

## **CON PUNTO DE ACUERDO, RELATIVO A MODIFICAR LA NOM-051-SCFI/SSA1-2010 PARA INCLUIR EN LA ETIQUETA FRONTAL DE LOS ENVASES Y EMPAQUES DE ALIMENTOS Y BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS UN SEMÁFORO NUTRICIONAL QUE INFORME DE FORMA VISUAL AL CONSUMIDOR ACERCA DEL CONTENIDO CALÓRICO, DE PROTEÍNAS, CARBOHIDRATOS, GRASAS, GRASAS SATURADAS, ALMIDONES, AZÚCARES PROPIOS Y AÑADIDOS, Y SODIO DEL PRODUCTO, A CARGO DEL DIPUTADO SANTIAGO TORREBLANCA ENGELL, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PAN**

El suscrito, diputado integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional en la LXIII Legislatura de la Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión, en ejercicio de la facultad que me confieren los artículos 6o., fracción I, y 79, numeral 2, fracciones I y III y demás relativos y aplicables del Reglamento de la Cámara de Diputados, somete a consideración de esta soberanía la siguiente proposición con punto de acuerdo, al tenor de los siguientes

### **Considerandos**

#### **Planteamiento del problema**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa. A nivel mundial, nuestro país es el que más altas tasas de obesidad y sobrepeso tiene y desde la década de los años ochenta, se ha documentado uno de los incrementos más rápidos para estos padecimientos y sus enfermedades crónicas asociadas, como lo son la diabetes, la hipertensión arterial, enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular.<sup>1</sup>

Se ha comprobado que tanto el sobrepeso como la obesidad constituyen el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que, sin duda es en su prevención y atención donde el Estado debe enfocarse para disminuir riesgos a la salud y los costos que estos padecimientos generan.<sup>2</sup>

#### **Sobrepeso y obesidad en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición**

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2016, en donde se evaluó la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños, adolescentes y adultos, se muestra que el sobrepeso y la obesidad en mujeres presenta un aumento respecto a cifras de 2012, en los tres grupos de edad, el cual es mayor en zonas rurales que urbanas, mientras que en la población masculina adulta el sobrepeso y obesidad aumentó en zonas rurales (de 61.1 por ciento en 2012 a 67.5 por ciento en 2016) mientras que se estabilizó en zonas urbanas, en las que se mantiene en un nivel elevado (69.9 por ciento).<sup>3</sup>

En lo que hace a los niños en edad escolar de 5 a 11 años de edad, 3 de cada 10 padecen sobrepeso u obesidad (prevalencia combinada de 33.2 por ciento), aunado a que se observa un incremento progresivo en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en zonas rurales en ambos sexos.<sup>4</sup>

Por lo que respecta a los adolescentes de entre 12 y 19 años de edad, casi 4 de cada 10 adolescentes presenta sobrepeso u obesidad (prevalencia combinada de 36.3 por ciento), lo cual representa un incremento de 1.5 por ciento respecto de la medición de 2012, sin embargo, vale la pena decir que en mujeres adolescentes, se observó un aumento de 2.7 por ciento en sobrepeso, alcanzando un nivel de 26.4 por ciento, por lo que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en mujeres adolescentes fue de 39.2 por ciento.<sup>5</sup>

Respecto de adultos de 20 o más años de edad, 7 de cada 10 adultos (prevalencia combinada de 72.5 por ciento) continúa padeciendo exceso de peso (sobrepeso u obesidad) respecto a la cifra de 2012 de 71.2 por ciento, observándose un aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad en mujeres adultas (prevalencia combinada de 75.6 por ciento). Este incremento es mayor en zonas rurales (aumento de 8.4 por ciento) que en zonas urbanas (aumento de 1.6 por ciento). En hombres adultos (prevalencia combinada de 69.4 por ciento) se observa un incremento continuo en zonas rurales, en el que la prevalencia de sobrepeso y obesidad (67.5 por ciento) aumentó 10.5 por ciento respecto a 2012.<sup>6</sup>

Es decir que, de acuerdo con los datos de Ensanut, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México es de más de 60 por ciento de los habitantes del país, razón por la cual el problema de sobrepeso y obesidad en México debe ser considerado como el principal de salud pública y por lo mismo debe ser atacado mediante la implementación de diversas medidas que integren una política eficaz.

Los datos anteriores sin duda son alarmantes, sin embargo, la crisis de salud pública a causa de la obesidad y el sobrepeso, además de los problemas de salud en la población genera costos muy altos, que hoy se calculan cercanos a los 100 mil millones de pesos y esto sólo respecto de los costos atribuibles por tratar la diabetes.

### **Los costos sociales y económicos de la indiferencia**

Invertir en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, sin duda debe ser la opción; datos del Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO) indican que en México, la implementación de acciones integrales que incluyen campañas en medios masivos, sobre información nutrimental, etiquetado, restricciones de publicidad y política fiscal, lo cual costaría en promedio 40.85 pesos por persona, mientras que las pérdidas económicas por sobrepeso y obesidad equivalen a 840 pesos, por per cápita.<sup>7</sup>

Toda vez que se estableció que existe correlación entre el sobrepeso, la obesidad y el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, es importante referir los siguientes datos que se refieren a dos enfermedades que aquejan a los mexicanos y que en virtud de los índices de obesidad han aumentado:

**1. Diabetes Mellitus :** cada año mueren 74 mil personas a consecuencia de la diabetes mellitus y sus complicaciones.<sup>8</sup>

**2. Hipertensión Arterial Sistémica:** más de 15 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años se conocen hipertensos, mientras que en los hombres mayores de 60 años, la hipertensión arterial se llega a presentar hasta en 50 por ciento de la población.<sup>9</sup> La hipertensión en los adultos mexicanos tiene una prevalencia de 43.2 por ciento y más de la mitad, es decir 26.6 por ciento, no sabe que padece esta enfermedad.<sup>10</sup>

Muestra de la crisis que representa para la salud pública el problema de obesidad, es que en los últimos 25 años, la población mexicana ha experimentado un aumento sin precedente en las prevalencias de sobrepeso y obesidad; de 1988 a 1999, la obesidad en mujeres de 20 a 40 años pasó de 9.5 por ciento a 24.9 por ciento mientras que el sobrepeso, de estar en 25 por ciento aumentó a 36.1 por ciento, así, ambas en 1999 tenían una prevalencia de 61 por ciento contra 46.5 por ciento de 1988<sup>11</sup>; mientras que en la actualidad, es superior a 71 por ciento, es decir 10 por ciento mayor que el año 2000, llegando a alertar a la autoridad en la materia, como lo es la Secretaría de Salud (Ssa), quien afirma que la magnitud, la frecuencia y el ritmo de crecimiento del sobrepeso, la obesidad y la diabetes mellitus tipo dos, representan una emergencia sanitaria.

La Ssa, ha identificado que el problema de sobrepeso y obesidad que se vive en México, se debe a la “occidentalización” de la dieta de los mexicanos y provoca lo siguiente:<sup>12</sup>

1. Aumenta la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados, adicionados con altas cantidades de grasas, azúcares y sal;
2. Aumenta el consumo de comida rápida y comida preparada fuera de casa para un sector creciente de la población;
3. Disminuye el tiempo disponible para la preparación de alimentos;
4. Aumenta de forma importante la exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y de productos que facilitan las tareas cotidianas y el trabajo de las personas, disminuyendo de este modo su gasto energético;
5. Aumenta la oferta de alimentos industrializados en general; y
6. Disminuye de forma importante la actividad física de la población.

Como todo problema social, tratándose de un problema de salud, el de la obesidad y sobrepeso, junto con sus respectivas complicaciones, es cuantificable y medible de manera individual y colectiva.

“Las consecuencias de las enfermedades crónicas asociadas al sobrepeso y la obesidad van más allá de la salud, impactan la productividad y desarrollo económico del país, aumentan los costos directos e indirectos de tratar dichas enfermedades. Por esta razón, cualquier acción que busque fomentar políticas, programas, acciones y prácticas que prevengan y controlen estos padecimientos es siempre una acción bienvenida.”<sup>13</sup>

La obesidad y el sobrepeso, como cualquier padecimiento de salud, producen costos personales entre los que se encuentran el pago de consultas médicas, medicinas y tratamientos, además de aquellos que en la mayoría de los casos, no son considerados, como las horas dejadas de laborar, la baja en la productividad del enfermo, las afectaciones familiares, etcétera. Estimaciones del McKinsey Global Institute muestran que la obesidad a nivel mundial impone costos equivalentes a 2.8 por ciento del producto interno bruto (PIB) global, similar a los costos de conflictos armados y el tabaquismo.<sup>14</sup>

Por todo lo anterior, el IMCO, considera a la obesidad y al sobrepeso, como problemas que restan competitividad a nuestro país, dado que primero afectan al individuo y su familia, pero en conjunto al bajar la productividad de cada individuo, disminuyen la de empresas, sectores económicos y por último la competitividad del país.<sup>15</sup>

A continuación se exponen diversos datos que muestran los costos de la crisis por sobrepeso y obesidad en nuestro país.<sup>16</sup>

**Nota.** Los cálculos se basaron en una metodología sencilla y transparente con información de fuentes públicas oficiales, por un lado, se utilizaron las fracciones atribuibles del reporte Global Burden of Disease (GBD) 2006, para Latinoamérica, así como sus factores de discapacidad parcial (GBD 2010), por otro, se adoptó un enfoque de capital humano como el que utilizan otras investigaciones en la materia. Sin embargo, el estudio se distingue de otros estudios por estimar las pérdidas económicas generadas por las personas enfermas, así como por presentar los resultados por grupo de edad. A continuación se muestran los principales resultados que se obtuvieron de esta metodología o calculadora en términos de salud.<sup>17</sup>

En México existen 8.6 millones de diabéticos a causa del sobrepeso y obesidad. El grupo de edad más afectado son los adultos en etapa productiva, entre 40 y 60 años. En 2012 se registraron 59 mil muertes por diabetes

atribuibles al sobrepeso y obesidad, para este indicador el grupo de edad más afectado fue el de 70-79 años de edad.

Los costos laborales relacionados con la diabetes tipo 2 causada por sobrepeso y obesidad para enfermos sólo de diabetes, con base en el Global Burden of Disease (GBD), asume que los diabéticos pierden 3.1 por ciento de su tiempo laboral a causa de su padecimiento. Las horas laborales perdidas en total al año por el grupo representativo de la enfermedad fue de 312 millones 142 mil 095, lo cual equivale a poco más de 143 mil trabajadores ociosos durante un año; mientras que para los enfermos de diabetes más complicaciones asociadas a la enfermedad, con base en el GBD, pierden en promedio 5 por ciento de su tiempo laboral. Las horas laborales perdidas en total al año por el grupo representativo de la enfermedad fue de 402 millones 550 mil 720 horas, lo cual que equivale a poco más de 184 mil trabajadores sin trabajar en un año.

Las pérdidas en ingreso por morbilidad son considerables, al ser equivalentes a un rango que va de los 9 mil a los 25 mil millones de pesos.

En resumen, los costos totales por diabetes atribuible al sobre peso y obesidad rondan los 100 mil millones de pesos, que representan la mayoría del gasto en salud (Ramo 12) en los años recientes. En los costos referidos no consideran gastos adicionales en medicamentos o tratamiento de complicaciones y asumiendo que la vida laboral finaliza a los 65 años.<sup>18</sup>

Un prediabético que revierte su condición mediante tratamiento médico privado, tendría que erogar alrededor de 90 mil pesos, mientras que uno que no se atiende y se convierte en un paciente con caso diabético que se complica y necesita de servicios de salud privados, con el paso de los años su condición física se deteriorara con osteoartritis, síntomas urinarios, cataratas, neuropatía y falla renal y tendría que erogar, para una atención médica adecuada, alrededor de 1 millón 900 mil pesos.

49 por ciento de la población con diabetes no está diagnosticada, 66 por ciento no tiene acceso a servicios públicos de salud, por lo que resulta factible que caigan en el supuesto anterior y por lo tanto existe gran riesgo de que las familias de ingresos medios caigan nuevamente en situación de pobreza y que se perpetúe esta condición en las familias más pobres.

Un estudio del IMCO, expone diversas recomendaciones, siendo que para la presente iniciativa es de especial importancia la que se refiere a “Mejorar las reglas para el etiquetado, de tal forma que éste sea auto-explicativo e informe adecuadamente a la población”;<sup>19</sup> por lo que cita como experiencia internacional el caso de Gran Bretaña, que aunque permite el mismo nivel de azúcar que México (90 gramos), en alimentos procesados, el etiquetado, además de la información general y porcentajes de consumo, sigue un sistema de semáforo, el cual marca en rojo el cuadro de azúcar en cuanto alcanza los 27 gramos, lo que resulta didáctico y eficaz ya que visualmente se pueden identificar productos que tienen alto contenido de azúcares, sodio, grasas y carbohidratos según sea el caso.<sup>20</sup>

Es importante mencionar que Reino Unido, antes de la implementación del etiquetado de semáforo, en la mayoría de sus productos contaba con el etiquetado frontal de Europa, similar al etiquetado que se utiliza en nuestro país. Sin embargo, en 2012 el semáforo de alimentos fue implementado en Gran Bretaña y funciona a través de un código de colores –rojo, naranja y verde–, con el fin de informar de una forma clara, precisa y didáctica la cantidad de grasas, sal, azúcar, grasas saturadas o calorías que contiene un producto y, por tanto, si es aconsejable ingerirlo con mayor o menor moderación y así lograr que las personas en general puedan cambiar sus hábitos alimenticios por otros más saludables.<sup>21</sup>

En este sentido en noviembre de 2013, Ecuador emitió la norma legal que implementó el uso del semáforo de alimentos en el etiquetado de productos procesados, por lo que se convirtió así en el primer país latinoamericano en adoptar el sistema, creado para alertar a los consumidores sobre la cantidad de grasas, azúcar y sal en los alimentos. La medida en país sudamericano, fue tomada derivado de los resultados obtenidos en su encuesta Ensanut 2011, cuestión que refleja el compromiso del gobierno en dicho país para frenar la crisis de salud pública que significan el sobrepeso y la obesidad, sin tomar en consideración que el caso mexicano es aún más grave; al encontrarse en podio del sobrepeso y obesidad, en el referido país, Ensanut 2011-2013 refleja que tres de cada diez niños en edad escolar y seis de cada diez adultos padecen sobrepeso y obesidad, lo que representa 11 por ciento menos que en nuestro país.<sup>22</sup>

Ejemplo de etiquetado en Gran Bretaña y Ecuador (respectivamente)

En nuestro país, la lucha por implementar la política y regulación del semáforo en alimentos no es nueva, diversas organizaciones de la sociedad civil lo han impulsado en los últimos años, funcionarios públicos se han pronunciado a favor de su aplicación e incluso legisladores tanto locales como federales han exhortado a diversas autoridades para que esto suceda, pero su implementación se ha visto frenada por diversas razones y presiones; no obstante, los esfuerzos son visibles y como un primer ejemplo, podemos citar el convenio marco que firmó el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), con el Sistema de Distribución Conasupo, SA de CV (Diconsa) para instalar un “Semáforo Nutricional” en sus 26 mil tiendas comunitarias fijas y móviles que se encuentran en las 23 mil localidades donde ofrece sus servicios la paraestatal, medida que dará claridad a la población en cuanto al alto, medio y bajo valor nutricional. El Semáforo Nutricional derivado de la firma del convenio se formuló mediante uso de los colores rojo, verde y ámbar en los anaqueles donde se exhiben los productos para su venta al público.<sup>23</sup>

Bajo dicha estrategia los alimentos fueron distribuidos de la siguiente forma<sup>24</sup> :

En el anaquel con el indicador de color verde, se colocaron los alimentos considerados como de alto valor nutricional y que incluyen: maíz, harina de maíz, frijol, alubias, arroz, soya texturizada, lentejas, garbanzo, haba pelada, avena, pan integral, atún, sardinas enlatadas, frutas deshidratadas, papilla de cereales, suplementos alimenticios, agua purificada, leche en polvo y líquida (Liconsa).

Por otro lado, en el anaquel con el indicador de color ámbar se colocaron los alimentos considerados como de medio valor nutricional y que incluyen: pan blanco, harina de trigo, pasta para sopa, galletas tipo marías y de animalitos, salsas caseras, así como frutas, jamón, salchichas y papilla de fruta, envasados, aceite vegetal comestible, chocolate en polvo, café soluble, galleta básica, harina de arroz, aceituna, chiles secos, y alimentos infantiles colados y picados, cereales en barra y palanquetas, granola, atoles, harina para *hotcakes*, leche maternizada, vegetales envasados, chícharo con zanahoria y chícharo solo, envasados, elote de grano, puré de tomate, chile chipotle y jalapeño entero, envasados, café en polvo, tostado y molido, y carne envasada.

Y por último, en el anaquel con el indicador de color rojo se colocaron los alimentos considerados como de bajo valor nutricional y que incluyen: azúcar, moles, cereales en hojuela, flan en polvo, chocolate de mesa, chocolate (golosina), mieles y jarabes, piloncillo, leche condensada, néctares, bebidas de fruta, jugos para bebé, refrescos en polvo y embotellados, jugos, botanas, frituras, sopas instantáneas, gelatinas en polvo, cátsup, mayonesa, crema de leche, manteca de cerdo y vegetal, chilorio, galleta diversa y harina para pastel, salas picantes, mostaza, adobo, consomé en polvo y en cubos, sal de grano y sal molida o refinada.

De lo anterior, podemos desprender de manera clara que el convenio-marco celebrado por INSP y Diconsa, representa la primer política pública encaminada a mejorar los hábitos nutricionales y alimenticios de la población, en el que además podemos afirmar que se pretenden atacar dos problemas, el del sobrepeso y

obesidad y el de la desnutrición, que de manera contrastante se sufren en nuestro país. Sin duda esta acción de gobierno, es una de las tantas formas preventivas para atacar los problemas de salud que se vive en nuestro país y que reflejan la utilidad pública de la implementación de un “Semáforo Nutricional”.

## **Facultad de la Secretaría de Salud**

En nuestro país, para la regulación del etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas se encuentra por un lado en el artículo 212 de la Ley General de Salud, así como la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010 publicada en 2010, en cuya última modificación dada en 2014, fueron incluidos diversos conceptos que forman hoy en día parte fundamental de los alimentos, en el que a grandes rasgos se implementó el llamado “Etiquetado frontal de alimentos” el cual se define por la propia norma oficial como: “Aquella declaración nutrimental situada en área frontal de exhibición, de conformidad con el reglamento”.<sup>25</sup>

Asimismo, no escapa a la vista que en diversas fracciones del artículo 115 de la Ley General de Salud se faculta a la Secretaría de Salud, para realizar acciones en materia de nutrición, por lo que, para mayor claridad se transcriben las fracciones aplicables.

Artículo 115. La Secretaría de Salud tendrá a su cargo:

I. ...

II. ...

III. ...

IV. ...

V. ...

VI. ...

VII. Proporcionar a la Secretaría de Economía los elementos técnicos en materia nutricional, para los efectos de la expedición de las normas oficiales mexicanas.

Por otra parte, salta a la vista que la Secretaría de Salud tiene a su cargo normar el valor nutritivo y las características de alimentación en establecimientos de servicios colectivos y en alimentos y bebidas no alcohólicas, además de los dispositivos que le permiten emitir normas en la materia.<sup>26</sup>

## **El interés económico por encima del bienestar social**

Vale la pena destacar que, tanto el suscrito como otros legisladores de diversos grupos parlamentarios, hemos presentado sendas iniciativas con la finalidad de ayudar a disminuir la obesidad y el sobrepeso en niñas, niños, adolescentes y adultos, pero no ha habido argumento o razón que hayan sido capaces de hacer entender a los funcionarios del gobierno federal, concretamente de la Secretaría de Salud o de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios e incluso de algunos legisladores que han frenado las propuestas que han tenido la única finalidad de dotar de mayor cantidad de información al consumidor para hacer compras inteligentes y saludables, dejando de lado los intereses económicos y comerciales de las cámaras de comercio o de los productores de alimentos y bebidas no alcohólicas, ganándose en muchos casos este interés, por encima del bienestar de la población, lo cual resulta altamente lamentable.

Como podemos ver a continuación, el etiquetado vigente da información en muchas ocasiones incomprensible para la persona común no instruida en temas de nutrición.

### **Ejemplo de etiquetado frontal regulado por la norma oficial mexicana vigente**

Es por ello que no obstante los cambios referidos en la citada norma oficial mexicana, diversos expertos y activistas sociales advirtieron que las reformas no eran adecuadas a las necesidades de los consumidores y el público en general, ya que se causa confusión, por resultar incomprensible por la población mexicana, que en consecuencia no atiende las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), acerca del riesgo para la salud que representa la ingesta de altas cantidades de azúcar”.<sup>27</sup>

Incluso la Procuraduría de la Defensa del Consumidor (Profeco), refirió en marzo de 2015, en el marco de la celebración del Día Mundial del Consumidor, que debería ser implementado en México, el etiquetado de Ecuador, conocido como “semáforo nutricional”, a través del cual las etiquetas deben expresar si un producto contiene “altos”, “moderados” o “bajos” niveles de azúcares, sodio o grasas.<sup>28</sup>

Asimismo, resulta importante mencionar que en 14 de octubre de 2015, se publicaron las últimas modificaciones a la Ley General de Salud, que si bien representan un avance en la prevención y lucha contra la obesidad y el sobrepeso, lo cierto es que se deja al arbitrio de las autoridades administrativas, la determinación de porcentajes y las cantidades de ingesta diaria de azúcares, sodio y grasas, entre otros elementos que deben incluirse en el etiquetado de alimentos, esto sin tomar en consideración los criterios y estándares internacionales; de igual manera, no se ordena la implementación del semáforo nutricional, cuestión que incluso va en contra de la política implementada por el INSP y Diconsa, o bien en contra de lo que ha sido calificado por expertos y la propia Profeco, como la mejor opción para el etiquetado de alimentos procesados y bebidas no alcohólicas.

De las reformas referidas podemos destacar lo siguiente en materia de combate a al sobrepeso y la obesidad:

- 1.** Se establece como materia de salubridad la prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, sobrepeso, obesidad y otros trastornos de la conducta alimentaria, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo.
- 2.** Se ordena proporcionar orientación a la población respecto de la importancia de la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad y su relación con los beneficios a la salud.
- 3.** Se ordena diseñar y ejecutar políticas públicas que propicien la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, que contrarreste eficientemente la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad y otros trastornos de la conducta alimentaria y promover e impulsar programas y campañas de información sobre los buenos hábitos alimenticios, una buena nutrición y la activación física.
- 4.** La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública (SEP) y los gobiernos de las entidades federativas, con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, debe formular, proponer y desarrollar programas de educación para la salud, entre otros aquellos orientados a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad y a la activación física, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población, así como llevar a cabo la detección y seguimiento de peso, talla e índice de masa corporal, en los centros escolares de educación básica.
- 5.** Se establece un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de los trastornos de la conducta alimentaria e impulsar, la prevención y el control del sobrepeso, obesidad y otros trastornos de la conducta

alimentaria y, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública (SEP), la detección y seguimiento de peso, talla e índice de masa corporal, en los centros escolares de educación básica;

6. Se prohíbe la publicidad de alimentos y bebidas con bajo valor nutricional y alta densidad energética, dentro de los centros escolares.

### **Sobre la Norma Oficial Mexicana**

Es necesario señalar que la revisión de las normas oficiales mexicanas debe realizarse 5 años después de su entrada en vigor o dentro de los 5 años posteriores a la publicación de la declaratoria de vigencia de las normas mexicanas.<sup>29</sup>

En dichos términos, la dependencia, el Organismo Nacional de Normalización o a falta de éste, la Secretaría de Economía deben identificar las normas oficiales cuyo plazo de vigencia quinquenal se venza en el año siguiente e identificar a qué comité consultivo nacional de normalización o comité técnico de normalización corresponde su revisión; estos comités por sí mismos o a través de subcomités especializados deben llevar a cabo la revisión de cada norma y como conclusión de dicho estudio podrán decidir la modificación, cancelación o ratificación de las mismas.

Dado que la NOM-051-SCFI/SSA1-2010 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el lunes 5 de abril de 2010, resulta pertinente exhortar a revisar dicha norma para que esa revisión determine su eventual modificación.

### **La Organización Mundial de la Salud**

Es necesario considerar que la Organización Mundial de la Salud, junto con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, establecen directrices sobre el etiquetado nutricional a través del Codex Alimentarios, el cual es un órgano intergubernamental con más de 170 miembros en el cuadro del Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias establecido por la ambas organizaciones internacionales, cuyo resultado principal es un compendio de normas alimentarias, directrices, códigos de prácticas y otras recomendaciones adoptadas internacionalmente con el objetivo de proteger la salud de los consumidores y asegurar prácticas equitativas en el comercio de alimentos.

### **Conclusiones**

Derivado de lo anterior, vale la pena destacar que la presente proposición pretende fomentar una mejor cultura nutricional en los consumidores mexicanos, lo cual beneficiará la toma de decisiones para reducir los niveles de obesidad existentes en México.

El problema de la obesidad y el sobrepeso ha rebasado la capacidad económica del Estado mexicano para responder a sus efectos en la salud y bienestar de las personas por lo que es necesario regular los envases y empaques de alimentos y bebidas no alcohólicas para que, además de la tabla nutricional contenga un semáforo a efecto de incidir, de una manera visual y sencilla, en las elecciones y hábitos de los consumidores para optar por productos más saludables.

En ese sentido, se propone revisar la norma oficial mexicana aplicable, con la finalidad de que por un lado se incluya una marca roja que indicaría que el producto tiene contenido calórico, de proteínas, carbohidratos, grasas, grasas saturadas, almidones, azúcares propios y añadidos, y sodio, por lo que tal y como se hace actualmente con los cigarrillos de tabaco, se deben emitir leyendas o mensajes sobre las consecuencias negativas



de su consumo, con la finalidad de concientizar a la población sobre su consumo y, por otro, se homologue el tamaño de las porciones de los alimentos y bebidas no alcohólicas, ya que es sumamente frecuente encontrar productos similares de diferentes marcas, con tamaños de porciones radicalmente distintos, lo cual ayuda a malversar la información del contenido de los componentes antes referidos.

Otro vicio que se pretende corregir, es la falsedad en la información nutrimental, ya que como se muestra a continuación, el refresco muestra de manera tramposa, en letras grandes y en anuncios publicitarios, un contenido energético de 99 calorías por un refresco de 235 mililitros, sin embargo, al leer la letra chiquita, se puede ver que en realidad son 99 **kilo** calorías, es decir 99 mil calorías y no 99 calorías como mentirosamente nos pretenden hacer creer.

Adicionalmente, vale la pena decir que la implementación de la presente proposición no tiene impacto presupuestal alguno para el Estado mexicano y sí genera beneficios para las finanzas públicas y aún más importante, contribuye de manera trascendental al perfeccionamiento de las opciones que tienen los consumidores.

En razón de lo anteriormente expuesto y fundado, me sirvo someter a la consideración de esta soberanía, la siguiente proposición con

### **Punto de Acuerdo**

**Único** . La Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión exhorta respetuosamente a la Secretaría de Salud y al comisionado federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, con la finalidad de que realice una modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010, para que en la etiqueta frontal de los envases y empaques de alimentos y bebidas no alcohólicas, exista un semáforo nutricional que informe de forma visual al consumidor acerca del contenido calórico, de proteínas, carbohidratos, grasas, grasas saturadas, almidones, azúcares propios y añadidos, y sodio que contiene el producto, además de que se homologue el tamaño de las porciones de los alimentos y bebidas no alcohólicas, respecto de bienes sustitutos o de distinta marca, de conformidad con las recomendaciones de ingesta máxima diaria recomendable bajo los criterios de la Organización Mundial de la Salud.

### **Notas**

1 Organización Mundial de la Salud, OMS [en línea]: [fecha de consulta: Febrero 13, 2018]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

2 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016.

3 *Ibíd.*

4 *Ibíd.*

5 *Ibíd.*

6 *Ibíd.*

7 Obesidad en México. [Fecha de consulta: Febrero 13, 2018]. Disponible en:

<http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/Kilos-de-m%C3%A1s-1.pdf>

8 Secretaría de Salud de Morelos [en línea]: DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA [fecha de consulta: Febrero 13, 2018]. Disponible en:

<http://www.ssm.gob.mx/portal/index.php/2-uncategorised/1-1-salud-publica>

9 Ídem.

10. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. [En línea]: [fecha de consulta: Febrero 13, 2018]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf>

11 Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. [En línea]: [fecha de consulta: Febrero 13, 2018]. Informe de evolución histórica de la situación Nutricional de la Población y los programas de alimentación, nutrición y abasto en México. Primera Edición, 2010. México. P18. Disponible en:

[http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/info\\_public/PDF\\_PUBLICACIONES/Evolucion\\_Historica\\_050411.pdf](http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/info_public/PDF_PUBLICACIONES/Evolucion_Historica_050411.pdf)

12 Secretaría de Salud, [en línea]: Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes [fecha de consulta: Febrero 13, 2018]. Disponible en:

[http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia\\_con\\_portada.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf)

13 Instituto Nacional de Salud Pública [en línea]: Evidencia para la política pública y prevención de obesidad. [Fecha de consulta: Febrero 13, 2018]. Disponible en:

<http://www.insp.mx/epppo.html>

14 Instituto Mexicano para la Competitividad IMCO [en línea]: *Kilos de más, pesos de menos. Los costos de la obesidad en México* . [Fecha de consulta: Febrero 13, 2018]. Disponible en:

<http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/Kilos-de-m%C3%A1s-1.pdf>

15 Ídem.

16 Ídem.

17 Ídem.

18 Artículos 154 y 162 de la Ley del Seguro Social (LSS), de edad laboral y retiro

19 Instituto Mexicano para la Competitividad IMCO [en línea]: [fecha de consulta: Febrero 13, 2018]: *Kilos de más, pesos de menos. Los costos de la obesidad en México* . [Fecha de consulta: Febrero 13, 2018]. Disponible en:<http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/Kilos-de-m%C3%A1s-1.pdf> f “kilos de más, pesos de menos, los costos de la obesidad en México”

20 Ibíd.

21 Reino Unido adopta el etiquetado semáforo. Periódico el Mundo, 25 de octubre de 2012. [En línea]: [fecha de consulta: 16 Diciembre 2015]: Disponible en:

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/10/25/nutricion/1351161501.html>

22 Aprueba Ecuador etiquetado de semáforo en alimentos. El Poder del Consumidor, 5 de junio de 2014. [En línea]: [fecha de consulta: 16 Diciembre 2015]: Disponible en:

<http://elpoderdelconsumidor.org/saludnutricional/aprueba-ecuador-etiquetado-de-semaforo-en-alimentos/>

23 Instituto Nacional de Salud Pública. [En línea]: [fecha de consulta: Febrero 13, 2018]: Información académica, boletín número 181 “INSP Y DICONSA COLABORAN” Disponible en:

<http://www.insp.mx/informacion-academica/181-insp/para-regular-utilizar/2212-diconsa-insp.html>

24 Ídem

25 NOM-051-SCFI/SSA1-2010 “Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados- Información comercial y sanitaria.”

26 Artículo 115 fracción IV de la Ley General de Salud.

27 El Poder del Consumidor. [En línea]: [fecha de consulta: Febrero 13, 2018]: Representa un riesgo a la salud el nuevo etiquetado de alimentos y bebidas, 2 de julio de 2015. Disponible en:

<http://elpoderdelconsumidor.org/saludnutricional/representa-un-riesgo-a-la-salud-el-nuevo-etiquetado-de-alimentos-y-bebidas/>

28 Periódico El Financiero. Etiquetado de comida ‘chatarra’ en México es ineficiente: ONG [en línea]: [fecha de consulta: 17 Diciembre 2015]:

<http://m.elfinanciero.com.mx/economia/etiquetado-de-comida-chatarra-en-mexico-es-ineficiente-ong.html>

29 Artículos 51 y 51-A de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Palacio Legislativo de San Lázaro, a 3 de abril de 2018.

Diputado Santiago Torreblanca Engell (rúbrica)