

### Prevalencia de la obesidad en el Uruguay

La población del Uruguay asciende a poco más de 3 millones de habitantes. Es predominantemente de raza blanca, ya que la mayor parte desciende de inmigrantes españoles, italianos y centro-europeos. Pocos uruguayos son de descendencia indígena o africana. La mayoría pertenecen a la clase media y 40% viven en Montevideo, la capital. Cerca de 50% de los habitantes buscan atención médica en los hospitales públicos, 40% en las organizaciones de seguros médicos y 10% acuden a médicos particulares. Como ocurre hoy en día en muchas partes del mundo, los problemas asociados con la obesidad han cobrado mucha importancia en el Uruguay. A continuación se resumen datos obtenidos de investigaciones epidemiológicas llevadas a cabo a fines del siglo XX y se comparan con otros de 10 años antes. En las investigaciones más recientes se emplearon las definiciones de "sobrepeso" y "obesidad" establecidas por el Grupo de Trabajo sobre Obesidad de la OMS: sobrepeso, índice de masa corporal (IMC) de 25 a 29,9 kg por metro cuadrado ( $m^2$ ) de superficie corporal; obesidad, IMC de 30+  $kg/m^2$ .

En 1999, las prevalencias de sobrepeso y obesidad en los adultos fueron de 34% y 17%, respectivamente, y el total de ambas, de 51%. Estas cifras se obtuvieron gracias a la encuesta transversal llevada a cabo en una muestra sistemática, aleatoria y estratificada de 900 personas (392 varones y 508 mujeres) mayores de 18 años que residían en la capital y en ciudades de más de 10 000 habitantes. Miembros de un equipo adiestrado de encuestadores realizaron las entrevistas en los hogares de los participantes.

En el año 2000, las prevalencias de sobrepeso y obesidad en los niños ascendían a 17% y 9%, respectivamente, o a 26% en total. Estas cifras se consiguieron mediante una encuesta transversal de 886 niños (452 varones y 434 niñas) de 9 a 12 años de edad residentes en la capital y otras ciudades de más de 10 000 habitantes. Se visitó a los niños en los hogares, en presencia de uno de los padres. Los niños fueron pesados, medidos y entrevistados por miembros de un equipo de investigadores adiestrados para ese fin.

A diferencia de las definiciones de sobrepeso y obesidad empleadas en 1999 y 2000, la de 10 años

antes fue diferente. En 1989 se hizo una encuesta de adultos (2 114 mujeres y 2 249 hombres) que habitaban en Montevideo. Los participantes se seleccionaron para la encuesta cuando acudieron al cuartel central de la policía para adquirir carnés de identidad. El estudio de tres meses estuvo a cargo de estudiantes universitarios de la Escuela de Nutrición y Dieta. Se encontró que 49,8% de las mujeres y 41,8% de los varones tenían más de 10% de peso excesivo comparados con la escala del peso ideal usada por el seguro metropolitano. Si bien la fórmula para peso excesivo de 1989 no es totalmente comparable con la de los estudios de 1999 y 2000, sirve para poner en claro que había una alta prevalencia de obesidad.

Por las cifras presentadas, puede concluirse que el Uruguay tiene una elevada incidencia de sobrepeso y obesidad tanto en adultos como en niños. Más de la mitad de la población adulta y más de una cuarta parte de los niños adolecían de peso excesivo al comenzar el siglo XXI. A pesar de los esfuerzos invertidos en educar a los escolares sobre las desventajas de la gordura, tal parece que no hubo ningún cambio importante en la prevalencia del peso excesivo en los 10 años que transcurrieron entre encuestas. (Núñez Rocha GM et al. Prevalence of obesity in Uruguay. *Obesity*. 2004;5: 175-176.)

### Análisis constructivista sobre el éxito de la maternidad sin riesgo en Honduras

Se estima que anualmente mueren por complicaciones del parto de 500 000 a 600 000 mujeres. Se trata de una de las causas principales de muerte durante la etapa reproductiva, es decir, en plena juventud. En 1987 se lanzó una iniciativa mundial para combatir el problema pero, a partir de esa fecha, pocos países en desarrollo registraron una reducción importante de muertes maternas. Honduras es la excepción. Entre 1990 y 1997, el índice de mortalidad materna en ese país, o sea el número de muertes por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio por cada 100 000 nacidos vivos, disminuyó de 182 a 108 (40%). Esta es una de las reducciones más grandes jamás documentadas en tan poco tiempo en un país en desarrollo. El motivo

central del cambio parece haber sido la cooperación inusual que surgió entre los donantes internacionales y las autoridades de salud hondureñas, lo que permitió transferir las políticas al sistema nacional e institucionalizar la causa dentro de este. El caso de Honduras tiene implicaciones importantes para comprender la dinámica política que genera prioridades en los países en desarrollo.

Todos los años los ministerios de salud de países en desarrollo aceptan colaboración técnica y económica de docenas de redes de política internacional sanitaria, las cuales promueven causas como la prevención del sida, erradicación de la poliomielitis, salud reproductiva, maternidad sin riesgo y reforma del sector de la salud. A pesar de los recursos que ofrecen, esas redes tienen que competir por la atención de los ministerios, ya que la limitada capacidad de los sistemas de salud obliga a los gobiernos a otorgar prioridad a solo unas cuantas causas. Es, por lo tanto, importante comprender la calidad y el carácter de la interacción entre redes y gobiernos y saber por qué algunos asuntos tienen prioridad y otros no. En el caso de la maternidad sin riesgo en Honduras, ¿qué decidió el éxito de la transferencia de política y su ejecución? Los estudios de estos temas indican que *la transferencia de políticas* es un principio crucial. Se refiere a emplear los conocimientos sobre políticas o arreglos administrativos que existen en cierto tiempo y lugar, y establecerlos en otro tiempo y lugar. El mismo concepto se conoce como emulación, convergencia, difusión —entre otras cosas— y puede ocurrir de tres formas: por transferencia voluntaria cuando las élites nacionales lo desean; por coacción de un grupo internacional muy influyente, y por vía de fuerzas estructurales (las ideas penetran en los sistemas nacionales por convergencia).

La teoría constructivista aplicada a las relaciones internacionales ofrece un marco para observar cómo se lleva a cabo la transferencia. La premisa es que las naciones no existen como entidades aisladas, sino dentro de sociedades de naciones en las que llegan a compartir normas por influencia de las redes de política antes mencionadas. Este tipo de influencia transnacional queda soslayada cuando se procura entender el comportamiento nacional desde adentro de cada país. El neorrealismo procura explicar resultados del sistema internacional, como las alianzas y las guerras, en función de la búsqueda del poder y la seguridad por parte de los Estados. El neoliberalismo, por su parte, es otra versión que explica el comportamiento del Estado en función de la búsqueda de la riqueza. En estos casos, las redes de política internacional se ven como promotoras de in-

tereses que los Estados poderosos prefieren. Los constructivistas insisten en saber cómo los Estados deciden lo que quieren en primer lugar. Sin rechazar las ideas neorrealistas y neoliberales, razonan que muchos resultados internacionales de importancia crítica no pueden explicarse por una búsqueda del poder, la seguridad o la riqueza. Opinan que a veces los Estados no saben lo que quieren, pero adquieren preferencias al interactuar en el ámbito internacional con otros Estados u otras entidades. Por ejemplo, es posible que un Estado no tuviera interés en dar prioridad a la erradicación de la poliomielitis, pero adoptó esa meta por no quedarse atrás cuando sus representantes entraron en contacto con los de otros Estados que valoraban ese resultado. Según la teoría constructivista, entonces, los organismos internacionales son actores mundiales de gran peso. La OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Mundial y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) fueron creados por una comunidad mundial de Estados con el fin de avanzar intereses individuales y colectivos. Sin embargo, pueden adquirir el poder para actuar independientemente y moldear las preferencias políticas de las naciones que los crearon. El grado de influencia que ejercen estos organismos es objeto de debate, pues varía según el sistema político vigente en cada nación.

Otro principio de suma importancia es *el establecimiento de un programa de trabajo*. Básicamente es la etapa inicial de una política en la que ciertos asuntos se destacan y otros pierden importancia, y precede las otras tres etapas de formular la política, promulgar decisiones autorizadas y ejecutar la política. En este campo sobresale el modelo de las tres corrientes de procesos de Kingdon: una interacción entre el flujo de los problemas sociales, las políticas propuestas para remediarlos y la política en general, que convergen al azar creando las oportunidades para que se destaquen algunos elementos. Sin embargo, hay aspectos sistemáticos que influyen en la atención nacional que recibe un problema. Los indicadores mensurables, por ejemplo, tienen el efecto potencial de darle gran visibilidad y sirven, no solo como elementos de monitoreo de programas, sino como catalizadores. Otro factor decisivo es la presencia de personas y organismos dedicados a una causa, que vigilan la situación nacional hasta que aparece el momento de entrar en acción. Además, hay acontecimientos de gran envergadura como crisis, conferencias, accidentes, desastres y descubrimientos, que atraen la atención de los medios de comunicación, provocan la movilización de grupos interesados y funcionan como indicadores.

Ahora bien, la teoría de relaciones internacionales constructivistas sirve de base para examinar cómo las burocracias de países en desarrollo deciden apoyar ciertas causas. Se ha observado que ello ocurre cuando 1) las redes internacionales comparten la autoridad y el control de los recursos con funcionarios locales; 2) un acontecimiento arroja visibilidad política sobre una causa; 3) existe un indicador fidedigno que señala la gravedad del problema, y 4) hay empresarios políticos locales que privilegian la causa y trabajan con empeño tras bastidores para promoverla.

Para analizar el caso de la maternidad sin riesgo en Honduras, los investigadores se basaron en estudios de casos y entrevistaron a 30 funcionarios del gobierno dedicados a la iniciativa, funcionarios de alto nivel del Ministerio de Salud, consultores de organizaciones no gubernamentales y miembros de la comunidad de donantes (incluidas la OPS, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el UNFPA, el UNICEF y el Banco Mundial) y leyeron los informes y documentos gubernamentales y de los donantes, así como publicaciones sobre el proceso. Los investigadores descubrieron que mientras que los países vecinos de Guatemala, Nicaragua y El Salvador se sumieron en guerras civiles durante gran parte del decenio de 1980, Honduras mantuvo la paz y la amistad con los Estados Unidos de América como aliado en la Guerra Fría y baluarte anticomunista en América Central. La USAID continuó su presencia en el país, lo que permitió al país dedicar una buena parte del presupuesto nacional (11,7% en 1987) a la salud. Entre 1981 y 1988, USAID contribuyó con US\$ 54 millones al desarrollo del sector de la salud mediante proyectos rurales de agua y saneamiento, y de construcción y equipamiento de centros de salud y hospitales. En los decenios de 1970 y 1980, la ayuda de donantes como la USAID permitió dar prioridad a la salud materna y se adiestró a 10 000 parteras tradicionales. Además, entre 1978 y 1991 el UNFPA, con la colaboración técnica de la OPS, centró su asistencia financiera en la meta de reducir la mortalidad materna. Todo lo anterior fomentó la prioridad política y la capacidad institucional que se necesitarían para abordar la maternidad sin riesgo en el decenio de 1990. Esta surgió como prioridad nacional a raíz de la conferencia internacional celebrada en Nairobi, Kenia, en 1987, la cual fue auspiciada por el Banco Mundial, la OMS, el UNFPA y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. En esa ocasión se lanzó el movimiento de maternidad sin riesgo y se consolidó la red de esas organizaciones con entidades gubernamentales, or-

ganizaciones no gubernamentales y otros defensores a escala mundial. En 1990, la OPS dio a conocer su plan para reducir la mortalidad materno-infantil en las Américas y pidió la aprobación de los Estados Miembros, entre ellos Honduras, país que participó ampliamente en la fijación de metas. También en 1990 se publicó un estudio que reveló cuán alta era la verdadera tasa de mortalidad materna en Honduras, lo que conmocionó al país y aguijoneó el interés público en el tema. El estudio, que recibió amplia publicidad en los medios, reveló que la hemorragia era la causa principal de muerte materna y que en el hogar ocurrían dos veces más muertes que en los hospitales, lo que indicaba un problema de carácter diferente al esperado.

Para esa época, el ministro de salud puso en manos de un funcionario dinámico el trabajo materno-infantil y su grupo produjo un plan de acción para reducir la mortalidad materna y movilizó las burocracias regionales al servicio de la maternidad sin riesgo. El estudio de 1990 fue un instrumento de gran importancia que mostró la magnitud del problema. Si bien el gobierno central incluyó en su presupuesto el adiestramiento de miles de parteras tradicionales y los gobiernos locales aportaron recursos adicionales, los donantes internacionales contribuyeron grandes sumas de dinero para programas sobre salud reproductiva y maternidad sin riesgo. La Oficina de la OPS en Honduras aportó conocimientos técnicos y se recibió apoyo de diversos países. Entre 1990 y 1997 se crearon en Honduras siete hospitales, 13 centros de maternidad, 36 centros médicos de salud y 266 centros de salud rurales. El número de médicos aumentó en 19,5%, el de enfermeras graduadas, en 66,4%, y el de auxiliares de enfermería, en 41,9%. También se organizaron grupos comunitarios en torno a los centros de salud para reconocer a las embarazadas locales y apoyar los programas educativos dirigidos a ellas. El acceso a los servicios y su uso aumentaron notablemente y en 1997 se realizó el segundo estudio nacional sobre mortalidad materna, que mostró una disminución de 40%.

Desde el punto de vista de las ciencias políticas aquí mencionadas, en el caso de Honduras se reunieron con buen resultado todos los elementos necesarios para transferir e institucionalizar la política de la maternidad sin riesgo. Se destacan por su importancia la estabilidad de Honduras, la existencia de una infraestructura de salud bien establecida, la cooperación entre los funcionarios nacionales y los donantes internacionales, la prioridad dada al tema en el ámbito mundial y el establecimiento de una conciencia mundial de que la muerte materna

es inaceptable. Las conferencias en Nairobi y Guatemala le dieron un enfoque internacional al tema, el estudio de 1990 contribuyó un indicador confiable del problema y el Representante de la OPS y sus colegas actuaron como empresarios políticos que trabajaron tras bastidores para lograr que la prioridad de la maternidad sin riesgo se institucionalizara

dentro del sistema nacional. Sobre todo, es notable que en la OPS participaban hondureños, borrando los límites entre lo nacional y lo internacional y sirviendo de conducto para que la influencia fluyera en ambas direcciones. (Shiffman J et al. The emergence of political priority for safe motherhood in Honduras. Health Policy Plan. 19(6):380-390.)

---

---

### **Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud Interamericana**

---

*Fecha límite:* 15 de abril de 2005

La Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) está solicitando la presentación de candidaturas para este premio, que se ha venido otorgando anualmente desde 1975 a sanitaristas destacados cuya contribución a la salud pública haya traspasado las fronteras nacionales y redundado en beneficio de todos los pueblos de América. El premio, que consiste en US\$ 5 000, un certificado y un viaje con gastos pagados a la ciudad de Washington, D.C. (EUA), se otorga en honor del doctor Abraham Horwitz, Director de la OPS de 1958 a 1975 y Presidente de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación de 1975 a 2000. Además de ser un reconocimiento por méritos profesionales, el Premio constituye una forma de poner de relieve los problemas de salud del hemisferio con el fin de motivar a los profesionales de la salud pública a interesarse activamente en ellos.

Un jurado internacional de expertos examina las candidaturas y hace recomendaciones a la Junta Directiva de la Fundación, que toma la decisión final. Los candidatos deben ser profesionales en funciones cuya labor en el campo de la salud interamericana destaque por su excelencia y su alcance. No pueden ser funcionarios activos de la OPS o de la OMS, miembros de la Junta Directiva de la Fundación, ni miembros del Comité de Selección del Comité del Premio Abraham Horwitz. Puede proponerse a más de un candidato. Todas las candidaturas deben acompañarse de una carta de presentación y de un formulario debidamente cumplimentado para cada candidato propuesto. El formulario puede bajarse, en inglés o español, del sitio de la Fundación en la web ([www.pahef.org](http://www.pahef.org)).

*Dirección para el envío de las candidaturas:*  
Abraham Horwitz Award Jury  
c/o Pan American Health and Education Foundation  
525 23rd Street, NW  
Washington, DC 20037, U.S.A.  
Teléfono: 202-974-3416  
Fax: 202-974-3636  
Correo electrónico: [info@pahef.org](mailto:info@pahef.org)