



DEL HAMBRE A LA ABUNDANCIA

La obesidad y la diabetes amenazan a las economías de mercados emergentes, pero se las puede combatir con políticas adecuadas

Eduardo J. Gómez

Las enfermedades de los países ricos, como la obesidad y la diabetes tipo 2, presentan una nueva amenaza para las mejores perspectivas económicas de los mercados emergentes.

Por ejemplo, en los últimos años Brasil se ha ocupado más que China, India o México de fortalecer el compromiso del gobierno con programas de prevención y tratamiento, en colaboración continua con la sociedad.

Desde la década de 1990, circunstancias similares han contribuido al aumento de la obesidad y la diabetes tipo 2 en estos países. El aumento del comercio internacional permitió el acceso generalizado a alimentos grasos. Los dispositivos tecnológicos redujeron la actividad física y contribuyeron al aumento de peso; a su vez, la falta de acceso a parques públicos y el deterioro de las condiciones ambientales desalientan el ejercicio físico.

En México casi un tercio de la población es obesa, y la proporción de niños obesos es la más alta del mundo. Se espera que la diabetes tipo 2 se duplique en México para 2050. En India, también aumentó la obesidad y afecta tanto a niños de zonas rurales pobres como urbanas. La tasa de diabetes tipo 2 es hoy 10 veces mayor que en la década de 1970, y para

2030 se proyectan 100 millones de diabéticos. En China, más de 120 millones de personas son obesas; su población de diabéticos es la más grande del mundo (French y Crabbe, 2010). En los últimos 20 años las tasas de obesidad y diabetes tipo 2 también han aumentado en Brasil.

Un alto precio

La obesidad y la diabetes conllevan un alto precio. En México, el costo de la obesidad y de enfermedades asociadas para el sistema público de salud oscila entre USD 4.300 millones y USD 5.400 millones por año. Los costos de los programas para combatir y tratar la diabetes subieron de USD 318 millones en 2005 a USD 343 millones en 2010. En 2012, el gasto público relacionado con la diabetes fue de USD 4.000 (por ejemplo, hipertensión y enfermedades coronarias), lo que incluye tratamiento, servicios de atención primaria e investigación. Según el Dr. Abelardo Ávila Curiel del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán de México, si los costos no se controlan, podrían destruir el sistema de salud para 2030.

En India se espera que la obesidad afecte al presupuesto del sistema público de salud y a la economía— debido a los días de

ILUSTRACIÓN: MIXED MEDIA / ISTOCK

trabajo perdidos. El gasto público en pacientes con diabetes tipo 2 osciló entre USD 25.000 millones y USD 38.000 millones en 2010, principalmente en medicación e internación (Yesudian *et al.*, 2014). Para la próxima década, se espera que el gasto público en salud destine USD 237.000 millones para diabetes, accidentes cerebrovasculares y enfermedades coronarias.

En China en 2009, el gasto público estimado en pacientes obesos fue de USD 3.500 millones. Según estimaciones recientes, el tratamiento de la diabetes le cuesta al gobierno unos USD 25.000 millones por año y para 2030 llegaría a USD 47.000 millones, lo que podría asfixiar al sistema de salud.

El costo que asume el Estado brasileño para los pacientes obesos —tratamiento de alta presión, diabetes y cáncer— creció de USD 5,4 millones en 2008 a USD 10,4 millones en 2011 y podría llegar hasta USD 10.000 millones para 2050. Los costos de la diabetes tipo 2 —internaciones, diagnóstico, tratamiento y atención primaria— subieron de USD 20,1 millones en 2008 a USD 28,3 millones en 2011, de lo cual casi la mitad se destina a medicamentos.

Respuesta del gobierno

En 2008 el gobierno mexicano, el sector privado y la sociedad civil coincidieron en la necesidad de promover la actividad física y una dieta sana. El Ministro de Salud lanzó la Estrategia Nacional de Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes en 2014. La iniciativa fomenta estilos

de vida saludables, mejora la atención primaria y promueve normas y políticas fiscales, por ejemplo, un impuesto a los refrigerios. Ese año, el Congreso aprobó un impuesto sobre los refrescos de 1 peso por litro y gravó los alimentos de altas calorías a una tasa del 8%.

Pero el impuesto no frenó el consumo de bebidas azucaradas en México, sino que aumentó levemente de 19.400 millones de litros en 2014 a 19.500 millones en 2015. A esto se suma la escasez continua de personal de atención primaria y un acceso poco confiable a los medicamentos para la diabetes, de modo que muchas personas deben afrontar estos costos aun cuando cuentan con el seguro de salud del Estado.

En 2008 el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de India introdujo el Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes, las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares. Se hizo hincapié en un diagnóstico temprano, cambio de hábitos y mejoras en la atención primaria de la salud. Pero una infraestructura de salud inadecuada y la escasez de especialistas médicos y trabajadores de atención primaria malograron los esfuerzos.

El Ministerio de Salud de China ha trabajado con escuelas para mejorar la nutrición y la actividad física y estableció un Programa de Demostración Integral de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas en 2010 para trabajar en conjunto con los gobiernos provinciales en este sentido. El Plan Nacional para el Tratamiento y la Prevención de Enfermedades no Transmisibles (2012–15) impulsó iniciativas para mejorar la nutrición y el estado físico de los estudiantes, fortalecer los sistemas de atención primaria, crear conciencia y promover estilos de vida saludables.

Sin embargo, solo un 25% de los diabéticos recibe el tratamiento adecuado (acceso confiable a medicamentos y atención primaria, entre otros). Pese a los programas de prevención de la obesidad y la diabetes de los últimos 10 años, no se ha avanzado en sensibilización, estilos de vida más saludables y detección temprana de la diabetes. La escasez de trabajadores de la salud, especialmente en zonas rurales, y la falta de coordinación entre el Ministerio de Salud y los gobiernos provinciales también han obstaculizado la aplicación de las políticas.

En Brasil el Ministerio de Salud desarrolló un plan de acción en 2010 para combatir las enfermedades no transmisibles. El plan incluye directrices para una nutrición y programas de nutrición escolar de mejor calidad, y aumenta los recursos federales para programas de sensibilización sobre obesidad y de prevención a cargo de trabajadores de la salud.



Contrario a lo que ocurre en China, India, y México, en 2007 se sancionó una ley que garantiza la distribución gratuita de medicamentos para la diabetes. El acceso a medicamentos se amplió aún más en 2011 con el programa “La salud no tiene precio”. El ministerio mantuvo su compromiso de vigilancia, prevención, medicación y atención primaria de la diabetes. Junto con buenos equipos de atención primaria que trabajan con gobiernos provinciales, escuelas y familias, estas políticas aumentaron notablemente el acceso a medicamentos y servicios de prevención (Gómez, 2015).

Piedras en el camino

Las deficiencias de las políticas mexicanas obedecen a dificultades políticas. Pese a existir consenso en el gobierno sobre la necesidad de combatir la obesidad y la diabetes, los objetivos de política del Ministerio de Salud han tenido poco apoyo del Congreso por la presión de la industria de comidas rápidas y la decisión del gobierno de anteponer el crecimiento económico a la salud pública. Por otra parte, las iniciativas de política de la Alianza Mexicana para la Salud, Alimentación y Nutrición —un consorcio de 20 ONG— no han prosperado debido a recursos limitados y falta de acceso a políticos influyentes (Barquera, *et al.* 2013).

En India la constante falta de compromiso político con la reforma se vio reavivada por diferencias en el parlamento en cuanto a la gravedad de la amenaza de la obesidad y la diabetes para la salud pública. Quienes padecen estas enfermedades tienen un buen pasar económico, mientras que la mayoría de la población sufre desnutrición y pobreza. Entre tanto, las ONG no han logrado influir en la política, en parte por su falta de recursos y gestión deficiente y por la indiferencia del gobierno.

En China si bien el gobierno ha intensificado la lucha contra la obesidad y la diabetes, a los políticos les preocupa mayormente la economía y la seguridad nacional. Los funcionarios públicos no han tenido incentivos para fortalecer la respuesta normativa del Ministerio de Salud. Más aún, las ONG no presionan al gobierno por una política de obesidad, y los funcionarios de la salud no se comprometen a escuchar sus consejos. La Sociedad China de Diabetes está bien organizada y cuenta con sólidos recursos pero se centra más en la investigación y la sensibilización pública que en criticar y presionar al gobierno.

Brasil, en cambio, adoptó las políticas adecuadas. El compromiso histórico del Congreso con un plan de salud universal, sumado al sólido historial del Ministerio de Salud en materia de pobreza y

desnutrición, allanó el camino para conseguir apoyo a estas iniciativas. Este apoyo político —que no se dio en China, India y México— desde un comienzo dio lugar a la organización de conferencias a nivel nacional y el reconocimiento del Estado de los peligros de la obesidad y la diabetes, así como a la innovación en la atención primaria. Brasil es la única economía de mercados emergentes en haber recibido el reconocimiento del Grupo de Trabajo Internacional contra la Obesidad por sus políticas innovadoras, en 2010.

A principios de la década de 2000, varias ONG, como la Asociación Brasileña de Nutrición y la Sociedad Brasileña de Diabetes comenzaron a presionar al ministerio por la sanción de leyes de apoyo. A diferencia de China, India, y México, los funcionarios de la salud también se comprometieron a trabajar con estas organizaciones a través del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

La obesidad y la diabetes tipo 2 presentan una seria amenaza para la salud pública y para la economía en los países analizados. Los líderes políticos han implementado programas innovadores de tratamiento y prevención. Pero sin el pleno apoyo de todos los grupos interesados del gobierno y el sector privado, y la colaboración estrecha de la sociedad civil, como sucede en Brasil, estas políticas habrán de fracasar. Los casos de obesidad y diabetes inevitablemente aumentarán, como así también los altos costos para los sistemas económicos y sanitarios de estos países.

Para lograr una fuerza de trabajo robusta y productiva, los políticos deben fortalecer su compromiso de trabajo conjunto con los gobiernos locales para implementar políticas y aprender de la sociedad civil sobre cómo mejorar los servicios de salud. **FD**

EDUARDO J. GÓMEZ es Profesor Adjunto del Departamento de Desarrollo Internacional en King's College y autor del libro *Geopolitics in Health: Confronting Obesity, AIDS, and Tuberculosis in the Emerging BRICS Economies*, de próxima publicación.

Referencias:

- Barquera, S., I. Campos, y J. A. Rivera. 2013. “Mexico Attempts to Tackle Obesity: The Process, Results, and Push Backs and Future Challenges”. *Obesity Reviews* 14 (2): 69–78.
- French, Paul, y Mathew Crabbe. 2010. *Fat China: How Expanding Waistlines Are Changing a Nation*. Nueva York: Anthem Press.
- Gómez, Eduardo J. 2015. “Understanding the United States and Brazil's Response to Obesity: Institutional Conversion, Policy Reform, and the Lessons Learned”. *Globalization & Health* 11 (24): 1–14.
- Yesudian, Charles, Mari Grepstad, Erica Visintin y Alessandra Ferrario. 2014. “The Economic Burden of Diabetes in India: A Review of the Literature”. *Globalization and Health* 10 (80): 1–18.

