eso, llegan a la sala de emergencia en caso de necesidad extrema en vez de tener proveedores de salud regulares. Por eso, es necesario que los médicos tengan una competencia cultural para lidiar con esta diversidad, ya que somos de todos los colores, de todos los países, somos primera, segunda y tercera generación de inmigrantes; y todos esos componentes definen nuestra salud”.

Comunicar es mucho más que traducir. Por esa razón, para García, el trabajo técnico de la OPS es esencial para cambiar positivamente los indicadores de salud de los latinos en Estados Unidos: “La OPS puede iluminar con conocimiento técnico acerca de las mejores prácticas de salud que han tenido éxito en nuestras comunidades de origen”.

Expectativa de vida al nacer por sexo, raza/grupo étnico



Fuente: U.S. Census Bureau, Proyecciones de población enero 2000; no está incluido Puerto Rico.

Los latinos tienen mayor expectativa de vida comparado con otros grupos de población en Estados Unidos, de acuerdo a los datos del último censo.

El 43% de los hispanos dice que ha tenido algunos problemas de comunicación con sus médicos. Esto puede tener serias implicancias en los diagnósticos y tratamientos.

diferencia es mayor: 59,9% contra 68% y 67% respectivamente. Diferencias similares se presentan en los exámenes preventivos de cáncer de cuello uterino; y de colon, recto y próstata en el caso de los hombres.

Otro elemento que juega en contra de la prevención es el pensamiento mágico que impera en muchos grupos latinos, la idea de que “dentro de la comunidad no hay riesgo”. Un terrible principio para, por ejemplo, las enfermedades de transmisión sexual.

La atención de salud implica un puente entre culturas, en el que el médico tiene que interpretar las necesidades del paciente en su contexto. “Debemos ampliar los servicios para hispanos teniendo en cuenta el lenguaje y las cuestiones culturales”, remarca la congresista por California Hilda Solís.



fotos © Beryl Goldberg

Un grupo heterogéneo pero semejante

¿Qué es ser latino? ¿Qué significa? Las respuestas serían diferentes en boca de un dominicano, un panameño, un colombiano, un argentino, un hondureño, un brasileño. Es que la fuerza de las estadísticas obliga a agrupar. Pero lo curioso es que esta agrupación, en el caso de los hispanos, también define una identidad.

“Aunque somos diferentes, tenemos más en común entre cada uno de nosotros, que con cualquier otro grupo que viva en Estados Unidos –asegura Jane Delgado, presidenta de la National Alliance for Hispanic Health-. Por ejemplo, todos tenemos esa gotita de sangre española, de dieta mediterránea, que por siglos nos ha protegido un poco de los problemas cardíacos”.

Por razones que se buscan en la cultura y en los laboratorios, los números de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) muestran que los hispanos que viven en Estados Unidos tienen, en relación con los blancos no hispanos:

- Dos veces más probabilidades de morir por complicaciones diabéticas (se adjudica en parte a la influencia genética africana y de los indios americanos).
- Una incidencia seis veces superior de tuberculosis.

- Cinco veces mayor incidencia de cáncer de hígado y de vesícula en mujeres mexicanas, y dos veces en hombres.
- Mayor incidencia de cáncer cervicouterino.
- Mayor incidencia de sobrepeso y obesidad.
- Mayor prevalencia de asma (especialmente en la comunidad puertorriqueña)
- Índice más bajo de enfermedades cardíacas.
- Menor incidencia de cáncer de pulmón y otros cánceres del aparato respiratorio (a excepción del cáncer de esófago entre hombres puertorriqueños).
- Menos casos de cáncer de mama, próstata y colon (aunque la incidencia se equipara en el caso de hombres boricuas, cubanos y aquellos que viven en las poblaciones de frontera).

Para Joxel García, director adjunto de la Organización Panamericana de la Salud, “la recolección y el análisis de las estadísticas deben ser cada vez más sensibles a estas diferencias, si queremos diseñar un mapa de la salud y las necesidades de salud de la comunidad más preciso y útil”.

Uno de estos objetivos es acercar al latino a la consulta. Según el informe 2003 de la Commonwealth Fund, sólo el 69% de los adultos hispanos con problemas de salud hace al menos una visita médica durante el año, comparado con el 83% de blancos no hispanos y el 84% de afroamericanos. Por

OPS

nivel de pobreza; y que la tasa de desempleo es de 2,5 a 3 veces más alta que en el resto del país.

Según una encuesta de la Hispanic Federation realizada en junio de 2003 entre 800 adultos hispanos residentes en Nueva York, la falta de seguro médico es el principal problema que encara la comunidad latina. Este trabajo también resaltó dramáticamente la vulnerabilidad de los hispanos frente al VIH: el 54% de los encuestados conocía a alguien (de origen latino) que se había infectado o que había muerto a causa del sida. La baja conciencia de riesgo apareció como uno de los principales problemas.

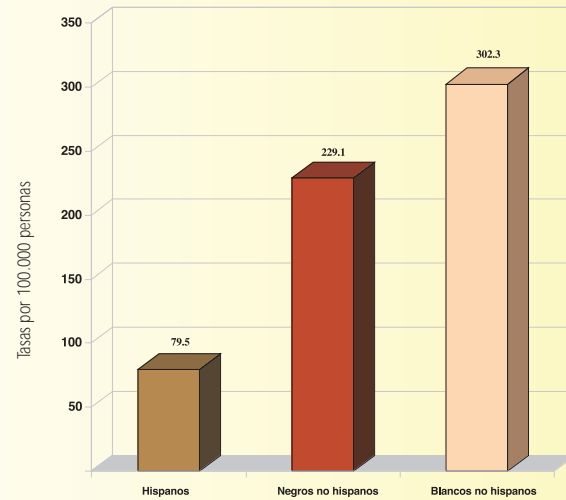
El mosaico es complejo. Otro de los puntos críticos en el que no cuentan los genes es la salud ocupacional, según indica Elena Ríos, presidenta de la National Hispanic Medical Association. "De 1992 a 2001, 6.800 hispanos, muchos de ellos trabajadores de la construcción mexicanos, murieron mientras trataban de ganarse la vida. La tasa de mortalidad para los latinos en esta área fue del 15%, un porcentaje notoriamente mayor al de otros grupos de población", dice en un artículo para *La Prensa* de San Diego.

Para Jane Delgado, la salud de los latinos en Estados Unidos está configurada por tantas influencias interrelacionadas y cambiantes que la necesidad de comprenderlas bien es esencial para proteger los aspectos positivos, y reducir los negativos, del perfil de salud latino.

"Quizá por el instinto de supervivencia —explica Delgado—, la primera generación de inmigrantes que llega al país es más fuerte, en términos de salud, que la primera que nace aquí. Pero aquellos valores fundamentales del inmigrante, su sólido sentido de comunidad y de familia, no pueden perderlos las nuevas generaciones porque se trata de valores que también garantizan la salud".

Paula Andalo es periodista del Área de Información Pública de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C.

Tasas de muerte por enfermedades cardíacas por raza/grupo étnico



Fuente: National Center for Health Statistics. Datos para 2000; no está incluido Puerto Rico.

Los latinos tienen tasas más bajas de enfermedades del corazón que otros grupos de población en Estados Unidos. También sufren menos cáncer de pulmón, mama y colon.

El mayor desafío es lograr que los latinos piensen en la prevención y en la importancia de los chequeos periódicos como parte de la buena salud.

supuesto, además de derribar las barreras culturales, todos los expertos consultados aseguran que el camino es lograr que más hispanos accedan a una cobertura médica.

Y, al parecer, esta problemática se profundiza en las ciudades de frontera. Un estudio de los CDC conocido en marzo de 2003 reveló que sólo el 47% de las mujeres hispanas que viven en ciudades a lo largo de la frontera entre Estados Unidos y México se había hecho un Papanicolau, o exámenes para detectar cánceres de mama y de cuello uterino. El trabajo también reveló que cerca del 61% de las mujeres hispanas que viven en estas áreas tiene un ingreso familiar anual de 15.000 dólares o menos; que más de la tercera parte de las familias vive por debajo del

Mirando al futuro

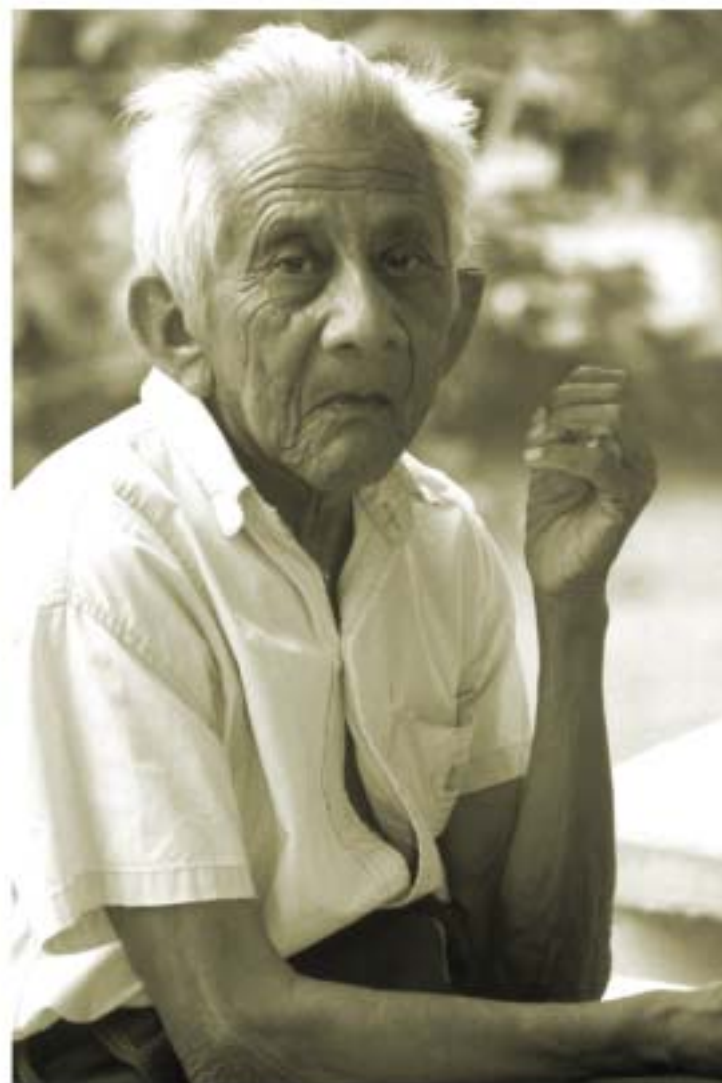
La enorme diversidad y el espectacular crecimiento de la población hispana en Estados Unidos han sido el motor impulsor de nuevas investigaciones y diferentes alternativas de acceso que abarquen este fenómeno. Organismos federales y no gubernamentales han tomado conciencia de la necesidad de diseñar servicios culturalmente adaptables, que sean sensibles y respondan a esta diversidad. Y también que logren, basados en el principio de equidad, que los hispanos que están echando raíces en esta tierra tengan las mismas oportunidades de acceder a todo lo que el desarrollo ofrece para garantizar una mejor salud.

Foto © Beryl Goldberg

Latinoamérica y el Caribe están presentando un “fenómeno de envejecimiento” que tendrá un gran impacto en el perfil de salud de la región. Los expertos dicen que ahora es el momento de invertir en un envejecimiento saludable, para asegurar una mejor calidad de vida para adultos y jóvenes por igual.

El 14 de octubre del año pasado murió en Dominica, a los 128 años, la persona más vieja de la historia humana reciente. Elizabeth “Ma Pambo” Israel había nacido en enero de 1875, antes de que existieran el teléfono o la lámpara de luz incandescente. Aunque su voz era débil y había perdido la vista, le encantaba oír hablar a quienes la visitaban. “Ma Pambo” trabajó en el campo por casi 90 años y hasta su muerte solía levantarse para rezar a las 5 de la mañana. Las autoridades locales dicen que la tranquilidad de Dominica contribuye a transformarla en una especie de capital mundial de los centenarios, ya que en una población de 70.000 habitantes hay más de 20 personas que superan los 100 años.

“Ma Pambo” fue noticia por su longevidad, pero quizá dentro de algunas décadas alcanzar su edad será mucho menos infrecuente. El envejecimiento global de la población, ya constatable en muchos países desarrollados, también asoma como una “oleada” demográfica en América Latina y el Caribe. En 2000, sólo una de cada 12 personas en la región tenía más de 60 años. Para 2025 se estima que la proporción va a cambiar a una de cada siete, lo que significa que la población de adultos mayores en las Américas crecerá un 138%, de 42 millones a 100 millones. Dentro de 20 años, en cada país al menos el 10% de los mayores de 60 estará incluido dentro del grupo que superó los 80 años; y para 2050, en cinco países esa franja representará el 8% de la población. Los centenarios se transformarán en un sector marginal, pero representativo, dentro de la pirámide poblacional.



fotos © Armando Waak/OPS

La expectativa de vida a comienzos del siglo pasado rondaba los 30 ó 40 años en los países de la región, y los progresos de las ciencias biomédicas prometen extender los límites de la vida humana a 100 ó 120 años. Pero el contexto social no parece avanzar al mismo ritmo. “Lo malo no es que la población envejezca, sino que las sociedades no tomen conciencia del fenómeno –sostiene la epidemióloga Martha Peláez, asesora regional en envejecimiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)–. Evitar la muerte prematura y envejecer es un logro de la salud pública, pero pareciera que condenamos a la gente a que sufra ese logro porque no le damos recursos ni atención para que viva con dignidad los últimos años. Es como si no estuviéramos preparados como sociedad para

afrontar tal logro con acciones que valoren esa etapa de la vida”.

Peláez es una de las gestoras del primer informe sobre *El estado de envejecimiento y salud en América Latina y el Caribe*, presentado en forma conjunta por la OPS y el Instituto Merck de Envejecimiento y Salud. El informe ofrece una radiografía acabada del problema en la región, y propone asimismo un plan de acción general “realizable” para garantizar que las personas mayores “sobrevivan y estén cada día mejor, y que el ciclo de salud de América Latina y el Caribe aumente junto con el ciclo de vida”. Un desafío que involucra a gobiernos, sociedades y proveedores de servicios de salud, y de cuyos éxitos seremos todos beneficiarios.



La vejez



en las
Américas

por Matías Loewy



No es lo mismo

Como la palabra “anciano” remite a una persona discapacitada que espera morir, dice Peláez, el documento sobre envejecimiento habla de “adultos mayores”. El adulto mayor promedio en la región es de sexo femenino (las mujeres representan el 60% del total), vive en zonas urbanas y tiene apenas la escuela primaria completa. Pero el perfil demográfico y socioeconómico difiere entre las distintas subregiones e incluso en el interior mismo de los países.

En la región andina, el “índice de envejecimiento” –la cantidad de personas de 60 años y

más por cada 100 niños menores de 15 años – se duplicará en dos décadas. En Cuba y Puerto Rico habrá entonces más personas mayores de 60 que menores de 15 años. En la República Dominicana, Costa Rica y Panamá habrá por lo menos un adulto mayor por cada dos niños. Los expertos sospechan que las enfermedades nutricionales y metabólicas de los ancianos,

muchos de ellos viviendo en condiciones de pobreza, representan una de las principales amenazas sanitarias de la región.

El Caribe angloparlante y las Antillas holandesas tendrán una de las tasas de envejecimiento de la población más altas de todo el hemisferio. En esos países, la dinámica migratoria hace más complejo el problema: usualmente las abuelas deben

quedarse al cuidado de los nietos por la emigración de las generaciones jóvenes, y, además, quienes trabajaron muchos años en el exterior vuelven ya jubilados a su tierra natal, en donde demandan servicios sociales y de salud.

El Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay) y México concentran dos tercios de la población adulta mayor de

la región. En Uruguay, el país más envejecido del hemisferio (más del 17% de la población supera los 60 años), la cantidad de adultos mayores igualará a la de niños en dos décadas. El índice de envejecimiento de México va a saltar de 20,5 en el año 2000 a 153,5 en 2050.

El envejecimiento de la población –alertan los expertos– amenaza con poner en

el aspecto demográfico y médico se entrelaza con la variable económica. Satisfacer las necesidades especiales de los adultos mayores puede demandar tiempo, esfuerzo y dinero al resto de la familia. Una encuesta reciente realizada por la OPS en siete ciudades de América Latina y el Caribe revela que la quinta parte de los adultos mayores que viven en comunidad

deban pagarlo de su bolsillo porque los sistemas de salud no financian estos tratamientos. También hay numerosas barreras para lograr el acceso a la medicación y a los servicios sanitarios convencionales en la mayoría de los países de la región.

El objetivo es lograr más y mejor vida. En el último medio siglo, la región logró ganar alrededor de 9 años de existencia



Estudios muestran que el 70 por ciento del deterioro físico que ocurre durante el envejecimiento está relacionado con factores de riesgo modificables como el tabaco, el sedentarismo y la mala nutrición.

Los mayores, un capital humano

Una manera de interpretar el valor económico de invertir en una mayor esperanza de vida y en una mejor calidad de vida de la población, es considerar ambas expresiones del estado de la salud estrictamente como características del capital humano. Dentro del marco de la teoría del crecimiento endógeno, la inversión en salud equivale a inversión en capital humano –visto éste como la capacidad de la persona de ser económicamente productiva– y que constituye un factor determinante del crecimiento económico de largo plazo. El mecanismo de transmisión esperado va de una nutrición adecuada a la salud; de la salud a la calidad y longevidad del capital humano; y del capital humano al crecimiento económico y al desarrollo social; trayendo como consecuencia la reducción de la pobreza y de las desigualdades.

El período de vida es concebido, por lo tanto, como un período de acumulación de capital físico, financiero y humano, a lo largo del cual se realizan transferencias intergeneracionales en uno y otro sentido: de los más jóvenes a los adultos mayores, y de los adultos mayores a los jóvenes. La composición de estas transferencias varía según el grupo de edad del que se hable. Si bien el adulto mayor ve reducida su capacidad de contribuir con recursos monetarios –función que es asumida principalmente por los jóvenes–, las transferencias hacia los jóvenes consisten en activos financieros (por ejemplo ahorros y herencias) y en capital humano (conocimientos adquiridos, experiencias, habilidades, etc.), y ambos elementos contribuyen a la creación continua de capital humano, lo cual justificaría la inversión en el mismo.

Este nuevo perfil demográfico y epidemiológico que plantea el fenómeno del envejecimiento genera una nueva demanda para la sociedad, tanto de recursos monetarios (presupuesto nacional y economía de los hogares), como humanos (especialistas en servicios geriátricos, por ejemplo).

Según explicó Claudia Pescetto, economista experta en salud y desarrollo económico de la Organización Panamericana de la Salud, frente a esta realidad, el invertir en promover un envejecimiento saludable así como la preservación de la funcionalidad y de la autonomía del mayor en la sociedad se hacen prioritarios para evitar mayores costos futuros. La estrategia debería ser integral y tener en cuenta los diversos aspectos humanos como seguridad económica, participación social, educación, acceso a servicios de salud de calidad. El beneficio económico, por lo tanto, debería ser mayor en la medida en que abarque más aspectos de la vida humana.

En el caso de los sectores más pobres, se esperaría que el Estado participe a través de intervenciones, sobre todo en aquellos países –que son mayoría en la región– donde no existen sistemas de protección social desarrollados y en los que el cuidado y la manutención del adulto mayor recaen exclusivamente en el núcleo familiar.

Para Pescetto, frente a ambos argumentos y frente a la escasez de recursos, la decisión de invertir en una mejor calidad de vida del adulto mayor, saludable o enfermo, en los últimos años de vida, donde el aporte como agente económico se reduce a su mínima expresión, tiende a alejarse del argumento económico y a encontrar sustento en el campo de la ética y la justicia social.

crisis los sistemas sanitarios, las formas tradicionales de educación y trabajo, y la estructura misma de las sociedades. “La pirámide poblacional se está verticalizando, pero también se están verticalizando las familias”, sostiene Julieta Oddone, profesora de Sociología de la Vejez en la Universidad de Buenos Aires.

“Antes, una familia sostenía a una o dos personas ancianas. Pero ya se empieza a ver que conviven dos o tres generaciones de viejos con pocos descendientes, o personas de 60 años que cuidan a mayores de 80... Son procesos que requieren de una mirada más amplia, no sólo de los sistemas sanitarios o de seguridad social, porque esas familias no pueden sobrellevar solos los cambios que se producen en su propio seno”, agrega la responsable del proyecto de Envejecimiento y Sociedad de la sede local de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso).

(no en hogares de ancianos) tiene al menos una limitación para realizar actividades de la vida cotidiana como comer, vestirse o ir al baño. Uno de cada dos hombres y dos de cada tres mujeres sufren artritis, osteoporosis, mala visión o incontinencia, todas condiciones que discapacitan en distinto grado.

Prevención

En el complejo termal de Villa Elisa, a 360 kilómetros de Buenos Aires, Argentina, el agua salada fluye a 41° C. Héctor Vincón y su esposa Susana, de 78 y 70 años, respectivamente, se sumergen en las aguas 20 veces por año para desinflamar los tobillos, calmar lumbagias o mejorar la flexibilidad de las rodillas. “Tratamos de mantenernos tan activos como cuando éramos jóvenes”, aseguran. Al igual que el matrimonio Vincón, más de la mitad de quienes visitan estas termas superan los 60 años y procuran aliviar distintas dolencias físicas, aunque

después de los 60 años. Según los especialistas, la medida de mayor impacto para seguir aumentando la esperanza de vida deberá ser la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares, que hoy representan 20 veces el riesgo de morir por causas externas, 6 veces el de morir por una enfermedad transmisible, 3 veces el de morir por cáncer y 2 veces el de hacerlo por cualquier otra causa. La buena noticia –señala el informe de la OPS– es que los hombres y mujeres mayores tienen un 21% y un 29% menos de probabilidades, respectivamente, de morir por enfermedades del sistema circulatorio, en comparación con la década de los 80.

Otro indicador para medir la salud de los mayores es el “estado de salud autoinformado”. Según la encuesta, en siete ciudades de la región, el 42% de las mujeres y el 49% de los hombres mayores de 60 dijeron tener una salud “excelente” o “buena”.

La representación social de los ancianos

La visión que tiene la sociedad acerca del anciano ha evolucionado durante la historia, un proceso que se revela en la literatura y en otros géneros escritos. La socióloga Julieta Oddone se tomó el trabajo de indagar la representación de la vejez en los libros de textos escolares de Argentina, correspondientes al segundo año de la escuela primaria. Si bien la autora no se anima a extrapolar sus resultados a otros países de las Américas, es probable que algunos rasgos que emergen de su análisis tengan una distribución más amplia.

Oddone identifica distintas etapas. En los textos que van de finales del siglo XIX a comienzos del siglo XX "es común visualizar a personajes ancianos ocupando diversos roles y situaciones en los que transmiten las normas sociales basadas en la tradición y en la experiencia. (...) En todos los casos, el anciano es fuente de respeto, aún en situaciones de marginalidad social como los "pobres viejos abandonados", cuando la caridad pública suplía la falta del beneficio jubilatorio", señala la autora, cuyo estudio se publicó en el libro *La vejez, una mirada gerontológica actual* (Editorial Paidós, Buenos Aires, 1998). El tipo de familia predominante es aquella en la que conviven tres o más generaciones, se envejece en familia y parece normal que los hijos se hagan cargo de sus ancianos, representados como débiles, enfermizos y pasivos.

En los años 30, el anciano continúa cumpliendo con el rol social de transmisor de cultura y experiencia. Como en la etapa anterior, "el anciano tiene que ser un santo, condenado a ser venerado, no tiene derecho a cometer el mínimo error, él que tanta experiencia tiene; ya no puede sucumbir a la mínima tentación, él, tan consumido y arrugado como está; tiene que ser perfecto, ejemplo de todas las virtudes. La imagen sublimada que se les ofrece de ellos mismos es la del sabio rodeado de una aureola de cabellos blancos, rico en experiencia y venerable, dominando desde muy alto la condición humana".

Entre los años 40 y 50 asoma por primera vez la imagen del "anciano institucionalizado", es decir, que habita en un hogar de ancianos. Continúa la imagen del viejo o abuelo como transmisor de la cultura. Es, sin embargo, un anciano activo que debe y necesita ocupar su tiempo libre, que no está feliz si no trabaja.

Entre los 60 y los 90 la situación cambia. En una cultura que entroniza a la juventud en sus aspectos externos y tiende a cambios tecnológicos acelerados, los valores que los ancianos transmiten son desactualizados y por ello son reemplazados en esta función por modelos más jóvenes y actualizados, como el del tío. Los ancianos han quedado sin rol social, y sólo son definidos por el rol de abuelos a quienes los niños quieren.

En los últimos años, los textos rescatan a abuelos que a veces "vienen a colaborar con la familia", esto es, se les vuelve a asignar un papel activo dentro de ella. Quizás en coincidencia con el aumento global de la expectativa de vida, aparecen -aunque en forma incipiente- adultos mayores fuertes y activos. "Los viejos vuelven a ser referentes para los chicos en un plano de igualdad con las otras generaciones que los habían sustituido en el período anterior", concluye Oddone.

Un análisis similar sobre la representación de los viejos en la televisión argentina fue realizado en 1996 por la psicóloga Laura Bosque, responsable del Comité de Prevención de la Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía del Trauma. De su estudio surge que la imagen de vejez resulta positiva cuando de programas de ficción se trata, "más por las exigencias narrativas de los géneros que por las tendencias vigentes en la sociedad", subraya Bosque. "En los géneros telenovelas y telecomedias prevalece una manera de mostrar las situaciones sociales y familiares como ideales". Por su parte, los programas no ficcionales son los que concentran con mayor virulencia la imagen negativa acerca de la vejez, y ponen énfasis en la falta de cuidado personal, la torpeza física o la inadecuación al código cultural.

www.paho.org

Las respuestas positivas dependen del éxito con que las personas mayores puedan prevenir las limitaciones funcionales, la desnutrición y las enfermedades crónicas, para lo cual el informe de la OPS sostiene que resulta crítico intervenir sobre factores de riesgo modificables -tales como tabaquismo, sedentarismo, malnutrición o falta de acceso a los servicios de salud-, que contribuyen con un 70% del deterioro global asociado al envejecimiento.

Según Patricia Barry, directora ejecutiva del Instituto Merck, es evidente que las personas mayores tienen requerimientos de salud específicos y más complejos que las personas más jóvenes. Pero los sistemas de salud pública o de vigilancia epidemiológica, en líneas generales, no tienen documentadas esas necesidades ni registran la prevalencia o incidencia de los problemas de salud graves en esa etapa de la vida. "Las personas mayores necesitan la atención adecuada para prevenir enfermedades, promover su independencia y mejorar su calidad de vida", señala Barry. El nuevo informe se plantea como una herramienta para trazar una ruta hacia esa meta.

El psicogerontólogo argentino Leopoldo Salvarezza, ex titular de la Cátedra de Vejez de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, estudia el fenómeno del envejecimiento desde hace 35 años. "El ser humano no quiere identificarse o ponerse en la piel de ese viejo que indefectiblemente va a ser. Es como si lo culpara por ser viejo, o por plantearle un problema a una sociedad que no había reparado en ello. Eso promueve la desconsideración hacia la persona mayor. Semanas atrás, una organización alemana que brinda cachorros gratis decidió dejar de dárselos a las personas mayores para que los animales no sufran cuando su dueño muera. ¡Es grotesco! ¡Pesan más los derechos del perro que los del anciano!", protesta Salvarezza.

El abordaje médico no resuelve todos los problemas asociados al envejecimiento, pero puede ser un buen primer paso. Para promover una mejora del estado general de salud de los adultos mayores en América Latina y el Caribe, el documento conjunto de la OPS propone unas metas que deberán empezar a satisfacer entre un tercio y dos tercios de los países antes del año 2010:



El ser humano no quiere identificarse o ponerse en la piel de ese viejo que indefectiblemente va a ser. Es como si lo culpara por ser viejo, o por plantearle un problema a una sociedad que no había reparado en ello. Eso promueve la desconsideración hacia la persona mayor.

- Desarrollar pautas y procesos para controlar el estado de salud de las personas mayores, e implementar un sistema de vigilancia.
- Promover y financiar una agenda de investigación de la salud pública para identificar las amenazas a la salud de las personas mayores.
- Promover comportamientos y entornos saludables para los mayores.
- Desarrollar un marco regulatorio para proteger los derechos de las personas mayores en entornos de cuidados a largo plazo.
- Definir normas adecuadas para los servicios de salud geriátrica; controlar y evaluar el acceso de las personas mayores a los servicios de salud necesarios.
- Desarrollar un plan nacional para capacitar en geriatría al personal en atención primaria de la salud, y brindarle a todo el personal en esta área cierto grado de educación y capacitación en geriatría.

"Son metas realizables, son plazos realistas -se espera Peláez-. Hay que empezar a dar respuestas cuanto antes. Estamos hablando de una etapa de la vida que puede prolongarse 30 años, no es una antesala de la muerte. En el siglo pasado las niñas se preparaban para ser madres a partir de los 13 años, y cuando empieza a crecer la esperanza de vida se crea la adolescencia. En particular, la etapa que va de los 60 a los 75 u 80 años es algo así como una segunda adolescencia. Los adolescentes y adultos mayores tienen en común la falta de definición de su identidad como persona y la lucha entre el individuo con su entorno social por la independencia/dependencia. Pero esta nueva etapa no la hemos definido como tal: la persona y la sociedad deben recrear nuevos roles para esa franja de edad. Es un reto cultural y social impostergable", concluye Peláez.

Matías Loewy escribe sobre ciencia y salud para la revista semanal Noticias de Argentina.

Una puerta
abierta
 a la vida

*Apenas 10 años atrás,
 los medicamentos que
 salvan vidas estaban fuera
 del alcance de la mayoría
 de los pacientes con VIH
 de América Latina y el
 Caribe. Hoy en día, en la
 región se están haciendo
 grandes esfuerzos para
 lograr el acceso universal
 a los antirretrovirales...
 y para dar un ejemplo
 al resto del mundo
 en desarrollo.*

◀ Mauricio Mercado Garzas, de la ciudad de México, es miembro del Frente Nacional de Personas Afectadas por VIH/sida, un grupo de acción ciudadana que ha trabajado para expandir el acceso a los tratamientos antirretrovirales en México. Diagnosticado con VIH en 2000, Mercado ha estado en tratamiento por cuatro años.

por Donna Eberwine

Se denomina "efecto Lázaro". Al igual que la figura bíblica que Jesús levantó de entre los muertos, un paciente con sida, demacrado y muy enfermo, recibe tratamiento con antirretrovirales y luego de algunos meses se recupera de manera asombrosa.

Andrés Vargas, médico general que atiende a personas que viven con VIH/sida en Bolivia, ha visto de cerca lo que sucede. Evoca el caso de un paciente de 23 años, un obrero de metalmecánica que trabaja en la empresa de su familia. En julio de 2002 se le diagnosticó un linfoma no Hodgkins. Su peso había bajado rápidamente y llegaba a apenas 35 kg; presentaba candidiasis oral, fiebre, diarrea y herpes zoster. Se le ordenaron exámenes de laboratorio para VIH y dieron positivo.

Cuenta Vargas que se le administró quimioterapia para linfoma, así como tratamiento para neumonía. En setiembre se le diagnosticó tuberculosis pulmonar, que también fue tratada.

"A fines de octubre de 2002, su familia había reunido con mucho esfuerzo el dinero para comprar los antirretrovirales -recuerda Vargas-. Once meses después, su peso había subido a 63 kilos y ya no presentaba síntomas de infecciones, volvió a su trabajo y a su vida normal. Pero en setiembre de 2003 se vio obligado a interrumpir el tratamiento por falta de dinero y de donaciones. Y a mediados de enero de 2004 consultó por recidiva del herpes zoster". Finalmente, gracias a una donación de Brasil, en febrero, su paciente pudo reiniciar el tratamiento, y ahora, después de dos meses, ha vuelto a ser asintomático y se ha reintegrado a su trabajo.

Hasta hace menos de diez años, un resultado similar estaba al alcance de unos pocos privilegiados en América Latina y el Caribe. A mediados de la década de los 90, morían anualmente más de 30.000 pacientes con sida, más de 500 personas se infectaban cada día y sólo una minoría de la población tenía acceso apenas a la terapia con un solo medicamento.

"He visto morir a muchos porque recibieron el tratamiento demasiado tarde o porque el tratamiento todavía no existía en Bolivia -comenta Vargas-. Como médico sentía la impotencia de no poder ayudar a una persona, y me sentía frustrado porque el Estado no suministraba los antirretrovirales. Ahora que, desde febrero, se están suministrando, me siento aliviado porque muchas personas que viven con VIH/sida no tendrán que pasar esa angustia de no tener medicamentos".

Hoy en día, los países de América Latina y el Caribe están a la cabeza del mundo en desarrollo en el suministro de tratamiento antirretroviral. En la región, aproximadamente 210.000 pacientes con sida están en tratamiento, que representa el 55% del total que necesitan los antirretrovirales. En África, en cambio, de los aproximadamente 4,4 millones de pacientes que los necesitan, apenas unos 100.000 están recibiendo esos medicamentos. En realidad, los latinoamericanos y los caribeños suman más de la mitad del total de personas que reciben tratamiento con antirretrovirales en todo el mundo en desarrollo.

Para los hombres, mujeres y niños de la región que todavía necesitan el tratamiento pero no tienen acceso a él, estas cifras no son gran consuelo. Sin embargo, los expertos en salud pública dicen que esos logros reflejan el compromiso cada vez mayor de suministrar acceso universal al tratamiento antirretroviral. "Hoy en día, cada uno de los países de nuestra región tiene pacientes con VIH/sida que están bajo tratamiento con antirretrovirales -destaca Carol Vlassoff, jefa del programa de VIH/sida de la Organización Panamericana de la Salud

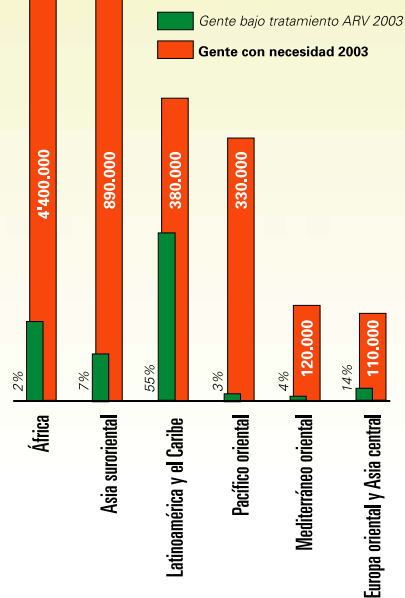
Un vínculo vital

Hay razones tanto prácticas como morales para vincular el tratamiento con la prevención. "Sabemos que el tratamiento refuerza la prevención –dice Paulo Lyra, especialista en comunicación del programa de VIH/sida de la OPS–. Es más probable que la gente se haga las pruebas si sabe que existen tratamientos. Si la prueba es negativa, es más lógico que eviten los comportamientos de riesgo para seguir sanos. Si la prueba es positiva, pueden tomar precauciones para no infectar a otros".

Carol Vlassoff, jefa del programa de la OPS, agrega que la disponibilidad de tratamiento ha sido un factor clave para reducir el estigma asociado con la enfermedad. "Si hay tratamiento, el sida ya no es una sentencia de muerte y la gente acepta más fácilmente a los que son VIH positivos". A medida que disminuye el estigma, dice, la gente estará más dispuesta a someterse a las pruebas. Más aún, "el tratamiento aumenta la confianza de la gente en el

sistema de salud en general y le da más credibilidad a sus mensajes. Si ves a alguien que tiene sida y el sistema de salud no está ayudándolo, entonces ¿por qué escuchar los mensajes de prevención? El tratamiento es parte integral de todo el plan".

TRATAMIENTO Y NECESIDAD



Fuente: PAHO/WHO

(OPS)–. Algunos de ellos recién están empezando el camino y hay muchos obstáculos. Pero, existe un nuevo consenso de que toda persona que necesita tratamiento debería recibirlo".

Para apoyar este proceso, la OPS está encabezando una iniciativa regional para aumentar en 174.000 el número de personas que reciben tratamiento para el VIH/sida en América Latina y el Caribe. (La cifra corresponde a quienes necesitan tratamiento pero todavía no tienen acceso a él.) En enero de este año, durante la Cumbre de las Américas en Monterrey, México, los jefes de Estado ratificaron su apoyo a esta ambiciosa meta al hacer un llamado

Latinoamérica y el Caribe son regiones líderes en el mundo en desarrollo en provisión de medicamentos para tratar el VIH/sida, contabilizando casi la mitad del total de personas bajo tratamiento en estos países.

para que 600.000 personas de todo el continente reciban tratamiento. Este esfuerzo apoyará también la iniciativa "Tres millones para 2005", que lanzó la Organización Mundial de la Salud (OMS) a fines de 2003. Su meta es suministrar tratamiento a tres millones de personas del mundo en desarrollo –la mitad de quienes se calcula que lo necesitan– para finales del año 2005.

En 1996, la promesa de prolongar la vida ofrecida por el tratamiento con una combinación de antirretrovirales atrajo la atención mundial. Los expositores de la XI Conferencia Internacional de Sida celebrada en Vancouver, Canadá, demostraron que el tratamiento antirretroviral de alta potencia, que combina tres o cuatro medicamentos antirretrovirales, daba resultados increíblemente mejores que las terapias con un único medicamento. Los pacientes que recibían el "cóctel" mostraban reducciones considerables en la carga viral (cantidad de virus por mililitro de sangre), sistemas inmunitarios muy reforzados, y una disminución importante del número de infecciones oportunistas, en comparación con los pacientes no tratados o con los

que estaban recibiendo un solo medicamento, como la zidovudina (AZT). Si bien no se trataba de la tan esperada cura, el tratamiento combinado significaba que el sida podía dejar de ser prácticamente una sentencia de muerte, para convertirse en una enfermedad crónica, pero controlable.

Desde que se dispone de la terapia combinada, las tasas de mortalidad por sida han bajado el 90% en Estados Unidos y en Europa; y en países de ingresos medios, como Argentina, Bahamas y Brasil, se ha registrado hasta un 50% de disminución en las tasas de mortalidad por sida con unos pocos años de tratamiento. También han disminuido notablemente las hospitalizaciones. Pero, en países más pobres –en especial en África– las muertes han seguido aumentando a la par de las nuevas infecciones.

El costo del tratamiento ha sido el obstáculo más obvio. Cuando en 1997 se generalizó el tratamiento combinado, el costo de un año de tratamiento oscilaba en promedio entre 10.000 y 15.000 dólares, lo que es caro incluso para los niveles de vida de América del Norte y prohibitivo para la mayoría del mundo en desarrollo.

Debido a que el tratamiento se percibía como fuera de alcance, al principio los esfuerzos de la región para combatir la epidemia "se orientaron casi exclusivamente a la prevención –recuerda Rafael Mazin, asesor regional de la OPS en VIH/sida–. Ésta quizá fue una respuesta adecuada de la salud pública en las primeras etapas de la epidemia. Se consideraba que era más sensato invertir los limitados recursos en prevención, más que en el tratamiento".

Una excepción notable a esta regla fue Brasil. Frente a la propagación de la epidemia a comienzos de los años 90, sus autoridades sanitarias respondieron con una estrategia integral que incorporaba tanto prevención como tratamiento, además del financiamiento adecuado y un énfasis en los derechos humanos y en la participación de la gente que vivía con VIH/sida. Una parte integral de la estrategia era el acceso universal al tratamiento gratuito.

"Nuestra meta era mejorar la calidad de vida de la gente que vivía con VIH y con sida –explica Ricardo Pio Marins, subdirector del Programa Nacional de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida–. Esto exigía insertar el problema firmemente en el programa político –hacer que el control de la epidemia se situara entre las prioridades

políticas e institucionales de más alto nivel–, y utilizar un modelo de administración basado en la descentralización y en la participación de sectores gubernamentales y no gubernamentales, entre ellos los grupos más afectados por la epidemia".

Para abordar el problema del costo del tratamiento, en 1993 Brasil empezó a producir versiones genéricas de antirretrovirales. En conversaciones con los fabricantes de productos de marca, Brasil citó las normas de la Organización Mundial del Comercio (OMC) que permiten a los países, en casos especiales como una emergencia nacional, utilizar licencias obligatorias, que les permiten producir o importar medicamentos genéricos mediante el pago

fármacos genéricos para comprar antirretrovirales con rebajas de precios del 30% al 92% en medicamentos individuales. Esto produjo precios tan bajos como 400 dólares por año, por paciente.

No obstante, el costo por año de tratar a cada paciente que lo necesita puede ser asombroso. Varios países, entre ellos Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y México, han venido absorbiendo esos costos en sus presupuestos nacionales de salud y préstamos del Banco Mundial. Pero los países de menores ingresos han tenido que buscar otras fuentes externas de financiamiento.

Una de las más importantes es el multimillonario Fondo Mundial para el Sida, la Tuberculosis y la Malaria creado en 2002



foto © Rosa Fernández/OPS Perú

de una regalía razonable a los dueños de la patente. A pesar de que Brasil nunca recurrió a la emisión de licencias obligatorias, su posición firme le ayudó negociar precios más bajos con los fabricantes de medicamentos de marca registrada. Hoy en día, Brasil gasta en promedio 1.591 dólares por paciente, por año, en tratamientos que importa o que compra a seis fabricantes nacionales. Además, Brasil dona medicamentos de fabricación nacional a países de África y de América Latina, entre los que se cuentan Bolivia, Colombia, El Salvador, Paraguay y República Dominicana.

El poder de las cifras

Brasil es uno de los pocos países de la región con la base técnica y la capacidad de fabricación para producir sus propios medicamentos. Pero otros países le han seguido los pasos en negociar con los fabricantes para que bajen los precios de los antirretrovirales.

Con el apoyo de la OPS/OMS y del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), las autoridades sanitarias de 15 países del Caribe negociaron, en 2002, un acuerdo con cuatro fabricantes de productos farmacéuticos que bajó el precio del tratamiento triple de marca registrada hasta 1.100 dólares por paciente, por año. A comienzos de 2003, Centroamérica concluyó negociaciones similares con cinco empresas farmacéuticas que redujeron los precios de un año de terapia a una suma que variaba de 1.035 a 1.454 dólares. Otras conversaciones paralelas con fabricantes de fármacos genéricos dieron como resultado precios que variaban entre 600 y 1.200 dólares.

En junio de 2003, otros 10 países latinoamericanos, entre ellos varios de la región andina, llegaron a acuerdos con fabricantes de

El modelo brasileño

El enfoque adoptado por Brasil para controlar la epidemia de VIH/sida ha surgido como un modelo para los países en desarrollo que afrontan una crisis de sida. Los propios funcionarios de salud atribuyen gran parte de su éxito a la adopción oportuna de una política de acceso universal a los medicamentos antirretrovirales.

Ya desde comienzos de 1991, Brasil estaba suministrando AZT (zidovudina) a los pacientes con sida, y casi tan pronto como la terapia triple estuvo disponible en 1996, se agregó al arsenal nacional de medicamentos contra el VIH/sida.

"Los resultados fueron impresionantes –dice Ricardo Pio Marins, subdirector del Programa Nacional de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida–. Desde 1996 hasta ahora hemos observado una notable reducción en la mortalidad, la morbilidad y las hospitalizaciones de pacientes VIH positivos, a la vez que se han logrado ahorros económicos debido a esta política. En ciudades como Río de Janeiro y San Pablo, entre 1995 y 2000 se registró hasta un 70% menos de muertes relacionadas con el sida. A nivel nacional, hemos visto descensos del 60 al 80% en infecciones oportunistas, y las tasas de hospitalización disminuyeron cuatro veces. Los ahorros generales entre 1997 y 2000 sumaron más de 700 millones de dólares".

Para compartir su éxito, Brasil ha iniciado más de 30 proyectos cooperativos con otros países en desarrollo, dando apoyo técnico y capacitando en especialidades como prevención, tratamiento, participación comunitaria y desarrollo institucional. Brasil también ha mantenido una oferta abierta de transferir a otros países, sin costo alguno, la tecnología necesaria para fabricar antirretrovirales genéricos.

"Hay argumentos muy fuertes en favor del acceso generalizado al tratamiento –sostiene Marins–. La reducción del precio de los medicamentos puede modificar drásticamente la economía del tratamiento, y los posibles obstáculos al tratamiento apropiado, como por ejemplo, la infraestructura inadecuada, pueden superarse mediante un esfuerzo bien diseñado y que cuente con apoyo internacional".

▲ Activistas en Perú piden mayor acceso a los tratamientos antirretrovirales para las personas viviendo con VIH/sida, durante una marcha en el Día Mundial del Sida 2003.

para canalizar las donaciones públicas y privadas destinadas a combatir estas tres enfermedades. Durante sus primeros dos años, el Fondo aprobó más de 240 millones de dólares en subvenciones a América Latina y el Caribe, lo que abarcaba el financiamiento para el tratamiento de más de 50.000 pacientes con VIH/sida. El Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del Sida (PEPFAR), de Estados Unidos, asciende a 15 mil millones de dólares y aunque la ayuda se concentra principalmente en África, también ha financiado tratamientos para el sida en Haití y Guyana, y prometió 1.000 millones en fondos generales para el Fondo Mundial.

A pesar de estos logros, los activistas se lamentan de que el proceso de ampliar la utilización del tratamiento ha sido demasiado lento. Uno de los críticos más severos es Richard Stern, psicólogo y director de la Agua Buena Asociación de Derechos Humanos, con sede en San José, Costa Rica. Ciudadano estadounidense por nacimiento, Stern ha viajado por la región para trabajar con grupos de acción sobre el sida. El año pasado, luego de la exitosa conclusión de las negociaciones de precios de los medicamentos por varios países sudamericanos, Stern se quejó en un mensaje a los miembros del equipo de negociadores: "Es muy posible que en algunos países donde ya había acceso al tratamiento, los siste-

Renovar la vida

A la argentina Patricia Pérez, el examen de VIH le dio positivo en 1988, a los 26 años. "En aquellos tiempos, la noticia era un certificado de defunción. Lloraba sin saber qué hacer. Por entonces, el sida era considerado indefectiblemente una enfermedad mortal, esa era la realidad. Veías a una persona en el hospital y a la semana siguiente te enterabas de que se había muerto. ¿Por qué yo no iba a verme reflejada en esa situación?", recuerda dieciséis años después.

En aquel momento, los médicos fueron contundentes: "Tienes que cuidarte, pero igual tu expectativa de vida es de dos años", le dijeron, como quien dice "mañana va a llover". "Con Daniel, mi pareja hasta hoy -cuenta Patricia-, nos propusimos vivir el momento y tratar de sortear la angustia de la pérdida, que parecía inminente".

Patricia pasó la barrera de la sentencia médica y al tercer año de conocer su condición comenzó a tratarse con zidovudina (AZT). "Yo no quería tomar medicación, fue muy angustiante ese proceso. Al principio el AZT era muy tóxico y tenía que tomar 12 pastillas al día. La gente que lo tomaba se sentía muy mal, se le caía el cabello. Pero comprendí que era AZT o nada".

Apenas comenzó a tomar la medicación, las células de su sistema inmunológico comenzaron a aumentar. "Eso hizo que me sintiera mejor. Tomé AZT durante cinco años, aunque por entonces las recomendaciones eran no tomarlo por más de dos", cuenta. Con el paso de los años, Patricia fue cambiando las combinaciones de drogas, adaptándose a nuevos efectos secundarios. Al mismo tiempo que probaba pastillas de colores diferentes, fue saliendo de la autocompasión, y conectándose con otras personas en su misma situación. "En 1991 viajé a un encuentro de personas viviendo con VIH en Londres y allí participé en una manifestación con 10.000 desconocidos que luchábamos por la misma causa, por nuestros derechos", dice.

"Al año siguiente, en Amsterdam -recuerda-, 27 mujeres de distintos países fundamos la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW). Allí mi vida tomó un nuevo rumbo: lograr que la voz de las mujeres sea más fuerte que el estigma y la discriminación a las que somos sometidas a diario". El acceso universal a las terapias es ahora la causa de Patricia, que ya le ganó catorce años a aquel fatídico primer diagnóstico. "Es imprescindible que la comunidad internacional haga más esfuerzos para que cualquier persona viviendo con VIH/Sida, no importa el país o el poder adquisitivo, acceda a los mejores tratamientos".

OPS

mas de salud estén comprando ahora a precios más bajos que antes, lo que es bueno. Pero, para quienes están en peligro por no tener acceso al tratamiento, no veo ninguna diferencia como resultado de esas negociaciones". Stern ha publicado numerosos artículos en su sitio web documentando los meses -y hasta los años- que pasan desde la aprobación de las propuestas que se presentan al Fondo Mundial hasta que los países compran y distribuyen las drogas.

Allan Hruska, director de NicaSalud, el beneficiario principal de la subvención más reciente del Fondo Mundial para Nicaragua, está de acuerdo con Stern en que los retrasos han sido un problema grave. Luego de la aprobación de la subvención por 4 millones de dólares en enero de 2003, NicaSalud tuvo que efectuar 10 procedimientos antes de poder, finalmente, comprar los medicamentos. Después de terminar el proceso en marzo de este año, Hruska los describió: "Ya tenemos todas las compras listas, después de haber: 1) elaborado las especificaciones técnicas de cada una; 2) convocado al comité de compras, que incluye al Ministerio de Salud; 3) recibido una respuesta de "no objeción" del Ministerio de Salud; 4) sometido la compra a licitación; 5) asignado los contratos en comité; 6) examinado la situación en cuanto a patentes y registro nacional de todos los fármacos; 7) notificado a los proveedores nuestra intención de comprar; 8) negociado con el Ministerio de Salud los procedimientos para recibir, almacenar y distribuir los medicamentos; 9) firmado un acuerdo con el Ministerio de Salud para asegurar el número 8; y 10) recibido la aprobación del Fondo Mundial para efectuar las compras".

En una entrevista, Hruska dijo que entendía que esos procedimientos tan tediosos pudiesen ser necesarios, pero agregó: "Hemos tenido que aprender sobre la marcha. No somos un organismo técnico. Habría sido útil recibir más orientación acerca de cómo abrimos paso a través del proceso".

Carol Vlassoff, de la OPS, señala que luego del éxito en las negociaciones sobre los precios de los medicamentos, "el precio quizá deje de ser el obstáculo principal". Menciona una serie de trabas técnicas, burocráticas y médicas que es necesario superar, y agrega que éstas son áreas de alta prioridad para la OPS. Entre las necesidades más urgentes se encuentran: equipo de pruebas para medir la carga viral de los pacientes antes de indicar un tratamiento; mejora de los servicios de laboratorio para el seguimiento del progreso de los pacientes y para vigilar la resistencia a los medicamentos; capacitación del personal de salud en pruebas para el VIH, consejos y envío de pacientes, así como en la prescripción y el seguimiento de los tratamientos con fármacos; y fortalecimiento general de la prestación de servicios de salud.

Vlassoff y otros participantes en la iniciativa "Tres millones para 2005" reconocen que la meta del acceso universal a los antirretrovirales es ambiciosa y difícil de alcanzar. Sólo en Haití se calcula que hay unos 50.000 seropositivos que actualmente necesitan tratamiento con antirretrovirales, pero apenas 2.000 lo están recibiendo.

"Pero es una meta por la que tenemos que luchar -afirma Vlassoff-. De todas las regiones en desarrollo, las Américas cuentan con un verdadero potencial para lograr el acceso universal. Por cierto es un desafío, pero hay que hacerlo".

Donna Eberwine es editora de Perspectivas de Salud.

Paz Serrano Escamilla, de Hidalgo, México, es miembro del Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH/sida. Su grupo fue esencial para lograr extender el acceso a los tratamientos antirretrovirales a aquellas personas que no estaban cubiertas por el sistema de seguro social del país.

El poder de la gente

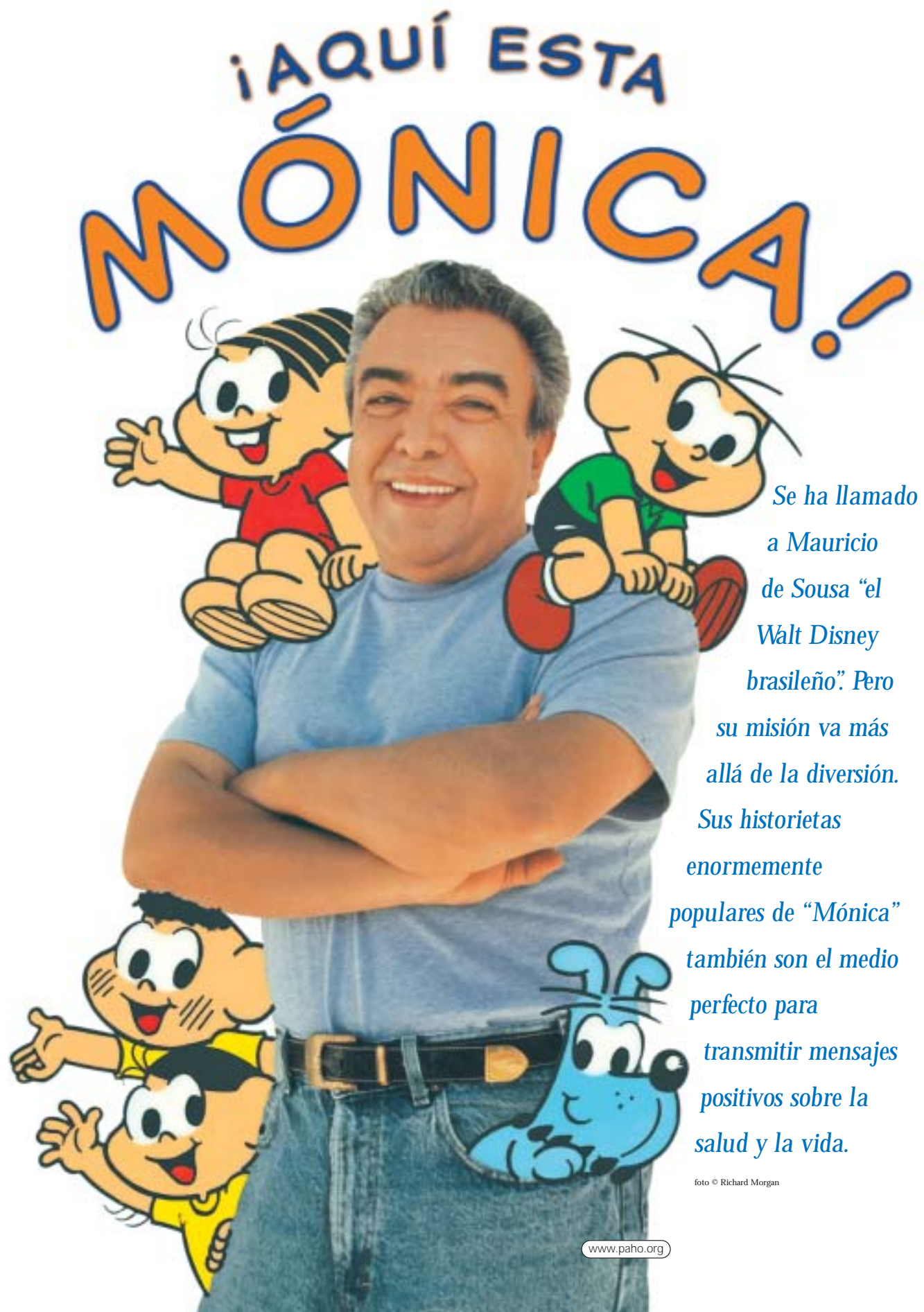
La fuerza más importante en el proceso de ampliar el acceso al tratamiento con antirretrovirales en América Latina y el Caribe ha sido el activismo de las personas que viven con VIH/sida. Varios grupos de los llamados PVVS han movilizado a la opinión pública y han influido en los responsables de las políticas, por medio de acciones que van desde manifestaciones callejeras y la publicación de avisos en los periódicos, hasta procedimientos legales nacionales e internacionales.

La historia de la Fundación Probienestar y Dignidad de las Personas Afectadas por el VIH/sida, de Panamá, es un buen ejemplo. En 1997, un año después de que se empezara a utilizar los "cócteles", un grupo pequeño de activistas de sida se dirigió en 1997 al Ministerio de Salud y a la Caja del Seguro Social para que suministrara medicamentos antirretrovirales a los pacientes con VIH/sida. "Se inició el proceso con negociaciones, dándose múltiples reuniones -recuerda Orlando Quintero, médico de ciudad de Panamá, actualmente director ejecutivo de PROBIDSIDA-. Todas estas negociaciones fracasaron.

Luego, el grupo presentó dos demandas ante la Corte Suprema de Justicia de Panamá, la primera de ellas en noviembre de 1998, y una apelación administrativa en mayo de 1999. Ambas peticiones fueron rechazadas. Al día siguiente del segundo rechazo, ocho de los miembros del grupo bloquearon la calle principal frente al Hospital de la Seguridad Social de la ciudad de Panamá, y el área estuvo cerrada por 12 horas.

"Todo esto fue seguido muy de cerca, en vivo, por los medios de comunicación -recuerda Quintero-. Previa a esta decisión, buscamos la solidaridad de los gremios de sindicatos, maestros, médicos y profesores. Dos días después del cierre de la calle, la junta directiva de la CSS aprobó dar el tratamiento y en octubre de 1999 se empezó a suministrar a todos los asegurados. En 2002 se comenzó por parte del Ministerio de Salud. En este momento existe presupuesto para el 100% de los asegurados -unas 1.400 personas- y sólo un 60% de los no asegurados. Este año el ministerio aumentó el presupuesto a 3 millones para los no asegurados".

Los activistas del sida de Panamá no fueron los primeros ni serán los últimos en utilizar esas tácticas. Desde República Dominicana y Honduras hasta Argentina y Bolivia, la gente que vive con VIH/sida se ha movilizado para exigir sus derechos, entre otros, la no discriminación y una mejor atención de salud. Activistas de 10 países han llevado sus quejas a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, y en todos los casos la Corte ha dictaminado a favor de ellos. Carol Vlassoff, jefa del programa de la OPS sobre VIH/sida, dice: "El VIH/sida ha abierto el camino para que la sociedad civil participe en otras cuestiones de salud. La gran presión ejercida por estas ONGs sustenta el nuevo consenso de que el tratamiento debe estar al alcance de todo el que lo necesite, no importa en donde viva. Es un imperativo de salud pública y también una cuestión moral, y las ONGs han sido fundamentales para despertar la conciencia de la gente acerca del problema".



Se ha llamado a Mauricio de Sousa "el Walt Disney brasileño". Pero su misión va más allá de la diversión. Sus historietas enormemente populares de "Mónica" también son el medio perfecto para transmitir mensajes positivos sobre la salud y la vida.

foto © Richard Morgan

www.paho.org

por Claire Davidson

"Mónica" debe de ser el personaje famoso más pequeño del país más grande de América del Sur, ya que mide apenas cuatro centímetros. Pero también es una de las brasileñas más conocidas y más queridas.

Su serie de dibujos animados más reciente logró ratings muy altos en la televisión infantil italiana en marzo de este año. Sus libros de historietas han estado entre los 11 títulos infantiles más vendidos en los últimos 40 años, y hoy en día se publican en 40 países en 14 idiomas, entre ellos el griego y el javanés. Es posible que, próximamente, una película protagonizada por Mónica se estrene en los cines de su ciudad.

Esta niña tan despierta de 7 años, que lleva un conejito en los brazos, es una creación del talentoso caricaturista brasileño Mauricio de Sousa, cuya calidad artística y éxito en los negocios han llevado a que algunos lo llamen "el Walt Disney brasileño". Con un equipo de 150 artistas, Mauricio —como se lo conoce— ha construido un imperio de historietas que se enorgullece de tener el 75% de participación en el mercado brasileño de publicaciones para niños, y ha vendido hasta ahora mil millones de ejemplares de historietas y libros. La empresa Mauricio de Sousa Productions publica libros de cuentos, libros de actividades, historietas gigantes y en miniatura y álbumes de calcomanías; produce programas de televisión y películas animadas; además es dueña de dos parques de

diversiones. Mónica y sus amigos del vecindario son sólo una pequeña parte de los aproximadamente 200 personajes de Mauricio, que se utilizan en unos 3.500 productos de marca registrada, fabricados por 150 empresas en todo Brasil.

Pero el talento notable y el impulso empresarial de Mauricio están a la par de su sólida conciencia social. El caricaturista utiliza a sus personajes favoritos no sólo para divertir sino también para enseñar y convencer. En los últimos 20 años ha publicado centenares de "historietas por una causa", sobre problemas que van desde la contaminación del agua y el aire hasta la higiene, las enfermedades del corazón y el hábito de fumar. También produjo historietas especiales sobre ambientes sanos para los niños y sobre la seguridad vial, destinados a las campañas anuales del Día Mundial de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2003 y 2004.

En abril, Mónica y sus amigos aparecieron en una historieta especial de la OPS para la Semana de Vacunación en las Américas. Los personajes de Mauricio también han aparecido en anuncios de servicio público difundidos mundialmente como parte de campañas de lucha contra las

drogas, para combatir el dengue, y de promoción de una maternidad sin riesgos.

En 2003, Mauricio fue designado por la OPS "Campeón de Salud" por su aporte en la comunicación de mensajes de salud pública tanto a niños como a adultos.

Originalmente, la inspiración para crear el personaje de la niña provino de su segunda hija, Mónica, quien hoy en día es la directora de licencias de la empresa. La Mónica imaginaria apareció por primera vez en 1963 en una tira cómica de un periódico, basada en el personaje de un niño, "Cebollita". Pero Mónica se adueñó del escenario, como la líder de su pandilla, activa e independiente, que defiende su papel frente a la competencia de los chicos del vecindario. Los amigos de Mónica incluyen a Cebollita (que pronuncia las "r" como "w"); a Cascarón, (el cómplice de Cebollita, enemigo de bañarse); y a Magáli, (la mejor amiga de Mónica, afable y amante de las golosinas).

Otras creaciones de Mauricio son Chico Bento y sus amigos, un simpático grupo de campesinos; Tina, que representan los altibajos de la adolescencia; y Horacio, un dinosaurio huérfano que busca respuestas a las preguntas más difíciles de la vida (y quizá represente el *alter ego* de Mauricio).

Mauricio, como ambientalista entusiasta que es, también ha creado otras dos series, "La pandilla del bosque" y "Los amazónicos", en las cuales los animales de la selva tropical viven en armonía con el ambiente



y rechazan las amenazas externas a su bienestar. Mauricio afirma que “si los niños aprenden a querer a los animales de la selva tropical ahora, en el futuro los protegerán”.

Para todas estas actividades, Mauricio aprovecha su experiencia como padre de diez hijos y sus profundas convicciones sobre las responsabilidades de la paternidad. Considera que los niños son

hacer, pronto se dispuso a enseñarme las primeras letras. De esa forma, yo iba a poder entender los cuentos por mí mismo y ella tendría más tiempo para ella”.

Mauricio fue un lector voraz desde sus primeros años hasta la adolescencia. Entre sus lecturas favoritas estaban las páginas tamaño tabloide de un suplemento especial para niños en *O Globo*, uno de los principa-

ceptó a pesar de que ver sangre lo hacía desmayarse. “¡Creo que era el único cronista policial que no soportaba ver un cadáver! Tenía que pedirle al fotógrafo que me describiera el aspecto de la víctima”.

La experiencia fue invaluable para enseñarle a Mauricio a escribir con sencillez y concisión. “La gente me decía ‘corta esto, corta aquello’”, recuerda, y le hacían podar



“una copia en carbónico del comportamiento de sus padres, por lo que los padres deben ser modelos de comportamiento, ejemplo y referencia para sus hijos”.

También dice: “los padres deben mostrarles a los hijos el camino para ser personas decentes, guiándolos pero también respetando su independencia y creatividad. Hay que prestar atención a los niños, descubrir qué les interesa y brindarles todas las herramientas que van a necesitar para crecer intelectualmente y convertirse en seres humanos con confianza en sí mismos, adaptados y felices”, dice.

Como la mayoría de los niños, cuando era pequeño Mauricio se sintió atraído por las historietas. La diferencia está en la intensidad de su atracción. “Pienso que la chispa llegó con la primera historieta que cayó en mis manos –recuerda–. Tenía relatos de aventuras, cuentos cómicos y páginas en color. ¡Era fascinante!”

“Recuerdo la emoción de descubrir cada texto, cuento, tema, ilustración... llegaban como una avalancha. Cuando me preguntaban qué personaje me gustaba más, yo decía ‘todos’”.

Mauricio dice que antes de aprender a leer, simplemente trataba de adivinar la historia. “Cuando no podía adivinarla, hacía que mi madre me explicara el misterio de las letras que llenaban las burbujitas”. Su madre lo ayudó a aprender a leer a medida que crecía su curiosidad, en parte por interés propio. “Como tenía muchas cosas que

les periódicos brasileños, y más tarde “Gibi”, la serie de historietas más exitosa del país antes de que apareciera “Mónica y sus amigos”. Todo lo que el artista leía se convertía en “modelos” para lo que finalmente iba a ser “mi galería completa de personajes”, explica. Entre los personajes de historietas a los que admiró mientras crecía menciona a Li'l Abner, de Al Capp; Alley Oop, de Vincent Hamlin; Flash Gordon, de Alex Raymond; y Popeye, con sus “cuentos cortos tan originales”.

El camino de Mauricio para llegar de niño entusiasta a magnate de las historietas

“Todos queremos para nuestros hijos un mundo mejor, darles la oportunidad de alcanzar sus sueños. Para eso, debemos enseñarles el amor y el respeto mutuos”.

no fue directo ni estrecho. Su primer empleo pagado fue como cronista policial.

“Cuando fui a la *Folha de São Paulo* (uno de los principales periódicos brasileños), quería hacer historietas, pero no pude encontrar trabajo –recuerda–. Uno de los periodistas se preocupó porque me veía desesperado y me dijo ‘¿Por qué no empiezas aquí haciendo alguna otra cosa mientras perfeccionas tus dibujos? Relaciónate con gente que pueda juzgar lo bueno que eres’”. El único puesto vacante era el de cronista policial, y Mauricio cuenta que lo

el texto hasta dejar sólo lo esencial del quién, qué, cuándo, dónde, cómo y por qué. La capacidad de síntesis le permitió más tarde mejorar sus destrezas como caricaturista “porque en las burbujas de las historietas, mientras menos se escriba, mejor”.

También se convenció de la importancia “del verbo”. Afirma que “unos dibujos maravillosos, sin una buena historia no sobreviven”. A la larga, sin embargo, el éxito de Mauricio no sólo se debería a la creación de personajes e historias interesantes. También hacían falta aptitudes para el mercadeo. Su padre, un artista que se ganaba la vida como barbero, siempre le había insistido a su hijo sobre la importancia de lograr el reconocimiento de su trabajo como artista. Cuando Mauricio todavía estaba en la escuela secundaria, su padre convenció a su amigo Bruno Castiglioni, un pintor de éxito, para que guiara a su hijo en el arte de vender sus obras.

“Yo solía salir con Bruno y trataba de aprender cómo era él, y vendía mis dibujos. Siempre tuve esa preocupación por administrar bien mi trabajo”, dice Mauricio.

Pero la influencia artística más importante en su vida fue su abuela muy querida, Vo Dita, quien vivió hasta los 101 años.

“Era la mejor narradora de cuentos que haya conocido”, señala. Aunque era analfabeta, la abuela Dita compartió con sus cuatro nietos un abundante repertorio de cuentos folklóricos brasileños y europeos, relatos de la Biblia, leyendas indígenas y –lo

mejor de todo, afirma Mauricio– cuentos de fantasmas que “nos llenaban de miedo”.

Mauricio recuerda su agudo talento para la narración: “Un sentido perfecto del ritmo en la narrativa, su selección de los temas más variados, su noción exacta del momento y de la atmósfera para el final”.

El heredó de su abuela Dita algo más que el talento para contar historias. Recuerda que le impresionaron mucho los recuerdos de su abuela sobre su propia niñez en la granja familiar, donde pasaba sus días cocinando, limpiando, lavando ropa y trabajando en el campo, pero sin ir a la escuela. Recién al final de la tarde le quedaba tiempo para nadar o jugar con sus muñecas hechas en casa con chala, las hojas que envuelven la mazorca de maíz.

Comparada con la de Mauricio, la infancia de la abuela Dita no parecía una niñez. Cuando fue adulto, Mauricio decidió convertir “el derecho a ser niño” en una de sus causas. Aún sigue en esa lucha: “En la región del Amazonas y en otras zonas lejanas, todavía hay niños que viven en esas mismas condiciones espantosas”, afirma.

Su pasión por narrar y la simplicidad de la niñez han moldeado su expresión y filosofía artística, que se inclina hacia “imágenes universales de alegría y comunicación”, dice. Éstas, a su vez, hacen de sus historietas –con su lenguaje sencillo, directo y lleno de humor– un vehículo natural para comunicar mensajes sobre problemas sociales en forma clara y positiva.

Mauricio ha ampliado su lista de “buenas causas” para incluir una serie sobre problemas de salud, educación, cultura y medio ambiente. Ha trabajado en campañas de bien público no sólo con la OPS, sino también con organizaciones como UNESCO, UNICEF, la American Heart Association, y distintos ministerios brasileños. Para administrar mejor esta actividad cada vez mayor de servicio público, el caricaturista fundó, en 1977, el Instituto Cultural Mauricio de Sousa, para realizar campañas de acción social.

Uno de los esfuerzos más audaces fue una campaña de mayo de 2002 con el fin de restablecer la protección para la región amazónica de Brasil. En una serie de tiras cómicas, en la página web de Mónica y sus amigos (www.monica.com.br), y en entrevistas de prensa, Mauricio criticó a los legis-

ladores brasileños por suavizar las leyes ambientales destinadas a impedir la destrucción de la Amazonia.

En un boletín y en su página de Internet dijo: “Toda nuestra pandilla está triste y, a partir de hoy, nos vestiremos de negro como señal de duelo y de protesta. Todo porque algunos de nuestros políticos en Brasilia, la capital de Brasil, han decidido cambiar algunas leyes que todavía protegen en cierta medida nuestras selvas tropicales, nuestros bosques, nuestras zonas verdes, nuestros ríos”. Cuatro días después, los legisladores anularon los cambios.

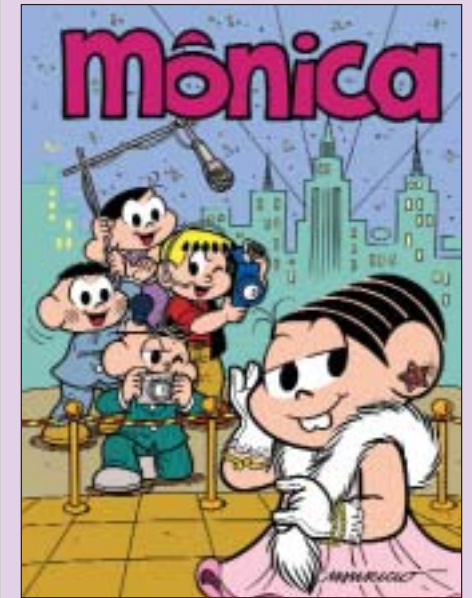
Como apoyo a una campaña de UNICEF para promover los derechos de los niños y los adolescentes, Mauricio publicó 26 millones de ejemplares de la historieta de Mónica y sus amigos, dedicadas a los derechos de los niños, la libertad de expresión, de culto, la salud y la escolaridad pública.

La labor de servicio público de Mauricio le ha ganado el reconocimiento nacional e internacional. Ha recibido la medalla de honor de la Presidencia brasileña, concedida por su promoción de los derechos humanos; un doctorado Honoris Causa en servicio público del Instituto Pacem in Terris de la Universidad La Roche, de Pittsburgh, Pennsylvania; y un premio por toda una vida de logros entregado por la Asociación Internacional de Prensa del Brasil. También es miembro de la junta directiva del Instituto Pacem in Terris, de la Universidad La Roche, que otorga becas para estudiar en los Estados Unidos a estudiantes de países en guerra o crisis política.

Lo que sustenta toda esta labor –con o sin fines de lucro– es lo que Mauricio describe como su “confianza en el futuro y en la gente, más allá de todas las barreras sociales, ideológicas y geográficas”.

“Todos queremos para nuestros hijos un mundo mejor, y oportunidades para realizar sus sueños –afirma–. Para lograrlo, tenemos que enseñarles el amor y el respeto mutuos”.

Clare Davidson es periodista independiente y vive en San Pablo, Brasil



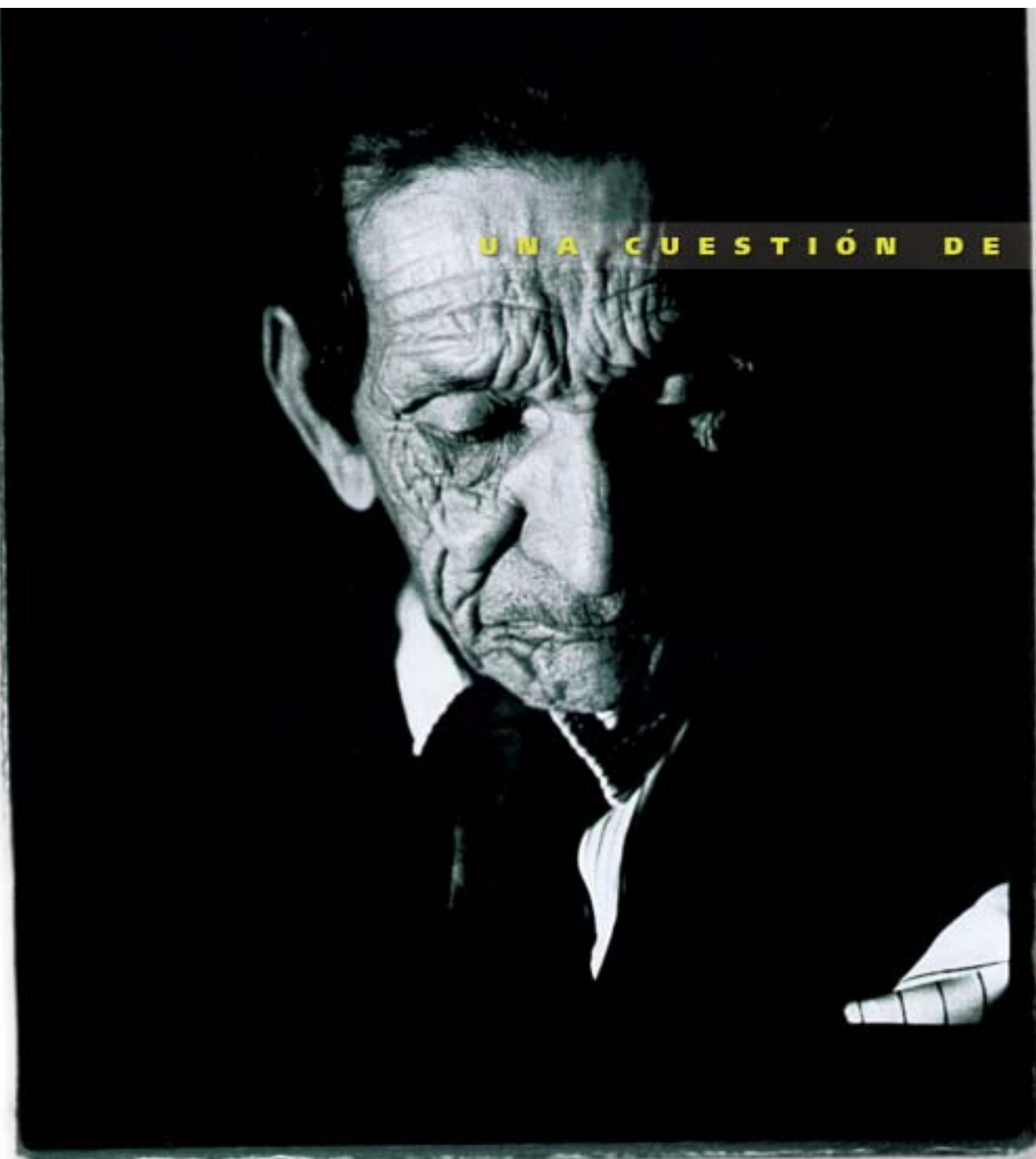
Mónica va al cine

La tecnología ha avanzado mucho desde que Mauricio de Sousa comenzó su carrera como dibujante, y el artista-empresario no deja pasar las oportunidades. En 1968 fundó el primer estudio de animación en gran escala de Brasil, y en las décadas siguientes, Mónica y otros personajes de Mauricio han aparecido como dibujos animados en la televisión brasileña y del mundo.

Más recientemente, Mauricio empezó a interesarse por los productos de los estudios de animación por computadora, como Pixar y DreamWorks, y en 2002 el brasileño comenzó su propia producción de animación en tres dimensiones. Su primer largometraje en 3D, actualmente en producción, tendrá como protagonista a uno de sus personajes favoritos: Horacio el dinosaurio, un personaje atractivo tanto para niños como para adultos. Entre otros proyectos para el futuro se encuentra un largometraje titulado *Turma da Mônica em Viagem no Tempo*, o “Mónica y sus amigos viajan a través del tiempo”.

Mauricio, quien se describe a sí mismo como “un niño mediático”, no cree que la fascinación de los niños por la tecnología mediática cada vez más avanzada amenace las alegrías más tradicionales de la infancia. “En el futuro, los niños encontrarán mil formas de jugar –opina– ¡apenas se desconecten!”





UNA CUESTIÓN DE

DERECHOS HUMANOS

por Cristina Henley

Recientes juicios internacionales han arrojado luz sobre un problema que había permanecido oculto durante largo tiempo: “violaciones flagrantes y sistemáticas” de los derechos de las personas con enfermedades mentales en las Américas. Un experto en el tema nos dice que si mejora la comprensión de esos derechos es posible ayudar en forma considerable a corregir esos atropellos.

En una queja dirigida al Ministerio Público Federal de Brasil en 1999, Ximenes dijo que lloraba desesperadamente llamando a la policía. Contó que el director del establecimiento le dijo que dejara de llorar y agregó: “Déjelo morir... todos vamos a morir”. Luego recetó medicamentos al paciente, y un poco más tarde Ximenes encontró a su hijo desnudo, acostado en el piso de una habitación. Una enfermera le dijo que no se preocupara, que se estaba calmando y debían dejarlo a solas. Pero cuando Ximenes regresó a la casa, encontró un mensaje que le anunciaba que su hijo había muerto. El informe de la autopsia reveló que la causa de su muerte era “indeterminada”.

Por estremecedor que sea el caso Damião, no es una historia poco común.

Javier Vásquez, abogado dedicado a los derechos humanos que trabaja con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha observado abusos similares en muchos países de América Latina y el Caribe. Dice que “las violaciones son flagrantes y sistemáticas”. “En un país vi a una mujer que estuvo siete años en una celda sin baño, ventilación ni luz. En otro país encontré a dos hermanos a quienes habían mantenido aislados, completamente desnudos, durante casi ocho años en las mismas condiciones”.

Vásquez empezó a investigar los abusos cuando estudiaba derecho en Panamá.

Mientras trabajaba en un programa de rehabilitación para personas con discapacidades mentales, se infiltraba en las instituciones haciéndose amigo de los empleados favorables a la causa, y, a menudo, pasaba la noche allí para observar cómo se trataba a los pacientes. Desde entonces, ha investigado hospitales mentales en 15 países.

Relata las atrocidades que ha visto, pero dice que es imposible saber hasta dónde llegan los hechos de violencia. “Muchos hospitales de salud mental funcionan en zonas remotas. Su ubicación aleja a los enfermos de la vida de la ciudad, lo que también significa que están lejos de cualquier clase de vigilancia gubernamental y lejos de la atención y del interés del ciudadano común. Por eso las violaciones a los derechos humanos ocurren en el aislamiento”.

Dice que, además, hay una falta de comprensión generalizada sobre lo que es una “violación”. Y señala que algunos ven a los enfermos mentales como un grupo extraño y no logran darse cuenta de que tienen los mismos derechos que las personas que no padecen enfermedades mentales.

“El hecho de que las personas con enfermedad mental tengan comportamientos diferentes y maneras distintas de pensar puede crear estigmas sociales en su contra—explica—. Tal vez se los perciba como agresivos y violentos y algunos pueden llegar a pensar que hay que protegerse de ellos. Sin

embargo, siguen siendo seres humanos, y como tales son iguales ante la ley y gozan de las mismas libertades constitucionales de todos los ciudadanos. Cualquier limitación constituye una violación grave”.

Aunque hay formas de maltrato que son obvias—maltrato físico, habitaciones sucias, alimentos y medicamentos inadecuados—la lista de violaciones potenciales a los derechos humanos es más larga de lo que uno podría imaginar. Hay casos en que los pacientes han permanecido aislados por 10 ó 15 años sin ni siquiera ser llevados frente a un sacerdote (derecho a los servicios religiosos), sin ir a una biblioteca (derecho de acceso a la prensa) o a un parque (derecho de acceso a instalaciones recreativas). Probablemente, nunca vayan a las urnas (derecho al voto) ni a un tribunal (derecho a un juicio justo) para determinar si su encierro está justificado legalmente.

Vásquez atribuye muchas de estas violaciones a la falta de información. Y cuando se identifica una violación, muchas personas no saben cuáles son los recursos legales para proteger a los pacientes ni dónde acudir por ayuda. A menudo, la intervención legal se hace después de la muerte del paciente. Y en este punto, el enfoque de una investigación ya no estará dirigido a la víctima inmediata sino a la indemnización de la familia y a la reforma del sistema.

Albertina Ximenes no estaba preparada para ver la escena que encontró cuando fue a visitar a su hijo, un paciente de salud mental, en la Casa de Reposo Guararapes. Dos días después de haberlo llevado allí para tratamiento médico y psiquiátrico encontró a Damião, de 30 años, ensangrentado y oliendo a excrementos y orina, las manos atadas, la cara y el abdomen hinchados, sin duda por torturas o golpes.

▲ Un integrante de un proyecto de servicios de salud mental en San Pablo, Brasil, posa durante una sesión fotográfica. Como otros, vive y trabaja en la comunidad, gozando de los mismos derechos que tienen otros ciudadanos.

En 1990, Víctor Rosario Congo tuvo que esperar un mes para ingresar al hospital donde recibiría tratamiento por una golpiza brutal que lo dejó físicamente discapacitado y demente, y que finalmente le causó la muerte. Congo estaba preso en un centro de detención del Ecuador cuando un guardia lo golpeó repetidas veces en la cabeza con un garrote. Según el director de la prisión, Congo ya había mostrado signos de demencia, pero los golpes y la andanada de preguntas que se le hicieron exacerbaron su condición y lo llevaron a un "mayor grado de demencia". Congo fue aislado en una celda sin ropas, en donde hablaba solo y defecaba.

Hicieron falta dos peticiones y una intervención especial del secretario ejecutivo de la Comisión Diocesana de Derechos Humanos del lugar para que se le realizara un examen médico. Los expertos concluyeron que sufría "psicosis por encarcelación" y sugirieron que fuese transferido a un hospital psiquiátrico. Dos hospitales se negaron a aceptarlo. Un mes después, cuando fue aceptado en un tercero, murió de desnutrición, paro cardíaco y deshidratación.

La Comisión Ecueménica para los Derechos Humanos de Ecuador llevó el caso en 1998 a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. La comisión fue creada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) para asegurar que los países miembros cumplan con las convenciones internacionales de derechos humanos, entre otras las que protegen a las personas con enfermedades mentales.

Entre las numerosas quejas que hay en el caso Congo está la acusación de que nunca se inició una investigación seria acerca del guardia que lo atacó y que, de haberse hecho, el recluso habría tenido rápido acceso a la atención y al tratamiento médicos que se le negaron desde el día del ataque.

En su defensa, los representantes del gobierno dijeron que el pedido de investigación se había presentado a un organismo gubernamental equivocado y que esto había motivado el atraso. La comisión de la OEA dictaminó a favor de la familia del paciente y concluyó que es obligación del Estado el realizar de inmediato las investigaciones y que las víctimas, las familias o los agentes legales deben recibir apoyo para agotar todos los recursos legales posibles.

Los funcionarios sostuvieron que la

situación socioeconómica del país no permite tener prisiones psiquiátricas y guardias capacitados para manejar a los reclusos con problemas mentales; y que además, los hospitales psiquiátricos no los aceptan porque atemorizan a los otros pacientes. La comisión de la OEA, sin embargo, hizo notar que en Ecuador se prestan servicios de atención externa a los presos con otros problemas de salud, y consideró que el hecho de no poseer establecimientos especiales no los libera de la obligación de suministrarles la atención adecuada. La comisión ordenó reformas en el sistema penitenciario del país.

Vásquez destaca que "hay tratados internacionales, como la Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo Adicional, suscrito por la mayoría de las naciones de la región, que establecen las reglas a seguir". "El problema –agrega– es que a menudo no hay suficientes recursos para que los países hagan cumplir las reglas, los gobiernos no las establecen como prioritarias, o los ciudadanos no participan lo suficiente para alzar su voz en contra del sistema".

La reforma es muy urgente y el proceso debe iniciarse con los ciudadanos comunes, afirma Vásquez. "Cuando los ciudadanos vean que las personas con enfermedades mentales son iguales y entiendan que tienen derechos, contaremos con los mecanismos legales para reclamar esos derechos y con el poder para identificar y actuar sobre lo que no funciona. Es por esta razón que es importante educar sobre los derechos

Las personas con trastornos mentales pueden pensar y actuar en forma diferente. Pero todos los ciudadanos son iguales ante la ley.



fotos © Armando Waak/OPS

www.paho.org

humanos de los enfermos mentales a la comunidad, las familias, los estudiantes, los periodistas, los artistas, los trabajadores de salud, los funcionarios de gobierno, en fin, a todos. Cada uno puede ayudar en el cambio si sabe cómo hacerlo."

En 1990, la Unidad de Salud Mental de la OPS y la Oficina de Asuntos Legales se asociaron con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos para establecer la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica.

El proyecto estuvo dirigido a promover y proteger los derechos humanos de los enfermos mentales. Las actividades del primer año incluyeron una conferencia regional en Venezuela, en la cual se elaboró la Declaración de Caracas, un llamamiento a una reforma radical basada en la educación y en el aumento de la toma de conciencia. Desde entonces, la iniciativa ha producido las directrices para la reforma de los sistemas de salud mental, según las normas y criterios aceptados internacionalmente.

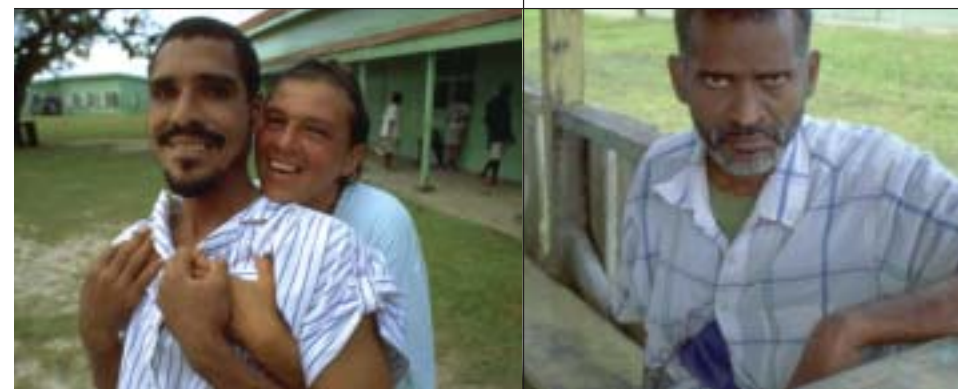
Para apoyar el proceso, la OPS realizó investigaciones, y en estrecha colaboración con sus oficinas locales organizó talleres de capacitación en toda la región.

Con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Comisión de la OEA y de otros grupos internacionales se realizaron los talleres en 15 países, desde Guatemala hasta la Argentina. Entre los participantes se encontraban líderes comunitarios, representantes del gobierno, familiares y estudiantes. También se contó con la presencia de especialistas en el campo de la psiquiatría, la psicología, el derecho, la comunicación social, la enfermería, la farmacia, la odontología y la terapia ocupacional.

Vásquez observa que los participantes suelen saber poco –pero están deseosos de aprender más– acerca de las normas internacionales de derechos humanos y de su aplicación en los hospitales y establecimientos de salud mental. Agrega que incluso los profesionales de la salud mental y del derecho consideran que hay mucho por hacer.

Uno de los principales aspectos que se analizaron fue el contenido de los tratados y normas internacionales sobre los derechos humanos; algunos de estos tratados son la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, el Pacto Internacional de Derechos

Civiles y Políticos, y la Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo Adicional sobre derechos económicos, sociales y culturales. Los participantes aprendieron cómo pueden incorporarse estos contenidos en los marcos legales nacionales y en las políticas de salud mental de sus países. Por ejemplo, en 2001, en un taller celebrado en Nicaragua, los participantes hicieron un proyecto de documento con recomendaciones para la reforma del sistema, en el cual se incluía un llamamiento para el diseño y la ejecución de una política nacional de salud mental, conforme con las normas internacionales. El documento finalmente fue presentado ante el Ministerio de Salud de Nicaragua, la Corte



Suprema, la legislatura y los medios de comunicación.

Los expertos de la OPS también ayudaron a establecer redes formales para la protección y la promoción de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales. "Iniciamos los comités en cada país y trabajamos conjuntamente con ellos para elaborar los proyectos de los planes de salud mental, políticas y leyes", señala Vásquez. Un objetivo clave en este proceso es la oficina del Defensor del Pueblo, en la cual se investigan las quejas de los ciudadanos contra el gobierno. Trabajan a nivel local y pueden hacer un seguimiento para asegurar el cumplimiento de las leyes locales. Si bien muchas de estas oficinas tienen mandato en los asuntos de derechos humanos, los pacientes de salud mental con frecuencia no están incluidos en su agenda.

"Cuando vamos a los países, la oficina del Defensor del Pueblo es la encargada de coordinar nuestras visitas a las prisiones y los hospitales –dice Vásquez–. Pero a menudo

los empleados de la oficina nunca las han visitado antes; entonces les explicamos cuán importante es que ellos vayan a los establecimientos de salud y verifiquen por sí mismos el cumplimiento de las normas".

En Costa Rica, la OPS trabajó con la oficina del Defensor del Pueblo en la publicación de un comunicado para terminar con el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental. La oficina también distribuyó las normas internacionales sobre derechos humanos en las instituciones públicas del país y realizó su propio taller dirigido a jueces y periodistas.

La OPS ha capacitado al personal de la Defensoría del Pueblo en Argentina, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras,

atender a los vulnerables enfermos mentales –comenta Vásquez–. Pero la clave está en tomar lo que se encuentre disponible y ponerlo allí donde se pueda aprovechar al máximo su utilidad".

Por ejemplo, los pacientes pueden recibir tratamiento médico y psiquiátrico en los hospitales generales y vivir en residencias; de esta forma se evita la necesidad de costosos establecimientos de salud mental. Además, las personas con enfermedades mentales pueden beneficiarse con el trabajo y la participación en una comunidad, con las mismas libertades que sus vecinos.

La misión de la OPS es sumar apoyos para este tipo de reformas; para ello hay que mostrar cómo puede funcionar y cómo

"Es importante educar a las comunidades, a las familias, estudiantes, periodistas, artistas, trabajadores de salud, a los gobiernos sobre los derechos humanos en salud mental. Todos pueden ayudar a generar cambios".

—Javier Vásquez, OPS

Nicaragua y Perú, y a funcionarios de países del Caribe oriental. El plan futuro es la capacitación de jueces en toda la región.

Otro aspecto en el que se ha hecho hincapié es el de trasladar los servicios de salud mental de los hospitales a la comunidad. Este tipo de cambio puede lograr difundir la reforma, opina Vásquez. El ubicar a los pacientes y al personal de salud mental en lugares donde estén a la vista de la comunidad, elimina el potencial para las violaciones flagrantes que ocurren de manera secreta. También ofrece más oportunidades para que los ciudadanos comunes interactúen con los pacientes de salud mental, los conozcan mejor y puedan mitigar el estigma. Desde un punto de vista meramente presupuestario, el traslado de los servicios de salud mental a las comunidades también alivia el déficit de recursos.

"En muchos países hay un número muy limitado de personal dedicado a la salud mental y se asignan pocos recursos para

se pone en marcha, dice Vásquez. Para lograrlo, la OPS organiza talleres de capacitación para miembros de la comunidad que viven con pacientes de salud mental, para enfermos y para el personal médico que supervisa a la comunidad.

Vásquez sostiene que "lo importante es que la salud mental se establezca en la comunidad. Cuando desaparece la celda, cuando ya no hay muros, una persona con una enfermedad mental está en un ambiente más propicio. Las restricciones para moverse, para ser libres, han desaparecido. Son considerados como ciudadanos y son libres para ejercer sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, como corresponde a los seres humanos".

Cristina Henley se dedica al mercadeo social y a campañas de comunicación para la salud en la zona de Washington, D.C.

Cartas

La batalla de la biotecnología

✓ Su artículo "La batalla de la biotecnología" (Vol. 8, No. 3) resaltó los aspectos multidimensionales de los cultivos de alimentos modificados genéticamente (MG). Y también destacó la necesidad de financiar con fondos públicos las investigaciones en biotecnología agrícola. Si bien la biotecnología agrícola no es una varita mágica, se trata de una herramienta potencialmente valiosa y de un recurso estratégico para el mundo en desarrollo. Los organismos públicos, por supuesto sin pasar por alto los intereses comerciales o políticos, pueden ser los intermediarios justos en esta labor. Su participación indudablemente ayuda a garantizar que los productos cumplan con las normas de inocuidad de los alimentos, conservación de la biodiversidad y equidad.

El Centro Internacional de Mejoramiento de Maíz y Trigo (CIMMYT) busca servir en esa dirección, mediante el apoyo a los debates bien fundamentados, así como a los marcos legales y de bioseguridad apropiados en los países en desarrollo. Además, como parte de la producción de cultivos más resistentes y productivos para los agricultores en pequeña escala y en climas extremos, trabajamos con diversos socios para investigar biotecnologías que pueden ser en un futuro cercano prometedoras para el área de agricultura.

Por ejemplo, con la aprobación de las autoridades mexicanas y bajo estrictos controles de bioseguridad y con el procedimiento realizado en un vivero especial, los investigadores del CIMMYT sembraron recientemente una pequeña parcela de trigo transgénico que lleva un gen de la planta *Arabidopsis thaliana* que le permite enfrentar distintas adversidades de la naturaleza: tolerar la sequía, las temperaturas bajas y la salinidad.

El gen fue suministrado por el Centro Internacional de Investigaciones en Ciencias Agrícolas del Japón, financiado por el gobierno del

Japón; por su parte, el Molecular Plant Breeding Cooperative Research Center, de Australia, aportó los fondos para el trabajo de transformación.

Masa Iwanaga
Director General
Centro Internacional de Mejoramiento de Maíz y Trigo (CIMMYT)
El Batán, México

✓ Su artículo sobre alimentos modificados genéticamente (MG) hizo mención de algunas de las preocupaciones surgidas en la conferencia "Flujo genético: qué significa para la biodiversidad y los centros de origen", realizada en septiembre de 2003 y organizada por la Iniciativa Pew para la Biotecnología y Alimentos, conjuntamente con la Fundación México-Estados Unidos para la Ciencia.

La preservación de la biodiversidad del maíz mexicano es importante para el mundo porque México es el lugar de origen de este cultivo. Entre las amenazas a esta diversidad se cuentan la modernización de las prácticas agrícolas, el uso de cultivos no originarios y de alto rendimiento que podrían cruzarse con las especies locales, la pobreza rural que fomenta la emigración de los campesinos a la ciudad; la pérdida de las prácticas ancestrales y de las tradiciones culturales, y la falta de recursos para mantener adecuadamente los bancos de germoplasma.

Los participantes en la conferencia señalaron que el flujo genético puede ocurrir cuando se cultivan muy cerca, una de otra, especies sexualmente compatibles y de polinización cruzada aunque sean variedades producidas convencionalmente, variedades MG o especies locales. Es evidente que estas preocupaciones cobran fuerza cuando interviene la biotecnología. Pero nuestra conferencia también resaltó las oportunidades potenciales que el maíz MG puede ofrecer a los mexicanos. Los expositores insistieron en la necesidad de que el gobierno mexicano modifique la moratoria sobre

el maíz MG para permitir que los científicos puedan realizar estudios destinados a evaluar mejor cuáles son los aspectos ambientales específicos en México, si es que existen, relacionados con el flujo genético del maíz modificado, y cuáles son los beneficios que la tecnología de MG puede ofrecer a los agricultores mexicanos en su lucha difícil por competir en el mercado mundial.

De cualquier forma, todo tipo de agricultura tiene aspectos negativos que influyen en la biodiversidad, y por cierto la biotecnología no es el único de ellos. Pero la agricultura es necesaria para alimentar al mundo y, por lo tanto, las herramientas que faciliten la producción y reduzcan el impacto ecológico negativo no pueden ser descartadas sin fundamentos.

Michael Fernández, Director de Ciencia
Anne Courtney Radcliff, Asociada de Programa para Ciencia
Iniciativa Pew de Alimentos y Biotecnología
Washington, D.C., EE.UU.

Las actas de la conferencia podrán consultarse en:
www.pewagbiotech.org

Violencia y salud pública

✓ Quiero felicitarlos por su artículo "La pandemia de violencia" (Vol. 8, No. 3), en el que se resalta el impacto de la violencia y la contribución de la salud pública a la comprensión del problema. Durante los últimos 25 años, la comunidad de salud pública ha hecho aportes considerables al avance del conocimiento y de las aplicaciones en la prevención de la violencia. Un ejemplo digno de mención son las investigaciones sobre el importante y grave impacto a largo plazo de las lesiones psicológicas de la violencia.

Cada vez es mayor el cúmulo de pruebas científicas acerca del vínculo entre el maltrato a los niños, las emociones y las percepciones de las víctimas y su salud física a largo plazo. Los sobrevivientes del maltrato infantil suelen padecer de depresión y ansiedad a lo largo de su vida y, por consiguiente, adoptan conductas de riesgo como el tabaquismo, el abuso de sustancias, la promiscuidad, o ciertos trastornos que ya tienen carácter epidémico, como la obesidad.

Esto, a su vez, los expone a un riesgo mayor de sufrir de enfermedades graves como el cáncer, las cardiopatías y las enfermedades de transmisión sexual. De manera que las heridas invisibles causadas por la exposición a la violencia en la niñez se hacen presentes durante la vida de una persona y pueden tener un impacto considerable en distintos aspectos, tanto en la calidad como en la expectativa de vida.

Estos vínculos sugieren que el costo de no prevenir la violencia es mucho mayor de lo que jamás habríamos imaginado. Afortunadamente, según lo muestra el *Informe mundial sobre violencia y salud*, también estamos descubriendo estrategias eficaces para la prevención de otro flagelo, el maltrato infantil, destinadas a dar apoyo y ayuda a los padres para superar las dificultades y las tensiones de criar a los hijos.

Este tipo de contribuciones hará que las futuras generaciones vivan en un mundo más seguro y sano. Gracias por llevar este punto de vista y esta contribución a la atención de sus lectores.

James A. Mercy
Director Adjunto de Ciencia
División de Prevención de la Violencia
Centro Nacional de Prevención y Control de las Lesiones
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
Atlanta, Georgia, EE.UU.

Sesenta años contra la aftosa

✓ Su excelente artículo "Cruzados por la salud animal" demuestra el liderazgo de la Organización Panamericana de la Salud en la lucha contra la fiebre aftosa en Latinoamérica. Esta actividad comenzó en México con la epizootia de fiebre aftosa en el año 1946. Fred Soper, quien acababa de ser nombrado director de la OPS (entonces denominada la Oficina Sanitaria Panamericana), me dijo en el año 1947 que él y la OPS colaborarían con México para erradicar la enfermedad.

Se emprendió la campaña aunque no se contaba con vacunas de buena calidad, ni tampoco con el apoyo de laboratorios locales. Este último provino de los veterinarios y científicos de la Oficina de Industria Animal del Departamento de Agricultura de Estados Unidos.

Cuando empezó a funcionar el programa de Salud Pública Veterinaria de la OPS en 1948, Soper le dio instrucciones a Ben Blood, primer director del programa, para que creara recursos en la OPS que apoyaran a los países miembros en su lucha contra la fiebre aftosa. Yo ayudé a defender el presupuesto para la fiebre aftosa en 1950. El centro Panaftosa fue inaugurado en 1951 cerca de Rio de Janeiro, Brasil, bajo la dirección del fallecido Edwin Eicchorn.

Bajo su administración y la de otros grandes científicos, el centro ha hecho importantes aportes epidemiológicos a los países de la región: ha desarrollado vacunas, mejorado los métodos de diagnóstico y la vigilancia, y, además, ahora, en el siglo XXI, apoya las actividades de control que conducirán hacia el camino de la eliminación y la erradicación de la enfermedad dentro de 10 años.

Gracias a la previsión de Soper y al liderazgo de los directores y de los jefes de los programas veterinarios que siguieron, Panaftosa se ha convertido en líder del progreso en salud animal y en salud pública en el mundo en desarrollo. Creo que nosotros, los trabajadores de salud pública y de salud animal –tanto los

nuevos como los de mayor experiencia– debemos felicitar a Soper, a Blood y a sus sucesores por llevar el estandarte de la erradicación de la fiebre aftosa. Disfrutemos del éxito de todos.

James H. Steele
Profesor Emérito
Escuela de Salud Pública
Centro de Ciencias de la Salud de la
Universidad de Texas
Houston, Texas, EE.UU.

Nota de la redactora: Steele fue el primer director adjunto de servicios de salud para asuntos veterinarios en el Servicio de Salud Pública de EE.UU.

En cada número publicaremos una muestra de las cartas recibidas. Se modificará el texto de algunas por razones de espacio. Sírvase incluir su nombre y dirección. Envielas a la Redacción, *Perspectivas de Salud*, Información Pública (PIN), Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037 o por fax al 202-974-3143 o por medio del Internet a eberwind@paho.org. *Perspectivas de Salud* no asume responsabilidad alguna por manuscritos y fotografías no solicitados. Se enviarán pautas para la preparación de artículos a quienes las soliciten.

La seguridad vial infantil: no es accidental

por Martin R. Eichelberger

Última palabra

En el año 2001 conocí a Glauca Ferretti en el aeropuerto de San Pablo, Brasil, donde trabaja para United Airlines. Luego de escucharle hablar sobre el motivo de mi visita —promover la seguridad de los niños y el uso de asientos de seguridad para ellos en los automóviles— decidió comprar uno para su hijo Pietro, de un año. Unos días después tuvo un choque grave y, gracias al asiento de seguridad, su hijo salió ileso. Desde entonces, Glauca y su esposo son voluntarios en la coalición São Paulo Criança Segura/Safe Kids Brasil. Suelen dar cursos sobre la seguridad y los niños a los empleados de United Airlines.

Hay que ayudar a las familias y a los niños a prevenir lesiones involuntarias, una amenaza constante pero poco reconocida, que a diario ocasiona muerte y discapacidades. Anualmente, alrededor de 1 millón de niños mueren en todo el mundo por causa de accidentes automovilísticos, incendios, inmersión y envenenamiento.

En América Latina, la carga es abrumadora. Allí, los niños menores de 15 años tienen 5 veces más probabilidades de morir debido a lesiones que en los países desarrollados. En muchos países los niños, durante el primer año de vida tienen más probabilidades de morir debido a lesiones involuntarias que por cualquier otra causa.

La urbanización acelerada en muchas ciudades ha hecho que los accidentes de tránsito sean una amenaza, en especial para los niños de nuestro continente. Hace poco, mientras caminaba por las calles de Santiago de Chile, me asombré al ver la peligrosa cercanía de los camiones, autobuses y autos a los peatones, en particular a los niños. El aumento del tránsito automotor significa también que los niños pasan más tiempo viajando en auto. Sin cinturones y sin asientos de seguridad están expuestos a riesgos enormes, que pueden ser mortales.

Como cirujano pediátrico especializado en traumatismos, suelo atender a niños que han sufrido lesiones involuntarias y he presenciado su dolor y su sufrimiento, así como lo de sus padres. Para abordar este problema, que es en gran medida prevenible, fundé, en 1987, la organización Safe Kids, que trabaja en las comunidades para educarlas en la prevención de lesiones.

Safe Kids comenzó como una campaña de educación pública que funcionaba desde el Centro Médico Nacional para Niños, en Washington, D.C., con apoyo de la empresa Johnson & Johnson. Nuestra meta era lograr que las familias protegieran a sus niños antes de que llegaran al hospital con lesiones prevenibles. Hoy en día, en Estados Unidos hay más de 600 coaliciones y

La rápida urbanización y la falta de medidas de seguridad hacen que las lesiones de tránsito sean una gran amenaza para los niños latinoamericanos.

secciones de Safe Kids que agrupan a bomberos, maestros, profesionales de la medicina y padres para compartir mensajes de seguridad y hacer de sus barrios un lugar más seguro para los niños.

Recientemente, estos esfuerzos se han internacionalizado. Por una alianza con General Motors Corp., Criança Segura no Carro (“Niños seguros en el auto”) lleva información sobre el uso del asiento de seguridad para niños y el mensaje “abóchese el cinturón” a los concesionarios y a los lugares de reunión de la comunidad.

Estos esfuerzos están dando un nuevo impulso a las ventas de asientos de seguridad para niños. En 2000, cuando se creó una norma de cumplimiento voluntario para los asientos de seguridad en Brasil, ninguno de los fabricados en el país cumplía con la norma. En la actualidad, seis de

los modelos de asientos fabricados en Brasil cumplen con la norma y son económicos.

Con el apoyo de Safe Kids, las comunidades están ejecutando programas de seguridad de los peatones. El modelo para este trabajo es el Día Internacional “Camina hasta la escuela”, en el que participan cientos de comunidades de Estados Unidos. El principal objetivo es crear conciencia acerca de los riesgos de las lesiones y de las intervenciones prácticas que pueden salvar la vida de los niños. Entre ellas están el hacer cumplir las leyes para asegurar en su asiento a los niños, y el lograr que se respeten los límites de velocidad; ejecutar medidas para bajar la velocidad, o señales para indicar el paso de peatones, además de educación para modificar conductas.

Tan importante como llevar a cabo campañas educativas es el institucionalizar la seguridad vial para los niños, mediante la creación de ambientes más adecuados para los niños y fomentar leyes que exijan el uso de asientos de seguridad en los automóviles y de cascos para los ciclistas. En 2001, Safe Kids publicó el informe “Califique a los Estados” en el que se evaluaban las leyes de seguridad para los niños en los vehículos en cada estado de Estados Unidos; desde entonces, 26 estados y el Distrito de Columbia han mejorado sus leyes para la seguridad de los niños en los vehículos.

Como expresa el eslogan del Día Mundial de la Salud, “La seguridad vial no es accidental”. Con un enfoque de múltiples niveles y la participación tenaz de la comunidad, podemos reducir la tasa de lesiones infantiles y salvar a más niños como Pietro.

Martin R. Eichelberger, presidente y fundador de Safe Kids Worldwide, es director del servicio de urgencias para traumas y quemaduras en el Centro Médico Nacional para Niños en Washington, D.C. En 2003 fue distinguido con el premio Abraham Horwitz por su liderazgo en salud, otorgado por la Fundación Panamericana de Salud y Educación (PAHEF), una asociación sin fines de lucro de la OPS.

www.paho.org

www.paho.org

Día Mundial de la Salud 2004

LA SEGURIDAD VIAL no es accidental

“Yo sólo tener horrores piensos, hasta que paré, así a causa de un error humano. El 80% de todos los accidentes de autos a nivel mundial son causados por errores humanos. Manté y cambia con cuidado. Te protegerás ti mismo y a los que están a tu alrededor. La seguridad vial no es accidental!”

Heather Mills McCartney es “Campeona de salud” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) así como también Embajadora de Buena Voluntad de la Asociación de las Naciones Unidas y patrocinadora de Adopt-a-Minefield, junto con su esposo Paul McCartney. Adolescente sin hogar que se transformó en modelo y empresaria, Mills inició su carrera humanitaria defendiendo los derechos de los refugiados de la ex Yugoslavia a comienzos de los 90. En 1993 fue atropellada en Londres por una motocicleta de la policía, sufriendo la amputación de parte de su pierna izquierda. Después del accidente, Mills lanzó un programa para reciclar prótesis ortopédicas y proporcionar ayuda médica a personas amputadas y a víctimas de minas terrestres en todo el mundo. Desde entonces, ha ejercido presión política a nivel internacional para prohibir las minas terrestres y se ha ofrecido como voluntaria y ha hablado ampliamente en nombre de los sobrevivientes de minas terrestres y de los amputados. En reconocimiento a su trabajo, ha recibido numerosos premios y en 1996 fue nominada al premio Nobel de la Paz. Mills ha ofrecido generosamente su tiempo para apoyar la campaña del Día Mundial de la Salud de este año, la “Seguridad Vial no es Accidental”, protagonizando un mensaje de bien público de la OPS que se distribuirá en todo el mundo.

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud



Foto © Armando Wask / OPS

Niños haitianos esperan su turno en fila para recibir la vacuna contra la polio, en Fond Parisien, durante la Semana de Vacunación en las Américas 2004.

Organizada del 24 al 30 de abril en cada uno de los países del hemisferio occidental, la iniciativa alcanzó a más de 40 millones de niños y adultos, principalmente mujeres en edad fértil y adultos mayores.

El objetivo clave de la iniciativa este año fue inmunizar a los niños que nunca habían sido vacunados o los que no habían completado sus esquemas de vacunas. Los voluntarios hicieron esfuerzos especiales por llevar vacunas a áreas remotas de difícil acceso y en zonas de frontera. Campañas de comunicación utilizaron mensajes de servicio público, afiches y otros medios para difundir el lema de la semana, "Vacunación: un gesto de amor".