

¿LA PROHIBICIÓN DE VENDER A MENORES DE EDAD REFRESCOS Y COMIDA CHATARRA ES LA SOLUCIÓN PARA ACABAR CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL?

Sumario. I. Visión y soluciones de la UNICEF para la obesidad y sobrepeso en niñas y niños en México y en el Mundo. II. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para acabar con la obesidad infantil. III. El Plan del Consejo de la Unión Europea para detener el aumento del sobrepeso y la obesidad infantiles. IV. El problema de obesidad en los niños y niñas de los Estados Unidos de América. V. Prohibición de venta a menores de edad de refrescos y comida chatarra a nivel nacional. Conclusiones.

Oscar Uribe Benítez
(2020)

I

Visión y soluciones de la UNICEF para la obesidad y sobrepeso en niñas y niños en México y en el Mundo

La UNICEF sostiene que el sobrepeso y la obesidad en México son un problema que se presenta desde la primera infancia; es decir, entre 0 y 5 años. Al menos 1 de cada 20 niños y niñas menores de 5 años padece obesidad, lo que favorece el sobrepeso durante el resto de su vida y los pone en riesgo de sufrir enfermedades circulatorias, del corazón y de los riñones, diabetes, entre otras. La proporción de niños y niñas mayores de 5 años con sobrepeso u obesidad aumenta a 1 de cada 3. El principal problema de nutrición que padecen niñas y niños de entre 6 a 11 años es la presencia de ambos padecimientos, obesidad y sobrepeso. Debido a esto, México se encuentra entre los primeros lugares en obesidad infantil en el mundo. Las causas principales de obesidad y el sobrepeso en niñas y niños son el consumo de alimentos procesados con altos niveles de azúcar, grasas trans y sal, así como de bebidas azucaradas que son muy fáciles de adquirir por su amplia distribución, **bajo costo y su promoción en medios masivos**. La cantidad de actividad física que realizan los niños, niñas y adolescentes también ha disminuido y es un factor que amplifica el problema. Más del 95% de los casos de obesidad infantil se deben a dietas con alto valor calórico y a baja actividad física, por lo que el sobrepeso y la

obesidad pueden prevenirse en la mayoría de las niñas y niños mejorando hábitos de nutrición y salud, y promoviendo una mayor cantidad de actividad física. La UNICEF promueve iniciativas para que:

- Niñas, los niños y adolescentes construyan hábitos de consumo de alimentos saludables;
- **Las familias más vulnerables cuenten con los recursos** para adquirir alimentos suficientes y nutritivos;
- Se reduzca el consumo de bebidas azucaradas y alimentos ultra procesados, altos en grasas, sodio y azúcares;
- Niños, niñas y adolescentes construyan hábitos con mayor actividad física y menos sedentarismo, y
- Se limite la publicidad engañosa dirigida a niños, niñas y adolescentes.¹

Asimismo, la UNICEF en su resumen ejecutivo “El estado mundial de la infancia 2019, Niños, alimentos y nutrición”, afirma que la globalización, la urbanización, las desigualdades, las crisis humanitarias y las perturbaciones climáticas están provocando cambios negativos sin precedentes en la situación nutricional de los niños en todo el mundo. La globalización determina las opciones y decisiones alimentarias: el 77% de las ventas de alimentos elaborados en todo el mundo están controlados por sólo 100 grandes empresas. En las ciudades, **los niños pobres viven en “desiertos alimentarios”, donde abundan los productos procesados con un alto contenido calórico y bajo en nutrientes.** Las familias pobres tienden a seleccionar alimentos de baja calidad que cuestan menos. **Debido a la pobreza y la exclusión, los niños más desfavorecidos son los que corren mayor riesgo de sufrir todas las formas de malnutrición.** Las perturbaciones climáticas, la pérdida de biodiversidad y los daños al agua, el aire y el suelo agravan las perspectivas nutricionales de millones de niños y jóvenes, especialmente entre

¹ UNICEF (Consultada el 10 de agosto de 2020), disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/sobrepeso-y-obesidad-en-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes>

los pobres. Mejorar la nutrición infantil requiere que **los sistemas alimentarios proporcionen alimentos nutritivos, seguros, asequibles y sostenibles** para todos los niños. Se deben establecer **incentivos financieros** para recompensar a quienes se dedican a mejorar la disponibilidad de alimentos sanos y asequibles en los mercados y otros puntos de venta, especialmente en las comunidades de bajos ingresos. A su vez, los **desincentivos financieros** para que los alimentos poco saludables puedan mejorar la dieta de los niños. Por ejemplo, los impuestos sobre los alimentos y bebidas azucarados puedan ayudar a reducir su consumo. Para combatir el hambre oculta entre niños, jóvenes y mujeres, las intervenciones como el enriquecimiento de alimentos básicos y complementarios con micronutrientes pueden ser eficaces en función de los costos.²

El mencionado resumen ejecutivo concluye con este programa para que el derecho de los niños a una buena nutrición sea una prioridad:

1. Empoderar a las familias, niños y jóvenes para que exijan alimentos nutritivos;
2. Alentar a los proveedores de alimentos a que actúen en interés de los niños;
3. Establecer entornos de alimentación saludables para todos los niños;
4. Movilizar los sistemas de apoyo -salud, agua y saneamiento, educación y protección social- para mejorar los resultados nutricionales de todos los niños.³

II

Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para acabar con la obesidad infantil

La Comisión de la Organización Mundial de la Salud en su informe *Ending Childhood Obesity* de 2016, emitió las siguientes recomendaciones (páginas 16 a 32) para acabar con la obesidad infantil:

² UNICEF, Informe Estado Mundial de la Infancia 2019, p. 7 (Consultado el 10 de agosto de 2020), disponible en: https://www.unicef.org/mexico/sites/unicef.org.mexico/files/2019-10/SOWC_2019_Exec_Summary_SPANISH_print-version.pdf

³ *Ibidem*, p. 8.

1. IMPLEMENTAR PROGRAMAS INTEGRALES QUE PROMUEVAN LA INGESTA DE ALIMENTOS SALUDABLES Y REDUZCAN LA INGESTA DE ALIMENTOS NO SALUDABLES Y BEBIDAS AZUCARADAS POR LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES.

a) Asegurar que la información nutricional adecuada y específica del contexto y las directrices tanto para adultos como para niños se desarrollen y difundan de una manera sencilla, comprensible y accesible para todos los grupos de la sociedad.

b) Implementar un impuesto efectivo sobre las bebidas azucaradas.

c) Implementar el Conjunto de Recomendaciones sobre la Comercialización de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas a la Infancia para reducir la exposición de los niños y adolescentes a la comercialización de alimentos no saludables y el poder de ellos.

d) Desarrollar perfiles de nutrientes para identificar alimentos y bebidas no saludables.

e) Establecer la cooperación entre los Estados miembros para reducir el impacto de la comercialización transfronteriza de alimentos y bebidas no saludables.

f) Implementar un sistema global estandarizado de etiquetado de nutrientes.

g) Implementar el etiquetado en el frente del paquete interpretativo apoyado por la educación pública de adultos y niños para la alfabetización nutricional.

h) Requerir entornos como escuelas, entornos de cuidado infantil, instalaciones deportivas infantiles y eventos para crear ambientes alimentarios saludables.

i) Aumentar el acceso a alimentos saludables en comunidades desfavorecidas.

2. IMPLEMENTAR PROGRAMAS INTEGRALES QUE PROMUEVAN LA ACTIVIDAD FÍSICA Y REDUZCAN LOS COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

a) Proporcionar orientación a los niños y adolescentes, sus padres, cuidadores, maestros y profesionales de la salud sobre el tamaño corporal saludable, la actividad física, los comportamientos del sueño y el uso adecuado del entretenimiento basado en pantalla.

b) Asegurar que se disponga de instalaciones adecuadas en las instalaciones escolares y en los espacios públicos para la actividad física durante el tiempo recreativo para todos los niños (incluidos los discapacitados), con la provisión de espacios respetuosos con el género cuando sea apropiado.

3. INTEGRAR Y FORTALECER LA ORIENTACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES CON LA ORIENTACIÓN ACTUAL PARA LA PRECONCEPCIÓN Y LA ATENCIÓN PRENATAL, A FIN DE REDUCIR EL RIESGO DE OBESIDAD INFANTIL.

a) Diagnosticar y controlar la hiperglucemia y la hipertensión gestacional.

b) Supervisar y gestionar el aumento de peso gestacional adecuado.

c) Incluir un enfoque adicional en la nutrición adecuada en la orientación y el asesoramiento tanto para las futuras madres como para los padres antes de la concepción y durante el embarazo.

d) Desarrollar una guía y apoyo claros para la promoción de una buena nutrición, dietas saludables y actividad física, y para evitar el uso y la exposición al tabaco, el alcohol, las drogas y otras toxinas.

4. PROPORCIONAR ORIENTACIÓN Y APOYO PARA UNA DIETA SALUDABLE, SUEÑO Y ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PRIMERA INFANCIA PARA ASEGURAR QUE LOS NIÑOS CREZCAN ADECUADAMENTE Y DESARROLLEN HÁBITOS SALUDABLES.

- a) Hacer cumplir medidas reglamentarias como el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna¹ y las posteriores resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.
- b) Asegurar que todos los centros de maternidad practiquen plenamente los Diez Pasos para la Lactancia Materna Exitosa.
- c) Promover los beneficios de la lactancia materna para la madre y el niño a través de una educación de base amplia para los padres y la comunidad en general.
- d) Apoyar a las madres a amamantar, a través de medidas reglamentarias como la licencia de maternidad, las instalaciones y el tiempo para la lactancia materna en el lugar de trabajo.
- e) Elaborar reglamentos sobre la comercialización de alimentos y bebidas complementarios, de conformidad con las recomendaciones de la OMS, para limitar el consumo de alimentos y bebidas con alto contenido de grasa, azúcar y sal por parte de lactantes y niños pequeños.
- f) Proporcionar una guía clara y apoyo a los cuidadores para evitar categorías específicas de alimentos (por ejemplo, leches endulzadas con azúcar y jugos de frutas o alimentos densos en energía y pobres en nutrientes) para la prevención del aumento de peso excesivo.
- g) Proporcionar orientación clara y apoyo a los cuidadores para fomentar el consumo de una amplia variedad de alimentos saludables.
- h) Proporcionar orientación a los cuidadores sobre la nutrición adecuada, dieta y tamaño de la porción para este grupo de edad.
- i) Asegurar que la educación y la comprensión de los alimentos se incorporen al plan de estudios en entornos o instituciones formales de cuidado infantil.

j) Asegurar que la actividad física se incorpore a la rutina diaria y al plan de estudios en entornos o instituciones formales de cuidado infantil.

k) Asegurar que solo se sirvan alimentos, bebidas y refrigerios saludables en instituciones o entornos formales de cuidado infantil.

l) Proporcionar orientación sobre el tiempo de sueño adecuado, el sedentarismo o el tiempo de pantalla y la actividad física o el juego activo para el grupo de edad de 2 a 5 años.

m) Involucrar a toda la comunidad para apoyar a los cuidadores y a los entornos de cuidado infantil para promover estilos de vida saludables para los niños pequeños.

5. IMPLEMENTAR PROGRAMAS INTEGRALES QUE PROMUEVAN ENTORNOS ESCOLARES SALUDABLES, ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA ENTRE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EDAD ESCOLAR.

a) Establecer normas para las comidas proporcionadas en las escuelas, o alimentos y bebidas que se venden en las escuelas, que cumplan con las pautas de nutrición saludable.

b) Eliminar el suministro o la venta de alimentos no saludables, como bebidas azucaradas y alimentos con energía, pobres en nutrientes, en el entorno escolar.

c) Garantizar el acceso al agua potable en las escuelas y las instalaciones deportivas.

d) Exigir la inclusión de la educación nutricional y de salud dentro del plan de estudios básico en las escuelas.

e) Mejorar la alfabetización nutricional y las habilidades de los padres y cuidadores.

f) Incluir educación física de calidad en el plan de estudios de la escuela y proporcionar personal e instalaciones adecuadas y apropiadas para apoyar esto.

6. PROPORCIONAR SERVICIOS DE CONTROL DE PESO DE ESTILO DE VIDA MULTICOMPONENTE BASADOS EN LA FAMILIA PARA NIÑOS Y JÓVENES OBESOS.

Desarrollar y apoyar servicios adecuados de control de peso para niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad que sean de base familiar, multicomponente (incluyendo nutrición, actividad física y apoyo psicosocial) y entregados por equipos multiprofesionales con capacitación y recursos adecuados, como parte de la Cobertura Universal de Salud.⁴

III

El Plan del Consejo de la Unión Europea para detener el aumento del sobrepeso y la obesidad infantiles

El Consejo de la Unión Europea, publicó en su Diario Oficial de 26 de junio de 2017 las “Conclusiones del Consejo para contribuir a detener el aumento del sobrepeso y la obesidad infantiles” (2017/C 205/03), en las que invita a los estados miembros a:

1. Integrar en sus planes de acción nacionales, estrategias o actividades sobre la nutrición y la actividad física, medidas intersectoriales encaminadas a hacer frente a la obesidad infantil, que se centren no solo en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sino también en los niños y adolescentes que ya son obesos o con sobrepeso; en particular se deberá incluir lo siguiente:

⁴ World Health Organization (Consultada el 11 de agosto de 2020), disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf?sequence=1

- políticas y acciones intersectoriales a lo largo de toda la vida destinadas a reducir las desigualdades socioeconómicas y, en particular, dirigidas a niños y adolescentes que se encuentren en una situación vulnerable en comunidades desfavorecidas desde una perspectiva social, por ejemplo, ofreciendo un mejor acceso a una alimentación sana y a la actividad física;
- una gobernanza transparente y eficaz para combatir los elementos causantes del sobrepeso y de la obesidad;
- políticas destinadas a maximizar los factores de protección en una alimentación sana y en una actividad física beneficiosa para la salud y a minimizar los diferentes factores de riesgo que contribuyen al sobrepeso y a la obesidad;
- medidas que creen condiciones favorables en los entornos educativos para niños y guarderías encaminadas a fomentar una alimentación sana y una actividad física beneficiosa para la salud basándose en recomendaciones nacionales o internacionales;
- medidas para fomentar la adquisición de capacidades por parte de niños, padres y educadores en materia de nutrición, actividad física y actividad sedentaria mediante un enfoque basado en la familia;
- medidas de promoción de la actividad física en instalaciones recreativas destinadas a fomentar una reducción de los hábitos sedentarios, así como el desarrollo y la puesta a disposición de servicios accesibles de actividad física para el tiempo de ocio y de un entorno favorable para la actividad física y el transporte activo cotidianos;
- medidas para garantizar que los centros educativos para niños son entornos protegidos, exentos de toda forma de promoción comercial contraria a incentivar la adopción de modos de vida más sanos;

- medidas que fomentan dietas saludables y prácticas de consumo sostenibles y que contribuyan a la reducción de las desigualdades sociales y en materia de salud;
- medidas para promover y supervisar la mejora de los productos alimenticios consumidos fundamentalmente por los niños como instrumento importante destinado a facilitar la elección de opciones saludables en todos los entornos y a todos los grupos de población, en consonancia con las Conclusiones del Consejo sobre la mejora de los alimentos;
- medidas para capacitar a las familias y posibilitar que estas adopten unos estilos de vida más sanos, incluidas opciones para una alimentación sana y la promoción de la actividad física, teniendo debidamente en cuenta las limitaciones temporales y los factores socioeconómicos;
- medidas destinadas a fomentar las intervenciones tempranas en distintos entornos, a través de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses, de la introducción de alimentos complementarios adecuados nutricionalmente a la edad de seis meses mientras la lactancia materna se mantiene hasta los dos años o más o del seguimiento de las recomendaciones nacionales disponibles;
- medidas dirigidas a promover la investigación sobre los factores determinantes de la obesidad infantil y las mejores soluciones para abordar el problema;
- medidas destinadas a mejorar el acceso al asesoramiento profesional adecuado, al asesoramiento y seguimiento en relación con dietas sanas y la actividad física beneficiosa para la salud a lo largo de toda la vida, también en el momento previo a la concepción y durante el embarazo;

- medidas que faciliten la formación continua a los profesionales de la salud que estén en contacto con mujeres embarazadas, bebés, niños, adolescentes, padres y familias y que se basen en las últimas recomendaciones científicas disponibles sobre la alimentación, la actividad física y la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad;
 - detección de los niños que corren el riesgo de tener sobrepeso u obesidad, y tratamiento y atención para los menores con sobrepeso y obesidad, en especial para los que están gravemente obesos;
 - medidas para maximizar el papel clave de la atención sanitaria primaria en la prevención, la detección precoz y el tratamiento del sobrepeso y de la obesidad;
 - medidas para reducir la exposición de los niños y los adolescentes a la promoción comercial, a la publicidad en cualquier medio (incluidas las redes sociales y las plataformas en línea) y al patrocinio de alimentos con un alto contenido de energía, grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcar y sal, y control y notificación del impacto de esas medidas;
2. Desarrollar directrices dietéticas específicas para los niños y adolescentes dirigidas tanto a quienes tienen un peso saludable como a quienes tienen sobrepeso u obesidad. Esas directrices deben proporcionar orientaciones a los padres, cuidadores y proveedores de alimentos de los centros educativos sobre, por ejemplo, el tamaño adecuado de las porciones y la información que determina qué opciones alimenticias son nutritivas, asequibles e idóneas;
 3. Desarrollar orientaciones específicas a nivel nacional para fomentar la actividad física cotidiana;
 4. Garantizar que las comunicaciones y las actividades de asesoramiento promovidas por las autoridades públicas nacionales que se ocupan de la

alimentación, la actividad física y la salud se elaboran y se llevan a cabo sin influencia comercial indebida;

5. Aumentar los esfuerzos concertados por reducir la cantidad total y el poder de persuasión de la promoción de productos alimenticios destinada a niños y adolescentes que sea contraria al fomento de estilos de vida saludables;

6. Colaborar con los productores de alimentos, los minoristas y el sector de la restauración a fin de fomentar la mejora de los alimentos, en consonancia con las orientaciones del sector de la salud, y de promover las opciones saludables para facilitar una elección saludable de alimentos;

7. En su caso, en cooperación con las partes interesadas, incluidos los consumidores y las organizaciones no gubernamentales centradas en la infancia, introducir medidas para establecer códigos de conducta o fomentar la elaboración de estos. Todo ello para garantizar que la publicidad comercial dirigida a niños y adolescentes no promueva alimentos con un alto contenido de energía, sal, azúcares o grasas saturadas y ácidos grasos trans o que no cumpla de otro modo las orientaciones nutricionales establecidas a nivel nacional o internacional, y que los esfuerzos de la industria en materia de mejora, comercialización y promoción de los productos alimenticios sean cada vez más coherentes;

8. Estudiar la adopción de medidas legislativas, si procede, para promover la actividad física y una dieta saludable y para garantizar un entorno propicio a estas;

9. Aplicar un planteamiento que integre la salud en todas las políticas y que propicie la creación de entornos e infraestructuras favorables con vistas a un aumento de la actividad física rutinaria y de ocio y a facilitar la elección de opciones alimenticias más saludables;

10. Aplicar los programas en curso sobre el seguimiento del estado de salud a lo largo de la vida, otorgando especial atención a la nutrición y a la actividad física en las mujeres embarazadas, los niños y los adolescentes a fin de desarrollar y

dirigir una actuación específica. Estos programas deben poder controlar varios indicadores, como las desigualdades sociales;

11. Considerar la posibilidad de hacer un análisis de las consecuencias económicas del sobrepeso y de la obesidad de niños y adultos, en particular los costes sanitarios y sociales, la carga para el presupuesto público y los presupuestos familiares en todo el espectro socioeconómico.

Asimismo, pide a los Estados miembros y a la Comisión que:

1. Hagan de la lucha contra el sobrepeso y la obesidad infantil una prioridad de la Unión Europea y que la reflejen en todas las políticas sectoriales y en el programa de trabajo de la Comisión, respetando plenamente las competencias de los Estados miembros;
2. Cuando proceda, colaboren con todas las partes interesadas, incluidos los consumidores y las organizaciones no gubernamentales centradas en la infancia, bajo el liderazgo de las autoridades de la salud pública, para preparar, reforzar y revisar las iniciativas en los niveles local, nacional y europeo. Esto debe hacerse para reducir la promoción comercial dirigida a niños y adolescentes de alimentos con alto contenido de energía, sal, azúcares o grasas saturadas y ácidos grasos trans o que no cumplan de otro modo las orientaciones nutricionales establecidas a nivel nacional o internacional, así como para luchar contra los estilos de vida sedentarios, utilizando herramientas basadas en pruebas, dado que se ha demostrado que existe un fuerte vínculo entre la exposición a la promoción comercial y a las pantallas, por un lado, y la adiposidad en niños y adolescentes, por otro;
3. Tomen nota, en particular, de la urgente necesidad de responder a los nuevos desafíos de la promoción comercial y la publicidad a través de las plataformas en línea y de las redes sociales donde los mensajes de comunicación, a menudo, van dirigidos a cada niño en concreto y son más difíciles de controlar;

4. Fomenten el etiquetado voluntario de los alimentos, de conformidad con los principios establecidos en el Reglamento n.º 1169/2011, en particular en su artículo 35, apartado 1, para ayudar a todos los consumidores, en particular los pertenecientes a los colectivos socioeconómicos más desfavorecidos, a elegir las opciones saludables y para fomentar la educación y las campañas de información destinadas a mejorar la comprensión de los consumidores de la información alimentaria, incluido el etiquetado sobre propiedades nutritivas;
5. Determinen, dentro del Grupo de Alto Nivel sobre Alimentación y Actividad Física, qué mecanismos son adecuados para mejorar la actual recopilación de datos sobre indicadores de salud, así como de datos sobre las intervenciones y acciones, en particular las relacionadas con el comportamiento, los factores de protección y los factores de riesgo, el sobrepeso, la obesidad y los resultados en materia de salud con el fin de disponer de datos comparables, fiables y actualizados;
6. Establezcan como ámbitos prioritarios el seguimiento de la actividad física y de la calidad nutritiva de los alimentos en los entornos educativos para niños, evaluando las desigualdades sociales en relación con la obesidad y el sobrepeso en los niños y adolescentes, y sus repercusiones;
7. Apoyen la Iniciativa de Vigilancia de la Obesidad Infantil de la OMS ⁽²⁹⁾ con el fin de medir periódicamente las tendencias de la obesidad y del sobrepeso en los niños de la escuela primaria y el *Health Behaviour Study in School Children* (estudio sobre el comportamiento en materia de salud de los escolares) en relación con los adolescentes, a fin de comprender la evolución de la epidemia en este grupo de población y permitir comparaciones entre países dentro de la región europea;
8. Sigam apoyando y aplicando, respetando plenamente las competencias de los Estados miembros, el Plan de Acción de la UE contra la Obesidad Infantil 2014-

2020, en particular las actividades transfronterizas y efectos tales como la mejora de los productos alimenticios y la promoción comercial dirigida a los niños;

9. Elaboren y evalúen programas basados en pruebas y orientaciones sobre intervenciones en materia de promoción y prevención de la salud, sobre diagnóstico y sobre opciones de tratamiento para los niños y adolescentes que corren el riesgo de tener sobrepeso y obesidad y para los que ya los tienen. Además, impartan formación y brinden orientación a los profesionales de la salud, en consonancia con las orientaciones y recomendaciones de la OMS;

10. Determinen las prácticas óptimas de los Estados miembros que encajan en criterios de selección basados en pruebas y las difundan entre los Estados miembros, teniendo en cuenta al mismo tiempo el contexto institucional.⁵

IV

El problema de la obesidad en los niños y niñas en los Estados Unidos de América

A) Arkansas Act 1220 de 2003. La obesidad infantil es considerada un problema de salud pública en los Estados Unidos de América, pero de todos los estados integrantes de la unión americana Arkansas fue pionero en promulgar la Ley 1220 aprobada el 4 de octubre de 2003, la cual es considerada una pieza legislativa histórica, en virtud de que creó un Comité Consultivo de Salud Infantil para combatir la obesidad infantil y las enfermedades conexas, así como mejorar la salud de las próximas generaciones de Arkansas y para otros fines. Esta Ley dispone que el Comité estará constituido por 15 miembros, para ello el Jefe del Departamento de Salud nombrará a:

Un representante de dicho Departamento de Salud;

Un representante de la Asociación Dietética;

Un representante de la Academia de Pediatría;

Un representante de la Academia Práctica Familiar;

⁵ Eur-Lex (Consultada el 11 de agosto de 2020), disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2017.205.01.0046.01.SPA&toc=OJ:C:2017:205:TOC

Un representante de la Asociación para la Salud, la Educación Física, la recreación y la Danza;

Un representante conjunto de la Asociación del Corazón, la Sociedad Americana contra el Cáncer y la Asociación Americana del Pulmón;

Un representante de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Ciencias Médicas;

Un representante del Centro para la Mejora de la Salud;

Un representante de los Defensores de Niños y Familias, y

Un representante del Servicio de Extensión Cooperativa de la Universidad estatal.

Por su parte, el Departamento de Educación nombrará a:

Un representante del Departamento de Educación;

Un representante de la Asociación de Servicio de Alimentos Escolares;

Un representante de la Asociación de Enfermeras Escolares;

Un representante de la Asociación de Administradores de Educación, y

Un representante de la Asociación de Administración de Educación, todos ellos del Estado de Arkansas.

Tal Ley prevé también prevé el funcionamiento, así como los poderes y deberes del Comité, entre los que se encuentra el elaborar normas y recomendaciones de política sobre nutrición y actividad física, teniendo en cuenta alimentos vendidos individualmente en cafeterías escolares, pero fuera del Programa Nacional de Almuerzo Escolar regulado; alimentos competitivos definidos por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y ofrecidos en las escuelas a través de máquinas expendedoras, tiendas de estudiantes, recaudaciones de fondos escolares; el continuo desarrollo profesional del personal de servicio de alimentos, etc.⁶

B) Evaluación de la Ley 1220 de Arkansas. Martha L. Phillips, Kevin Rayn y James M. Raczynski, en su artículo denominado *Public Policy Versus Individual Rights in Childhood Obesity Interventions: Perspectives From the Arkansas*

⁶ Arkansas State Legislature (Consultada el 11 de agosto de 2020), disponible en: <https://www.arkleg.state.ar.us/Acts/FTPDocument?path=%2FACTS%2F2003%2FPublic%2F&file=1220.pdf&ddBienniumSession=2003%2FR>

Experience With Act 1220 of 2003, refieren que la obesidad infantil se ha convertido en un problema de salud pública en los Estados Unidos, cuyos costos médicos de las enfermedades relacionadas con la obesidad infantil se estiman en más de \$10 mil millones de dólares anuales y los costos médicos futuros para adolescentes con sobrepeso se acercan a los \$46 mil millones de dólares. Se necesita una respuesta colectiva para la obesidad. La Ley de Arkansas 1220 de 2003 fue una de las primeras iniciativas legislativas integrales para combatir la obesidad infantil. Su implementación proporciona un ejemplo de las controversias inherentes a las iniciativas de políticas de obesidad infantil y las tensiones entre los derechos individuales y las políticas públicas.

Exponen que después de la promulgación de la Ley 1220, la Fundación Robert Wood Johnson financió al Centro de Mejoramiento de la Salud de la Universidad de Arkansas para las Ciencias Médicas, a efecto de desarrollar y analizar una base de datos de Body Mass Index (BMI), Índice de Masa Muscular, en todo el estado; y también financió a Fay W. Boozman College of Public Health of UAMS (University of Arkansas For Medical Sciences, para realizar una evaluación del proceso y del impacto de la implementación de la ley.

Destacan que la Ley 1220 requería inicialmente que los niños de escuelas públicas en los grados del jardín de infantes hasta los 12 años de edad se evaluaran anualmente su índice de masa muscular y que los informes se enviaran a los padres en las boletas de calificaciones; sin embargo, tal requisito fue modificado para que los informes fueran confidenciales y enviados a los padres, pero hubo las siguientes preocupaciones y respuestas a las mismas:

1. Informar a los padres sobre el peso de sus hijos es innecesario porque ellos ya lo saben. Aunque los padres comúnmente informaron que podían reconocer a un niño con sobrepeso, los datos indican que incluso los profesionales tienen dificultades para clasificar correctamente el peso del niño. Los datos de evaluación revelan que los padres a menudo no clasifican correctamente a los niños con sobrepeso, aunque la clasificación parental correcta mejoró después de la implementación de la Ley 1220.

2. La medición y los informes del IMC (índice de Masa Muscular) violan la confidencialidad e invaden la privacidad. Los padres y el personal de la escuela informaron preocupaciones en esta área. Sin embargo, los datos de evaluación recopilados de padres, directores y superintendentes revelan una actitud diferente. Cada

año, la mayoría de los padres informaron sentirse cómodos al recibir el informe de IMC, e incluso en los primeros años de implementación, los administradores escolares rara vez informaron haber recibido llamadas u otros contactos de los padres sobre las mediciones del IMC. Para el tercer año de la medición del IMC, la mayoría de los directores (64%) y superintendentes (54%) informaron que no habían recibido llamadas de los padres sobre las mediciones. Algunos padres y administradores escolares, e incluso algunos miembros de los medios de comunicación, expresaron su preocupación por la invasión de la privacidad por la medición del IMC. Sin embargo, con el liderazgo, la salud, la escuela y las comunidades profesionales del Arkansas Center for Health Improvement, colaboraron temprano en la implementación de la ley para desarrollar procedimientos para la evaluación del IMC a fin de garantizar la confidencialidad. Los datos de evaluación respaldan el éxito de estos esfuerzos; En los últimos años, aproximadamente las tres cuartas partes de los padres informaron sentirse cómodos con la confidencialidad de los procesos de evaluación e informe, y los estudiantes rara vez informaron vergüenza. Los datos de padres y adolescentes demuestran que la mayoría de las familias no tienen preocupaciones sobre la privacidad acerca de la evaluación / informe del IMC.

3. Las escuelas no tienen la responsabilidad ni el tiempo para medir el IMC. Los administradores escolares expresaron preocupación porque las escuelas se enfocan principalmente en la educación, no en reducir la obesidad, y que tomarse el tiempo para medir el IMC, en particular, reduce su tiempo para la educación. No obstante, los datos revelan que el personal escolar reconoce su responsabilidad de contribuir al desarrollo general de los niños, y muy pocos directores y superintendentes informaron realmente problemas logísticos o de otro tipo con la evaluación del IMC.

4. Pueden ocurrir daños (por ejemplo, aumento de las burlas basadas en el peso, aumento de los trastornos alimentarios y consecuencias emocionales negativas) debido a la evaluación del IMC. Surgieron preocupaciones tanto de los padres como de los profesionales de la salud acerca de las consecuencias adversas relacionadas con las emociones, las dietas poco saludables y el aumento de los trastornos alimentarios. Sin embargo, estas consecuencias no se han materializado. Los estudiantes informaron una reducción en estas consecuencias negativas anticipadas con el tiempo, aunque los intervalos de confianza fueron amplios, en gran parte debido a los tamaños de muestra limitados.

La evaluación reveló las siguientes preocupaciones y respuestas sobre los derechos individuales frente a los derechos públicos asociados con los cambios en las máquinas expendedoras:

1. Los presupuestos escolares se verían afectados negativamente. El personal de la escuela expresó su preocupación de que sus escuelas perderían ingresos por la reducción de la compra de máquinas expendedoras. Aunque estos ingresos no están restringidos y, por lo tanto, brindan una flexibilidad sustancial en su uso, el 81% de las escuelas informaron ingresos por ventas de menos de \$ 5,000 por año. Aproximadamente el 75% de las escuelas reportaron ingresos por ventas estables o aumentados entre los años de evaluación 2004 y 2005. Por lo tanto, los ingresos por ventas fueron bajos para la mayoría de las escuelas y aparentemente no se vieron afectados por la

legislación. Además, otros estados han determinado que los ingresos de las máquinas expendedoras no disminuyen a medida que aumentan las opciones saludables.

2. No se debe obligar a los estudiantes a aceptar opciones más saludables y no las comprarán cuando estén disponibles. Tanto los padres como el personal de la escuela expresaron su preocupación de que no se debería obligar a los estudiantes a aceptar opciones más saludables. Sin embargo, los datos de la evaluación indican que la mayoría de los padres creen que las escuelas no deberían tener máquinas expendedoras en las escuelas intermedias y secundarias. Los datos también indican que un número cada vez mayor de padres (59% en 2007, frente al 51% en 2004) cree que las escuelas solo deberían tener opciones saludables en las máquinas expendedoras, y la mayoría de los padres informaron que creen que las escuelas deben tener al menos un equilibrio de salud y opciones poco saludables. Aunque la evaluación no evaluó las compras de los estudiantes, otras investigaciones informan que los estudiantes compran opciones saludables cuando están disponibles.

3. Los estudiantes obtendrán opciones poco saludables en otros lugares si estas opciones no están disponibles en la escuela. Los directores y superintendentes, en particular, expresaron la creencia de que tener menos acceso a opciones poco saludables en las escuelas podría hacer que los estudiantes compren más opciones poco saludables fuera de la escuela. Sin embargo, los datos de las escuelas intermedias en Connecticut demuestran que el reemplazo de artículos de baja nutrición en las escuelas con opciones más saludables resultó en una disminución del consumo de bebidas no saludables y bocadillos salados por parte de los estudiantes en la escuela, pero no un aumento en el consumo no saludable en el hogar. El estudio no evaluó específicamente las compras fuera de la escuela, pero demostró que el consumo de alimentos y bebidas de baja nutrición no necesariamente aumenta, al menos en el hogar, con un cambio hacia opciones más saludables en las escuelas.

Señalan las autoras citadas que la perspectiva poblacional de los programas y políticas de salud pública afecta inevitablemente los derechos y libertades individuales. Maximizar las protecciones de la salud pública puede requerir restringir la libertad de las personas para comportarse de formas que sean potencialmente perjudiciales para la salud de la población. Por ejemplo, las regulaciones de seguridad alimentaria restringen la libertad de los productores, procesadores, transportistas y vendedores de alimentos para actuar sin límites, pero debido a las restricciones y requisitos impuestos a estas entidades, el público disfruta de alimentos más seguros. Tener menos restricciones maximiza la libertad individual, pero puede que no garantice aceptablemente la salud pública. Por el contrario, más restricciones pueden reducir las enfermedades transmitidas por los alimentos, pero disminuir la libertad de acción de las personas y empresas. **Desde una perspectiva social, aunque se valora la salud y la seguridad del público, en los Estados**

Unidos se suele dar un valor aún mayor a los derechos y libertades individuales.

Asimismo, expresan que la autoridad para proteger la salud pública recae principalmente en los gobiernos estatales, aunque el gobierno federal tiene alguna responsabilidad en esta área. Los gobiernos estatales actúan bajo dos tipos de autoridad legal: el poder de *parens patriae* (poder para actuar por aquellos que no pueden cuidar de sí mismos) y el poder policial (poder para actuar en pos de la salud, el bienestar, la seguridad y la moralidad del público). Aunque ambos poderes permiten que el estado actúe para garantizar la salud pública, la autoridad *parens patriae* generalmente tiene menos impacto que la autoridad del poder policial.

Estiman las autoras que Arkansas actuó dentro de su autoridad para proteger y promover la salud pública. La eficacia de este esfuerzo parece haber contribuido a una disminución de la prevalencia de la obesidad en Arkansas sin tener consecuencias adversas. Sin embargo, **estos avances en la salud pública se produjeron como resultado de restricciones a nivel individual. La Ley 1220 limitó el acceso de los estudiantes a las máquinas expendedoras, obligó a las escuelas a divulgar los contratos de venta, restringió su libertad de contratar y exigió que los estudiantes completaran la evaluación del Índice de Masa Muscular sin el consentimiento expreso de los padres.** Aunque la oposición ha sido modesta, un grupo limitado pero ruidoso sostiene que restringir las libertades individuales, incluso dados los objetivos de salud pública, es un ejercicio inadmisibles de la autoridad del gobierno.

Las autoras ponen énfasis en que en su sistema de gobierno federalista, los derechos y libertades están garantizados por la Constitución de los Estados Unidos, las constituciones locales y las leyes federales y estatales. Para esta discusión son notables dos leyes: *the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996* (HIPAA) y *the Family Education Rights and Privacy Act of 1974* (FERPA), que ejemplifican el conflicto entre la política de salud pública y los derechos individuales.

Sobre la Ley 1220 agregan las autoras que su alcance no está resuelto, pues los temas que debaten los formuladores de políticas y los analistas legales incluyen: 1) la medida de la autoridad gubernamental para regular el comercio interestatal a través de la cláusula de comercio pueden respaldar la acción del gobierno federal; y 2) los límites del poder policial estatal, por lo que pueden surgir desafíos legales a enfoques como el de la Ley 1220, a medida que continúa el debate sobre la autoridad del gobierno.

La conclusión a la que llegan las autoras es que la Ley de Arkansas de 2003 fue uno de los primeros enfoques legislativos integrales para intentar reducir la obesidad infantil mediante cambios en las políticas escolares. Su implementación generó preocupaciones sustanciales relacionadas con la política de salud pública versus los derechos individuales. Los estados que consideren una legislación similar deben abordar las preocupaciones que puedan surgir (por ejemplo, las relacionadas con la medición y la presentación de informes del Índice de Masa Muscular y el acceso a las máquinas expendedoras), involucrar a múltiples grupos de partes interesadas, establecer claramente la base legal para las políticas públicas y desarrollar un consenso sobre los elementos clave de la política. Estos esfuerzos pueden ayudar a desarrollar un mayor consenso sobre los enfoques para reducir la obesidad infantil y pueden disminuir las preocupaciones.⁷

C) Diversas investigaciones sobre la obesidad infantil americana. El Centro Nacional de Información Biotecnológica y la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América, cuentan en su acervo con diversos artículos sobre investigaciones relacionadas con el problema de la obesidad infantil, desde distintos ángulos, de los que expondremos algunos de ellos a continuación:

1. Protegiendo a los niños de la comercialización de alimentos dañinos: opciones para que el gobierno local haga una diferencia. Jennifer L. Harris y Samantha K. Graff en un artículo publicado el 15 de agosto de 2015 que lleva por

⁷ National Center For Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine (Consultada el 11 de agosto de 2020), disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181196/>

título *Protecting Children From Harmful Food Marketing: Options for Local Government to Make a Difference*, mencionan opciones de políticas locales para restringir la comercialización de alimentos no saludables para niños, como las siguientes:

Ubicación	Opciones de política
Supermercados, tiendas de conveniencia y otros puntos de venta.	<ul style="list-style-type: none"> • Imponer impuestos o tarifas especiales a las bebidas azucaradas y destinar una parte o la totalidad de los ingresos a financiar programas de prevención de la obesidad. • Exigir "pasillos de caja saludables", libres de alimentos y bebidas obesogénicos. • Prohibir la venta de alimentos en puntos de venta de alimentos que no sean minoristas (por ejemplo, tiendas de artículos deportivos, jugueterías). • Limitar las ventas de alimentos y bebidas obesogénicos cerca de las escuelas, antes, durante e inmediatamente después del día escolar. • Regular los precios de los alimentos y bebidas obesogénicos (p. Ej., Establecer precios mínimos).
Restaurantes y otros establecimientos de servicio de comidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar la cantidad total de espacio en las ventanas de las tiendas que se puede cubrir con carteles. Para evitar posibles violaciones de la Primera Enmienda, la política debe aplicarse a todos los letreros sin importar el mensaje y debe basarse en consideraciones no relacionadas con el habla, como minimizar el desorden visual. • Exigir a los minoristas de alimentos que obtengan una licencia que incluya condiciones que limiten de alguna manera la venta de alimentos y bebidas obesogénicos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer estándares de nutrición para las comidas de los niños que incluyan un juguete u otro artículo de incentivo. • Promulgar una ley de etiquetado de menús que sea idéntica a la ley federal (permitiendo así la aplicación local) y / o que se aplique a los establecimientos de servicio de alimentos que no están cubiertos por la ley federal. • Prohibir la apertura de nuevos restaurantes de comida rápida cerca de las escuelas. • Restringir el número o la densidad de restaurantes de comida rápida. • Prohibir las ventanas de acceso directo. • Prohibir el uso de grasas trans en la comida de los restaurantes. • Establecer estándares de adquisición para instalaciones alimentarias administradas por el gobierno. • Implementar un programa de certificación de restaurantes saludables, que aliente a los restaurantes a reducir la venta y publicidad de alimentos y bebidas obesogénicos para los niños.
Escuelas	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibir la venta de alimentos y bebidas obesogénicos en la propiedad escolar. • Prohibir toda la publicidad de alimentos en la propiedad de la escuela o prohibir la publicidad en la propiedad de la escuela de alimentos que no se pueden vender en el campus. • Incluir disposiciones en los contratos de venta que limitan la venta y publicidad de alimentos y bebidas obesogénicos en la propiedad escolar. • Prohibir las recaudaciones de fondos que impliquen la venta de alimentos y bebidas obesogénicos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar políticas de campus cerrados para reducir la exposición de los estudiantes a la comercialización de alimentos obesogénicos.
En otras partes de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibir todas las vallas publicitarias comerciales excepto las ubicadas en el sitio del establecimiento anunciado. Para evitar posibles violaciones de la Primera Enmienda, la prohibición debe basarse en consideraciones no relacionadas con el habla, como la seguridad del tráfico o la estética. • Incluir disposiciones en los contratos de venta que limiten la venta y publicidad de alimentos y bebidas obesogénicos en parques y otros lugares públicos frecuentados por niños.⁸

2. Alineación de la publicidad de alimentos para niños con las pautas federales propuestas. Melanie D. Hingle y cuatro personas más realizaron una investigación denominada *Alignment of Children’s Food Advertising With Proposed Federal Guidelines*, en la que plantearon que los niños están expuestos a la comercialización de alimentos que promueven productos ricos en calorías y bajos en nutrientes, por lo que reducir la exposición al marketing obesogénico presenta una oportunidad para mejorar la salud de los niños, por lo que el propósito del estudio es determinar en qué medida las prácticas de publicidad de alimentos televisadas dirigidas a niños eran consistentes con las pautas propuestas por una coalición de autoridades federales conocida como Grupo de Trabajo Interagencial sobre Alimentos Comercializados para Niños. Para este estudio de febrero a abril de 2013 grabaron una muestra de programación de televisión para niños transmitida en cinco cadenas nacionales y dos canales de cable (N=103 programas), cuya muestra contenía 354 anuncios de comida; los productos anunciados se identificaron y categorizaron utilizando códigos de clasificación de la industria y datos de nutrientes obtenidos de los fabricantes, evaluándose el cumplimiento del

⁸ National Center For Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine (Consultada el 11 de agosto de 2020), disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181192/>

producto con las pautas de grasas saturadas, grasas trans y azúcares y sodio añadidos, del Grupo de Trabajo Interagencial (IWG). Dicho método tuvo como resultado que casi todos los anuncios de alimentos (94%) cumplían con las pautas para las grasas trans; 68% y 62% cumplieron con las pautas de sodio y grasas saturadas, respectivamente; y el 20% cumplió con las pautas de azúcar agregada. En general, el 1,4% de todos los anuncios de alimentos dirigidos a niños cumplieron con todos los aspectos de las directrices de IWG. Como conclusión expresaron que casi todos los anuncios de alimentos excedieron las pautas para limitar al menos un nutriente recomendado. Individualmente, la conformidad fue alta para las pautas para las grasas trans, moderada para el sodio y las grasas saturadas y pobre para el azúcar agregada. Estos hallazgos sugieren que la publicidad de alimentos dirigida a niños sigue estando fuertemente sesgada hacia opciones menos saludables. Los formuladores de políticas que deseen regular la comercialización de alimentos deben comprender la cantidad y los tipos de anuncios que ven los niños (publicado en American Journal of Preventive Medicine por Elsevier Inc.)⁹

3. Protegiendo a la gente joven de la publicidad de comida basura: implicaciones de la investigación psicológica en el derecho de la Primera Enmienda. Jennifer L. Harris y Samantha K. Graff en su estudio que lleva por título *Protecting Young People From Junk Food Advertising: Implications Psychological Research For First Amendment Law*, señalan que numerosos estudios han documentado el volumen y mala calidad nutricional de alimentos y bebidas que se comercializan para niños y adolescentes. La industria alimentaria gasta más de \$1.6 mil millones de dólares por año en la comercialización de sus productos dirigida a niños y adolescentes. El niño promedio en los Estados Unidos ve 13 anuncios de comida en la televisión cada día; la publicidad de comida representa aproximadamente el 30% de toda la publicidad de televisión de paga que ven los niños. Las empresas de alimentos también se dirigen a los niños en Internet, el

⁹ National Center For Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine (Consultada el 12 de agosto de 2020), disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25863586/>

empaques de productos, las redes sociales y otros medios de marketing. Casi todos los alimentos que aparecen en la publicidad dirigida a los jóvenes tienen altos niveles de calorías, grasas totales, grasas saturadas, azúcar o sodio, y son a menudo nutricionalmente inferior a los productos destinados a los adultos. Las investigaciones han demostrado constantemente los efectos de la publicidad de alimentos en las preferencias de marca de los niños, la elección de alimentos y las solicitudes a los padres. Los expertos en salud pública concluyen que esta epidemia de obesidad infantil y mala alimentación, no se puede resolver sin cambios dramáticos en el entorno alimentario obesogénico que rodea a los jóvenes y al que la publicidad alimentaria contribuye de forma importante. Sin embargo, la educación y la contra-publicidad por sí solas no pueden competir con los \$ 1.6 mil millones que gasta anualmente la industria para dirigirse a los jóvenes con recordatorios continuos sobre las recompensas de consumir principalmente alimentos poco saludables. Se necesitan reducciones significativas en el volumen de publicidad de alimentos no saludables dirigida a los jóvenes.

Expresan que en ausencia de una autorregulación efectiva de la industria, es imperativo que el gobierno intervenga; sin embargo, los organismos gubernamentales se han mostrado tímidos al intentar limitar la exposición de los jóvenes a la publicidad de alimentos. Una barrera a la acción que se cita con frecuencia es la **doctrina constitucional del discurso comercial**, que brinda una protección significativa de la Primera Enmienda a la publicidad, definida por la Corte Suprema de los Estados Unidos como "discurso que propone una transacción comercial" (*Central Hudson Gas & Electric Corp v Public Service Commission of New York*, 447 US 557, 566 (1980)). La doctrina presume que las restricciones publicitarias perjudican a los consumidores y a la economía en general al obstruir el libre flujo de información necesaria para facilitar las transacciones comerciales informadas. Consideran que tal como se aplica a la publicidad de alimentos poco saludables para los jóvenes, la doctrina del discurso comercial está desactualizada e inadecuada y no debería ser un impedimento para las restricciones gubernamentales bien elaboradas sobre dicha publicidad. Aunque esta premisa no

ha sido probada en los tribunales, debería haber espacio constitucional para que los gobiernos a nivel local, estatal y federal utilicen leyes, regulaciones.

Relatan que hasta la década de 1970, la Corte Suprema no hizo distinciones entre las leyes que restringen la publicidad y las leyes que rigen otras prácticas comerciales estándar. La publicidad fue tratada como una actividad económica sujeta a regulaciones básicas de salud pública, seguridad y bienestar, no como libre expresión sujeta a la protección de la Primera Enmienda. Esto cambió en 1976 con la decisión de la Corte Suprema en *Virginia State Board of Pharmacy v. Virginia Citizens Consumer Council* 425 US 748, 765 (1976), que anuló una prohibición estatal de anuncios de precios de medicamentos recetados. Tal decisión marcó el surgimiento de una nueva doctrina de discurso comercial que el tribunal ha desarrollado desde entonces en una serie de casos, lo que hace que sea cada vez más difícil para el gobierno limitar los anuncios de productos de interés.

Asimismo, que la Corte Suprema ha sostenido que la obligación del gobierno de proteger a los niños de cualquier daño puede subordinarse al derecho de las empresas a expresar, y al derecho de los adultos a recibir información comercial veraz que no induzca a error: *Lorillard v. Reilly*, 533 US 525, 564 (2001). El tribunal también ha dictaminado que los menores tienen importantes derechos de la Primera Enmienda a estar expuestos a ideas literarias, artísticas y de otro tipo: *Brown v. Entertainment Merchants Association*, 131 SCt 2729, 2736 (2011). Sin embargo, ni la Corte Suprema ni ningún tribunal federal inferior han aplicado la doctrina del discurso comercial a una restricción de la publicidad dirigida a los jóvenes. Es importante comprender las 4 premisas clave de la doctrina del discurso comercial expuestas en la decisión del caso *Virginia State Board of Pharmacy v. Virginia Citizens Consumer Council* 425 US 748, 765 (1976): los anunciantes transmitirán **información concreta del producto**, los destinatarios de la publicidad la usarán para **tomar decisiones racionales**, la **publicidad engañosa** se distingue de otra publicidad **y la publicidad potencialmente engañosa** generalmente se puede curar mediante divulgaciones, y cómo se aplican a las prácticas actuales de publicidad de alimentos es un primer paso para resolver la cuestión de si la

publicidad dirigida a niños o adolescentes está protegida y, de ser así, si está protegida en la misma medida que la publicidad dirigida para adultos.

Las autoras mencionan que en el mercado presumido por la doctrina del discurso comercial, los consumidores prestan atención y procesan de manera racional y deliberada la información presentada en las comunicaciones publicitarias. Luego, utilizan esta información para tomar decisiones de compra informadas. Siempre que la información no sea falsa o engañosa, el acceso irrestricto a la información del producto debe contribuir positivamente al libre mercado. Desafortunadamente, en el mundo real de la publicidad de alimentos estas suposiciones no reflejan la publicidad de alimentos hoy en día en al menos 3 formas críticas: (1) muchas campañas están diseñadas para persuadir implícita y específicamente eludir la consideración racional de la información del producto; (2) los mensajes presentados en la publicidad de alimentos pobres en nutrientes brindan información sobre estos productos y los beneficios de consumirlos que pueden inducir a error a los niños, y (3) los niños y adolescentes no tienen la capacidad cognitiva para considerar racionalmente las apelaciones publicitarias y rechazar aquellas que no están en su interés a largo plazo o las capacidades de autorregulación para resistir la tentación inmediata de los alimentos altamente aceptables típicamente promovidos.

Revelan las autoras que la creciente evidencia científica demuestra que la exposición a los mensajes presentados en la publicidad de alimentos también transmite información potencialmente engañosa. Los estudios psicológicos demuestran que la publicidad de alimentos influye en las creencias normativas de los padres y los niños sobre lo que comen los demás y lo que deberían poder comer. La publicidad televisiva de alimentos para niños generalmente presenta niños felices y enérgicos que no tienen sobrepeso y que consumen alimentos poco saludables en cualquier lugar y en cualquier momento. ***Según la teoría del aprendizaje social, la publicidad de alimentos en todas sus formas les enseña a los niños que la mayoría de las personas consumen estos alimentos poco saludables con regularidad, que la mayoría de los padres permiten estos***

comportamientos y no hay consecuencias negativas por hacerlo (es decir, mala salud o aumento de peso).

Asimismo, mencionan que **la investigación psicológica demuestra constantemente que los niños y adolescentes a menudo carecen de la capacidad racional para resistir la influencia de la publicidad de alimentos ricos en energía y pobre en nutrientes**. Harris y otros postulan que para resistir con éxito la comercialización de alimentos requiere de 4 condiciones: (1) atención activa a los estímulos publicitarios y comprensión de su intención persuasiva, (2) una comprensión de cómo uno se ve afectado por estos estímulos y cómo resistir eficazmente, (3) madurez cognitiva y habilidades de autorregulación completamente desarrolladas y (4) la motivación para resistir. Por ejemplo, hasta los 7 u 8 años, los niños no tienen la capacidad cognitiva para reconocer la intención persuasiva de la publicidad requerida para la primera condición. La publicidad de alimentos utiliza poderosas técnicas psicológicas para promover asociaciones emocionales positivas con estos productos difíciles de resistir y potencialmente dañinos.

Estiman que los legisladores y reguladores de todos los niveles de gobierno, deberían considerar poner a prueba los límites del actual cuerpo inadecuado de la jurisprudencia de la Primera Enmienda y promover una interpretación constitucional que esté de acuerdo con la realidad científica. La forma en que un organismo gubernamental determinado puede probar estos límites depende de la autoridad que se le haya otorgado. El Congreso tiene el mayor margen de maniobra para promulgar leyes de gran alcance destinadas a proteger a los niños y adolescentes de la comercialización de alimentos nocivos, incluidas restricciones a la publicidad de productos pobres en nutrientes en los medios dirigidos y vistos principalmente por jóvenes.

Concluyen que los Estados Unidos de América enfrenta una grave epidemia de obesidad y mala alimentación que afecta negativamente la salud de los jóvenes. La publicidad de alimentos muy sabrosos que deben consumirse en cantidades limitadas contribuye a esta epidemia y presenta riesgos únicos para los niños y adolescentes. Las empresas de alimentos deben abstenerse de publicitar

productos no saludables intencionalmente a niños y adolescentes, pero afirman que la doctrina del discurso comercial les permite orientar abierta y legalmente estos productos a los jóvenes utilizando sofisticadas técnicas psicológicas que aprovechan sus vulnerabilidades de desarrollo. Esta doctrina se basa en una comprensión obsoleta de qué es la publicidad y cómo afecta el comportamiento del consumidor. En la medida en que se erija como una barrera para la regulación de la publicidad de comida chatarra dirigida a niños y adolescentes, la doctrina del discurso comercial debe reconsiderarse. Las acciones gubernamentales bien adaptadas para restringir la comercialización de alimentos y bebidas dirigidas específicamente a los niños deberían poder resistir el escrutinio de la Primera Enmienda. Por la salud de nuestros niños, estas acciones deben tomarse.¹⁰

V

Prohibición de venta a menores de edad de refrescos y comida chatarra a nivel nacional

A) Contexto legal. En el contexto de derechos fundamentales o humanos, es factible abordar la prohibición desde dos niveles de problemas:

1. La prohibición de venta a menores de edad de refrescos y comida chatarra a nivel nacional, implicaría la probable transgresión del derecho al trabajo (previsto en el artículo 5, párrafo primero, constitucional) de los industriales y comerciantes, que producen y comercializan, respectivamente, los alimentos y bebidas de alto contenido calórico y bajos nutrientes. En efecto, pues si bien directamente no se les prohibiría su elaboración y comercialización, lo cierto es que de manera indirecta sí se les estaría prohibiendo al vedarles la venta de refrescos y comida chatarra, ya que estos productos no llegarían al mercado consumidor y con ello se perdería la razón de ser de la elaboración y comercialización de dichos productos.

Ventajas: ninguna.

¹⁰ National Center For Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine (Consultada el 12 de agosto de 2020), disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3483979/>

Desventajas:

a) Los sujetos legitimados para promover acción de inconstitucionalidad podrían combatir la norma que prohíba la venta a menores de edad de refrescos y comida chatarra a nivel nacional, cuya resolución, de ser procedente, pudiese invalidar esa norma; y

b) Los industriales y comerciantes podrían promover juicios de amparo en contra de la disposición legal que prohíbe la venta a menores de edad de refrescos y comida chatarra a nivel nacional. Si la sentencia los ampara y protege, los industriales y comerciantes podrán elaborar y vender la comida chatarra a menores de edad, sin consecuencias legales.

2. En la prohibición subyace una aparente colisión entre el derecho de toda persona (incluidos las niñas, niños y adolescentes) a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, que debe garantizar el Estado, previsto en el artículo 4, párrafos tercero y noveno, constitucional; y el derecho al trabajo de los industriales y comerciantes, previsto en el artículo 5, párrafo primero, constitucional, en cuanto a la elaboración y venta de refrescos y comida chatarra a nivel nacional.

Esta aparente colisión entre dichos derechos fundamentales, se revela con lo dicho por la UNICEF y que ha quedado destacado en negrillas en el apartado; es decir, en la pobreza abundan los productos procesados con alto contenido calórico y bajo en nutrientes, por su bajo costo y promoción en medios masivos. En este sentido, no es un problema de colisión entre los mencionados derechos fundamentales, sino un problema de pobreza que impide a las familias desfavorecidas allegarse de alimentos nutritivos, ya que son caros y por ello les son más asequibles el refresco y comida chatarra.

Ventaja: ninguna.

Desventajas: si se mantiene el discurso de confrontación entre el derecho de toda persona a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad (o derecho a la salud de la niñez), y el derecho al trabajo de los industriales y comerciantes, habría una subrepción de la problemática real: la pobreza impide la adquisición y consumo de alimentos nutritivos para niños y también para adultos; lo cual, no resolvería el problema del sobrepeso y obesidad de las niñas, niños y adolescentes, así como tampoco el de los adultos.

B) Contexto fiscal. La Universidad Autónoma de Nuevo León realizó un estudio en el que señaló que la industria de alimentos y bebidas (refrescos, jugos, pastelillos, pan dulce, galletas, pasteles y papas fritas) pierde 28,361 millones de pesos de producción bruta (0.10% de la producción bruta nacional); y 2,463 millones de pesos en sueldos y salarios (equivalente al 0.6%), al año, debido al Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS). Las papas fritas y el pan dulce fueron los más afectados por este impuesto, con una pérdida de 15% en ventas; y los menos afectados fueron el refresco y las galletas, con un 3%, ya que son considerados productos básicos. Dichas caídas repercuten en el ámbito laboral, ya que se han perdido 54 mil empleos. Las familias más pobres gastan un mayor porcentaje en la compra de refrescos y comida chatarra: destinan 2.32% de su presupuesto en refrescos y 4.73% en alimentos como galletas, pan dulce, panqués, pasteles y pastelillos.¹¹

Ventaja: si se prohíbe la venta a menores de edad de refrescos y comida chatarra, se desincentiva su compra.

Desventajas: si se prohíbe la venta a menores de edad de refrescos y comida chatarra, no tendría razón de ser el IEPS que los grava, por lo que sería necesario que se derogaran las porciones normativas y porcentaje de impuesto en las que se contemplan alimentos no básicos con alta densidad calórica, de la Ley del Impuesto

¹¹ Expansión, artículo del 24 de septiembre de 2019 (Consultado el 13 de agosto de 2020), disponible en: <https://expansion.mx/empresas/2019/09/24/la-industria-de-alimentos-y-bebidas-pierde-28-361-mdp-en-produccion-por-ieps>

Especial sobre Producción y Servicios. Asimismo, tal prohibición pudiera impactar en la caída de los empleos en las industrias que procesan refrescos y comida chatarra.

C) Contexto financiero. Según Alejandro Calvillo, presidente del Poder del Consumidor, señaló que si se incrementara el IEPS del 8% al 12%, a los alimentos no básicos con alta densidad calórica, conocidos como comida chatarra, dejarían una recaudación de 23,899 millones de pesos.¹²

Ventajas: si se prohíbe la venta de refrescos y comida chatarra a menores de edad, se desincentivaría su elaboración y compra.

Desventajas: si se prohíbe la venta de refrescos y comida chatarra a menores de edad, no habría recaudación impositiva sobre ellos y se daría un decremento en la capacidad financiera del Estado. Pudiere, además, darse una caída de empleos.

D) Contexto presupuestal.

Ventaja: si se prohíbe la venta de refrescos y comida chatarra a menores de edad, se desincentivaría su elaboración y compra.

Desventajas: si se prohíbe la venta de refrescos y comida chatarra a menores de edad, se tendría que prescindir del IEPS para la elaboración del Presupuesto de Egresos de la Federación.

Conclusiones:

1. El problema de la obesidad y sobrepeso de las niñas, niños y adolescentes en México, así como del mundo, es multifactorial.

¹² El economista, artículo de Elizabeth Albarrán de 14 de agosto de 2019 (Consultado el 13 de agosto de 2020), disponible en: <https://www.economista.com.mx/economia/Proponen-gravar-mas-comida-chatarra-y-tabaco-recursos-serian-para-salud-20190814-0041.html>

2. La pobreza y la publicidad de los alimentos de alto contenido calórico y bajos nutrientes, son factores de gran importancia que impiden revertir el problema de la obesidad y sobrepeso de las niñas, niños y adolescentes en México y en el mundo;
3. La política pública recomendada por la UNICEF para combatir la obesidad y sobrepeso de las niñas, niños y adolescentes, es la menos intrusiva en derechos fundamentales.
4. La Ley 1220 de Arkansas ha logrado conciliar hasta la fecha la tensión de derechos fundamentales con la política pública adoptada en dicha Ley que ha restringido de manera no significativa derechos fundamentales de los infantes y de sus padres, logrando concientizar a la comunidad de la importancia de salud pública de los niños, niñas y adolescentes.
5. En los Estados Unidos de América todavía no se han enfrentado el derecho del discurso comercial amparado por la I Enmienda y alguna Ley que lo restrinja para proteger la salud de las niñas, niños y adolescentes respecto de bebidas y alimentos chatarra. Sin embargo, se han hecho propuestas en estudios e investigaciones para combatir la obesidad y sobrepeso de la infancia, principalmente incidiendo en la publicidad de bebidas y alimentos de alto contenido calórico y bajos nutrientes.
6. En México, se pretende resolver el problema de la obesidad y sobrepeso de las niñas, niños y adolescentes, con una política pública que se ubica en el extremo opuesto de la UNICEF, de la Organización Mundial de la Salud, de la Unión Europea, de la Ley de Arkansas y de propuestas en estudios e investigaciones; además, sin tomar en cuenta que la problemática es multifactorial.
7. La prohibición de vender bebidas y alimentos chatarra a menores de edad, quizá conllevará más desventajas que ventajas.