



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

DIVISIÓN DE CIENCIAS POLÍTICAS Y ECONÓMICAS

---

**La política regulatoria del consumo de  
bebidas azucaradas en México 2014- 2019**

---

**Tesis**

Para obtener el título de  
**Licenciada en Gobierno y Gestión Pública**

PRESENTA

**María Enriqueta Jiménez Sánchez**

DIRECTOR(A) DE LA TESIS

**Dr. Juan Carlos Arriaga Rodríguez**



Chetumal, Quintana Roo, México, Noviembre de 2021



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

DIVISIÓN DE CIENCIAS POLÍTICAS Y ECONÓMICAS

La política regulatoria del consumo de bebidas azucaradas en México  
2014-2019

Presenta:

María Enriqueta Jiménez Sánchez

Tesis para obtener el título de Licenciada en Gobierno y Gestión Pública

COMITÉ DE SUPERVISIÓN

Director:

Dr. Juan Carlos Arriaga-Rodríguez

Sinodal propietario:

Mtro. José Manuel Calderón Pérez

Sinodal propietario:

Dra. Tania Libertad Camal Cheluja

Suplente:

Mtro. José Antonio Olivares Mendoza

Suplente:



Mtro. Mario E. Vargas Paredes



Chetumal, Quintana Roo, México, Noviembre de 2021

## **Agradecimientos**

En primer lugar, quiero agradecer a mi director, Dr. Juan Carlos Arriaga, por sus conocimientos, críticas útiles y gran apoyo en el proceso de este proyecto de investigación. Asimismo, me gustaría agradecer a la Dra. Tania Camaal, por sus consejos y ayuda tanto en el proyecto de investigación como en mi estancia en la universidad.

Quiero agradecer al Dr. Horacio Espinosa, quien además de haber sido mi tutor y profesor, en un inicio también formó parte de este proyecto. Gracias por todo el tiempo brindado, por las sugerencias constructivas y particularmente por todo su apoyo en estos cuatro años.

También quiero agradecer a mi familia, por siempre estar ahí cuando mis ánimos decaían. Particularmente a mis padres por ser un soporte en este camino, por brindarme todo cuanto que he necesitado, y por estar para mí con un abrazo y palabras reconfortantes en momentos críticos. Pese a que en el camino lo perdí, quiero agradecer a mi abuelo por haber sido una inspiración para mí.

Por último, de manera muy especial quiero agradecer a quien ha sido para mí un maestro, como Platón a Aristóteles. Su pasión transmitida desde su primer clase me hizo encontrar no solo el amor por esta carrera, sino mi pasión por la Ciencia, por Política Pública, y el tema central de la presente tesis. Sin duda alguna, sus conocimientos y apoyo incondicional fueron esenciales en la presente investigación y en mi crecimiento académico. Gracias Mtro. José Manuel Calderón por su guía desde el inicio de este proyecto y en cada una de sus etapas hasta su culminación.

# ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
<b>CAPÍTULO 1. OBESIDAD Y SOBREPESO, LA EPIDEMIA SILENCIOSA .....</b>	<b>12</b>
<i>1.1 OBESIDAD Y SOBREPESO EN MÉXICO.....</i>	<i>12</i>
<i>1.2 ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS .....</i>	<i>26</i>
<i>1.3 COSTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES.....</i>	<i>33</i>
<b>CAPÍTULO 2. POLÍTICA FISCAL, UNA ESTRATEGIA PARA COMBATIR LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN MÉXICO.....</b>	<b>37</b>
<i>2.1 IMPUESTO ESPECIAL SOBRE PRODUCCIÓN Y SERVICIOS A BEBIDAS AZUCARADAS. ....</i>	<i>37</i>
<i>2.2 CABILDEO DE LA POLÍTICA REGULATORIA: IMPUESTO SALUDABLE. ....</i>	<i>48</i>
<i>2.3 IMPUESTO SALUDABLE: POLÍTICA REGULATORIA .....</i>	<i>52</i>
<b>CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL IEPS EN EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS EN MÉXICO .....</b>	<b>64</b>
<i>3.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO .....</i>	<i>64</i>
<i>3.2 ANÁLISIS DE PERCEPCIÓN .....</i>	<i>68</i>
CONCLUSIÓN .....	71
REFERENCIAS.....	76

# ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1.....	14
Tabla 2.....	66
Gráfica 1.....	65
Gráfica 2.....	67

## **RESUMEN**

Una de las medidas para disminuir el consumo de bebidas azucaradas fue la creación del Impuesto Saludable, que consiste en un gravamen de \$1.00 por litro en la compra de bebidas azucaradas en México. Existe poca evidencia de la efectividad del Impuesto como política regulatoria para disminuir el consumo, únicamente se tienen los posibles resultados de 2014 que indican una reducción del consumo del 6%, y el hecho de no haberse cumplido el impacto estimado sobre la obesidad a cinco años de la implementación del impuesto. Por ello, la presente investigación pretende analizar el cambio en el consumo de bebidas azucaradas en México a partir de la política regulatoria. Dada la naturaleza cualitativa de la presente investigación, se optó por analizar el comportamiento del consumo de bebidas azucaradas antes y después de la introducción IEPS; así como un análisis de percepción del impuesto en la decisión de consumo de los habitantes del Municipio de Benito Juárez, Quintana Roo. Se encontró una tendencia de incremento anual en el consumo de bebidas azucaradas, desde el primer año de la implementación del impuesto hasta 2019 el consumo per cápita incrementó un total de 29%. Por otra parte, los hallazgos del análisis de percepción mostraron que la población no tiene conocimiento de la existencia del Impuesto Saludable, que el impuesto no ha modificado consumo de bebidas azucaradas y la población considera que el impuesto no ha tenido influencia en su decisión de consumo. La investigación sobre el impacto que están teniendo las diversas políticas es fundamental para no continuar con políticas que no están dando resultados y muestra la necesidad de implementar políticas basadas en evidencia, más eficientes, democráticas, diseñadas bajo un enfoque incrementalista y experimental.

### **Palabras Clave**

Política regulatoria, incrementalismo, nudge, paternalismo libertario, enfoque top-down.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad el término “pandemia” es asociado con el coronavirus SARS-COV2, sin embargo, desde hace más de 3 décadas, hemos convivido y normalizado otro tipo de pandemia, la obesidad y sobrepeso. En México comienza a registrar un incremento a partir de 1980, con una prevalencia de 12% a nivel nacional. Ya en 1988, el índice había incrementado a 34.5%, desde entonces la prevalencia ha presentado un crecimiento exponencial alarmante.

En 2006, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) señaló que la problemática comenzaba a salirse de control, pues la incidencia ahora se presentaba en todos los grupos de edad, por lo que insistió en la urgencia de diseñar e implementar políticas públicas dirigidas a la prevención y control de la obesidad en niños, adolescentes y adultos. Para ese año, la obesidad y sobrepeso afectaba a 69.4% de los mexicanos.

Pese a que diversas políticas habían sido implementadas para disminuir la prevalencia este padecimiento, en 2012 el índice pasó de 69.3% a 71.3% a nivel nacional. Ya en 2016, el 72.5% de los mexicanos padecían sobrepeso y obesidad. Los últimos datos respecto a la situación del problema en cuestión fueron dados por la ENSANUT en 2018, estos indicaron que una vez más, la prevalencia había presentado un incremento, pues ahora el padecimiento se presentaba en el 75.2% de los mexicanos.

Además, ser un grave problema de salud, actualmente la obesidad y sobrepeso también representan altos costos sociales y una importante carga financiera para el Estado y la sociedad. En México, estos costos han ido en incremento a la par con el padecimiento. En 2000, el costo total (costos directos e indirectos) atribuible al sobrepeso y la obesidad fue de 111, 132 millones de pesos; y en 2010, el costo total ascendió a 188,853 millones de pesos. Se estima que en 2017 el costo directo fue de 241,866 y de acuerdo con la tendencia creciente que ha llevado el país, en 2023 este costo será de 273,582 millones de pesos.

Existe una gran relación entre el consumo de bebidas azucaradas y el incremento de sobrepeso y obesidad. Se ha encontrado que México y diversos países de la Unión Americana son quienes presentan los índices más altos en obesidad en niños y adultos, el cual, se encuentra ampliamente asociado con un excesivo consumo de bebidas carbonatadas.

En 2012 Rudd Center for Policy and Obesity, una organización de investigación y políticas públicas de la Universidad de Yale, reportó que cada habitante en México consume en promedio 163 litros de bebida azucarada al año. Convirtiéndose así en el principal consumidor de bebidas azucaradas en el mundo, pues su consumo per cápita resultó ser 40% mayor que el de Estados Unidos, el cuál ocupó el segundo lugar con 118 litros.

La obesidad y el sobrepeso pasó de problema privado a ser un problema público, no solo por el número de afectados, sino por las diversas consecuencias y los elevados costos que estas representan. Al ser un problema público, se convirtió en responsabilidad del Gobierno implementar políticas públicas, estrategias, etc., para darle solución o ir reducir el problema y sus consecuencias.

Por ello, en 2007 la administración en turno creó el “Programa sectorial de salud (PROSESA) 2007-2012”. Esta pretendía implementar una estrategia de prevención para el combate de la obesidad y sobrepeso. En 2010, bajo la misma administración, se creó también el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, para la cual, una de las primeras acciones fue seguir la recomendación de la Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.

Para 2013, se lanzó la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes por decreto presidencial. El objetivo fue promover la consolidación de una cultura que facilitara adoptar y mantener un estilo de vida saludable para cada mexicano. Se componía de tres pilares: salud pública, atención médica y, regulación sanitaria y política fiscal, los cuales apuntaban a la promoción, difusión, divulgación, concientización y sensibilización sobre la salud, enfermedades, los cuidados que debían adoptarse y los riesgos que representaban.

Como parte de las acciones de la Estrategia Nacional, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) diseñó la campaña “Chécate, Mídete, Muévete”. Fue diseñada para la prevención y control del sobrepeso y la obesidad. Sus tres mensajes fundamentales fueron: vigilancia médica del estado de salud, alimentación sana y actividad física. Tuvo una amplia difusión en medios masivos de comunicación, los mensajes motivaban a la población a acudir a instancias de salud para realizarse un chequeo médico y recibir orientación en salud.

Otra de las acciones del gobierno, derivada de la Estrategia, fue la creación de una política regulatoria, el “Impuesto saludable”. El 8 de Septiembre de 2013 el Titular del Ejecutivo Federal

presentó un proyecto de iniciativa de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios, en el que se proponía establecer un impuesto a la enajenación e importación de bebidas saborizadas con azúcares añadidas.

El fin principal era disminuir el índice de obesidad, mediante la reducción del consumo de bebidas azucaradas, por otro lado, algunos de los principales fines eran disminuir los efectos negativos y los costos que genera la atención de los padecimientos. Por lo que se propuso gravar con el IEPS, a través de una cuota específica de MXN 1.00 por litro a las bebidas saborizadas, concentrados, polvos, jarabes, esencias o extractos de sabores, dependiendo del rendimiento, que al diluirse permitan obtener bebidas saborizadas, que contengan cualquier tipo de azúcares añadidas. La reforma fue publicada en el Diario Oficial de la Federación en diciembre de 2013 y el 1 de enero de 2014 entró en vigor el Impuesto en todo el país.

En primer lugar, bajo la premisa económica tradicional, el impuesto a las bebidas azucaradas ha mostrado ser de naturaleza inelástica, ya que, de acuerdo con un estudio realizado por, Juan Pablo Ramírez, la elasticidad precio para la demanda de bebidas azucaradas en un escenario impositivo generalizado se ubicó entre -0.56, lo que no refleja un cambio significativo en la demanda como resultado del impuesto y su inelasticidad. Por ello, a pesar de que el precio ha aumentado 1 peso por litro, el consumo parece no haberse modificado. Una forma de visualizar si el consumo se ha reducido es a través de la recaudación tributaria por parte del Servicio de Administración Tributaria (SAT).

Por otro lado, además de ineficiente, el Impuesto Saludable ha mostrado ser poco democrático, ya que ha generado un impacto negativo en las personas de menor ingreso. Según datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, aproximadamente el 84% del IEPS recaudado de las bebidas azucaradas proviene de la población de bajos ingresos; mientras que el 16% restante de los más ricos. Este hecho resulta muy ilustrativo, pues refleja que quienes compran más bebidas azucaradas son los que menos ganan. Entonces, la evidencia parece indicar que el impuesto saludable no ha sido la decisión óptima. Como mencionan March y Simon, los factores irracionales son básicos para comprender la toma de decisiones, y una realidad es que el ser humano por naturaleza posee una racionalidad limitada, particularmente en situaciones de mayor estrés.

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) estimó que a 5 años de la implementación del impuesto habría una reducción en los índices de obesidad de entre el 7% y 18% entre las personas que



consumen más de 400 ml. de bebidas azucaradas al día. Dicho instituto afirmó que se logró una reducción de 6% en la compra de bebidas azucaradas en 2014 y de más de 8% en 2015. Sin embargo, la ENSANUT mostró que en 2018 la prevalencia de este padecimiento aumentó a 75.2%.

Los datos muestran que, aunque se afirma haber tenido una reducción en el consumo de bebidas azucaradas el primer año de la implementación del impuesto, no parece estar cumpliendo con las predicciones de su impacto a largo plazo. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), a 5 años de la implementación del impuesto debería haber una reducción de entre 7% y 18% en los índices de obesidad y sobrepeso, sin embargo, estos índices no solo no han disminuido, sino que, en 2018, el padecimiento incrementó a 75.2%.

Esto abre paso a cuestionar ¿Cuál ha sido el cambio en el consumo de bebidas azucaradas en México a partir del Impuesto Saludable? Con base en la evidencia y teoría existente se puede afirmar que no ha habido un cambio en el consumo de bebidas azucaradas en México.

La presente investigación es cuantitativa, no experimental, de alcance descriptivo. Se espera comprobar que el cambio en el consumo de bebidas en México a partir del Impuesto Saludable ha sido mínimo. Para ello resulta fundamental analizar el consumo de bebidas azucaradas de 2014 a 2019 y comparar el consumo antes y después de la introducción del Impuesto Saludable. Asimismo, resulta importante analizar la percepción de la ciudadanía respecto su conocimiento de la existencia del impuesto y respecto a la modificación de su consumo a partir de su implementación.

En el primer capítulo se expone el surgimiento de la obesidad y el sobrepeso como problema público y la profunda correlación del padecimiento con el alto consumo de bebidas azucaradas. Se hablarán de las consecuencias que es el incremento en el padecimiento de Enfermedades No Transmisibles (ENT).

En el segundo capítulo se ahonda en el desarrollo del Impuesto Saludable como política regulatoria para combatir el problema público planteado. De igual forma, se reflexiona con base a la teoría existente sobre la efectividad de la política implementada.

Por último, el tercer capítulo está dedicado al análisis de los datos respecto al consumo de los años 2014 a 2019 y se comparan dichos datos con el consumo anterior a la implementación del impuesto. Asimismo, se exponen los resultados obtenidos de la encuesta de percepción del Impuesto Saludable de los habitantes del municipio de Benito Juárez, Quintana Roo.

# **CAPÍTULO 1. OBESIDAD Y SOBREPESO, LA EPIDEMIA SILENCIOSA**

El objetivo del presente capítulo es ahondar en el surgimiento de la obesidad como problema público. En el primer apartado se analiza la obesidad y sobrepeso en México, su relación con el consumo de bebidas azucaradas y las diversas acciones del G5obierno mexicano para resolver el problema; en el segundo se establece la relación en el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas con la obesidad y el sobrepeso; por último, en el tercer apartado se exponen los costos económicos y sociales que genera la obesidad y el sobrepeso.

## ***1.1 Obesidad y Sobrepeso en México***

De acuerdo con el Organismo para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México ocupa el primer lugar en obesidad a nivel mundial, esto debido a que el 75.2% de la población mayor de 15 años padece sobrepeso u obesidad, de la cual 34% sufre de obesidad mórbida que es el mayor grado de obesidad. (OCDE, 2020)

En la actualidad, la obesidad y sobrepeso constituyen un problema de salud pública a nivel mundial. Los niveles de dichos padecimientos han aumentado continuamente durante los últimos 40 años en todos los países de la OCDE y el Grupo de los 20 (G20), (organismos a los que México es perteneciente), de tal manera que hoy en día se alcanzan tasas de prevalencia demasiado elevadas.

Entre 2005 y 2016 las tasas de obesidad en adultos a nivel mundial aumentaron en un promedio de 0,21% por cada tres años. Para entonces más de 1900 millones de adultos tenían exceso de peso. Aproximadamente tres de cada cinco personas que viven en un país de la OCDE o de la Unión Europea (EU) tienen sobrepeso; el 40% de estos tienen obesidad y el 60% restante sobrepeso. Sin embargo, en algunos países como México y Estados Unidos, las personas con obesidad superan en número a las que tienen sobrepeso.(OCDE, 2020)

La cifras en menores de 18 años también han sido alarmantes, tan solo en 2016, 41 millones de niños menores de 5 años padecían obesidad o sobrepeso, mientras que 340 millones de niños y

adolescentes de 5 a 18 años presentaron alguno de los dos padecimientos. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

En México la tendencia de crecimiento del sobrepeso y la obesidad comenzó a registrarse a partir de 1988, desde entonces la prevalencia se ha triplicado. Como se sabe, este incremento de la obesidad no es exclusivo de México, sino que es un fenómeno mundial que comenzó a ser alarmante a partir de 1975 en países como Estados Unidos. Sin embargo, hay que destacar que México es el país en el que se ha documentado uno de los incrementos más acelerados a escala mundial en la prevalencia de exceso de peso. (Organización Panamericana de la Salud, 2015)

Debido a la magnitud del problema ha sido calificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la epidemia del siglo XXI”, ya que, por los registros de los últimos años se ha notado que la obesidad ha permeado a todas las edades y este incremento no es exclusivo de países desarrollados, sino que también se presenta en países en vías de desarrollo como México y diversos países de Latinoamérica.

De acuerdo con la OMS, el sobrepeso es una acumulación anormal o excesiva de grasa, y cuando estos niveles se presentan en rangos aún más altos se habla de obesidad que es una enfermedad sistemática, crónica multicausal. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

La acumulación de grasa corporal es un proceso gradual que se da a partir de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Puede involucrar tanto factores genéticos como ambientales. El indicador de esta enfermedad es el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). En los adultos, hablamos de sobrepeso cuando su IMC es igual o superior a 25, y de obesidad cuando su IMC es igual o superior a 30. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Otra forma de medir la obesidad es mediante el perímetro abdominal. Se considera obesidad en hombres cuando este el perímetro es mayor o igual a 102 cm y en mujeres cuando es mayor o igual a 88 cm.

Como se muestra en la tabla 1.1, existe una clasificación de grado de obesidad, el cuál es calculado con base en el IMC.

Tabla 1.

*Clasificación de grado de obesidad*

<b>Clasificación de grado</b>	<b>IMC</b>
<b>Bajo peso</b>	<18.5
<b>Normal</b>	18.5 – 24.9
<b>Sobrepeso</b>	25 - 29.9
<b>Obesidad grado I (moderada)</b>	30 – 34.9
<b>Obesidad Grado II (severa)</b>	35 – 39.9
<b>Obesidad Grado III (mórbida)</b>	>40

Fuente: Elaboración propia a partir de OMS (S/F)

La obesidad tiene 3 tipos de acuerdo con la disminución de la masa:

Obesidad androide o abdominal: Es cuando el exceso de grasa se localiza en la cara, el tórax y el abdomen. Este tipo se asocia a un mayor riesgo de diabetes, enfermedades cardiovasculares, dislipemia y mortalidad en general.

Obesidad ginoide o periférica: En este tipo la grasa está acumulada en la cadera y los muslos. Está relacionada con problemas de retorno venoso en las extremidades inferiores, mejor conocidas como várices y con artrosis de rodilla.

Obesidad de distribución homogénea: En esta, el exceso de grasa no predomina en ninguna parte del cuerpo. (SEEDO, 2000)

La obesidad es una enfermedad de origen multifactorial, la causa fundamental es un desequilibrio entre las calorías consumidas y gastadas, esto se debe a un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos, es decir, abundantes en azúcares, grasa, sal y sumamente escasos en vitaminas, minerales y demás macronutrientes.

Ya que el aumento tan acelerado de la obesidad y el sobrepeso no puede ser explicado únicamente por alguna cuestión genética, las explicaciones propuestas por especialistas se

atribuyen principalmente a cambios sociales que a lo largo de los años han venido promoviendo la inactividad física y el consumo de cierto tipo de alimentos ricos en azúcares y grasas como refrescos, botanas, frituras, harinas refinadas e incluso bebidas alcohólicas. (Christakis y Fowler, 2007)

Se considera que el 70% de las causas se derivan de factores ambientales y sociales no heredados como los malos hábitos alimenticios, una mala educación nutricional, la influencia de ciertos factores subyacentes como la globalización, la cultura, la urbanización o incluso la educación. En este fenómeno no solo influye el comportamiento individual, sino el entorno familiar y social. (González, 2014) (Barrera-Cruz et al., s. f.)

Dentro de estos factores ambientales y sociales se encuentra la influencia que ejerce la familia, ya que no solo compartimos genes sino estilos de vida (dietas inadecuadas, formas de vida sedentaria, etc.). Expertos mencionan que, si entre los hermanos adultos hay uno que es obeso, el riesgo de que el otro hermano también sea obeso es de aproximadamente 40%. Incluso las amistades que una persona tiene pueden llegar a influir en su estilo de vida y en su salud, ya que cuando entre dos amigos hay uno que es obeso las probabilidades de que el otro amigo también se convierta en un obeso es de 17%. (Klünder-Klünder et al., 2011)

Un sinnúmero de estudios han demostrado que existe una gran relación entre el consumo de bebidas azucaradas y el sobrepeso y obesidad. Se ha encontrado que México y diversos países de la Unión Americana son quienes presentan los índices más altos en obesidad en niños y adultos, el cual, se encuentra ampliamente asociado con un excesivo consumo de bebidas carbonatadas. (Rodríguez-Burelo et al., 2014)

En 2012 Rudd Center for Policy and Obesity, una organización de investigación y políticas públicas de la Universidad de Yale, reportó que cada habitante en México consume en promedio 163 litros de bebida azucarada al año. Convirtiéndose así en el principal consumidor de bebidas azucaradas en el mundo, pues su consumo per cápita resultó ser 40% mayor que el de Estados Unidos, el cuál ocupó el segundo lugar con 118 litros. (Brownell, 2012)

Haciendo una comparación del gasto de 1984 y 1998 de las familias mexicanas, se observó una disminución en el gasto de frutas, verduras y carnes, e hubo un aumento del 6.3% en la compra de hidratos de carbono refinados, asimismo, el gasto en bebidas azucaradas también registró un

importante incremento de 37.2%. Para 2012, casi una tercera parte de los ingresos de las familias mexicanas eran destinadas a la compra de bebidas azucaradas. Este tipo de modificaciones en el gasto de los mexicanos representan sin duda alguna, un factor importante en el histórico incremento del sobrepeso y obesidad. (Rivera et al., 2002)

Añadido a esto, se suma un hecho preocupante que señaló la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y es que en México el 70% de los niños que viven en comunidades rurales desayuna con refresco; aunque cabe señalar que dicho problema no se reduce únicamente a las provincias o grupos rurales, sino que afectan a gran parte del país, ya que como se señala en párrafos anteriores, en México se consume más bebidas azucaradas que en cualquier otra parte del mundo. (Organización Panamericana de la Salud, 2015)

Un estudio que se llevó a cabo en México en adolescentes, evaluó el riesgo de padecer obesidad, los indicadores fueron; pliegues cutáneos tricípital y subescapular, el IMC y el porcentaje de grasa. Además, se aplicó una encuesta para evaluar la frecuencia de consumo de refrescos por día, y una encuesta por recordatorio de 24 horas de la ocasión de consumo, ingestión de energía, micros y macronutrientes. El estudio tuvo como resultado que el consumo elevado de bebidas azucaradas representó un alto riesgo de padecer obesidad en la población adolescente de México. (Rodríguez-Burelo et al., 2014)

En las mujeres adultas, el consumo de bebidas azucaradas gaseosas ha sido asociado con un elevado riesgo de desarrollar diabetes. En Finlandia fue realizado un estudio que demostró la existencia de esta relación directa entre el alto consumo de bebidas azucaradas a partir de la niñez con un incremento del IMC en las mujeres de edad adulta.

Dinamarca es uno de los país que también se ha visto afectado por la creciente tasa de obesidad, y dicho hecho fue atribuido al incremento en el consumo de bebidas azucaradas, como refrescos carbonatados. Decidieron realizar un estudio para comparar el efecto que tienen sobre el apetito una bebida azucarada (refresco de cola) y una bebida de leche con chocolate. El resultado reveló que la saciedad fue significativamente mayor 30 minutos después de haber consumido leche con chocolate que después del refresco de cola. Por ende, el hambre fue mayor después de haber ingerido el refresco, por lo que se concluye que este tipo de bebidas azucaradas no solo no logran satisfacer el hambre ni la sed, sino que incrementa el consumo de alimentos y bebidas azucaradas. (Harper et al., 2007)

Cabe destacar que uno de los problemas más graves del consumo de bebidas azucaradas es que, además de no brindar nutrientes, todas las calorías que contienen no logran saciar al individuo y su caso estimulan su consumo excesivo, ahí radica la razón de que se les llame “calorías vacías”. Dichas calorías se terminan por acumular a través del tiempo y terminan transformándose en sobrepeso y obesidad.

Haciendo una comparación del gasto de 1984 y 1998 de las familias mexicanas, se observó una disminución en el gasto de frutas y verduras de 29.3%, en carnes de 18.8%, mientras se registró un aumento de la compra de hidratos de carbono refinados que ascendió un 6.3%, así como el gasto en bebidas azucaradas tuvo un importante incremento de 37.2%. Las bebidas que contribuían con el mayor aporte energético en la población mexicana eran: refrescos, bebidas elaboradas con jugos de fruta, aguas frescas, leche entera y jugos elaborados con 100% de fruta. Este tipo de modificaciones en el gasto de los mexicanos durante esos años representan un factor importante en el incremento del sobrepeso y obesidad. (Rivera et al., 2002) (Ma y Jc, s. f.)

Para 2014, una cuarta parte del gasto de los hogares en México estaba destinado a las bebidas azucaradas, y estas se situaban entre los primeros 5 alimentos más consumidos en todos los grupos de edad. De este modo, la industria nacional de refrescos representó el 0.6% del PIB nacional. (PROFECO, s. f.)

En el año 2000, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), en México se presentó mayor incidencia el sobrepeso entre la población (36.1%) que la obesidad (24.9%). Al categorizar por sexo, la prevalencia en mujeres fue de 61%, siendo mayor el sobrepeso (36.3%) que la obesidad (24.7%). En el caso de los hombres la prevalencia fue de 59.4%, de igual forma, siendo mucho mayor el sobrepeso (40.9%) que la obesidad (18.5%).

El comportamiento de esta enfermedad fue mucho más variado por localidad comparado con el año anterior. Las mujeres de zonas urbanas presentaron una prevalencia de 62.8%, mientras que en las zonas rurales fue de 55.1%. Si bien el porcentaje por sí solo muestra que el problema se incrementó, el comportamiento de este comenzó a mostrar cambios significativos ya que en 1988 la obesidad en mujeres de zonas urbanas representó un 9.5% y para el 2000 este porcentaje ascendió a 25.8%. De igual forma, en las mujeres de zonas rurales el comportamiento fue el mismo, pasó de 7.9% a 21.2%.

En los hombres la prevalencia en el año 2000 fue de 59.4% a nivel nacional, siendo mayor el sobrepeso (40.9%) que la obesidad (18.5%). Al igual que en el caso de las mujeres, el incremento por localidad de la prevalencia en hombres fue distinto. Los hombres de zonas urbanas presentaron una prevalencia de 64.3% en donde fue mayor el sobrepeso (42.9%) que la obesidad (21.4%), mientras que los hombres de zonas rurales presentaron una prevalencia de 54.2%, siendo también mucho mayor el sobrepeso (38.8%) que la obesidad (15.4%).

De acuerdo con la ENSANUT, es a partir de los datos obtenidos en 2000 que se pudo focalizar la atención en aquellos problemas de salud cuya magnitud era desconocida.

Para el 2006, la ENSANUT indicó que la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre la población era de 69.3%, es decir, aproximadamente de 52 millones de mexicanos de 20 años o más la padecían. Aunque por una mínima diferencia, continuó siendo mayor el sobrepeso (36.9%) que la obesidad (32.4%) en todo el país. En ese año la prevalencia en mujeres fue de 69.6%, en donde el sobrepeso representó 37% y la obesidad 32.6%. En los hombres, la prevalencia incrementó a 66.7% mostrándose la constante de años anteriores en el comportamiento, dado que en estos el sobrepeso fue de 42.5% y la obesidad 24.2%.

La prevalencia en mujeres de zonas urbanas fue de 70.1%, .8% más que la prevalencia a nivel nacional. En las localidades urbanas, la obesidad fue de 33.4% y el sobrepeso 36.7%. En las mujeres de zonas rurales la prevalencia fue de 67.8%. En estas, tanto el sobrepeso como la obesidad se incrementaron, sin embargo, en comparación con las mujeres de zonas urbanas, el incremento fue mayor en el sobrepeso (38.1%) que en la obesidad (29.7%). Lo que permite ver es que, si bien las mujeres de zonas rurales presentan mayor sobrepeso comparadas con las de zonas urbanas, estas últimas presenta un mayor incremento de obesidad.

La prevalencia en hombres de zonas urbanas fue de 68.8%, en donde el sobrepeso representó 42.7% (.2% menos que en 1999), y la obesidad 26.1%. Por otro lado, la prevalencia en hombres de zonas rurales fue de 58.9, nuevamente siendo mayor el sobrepeso (41.9%) que la obesidad (17%).

Los resultados de la ENSANUT en 2006 fueron aún más alarmantes para las autoridades, por lo que en el país se comenzaron a desarrollar estrategias para combatirlo. En 2007 se creó el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) con una temporalidad de 5 años, de 2007 a 2012, año en que finalizó la administración en turno. Su línea de acción fue impulsar una política integral para



la prevención y control del sobrepeso y la obesidad; así como reorientar la innovación tecnológica y la investigación para la salud hacia los padecimientos emergentes, que en ese momento eran las enfermedades no transmisibles como la obesidad. PROSESA prácticamente se centró en una estrategia de prevención. (Secretaría de Salud, 2007)

Para 2010 México ocupaba el segundo lugar de prevalencia mundial de obesidad. Por lo que tres años después de haberse creado PROSESA, el gobierno en turno establece el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. La alta prevalencia de sobrepeso y obesidad representaba un problema de salud pública prioritario que exigía una política nacional y debido a que la epidemia ya estaba implicando costos significativos para el sistema de salud pública, para la estabilidad económica y social del Estado y la sociedad, especialmente de los sectores más pobres. (Secretaría de Salud, 2010)

La estrategia menciona como causas el proceso de cambio por el cuál México había pasado, en particular la modificación de las dietas y hábitos alimentarios, lo que se debió al crecimiento económico, la urbanización, la disminución de las actividades primarias, la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, a la invención de la refrigeración y conservación industrial de alimentos, y al abaratamiento de los precios relativos de los alimentos procesados en comparación con los alimentos frescos. También destaca como factor clave la disminución de la actividad física de los mexicanos.

Una de las primeras acciones de esta estrategia fue la organización del “Foro Nacional para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad” que en años anteriores había sido recomendación de la OMS. En un inicio, este Foro se integró por 15 dependencias públicas, con las que se definieron las acciones específicas del ejecutivo federal; además de incluir a los organismos nacionales empresariales que se fabrican los alimentos y bebidas no alcohólicas, controlan la producción agrícola, así como la industrialización, comercialización, venta y consumo de alimentos; a las instituciones académicas nacionales expertas en materia de nutrición, actividad física, y en el estudio de los aspectos sociales y económicos de este tema; así como a organismos sociales representantes de la salud, sindicatos y a la sociedad civil involucrada en la materia. Esto se realizó con el fin de generar sinergias con el resto de la población y organismos para el combate del problema.

Otra de las acciones que promovía la estrategia era una publicidad promotora de un consumo responsable de alimentos y bebidas no alcohólicas (refrescos, jugos, energizantes, etc.), para que no se explotara la falta de experiencia y credulidad de los niños.

Hasta 2006 se puede observar un importante incremento de este problema de salud en México. La prevalencia de sobrepeso y obesidad pasó de 34.5% en 1988 a 61% en 1999, es decir que para 1999 en México se tenía casi el doble de adultos de 20 años o más con alguno de estos padecimientos.

En 2007 la administración en turno creó el “Programa sectorial de salud (PROSESA) 2007-2012”. Una de sus metas en cuestiones de obesidad fue: Reducir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes mellitus con respecto a la tendencia observada entre 1995-2006. Respecto a sus líneas de acción fueron: impulsar una política integral para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y padecimientos cardíaco y cerebrovasculares; así como reorientar la innovación tecnológica y la investigación para la salud hacia los padecimientos emergentes, las enfermedades no transmisibles. En resumen, el PROSESA pretendía implementar una estrategia de prevención para el combate de la obesidad y sobrepeso. (Secretaría de Salud, 2007).

Dado que la prevalencia y las muertes por enfermedades relacionadas con el sobrepeso y la obesidad continuaban en aumento, en 2010 se crea el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Una de las primeras acciones fue seguir la recomendación de la Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, la cual fue construir el “Foro Nacional para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad”.

Al inicio, este Foro se integró por 15 dependencias públicas, con las que se definió las acciones específicas del Ejecutivo Federal; además de incluir a los organismos nacionales empresariales que se dedican a los alimentos y bebidas no alcohólicas, la producción agrícola, industrialización, comercialización, venta y consumo de alimentos, instituciones académicas nacionales de mayor desarrollo en el tema de nutrición, actividad física, y los aspectos sociales y económicos del tema, así como a organismos sociales representante de las profesiones de la salud, sindicatos y a la sociedad civil involucrada en la materia. Esto con el fin de generar coacción con el resto de la población y organismos para el combate de la problemática.

Algunas de las acciones para prevenir y reducir el incremento del sobrepeso y obesidad fueron las siguientes:

Sector Salud:

- Actualizar normas y regulaciones sobre alimentos y publicidad.
- Apoyar la lactancia materna y el alfabetismo nutricional.
- Promover la incorporación de agua simple potable en desayunos escolares y despensas.
- Capacitar a los DIF estatales y municipales sobre opciones saludables de alimentos escolares.
- Impulsar la actividad física en todos los ámbitos.
- Capacitar a profesionales de la salud en consejería sobre una alimentación correcta.

Secretaría de Educación Pública:

- Impulsar la realización de actividad física al menos 30 minutos diarios en los escolares.
- Incentivar la igualdad de género en la práctica del deporte.
- Impulsar, a través del currículo escolar, el consumo de agua potable y el alfabetismo nutricional.
- Promover y facilitar la disponibilidad de agua y bebidas no alcohólicas con bajo contenido calórico en colaboración con la industria alimentaria.
- Generar lineamientos para proveedores de alimentos escolares encaminados a disminuir el consumo de azúcares.
- Impulsar un Acuerdo Secretarial para el expendio de alimentos y bebidas en las tiendas o cooperativas escolares de los planteles de educación básica para una sana alimentación escolar.

Secretaría de Trabajo y Prevención Social:

- Promover la actividad física y la alimentación correcta en los centros de trabajo.
- Vigilar el cumplimiento de la normatividad relativa a la disponibilidad de agua potable gratuita.

Secretaría de Desarrollo Social:

- Rescatar los parques y espacios públicos para la realización de actividad física.

- Promover en los jóvenes en el Programa Oportunidades la participación en actividad física.
- Desarrollar actividades educativas sobre orientación alimentaria.

Secretaría de Economía:

- Crear andamiajes de apoyo a las cadenas de distribución y acceso a frutas, verduras, leguminosas y cereales enteros.
- Actualizar la normatividad y apoyar a la Secretaría de Salud para emitir una Norma Mexicana (NMX) sobre “etiquetado educativo”.
- Difundir información sobre mercados de productos saludables a la industria.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público:

- Analizar instrumentos hacendarios encaminados a promover el consumo de alimentos saludables.

En general, este acuerdo buscó mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población mexicana sobre los alimentos que estos consumían mediante un etiquetado útil y fácil de entender para la población para poder disminuir el consumo de azúcar. También buscó precios asequibles para las frutas y verduras, ya que durante los últimos años se habían registrado una disminución del consumo de estos. Se enfocó mucho en la prevención, información y comunicación con la población para mejorar la calidad de su alimentación e incrementar la actividad física de estos. (Secretaría de Salud, 2010)

Pese a las acciones desarrolladas entre 2006 y 2012, los datos presentados por la ENSANUT en 2012 continúan indicando un aumento en el problema. Para este último año, el sobrepeso y la obesidad pasaron de 69.3% a 71.3% a nivel nacional. La prevalencia en mujeres fue de 73%, y de este, 37.5% fue de obesidad y 35.5% de sobrepeso, lo que indica que para ese año la obesidad en mujeres ya había sobrepasado al sobrepeso. Por otro lado, la prevalencia en hombres fue de 69.4%, de dicho porcentaje 42.6% estuvo representado por el sobrepeso y 26.8% por la obesidad.

El comportamiento por tipo de localidad fue el siguiente: las mujeres de zonas urbanas presentaron una prevalencia de 72%, y como los datos a nivel nacional lo muestran, en las mujeres de estas zonas presentaban mayor obesidad 37.1% que sobrepeso 34.9%. En mujeres de zonas

rurales la prevalencia fue de 69%. En ellas la tendencia continuó siendo como la de los años anteriores ya que el sobrepeso (37.2%) fue mayor que la obesidad (31.8%).

En los hombres de zonas urbanas la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 71.7%, en donde el sobrepeso representó 42.9% y la obesidad un 28.8%. En las zonas rurales, la prevalencia fue de 61.1%, 10.6% menos que la población masculina de las zonas urbanas, del cual 41.4% correspondía al sobrepeso y 19.7% a la obesidad.

Dado que los datos presentados por la ENSANUT en 2012 mostraban que los índices del problema no habían disminuido, se creó por decreto presidencial, la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Esta tuvo como objetivo promover la consolidación de una cultura que facilitara adoptar y mantener un estilo de vida saludable a cada mexicano. Estaba compuesta por tres pilares que eran: salud pública, atención médica y, regulación sanitaria y política fiscal, los cuales apuntaban principalmente a la promoción, difusión, divulgación, concientización y sensibilización sobre la salud, enfermedades, los cuidados que debían adoptarse y los riesgos que representaban la obesidad y sobrepeso.

De acuerdo con la Organización Panamericana para la Salud, los objetivos consensuados en la Estrategia fueron los siguientes:

- Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo, con la colaboración de los sectores público, privado y social.
- Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y consumo de agua simple potable.
- Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas.
- Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.
- Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
- Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de esa edad.

- Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos.
- Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.
- Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, haciendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos tamaños de porciones reducidas.
- Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio.

De igual forma, derivado de la Estrategia Nacional para la prevención y el Control del Sobrepeso y la Obesidad, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) diseñó la famosa campaña “Chécate, Mídete, Muévete” que fue difundida de manera conjunta con la Secretaría de Salud y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Dicha campaña fue diseñada precisamente para la prevención y control del sobrepeso y la obesidad. Contenía tres mensajes fundamentales: vigilancia médica del estado de salud, alimentación sana y actividad física. Fue difundida en medios masivos de comunicación en todo el país; los mensajes motivaban a la población a acudir a instancias de salud para realizarse un chequeo médico y recibir orientación en salud.

Para 2016 la prevalencia nacional de obesidad y sobrepeso fue de 72.5%. La prevalencia en mujeres fue de 75.6%, del cual 38.6% era por obesidad y 37% por sobrepeso. En el caso de los hombres se registró una prevalencia de 69.4%, 41.7% en obesidad y 27.7% en sobrepeso. (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2016)

Los patrones en las mujeres cambiaron ya que la prevalencia en mujeres de zonas rurales fue de 74.7% y la de las mujeres de zonas urbanas de 72.2%. En el caso de las mujeres de zonas rurales continuó siendo mayor el sobrepeso (38.8%) que la obesidad (35.9%), pero por una mínima diferencia. En las mujeres de zonas rurales continuó en asenso la prevalencia de la obesidad con un 34.8% y la del sobrepeso registró 38.8%.

En el sector masculino, las diferencias entre los hombres de zonas urbanas y los de zonas rurales prácticamente desaparecieron. Los primeros presentaron una prevalencia de 69.9%, del cual 40.3% padecía sobrepeso y 29.6% obesidad. En los segundos la prevalencia fue de 67.5%, en donde 46% estaba representado por el sobrepeso y 21.5% por la obesidad.

En 2018 el sobrepeso y obesidad a nivel nacional fue de 75.2% en adultos de 20 años y más. El sobrepeso representó 39.1%, mientras que la obesidad fue de 36.1. La prevalencia de obesidad y sobrepeso en mujeres fue de 76.8%, 36.6% corresponde al sobrepeso y el 40.2% a la obesidad. Por otro lado, la prevalencia en hombres fue de 73%, siendo mayor el sobrepeso con 42.5% que la obesidad con 30.5%.

Es de notarse que la tendencia de años anteriores continua, ya que el problema prevalece al registrar un 3.8% más en mujeres que en hombres y en estas se manifiesta mayormente la obesidad, mientras que en los hombres el sobrepeso continúa dominando.

Una de las más recientes medidas del gobierno para combatir la obesidad, dado que los números parecen indicar que esta continua en aumento, fue la reforma a la Ley General de Salud que modifica el etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas.

En 2015 se creó una medida regulatoria, un Sistema de Etiquetado Frontal de Alimentos y bebidas (SEFAB) que delimitaba a diversos productos alimenticios en el mercado para adherir las Guías Diarias de Alimentación (GDA); estas indican la cantidad y el porcentaje de grasa saturada, otras grasas, azúcares totales, sodio y energía en kilocalorías que contiene el envase y las porciones, además de esto, la etiqueta contiene una leyenda: % de los nutrimentos diarios.

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) por medio del “Comité de expertos académicos nacionales del etiquetado frontal de alimentos y bebidas no alcohólicas para una mejor salud” integrado por 31 profesionales, y la ENSANUT encontraron que los consumidores e incluso estudiantes universitarios de nutrición mostraban dificultades para interpretar los datos contenidos en las etiquetas.

El comité de expertos del INSP publicó un artículo en 2018, en el que no solo emitieron sus conclusiones acerca de la funcionalidad del etiquetado, sino que también llegaron a la conclusión de que sería preferible una forma más sencilla de etiquetado que permitiera evaluar de manera más

rápida la calidad del producto. Es a partir de ello que se comenzó a trabajar en la propuesta del nuevo etiquetado. (Salud Pública, 2018)

Finalmente, a principios de octubre de 2019 se aprobó en la Cámara de Diputados la reforma a la Ley General de Salud, a finales del mismo mes se aprobó en la Cámara de Senadores. Dicha ley conducía a la adopción de un sistema de etiquetado frontal más efectivo. Posteriormente el Ejecutivo promulgó la Norma Oficial Mexicana sobre las especificaciones de etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados (NOM-051), la cual fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de marzo de 2020. (Diario Oficial de la Federación, 2020)

El objetivo de la NOM-051 era que proporcionara información simple y clara sobre el contenido del producto que pudiera afectar de manera negativa la dieta y la salud de los individuos, todo esto mediante la aplicación de etiquetas de advertencia en el frente del envase que indican si el producto contiene un exceso de nutrientes críticos como azúcares, grasas saturadas, trans y sodio; y calorías. Los sellos se establecen cuando el producto contiene uno o más de los ingredientes anteriormente mencionados en cantidades excesivas, aunque cabe destacar que estos sellos no aplican en productos con un solo ingrediente, ya sea aceite, sal o azúcar. Lo que define si un producto va a portar o no un sello está determinado por el Modelo de Perfiles de Nutrientes de la OPS. Dichos perfiles están basados en las recomendaciones de nutrientes establecidos por la OMS para prevenir enfermedades crónicas.

## ***1.2 Enfermedades Crónico-Degenerativas***

Las enfermedades crónico-degenerativas o también conocidas como enfermedades no transmisibles (ENT) se han convertido en un reto para los sistemas de salud de todo el mundo dado su crecimiento acelerado en la población en las últimas décadas.

Las ENT causan anualmente cerca de 41 millones de defunciones en el mundo, que representa el 71% de la mortalidad. De dicha cifra, 44% es causada por enfermedades cardiovasculares, el 22% se debe al cáncer, 9% enfermedades respiratorias y, por último, el 4% se atribuye a la diabetes.



De acuerdo con las OPS, las enfermedades crónicas, también conocidas como enfermedades no transmisibles (ENT) son padecimientos de larga duración y lenta progresión que suelen ser producto de diferentes factores genéticos, fisiológicos, ambientales o conductuales. Asimismo, señala que una de las causas principales en la actualidad se debe a la alimentación poco saludable y a la inactividad física. (Organización Panamericana de la Salud, 2011)

Los principales tipos de enfermedades crónicas son las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Son estas enfermedades las principales causas de mortalidad en el mundo, tan solo en el 2016 el 70% de las muertes fueron causadas por enfermedades crónicas.

Aunque es un problema que afecta a todo el mundo, la incidencia es mayor en países de medianos y bajos ingresos, ya que aproximadamente en dichos países el 75% de las muertes se asocian a las enfermedades mencionadas. (Organización Mundial de la Salud , 2018).

Se ha comprobado que el sobrepeso y la obesidad son el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles. En el caso específico de México esta condición está asociada con enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, cardiopatías y principalmente hipertensión; así mismo enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2, algunos tipos de cáncer (hígado, próstata, vesícula biliar, riñones y colon), y trastornos en el aparato locomotor como la osteoartritis. (Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease, 2017)

El papel de la obesidad es importante en el desarrollo de diferentes síndromes, esto se debe a que no es homogénea y la distribución de la grasa juega un papel importante en las diferentes alteraciones metabólicas, como la resistencia a la insulina y desórdenes relacionados con la mediación de esta última.

El caso de las dislipidemias es un ejemplo de trastornos que son en su mayoría desarrollados por la obesidad. Las dislipidemias son trastornos en los lípidos en la sangre que se caracterizan por el incremento de los niveles de colesterol e incrementos de las concentraciones de triglicéridos. Estas suelen acompañar a padecimientos como la diabetes mellitus tipo 2, el síndrome metabólico y la insuficiencia renal (Soca y Enrique, 2009).

Las dislipidemias secundarias (aumento de colesterol y triglicéridos) se presentan mayormente en adultos y la principal causa de su desarrollo es el consumo de elevadas grasas saturadas y un estilo de vida sedentaria que provoca el incremento del peso corporal. Debido a ello es que se le relaciona ampliamente con la obesidad y el sobrepeso. (Ibid.)

La asociación entre resistencia a la insulina y la obesidad figuran también en el desarrollo de diabetes mellitus. Esta es una enfermedad crónica multicausal que en su etapa inicial no produce síntomas.

La diabetes se caracteriza por hiperglucemia como consecuencia de defectos en la secreción y el funcionamiento de la insulina. Cuando una persona tiene diabetes, la producción de la insulina disminuye de tal manera que se altera todo el mecanismo regulador: las elevaciones de la glucosa sanguínea no son seguidas por un aumento suficiente de la insulina, la glucosa no puede penetrar en las células y su cantidad continúa elevándose. (Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2001)

La hiperglucemia crónica está asociada con lesiones en órganos como los ojos, nervios, riñones, vasos sanguíneos y corazón. Debido a esto es que la diabetes mellitus ocasiona graves complicaciones de salud como infartos, ceguera, fallas renales, amputaciones de las extremidades y muerte prematura. Se ha determinado que el principal factor de riesgo modificable de la diabetes mellitus es la obesidad y sobrepeso. (Hernández-Ávila et al., 2013) (Lozano, 2006)

La hipertensión arterial es otro padecimiento cardiovascular en el que la obesidad tiene un papel predictivo para su desarrollo debido a las anormalidades en el metabolismo de la glucosa y las alteraciones en la insulina.

De acuerdo con la OMS, la hipertensión es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión sumamente elevada lo que incrementa el trabajo al que es sometido el corazón, y esto a su vez provoca un mayor riesgo de desarrollar enfermedades del corazón o cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca e infartos, así como deficiencia renal, ceguera e incluso deterioro cognitivo. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Dentro de sus principales factores de riesgo se encuentran el sobrepeso y la obesidad por una serie de elementos. En primer lugar, la relación se da por los malos hábitos alimenticios que son la causa principal de ambos padecimientos, así como la falta de actividad física, los niveles de

colesterol y las modificaciones de los niveles de glucosa e insulina. (Organización Mundial de la Salud, 2013a)

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo. La principal enfermedad cardiovascular que ha presentado un incremento acelerado es la hipertensión arterial. De 2000 al 2010, la prevalencia a nivel mundial se incrementó de 5.2%. Actualmente la prevalencia es de 31.1% en adultos mayores de 20 años.

Al analizar el panorama epidemiológico de 1970 a la actualidad se pueden observar cambios sumamente significativos como las principales causas de muerte en México. En 1970 la principal causa de muerte eran enfermedades transmisibles como la influenza y neumonía, sarampión, enteritis y otras enfermedades diarreicas. En cuanto a las enfermedades crónico-degenerativas como enfermedades del corazón o enfermedades cerebrovasculares, únicamente representaron el 18.7% de los fallecimientos registrados. Para 1980 las principales causas de muerte en México cambiaron significativamente y el cambio más importante correspondió a las enfermedades del corazón. En 1970 el 6.9% de las defunciones se debieron a dichas enfermedades, mientras que en 1980 el porcentaje se incrementó a un 12.2%, convirtiéndose en la segunda principal causa de muerte en el país.

Otro cambio significativo fue la diabetes mellitus que en 1970 no se tuvieron registros de muerte por padecerla, sin embargo, para 1980 se registraron 3.6% de defunciones por esta causa. Se logró identificar que la diabetes mellitus era la causa principal de muerte a partir de los 45 años. Asimismo, se mostraba una tendencia creciente de los 25 años en adelante ya que la prevalencia de diabetes oscilaba entre 2% y 5%.

En 1986 la hipertensión se consideró como un padecimiento común ya que la prevalencia en mexicanos mayores de 20 años variaba entre 15 % y 20%, aunque expertos afirmaban que no se conocía con certeza la magnitud real del problema. Además, se convirtió en un factor de riesgo relevante para enfermedades como aterosclerosis y elevaba la morbilidad y mortalidad por las demás enfermedades cardiovasculares o renovasculares (González-Camaño et al., 1986).

Es importante destacar que desde 1986 se comenzaba a considerar y reconocer la importancia de la obesidad como factor de riesgo en la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas en México.

El predominio de los padecimientos como la hipertensión arterial, la diabetes y las dislipidemias comenzó a provocar una alta prevalencia y complicaciones de enfermedades del corazón, neoplasias y enfermedades cerebrovasculares. Dicho efecto se vio reflejado en 1999 ya que las enfermedades mencionadas ocuparon el 1º, 2º y 5º lugar en causas por mortalidad. (Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2001)

En 1995 la OMS estimó que la causa más frecuente de mortalidad a nivel mundial eran las enfermedades cardiovasculares, rebasando a las enfermedades infecciosas o parasitarias. De igual manera, reconoció que el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares avanzaba aceleradamente tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

Para el año 2000 en México se identificó una prevalencia de hipertensión arterial de 30.7% que representó aproximadamente 15 millones de personas. Se encontró que la prevalencia fue mayor en hombres (32.6%) que en mujeres (29%). Dicha prevalencia varió por edad, en adultos mayores de 70 años la prevalencia fue de 53.6%, mientras que en edades de 20 a 29 años fue de 17%.

Otro importante dato que la ENSANUT rescató fue que la hipertensión arterial se presentó en mayor proporción en la población con menor escolaridad, 35.3% en los que tenían educación básica y 44% en los que no tenían ningún tipo de escolaridad; en los que tenían mayor escolaridad la proporción osciló entre 22 y 25%. (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2000).

El panorama de la diabetes en el 2000 fue muy similar al de la hipertensión. La prevalencia de este padecimiento por diagnóstico en mayores de 20 años fue de 5.8%. Al igual que en la hipertensión, la prevalencia se presentó ligeramente mayor en hombres (7.8%) que en mujeres (7.2%). Asimismo, se ubicó en niveles más altos entre personas mayores de 70 años, siendo esta del 22.4%, mientras que el grupo de edad que presentó menor prevalencia fueron los individuos de entre 20 a 39 años.

En 2006 la prevalencia de hipertensión arterial en adultos mayores de 20 años fue de 31.6%. Por diagnóstico previo el porcentaje fue mayor en mujeres que en hombres. Un importante dato es que el 47.8% de los adultos que padecían hipertensión no habían sido diagnosticados, es decir, que su diagnóstico fue producto de la realización de la Encuesta. (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006)

La diabetes en 2006 tuvo un aumento, pues la ENSANUT registró que pasó de 5.8% por diagnóstico médico previo a 7.2% en adultos mayores de 20 años.

En 2010 la hipertensión arterial afectaba al 31.5% de los mexicanos mayores de 20 años. Las estimaciones revelan que anualmente son diagnosticados 450,000 casos nuevos en México y las cifras podían llegar a duplicarse dado que cerca del 47.3% de las personas con hipertensión desconocen que la padecen. (Campos-Nonato et al., 2018)

Para 2012 la prevalencia de diabetes por diagnóstico fue de 9.2% a nivel nacional en adultos mayores de 20 años, 8.6 millones de esos casos fueron atribuibles al sobrepeso y la obesidad. Se pudo observar una diferencia de la prevalencia al categorizarla por sexo, en mujeres la prevalencia fue de 9.67% y en hombres fue de 8.6%. Cabe destacar que ese año, el grupo de edad que se vio más afectado fueron los adultos de entre 40 y 60 años. (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012)

Dado el panorama de las enfermedades no transmisibles y su declaratoria como un problema sanitario mundial, la OMS desarrolló el Plan de Acción mundial sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020. Este plan proporcionó una ruta de opciones de política a todos los Países miembros.

El objetivo del Plan era “Reducir la carga prevenible y evitable de la morbilidad, discapacidad y mortalidad debidas a las ENT mediante la colaboración y cooperación multisectorial en el ámbito nacional, regional y mundial, de modo que las poblaciones alcancen el grado más alto posible de salud y productividad a todas las edades y esas enfermedades dejen de suponer un obstáculo para el desarrollo socioeconómico”. (Organización Mundial de la Salud, 2013b)

En cuanto a las acciones regionales se encuentra la Estrategia para la prevención y control de las Enfermedades No Transmisibles 2012-2025, la cual fue aprobada en 2012 durante la Conferencia Sanitaria Panamericana. Dicha estrategia se compone de cuatro líneas estratégicas:

- Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT.
- Factores de riesgo y factores protectores.
- Respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo.
- Vigilancia e investigación. (Organización Panamericana de la Salud, 2013)

Para 2013 se creó el Plan de Acción para la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas 2013-2019, el cual fue aprobado dicho año en el Consejo Directivo por la Organización Panamericana de Salud (OPS). En ese Plan se proponen acciones a nivel regional y nacional con base en la Estrategia (regional) para la prevención y control de las Enfermedades No Transmisibles 2012-2025. Las acciones propuestas son iniciativas y mecanismos multisectoriales centrados en cuatro ENT que representan mayor carga en la región como lo son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, diabetes mellitus y las enfermedades respiratorias crónicas. (Organización Panamericana de la Salud, 2014)

En cuanto a los esfuerzos en México, se ha visto mayor enfoque por atender la diabetes. En 2013 se creó la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Se procuró así, contar con una estrategia que permitiera tener elementos para dimensionar el problema, así como diseñar las líneas de acción que pudieran facilitar el trabajo del sistema de salud, y la participación de los actores del sector privado y la sociedad civil.

Pese a los esfuerzos de los diferentes organismos de salud y del Gobierno mexicano, la prevalencia de diabetes por diagnóstico se incrementó a 9.4% en 2016. La prevalencia en mujeres fue de 20.3%, mientras que en hombres fue de 8.4%.

Como era de esperarse, las defunciones por diabetes en México fueron aumentando de forma acelerada con el paso de los años. En 1980 se registraron 14, 626 defunciones, para 1990 el registro fue de 25, 782. Los números se dispararon a partir del 2000, en dicho año hubieron 46, 614 defunciones por diabetes, mientras que para 2010 se registraron 82, 964. Por último, en 2016 las defunciones ascendieron a 105, 574.

La prevalencia de hipertensión arterial en países subdesarrollados había sido de 40%, en el caso de México la prevalencia en 2016 fue de 25.5%. De acuerdo con la ENSANUT, el 24.6% de los mexicanos con un nivel socioeconómico bajo padecían hipertensión, y únicamente el 47.1% había sido diagnosticado. En dicho año se puede identificar la problemática de las poblaciones en situaciones vulnerables en México, ya que la prevalencia de hipertensión es alta, sin embargo, el porcentaje de personas que reciben un tratamiento es bastante alarmante.

En 2018 la prevalencia de diabetes por diagnóstico previo incrementó a 10.3%, cerca de 8.6 millones de mexicanos de 20 años o más que la padecían. La tendencia para ese año continuó ya

que prevalencia en mujeres fue más alta (11.4%) que en hombres (9.1%). (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2018)

De acuerdo con los resultados de la ENSANUT, en 2018 el 18.4% de la población de 20 años o más padecía hipertensión arterial y habían sido previamente diagnosticados. Las mujeres sobrepasaron el porcentaje nacional ya que 20.9% de estas la padecían, mientras que en los hombres el porcentaje fue de 15.3%.

En la actualidad se estima que más de 70% de las muertes en adultos son por causa de las enfermedades crónico-degenerativas y como se menciona en párrafos anteriores, gran parte de estas enfermedades se encuentran relacionadas con la alimentación y el consumo de bebidas azucaradas. (Salud Pública, 2018)

Como parte de las acciones nacionales emprendidas para la prevención de la hipertensión se encuentra la organización de campañas en los medios de comunicación, así como la implementación de estrategias de control en los sistemas de salud. Además, se crearon clínicas en el Instituto Nacional de Cardiología con el objetivo de ofrecer atención especializada en enfermedades cardiovasculares como la hipertensión.

En las clínicas dedicadas al tratamiento y atención de la hipertensión se desarrolla un proyecto enfocado en las causas principales del control inadecuado de dicho padecimiento. Sin embargo, hasta el momento se tienen resultados insuficientes en materia de información, prevención, y apego a tratamientos y control de factores de riesgo como alta ingesta de sal y obesidad. (Secretaría de Salud, 2018)

### ***1.3 Costos Económicos Y Sociales***

En la actualidad la obesidad y el sobrepeso además ser un grave problema de salud, también representa altos costos sociales y una importante carga financiera para el Estado y la sociedad de los países en los que se presenta.

Los padecimientos asociados con el sobrepeso y su respectivo tratamiento representan fuertes cargas a los presupuestos de salud de las naciones debido a que desencadena una serie de

enfermedades no transmisibles que no solo implican un alto costo tratarlas, sino que provocan mayor ausentismo laboral y reducen la productividad. Además de los elevados costos económicos, la obesidad trae consigo altos costos sociales ya que disminuye la calidad de vida de quienes la padece, esto se debe en parte por las diferentes enfermedades crónico-degenerativas que produce. A lo largo de los años, la esperanza de vida se ha ido reduciendo considerablemente debido a estos padecimientos. Un ejemplo de ello es México, ya que la población vive en promedio 4.2 años menos que la media mundial debido a dicha condición. El desafío para la sociedad y el sistema de salud es grande y su dimensión mantiene una tendencia de crecimiento.

De acuerdo con estimaciones del McKinsey Global Institute, tan solo en 2014 el costo de la obesidad y el sobrepeso a nivel mundial fue aproximadamente 2.8% del PIB global. Por otro lado, la OCDE prevé que en un futuro las altas tasas de prevalencia de obesidad y sobrepeso reducirán el PIB mundial en un 3.3% y en los próximos 30 años estará cobrando la vida de 92 millones de personas en el mundo. (McKinsey Global Institute, 2014; OCDE, 2019b)

Se estima que los países de la OCDE, el G20 y la Unión Europea (UE) gastan 425 mil millones de dólares por año en la obesidad. Además de que como se menciona en párrafos anteriores, el sobrepeso y las ENT afectan la productividad laboral. Las personas que tiene al menos una enfermedad no transmisible tienen un 8% menos de probabilidades de estar empleada el año siguiente y, de estar empleadas tiene altas probabilidades de estar ausentes o de simplemente no ser igual de productivas que la media. (OCDE, 2019b)

Cifras de la OCDE indican que en la actualidad el sobrepeso y la obesidad en México representan el 8.9% del gasto en salud, asimismo reduce la producción del mercado de trabajo equivalente a 2.4 millones de trabajadores a tiempo completo por año. En total, los gastos generados por la obesidad equivalen a una reducción del PIB de México en un 5.3%. Esto es alarmante, ya que, de todos los países analizados por la OCDE, el mayor impacto económico percibido por este padecimiento es el de México. (OCDE, 2019a)

En México se ha observado que los costos económicos atribuibles a la obesidad y el sobrepeso han ido incrementando a la par con las tasas de prevalencia de este padecimiento y las enfermedades atribuibles a este.



En 2000, la atención médica a enfermedades cardiovasculares costó 30.8 millones de pesos, la diabetes mellitus tipo 2 sumó 22.6 millones de pesos, el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes 33 millones de pesos, mientras que en adultos el costo fue de 759 millones de pesos. En total, el costo directo que representó la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad (enfermedades cardiovasculares, hipertensión, algunos tipos de cánceres, diabetes mellitus tipo 2, osteoartritis) fue de 88 mil millones de pesos.

En cuanto a los costos indirectos se tuvo que el Ingreso Perdido por Muerte Prematura (IPMP) fue de 9,845 millones de pesos, los Ingresos Perdidos por Ausentismo Laboral del Trabajador Enfermo (IPALTE) fueron 10,183 millones de pesos, mientras que los Ingresos Perdidos por Ausentismo Laboral del Cuidador (IPALC) fueron 2,255 millones de pesos. El total de los costos indirectos en 2000 (IPMP; Ingresos perdidos por ausentismo laboral del trabajador enfermo y quien cuida al enfermo; subsidios de corto plazo, pensión de invalidez, pensión de vida, pensión de invalidez y vida) fueron 23,132 millones de pesos. (Secretaría de Salud, 2015)

En 2006 el costo de la atención a enfermedades cardiovasculares fue de 32,880 millones de pesos; la diabetes mellitus tipo 2 registró un costo de 44,862 millones de pesos, el tratamiento de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes 38,219 millones de pesos, mientras que el tratamiento en adultos costó 969 millones de pesos. El costo directo de la atención médica a enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad fue de 118,692 millones de pesos.

Para ese año, el IPMP fue de 13,996 millones de pesos, el IPALTE fue de 15,093 millones de pesos, el IPALC fue 3,864 millones de pesos. En total, el costo indirecto del sobrepeso y la obesidad en 2006 ascendió a 34,356 millones de pesos.

En 2010 la atención de enfermedades cardiovasculares costó 36,349 millones de pesos, la diabetes mellitus tipo 2 tuvo un costo de 54,782 millones de pesos, el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes 40,999 millones de pesos, mientras que en adultos el costo fue de 996 millones de pesos. El costo directo total del sobrepeso y la obesidad para dicho año fue de 135 millones de pesos.

Ese mismo año, el IPMP fue de 21,609 millones de pesos, el IPALTE fue de 23,110 millones de pesos, el IPALC fue de 6,310 millones de pesos. El costo indirecto total atribuible al sobrepeso y la obesidad fue de 53,331 millones de pesos.

Para 2014 el costo de la atención a enfermedades cardiovasculares fue de 40,136 millones de pesos, la diabetes mellitus tipo 2 registró un costo de 63,656 millones de pesos, el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes 44,097 millones de pesos, mientras que en adultos el costo fue de 1,003 millones de pesos. El costo total directo del sobrepeso y la obesidad fue de 151,894 millones de pesos, lo que fue equivalente al 34% del gasto total en atención médica.

En tanto a IPMP de ese año fue de 28,573, el IPALTE ascendió a 31,590 millones de pesos y el IPALC fue de 9,353 millones de pesos. En total, el costo indirecto registrado fue de 72,743 millones de pesos.

Las estimaciones de la Secretaría de Salud indican que el costo directo de la obesidad en 2017 fue de 163,064, mientras que el costo indirecto fue 78,801 millones de pesos. Se estima que el costo total atribuible al sobrepeso y obesidad fue de 241,866 millones de pesos.

De acuerdo con la tendencia que presenta el país, se estima que para 2023 el costo directo de la obesidad sea de 184,981 millones de pesos, y el costo indirecto de 88,600 millones de pesos, dando un total de 273,582 millones de pesos. (Secretaría de Salud, 2015)

Por último, además de los costos mencionados, se considera que el sobrepeso y la obesidad son una causa de empobrecimiento, esto debido a que disminuyen la productividad laboral. Aunado a ello, hay altos gastos en salud que producen las enfermedades crónicas relacionadas. Tan solo en 2014 el 12% de la población en situación de pobreza padecía diabetes, de los cuales el 90% de los casos eran atribuibles al sobrepeso y obesidad. (Hernández-Ávila et al., 2013)

## **CAPÍTULO 2. POLÍTICA FISCAL, UNA ESTRATEGIA PARA COMBATIR LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN MÉXICO.**

El presente capítulo tiene como objetivo analizar el Impuesto Saludable como política regulatoria para disminuir el consumo de bebidas azucaradas en México. En el primer apartado se ahonda en asignación del IEPS a bebidas azucaradas; mientras que en el segundo apartado se analiza el cabildeo, la participación de los distintos sectores en la creación, desarrollo y difusión del Impuesto Saludable; por último, en el tercer apartado explicamos el Impuesto Saludable como política regulatoria.

### ***2.1 Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios a Bebidas Azucaradas.***

El Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios es un impuesto federal que como su nombre lo indica es especial. Se aplica a la producción bienes y servicios determinados. La aplicación se hace a bienes y servicios que, por lo general, causan algún perjuicio social o su consumo no es precisamente deseado. (Procuraduría de la Defensa del Contribuyente, s. f.)

A diferencia del Impuesto al Valor Agregado (IVA), el IEPS es un impuesto indirecto, debido a que los contribuyentes no lo pagan de manera directa, sino que lo trasladan o cobran a sus clientes y el contribuyente únicamente lo reporta al Servicio de Administración Tributaria (SAT). (Servicio de Administración Tributaria, s. f.)

El IEPS entró en vigor en México el 30 de diciembre de 1980, este es regido por la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (LIEPS).

De acuerdo con el artículo 1º de la LIEPS, los sujetos del impuesto son las personas físicas y morales que realizan determinados actos o actividades como: la enajenación en territorio nacional, o en su caso, la importación de los bienes señalados en la Ley; así como la prestación de los servicios señalados en la ley del IEPS. (Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios, 2019)

Algunos de los bienes que grava el IEPS por enajenación o importación son: Bebidas alcohólicas, cerveza, alcoholes, alcohol desnaturalizado y mieles incristalizables; tabacos labrados; combustibles automotrices, combustibles fósiles y no fósiles; bebidas energizantes, bebidas con azúcares añadidos; plaguicidas; alimentos con alto contenido calórico (densidad calórica de 275 kilocalorías o mayor por 100 gramos: botanas, productos de confitería y derivados del cacao, etc.

De igual manera, el IEPS tiene por objeto gravar los servicios por comisión, mediación, agencia, representación, correduría, consignación y distribución con motivo de enajenación de bienes como: bebidas alcohólicas, cervezas, alcoholes y mieles, tabacos labrados, bebidas energizantes, plaguicidas y alimentos con alto contenido calórico. Por último, se gravan los servicios de juegos de apuestas, sorteos, y telecomunicaciones

El impuesto se calcula aplicando los valores que establece la LIEPS, la tasa que para cada bien o servicio que establece el artículo 2º o, en su caso, la cuota que establece dicha ley. Cabe destacar que la tasa del IEPS no es sustitutiva al Impuesto al Valor Agregado, incluso, el IEPS forma parte de la base imponible para el IVA. La única excepción en que la base imponible para el IVA no incluye el pago por IEPS, se encuentra en el artículo 2º.-A de la LIEPS que trata sobre los combustibles automotrices.

El 2 de abril de 2013, el expresidente de la República, Enrique Peña Nieto, instruyó a la Secretaría de Salud en el sentido de elaborar una Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. El tercer pilar de dicha estrategia se refirió a la política normativa y fiscal, que incluyó impulsar un nuevo etiquetado frontal claro y sencillo, así como la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida al público infantil. Este pilar también comprendió políticas fiscales para reducir el consumo de alimentos y bebidas de escaso valor nutricional.

Derivado de los pilares de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, el 8 de Septiembre de 2013 el Titular del Ejecutivo Federal presentó un proyecto de iniciativa de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios, en el que se proponía establecer un impuesto a la enajenación e importación de bebidas saborizadas con azúcares añadidas.

La iniciativa del IEPS a bebidas azucaradas surge del trabajo conjunto de diversas instituciones, como el Gobierno Federal, el Congreso, la academia, las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y los organismos internacionales; los que conforman un grupo intersectorial con representación de la mayoría de los sectores interesados en la aplicación de políticas fiscales para favorecer la salud de la población mexicana.

El argumento principal de la propuesta se basó en el problema de sobrepeso y obesidad que se ha acentuado en México, al registrar un incremento significativo en los últimos años. El efecto negativo que ejerce sobre la población que los padece es el incremento de riesgo de padecer ENT.

Añade que, por su magnitud y ritmo de crecimiento, el sobrepeso, la obesidad y las ENT, de manera muy particular la diabetes, representan un grave problema sanitario con efectos significativos en la población mexicana, y que esto a su vez afecta la productividad de las empresas, el desempeño escolar y el desarrollo económico del país.

El entonces titular del Ejecutivo Federal destacó el importante costo económico que la obesidad representa, dado su papel como principal causa de enfermedad. Considera de igual forma los costos indirectos asociados con el padecimiento, tales como la muerte prematura, la reducción en la productividad laboral y problemas financieros que algunas familias enfrentan al tener que asumir los elevados costos de un tratamiento contra ENT generadas por el sobrepeso y la obesidad, lo que impide al Estado garantizar el derecho a la protección de la salud en cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Enfatiza también en la paradoja que existe en México, pues en el país se registra un incremento significativo de sobrepeso y obesidad, pero al mismo tiempo existe una mala nutrición por deficiencia, hecho que obedece principalmente al consumo excesivo de las llamadas “calorías vacías”, se trata de alimentos que brindan un aporte energético significativo y nulos o pocos nutrientes necesarios para el organismo.

Señala que este tipo de calorías hace que las reservas de glucosa aumenten rápidamente consiguiendo que las calorías que no se aprovechan se transformen en grasa. Como se menciona en el capítulo anterior, una dieta alta en azúcar contribuye a la ganancia de peso a través de la adición de calorías sin nutrición, calorías vacías, lo que provoca que aumente el apetito y el deseo de

consumir más azúcar; esto eleva los niveles de insulina, lo cual promueve el almacenamiento de grasa.

Cita que de acuerdo con el estudio “Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana” elaborado por el INSP en 2008, la prevalencia de sobrepeso, obesidad y diabetes ha aumentado con rapidez en México, situación que ha sido provocada, entre otros motivos, por el consumo de bebidas entre las que se incluyen refrescos como las menos saludables, debido a que proveen excesivas calorías y ninguno o muy escasos beneficios nutricionales.

Por otro lado, indica que, para la compensación dietética, entendida como el ajuste en la ingestión posterior a una comida, se ha encontrado que en cuanto a los líquidos se muestra una falta absoluta de compensación dietética, lo que sugiere que el organismo no registra la ingestión de energía a partir de bebidas para luego regular el apetito y la ingestión de alimentos.

Asimismo manifiesta que como parte del análisis del problema que se enfrenta, se encontró que la ingestión de energía proveniente de las bebidas representa el 21% del consumo total de energía de adolescentes y adultos mexicanos, cantidad que procede en particular de las bebidas con azúcar añadida, jugos, leche entera y alcohol (en el caso particular de adultos varones), a esto se adiciona la energía proveniente de alimentos de la dieta, lo que contribuye a un consumo excesivo de energía vinculado con la obesidad y diabetes.

Destaca que el tema debe ser analizado no solamente desde una política netamente de salud pública; por lo que se consideraba dicha medida de carácter fiscal que coadyuvaría en el tratamiento del problema público en cuestión.

Bajo ese contexto, explica en la iniciativa que el excesivo consumo de bebidas con azúcar añadida que contribuyen de manera notoria al exceso de ingestión energética es un factor importante en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en México, lo cual representaba un exhorto para la definición de nuevas políticas públicas que favorecieran a la reducción del consumo de dichas bebidas.

Dada la problemática, el Ejecutivo Federal consideró importante reforzar la implementación de políticas y programas efectivos de prevención de obesidad. Algunos de los principales fines eran disminuir los efectos negativos y los costos que genera la atención de los padecimientos.

Por lo que propuso gravar con el IEPS, a través de una cuota específica de 1 peso por litro a las bebidas saborizadas, concentrados, polvos, jarabes, esencias o extractos de sabores, dependiendo del rendimiento, que al diluirse permitan obtener bebidas saborizadas, que contengan cualquier tipo de azúcares añadidas.

Propuso establecer la definición de bebidas saborizadas de la siguiente forma; concentrados, polvos y jarabes, esencias o extractos de sabores que permitan obtener bebidas saborizadas y azúcares, respectivamente. De igual forma, propone definir como azúcares todos los monosacáridos, disacáridos y polisacáridos que se encuentren en los productos gravados con dicho impuesto, siempre que se trate de azúcares añadidas.

En la propuesta se encuentran exentos algunos bienes, aquellos que cuenten con registro sanitario como medicamentos, por ejemplo, el jarabe para la tos; el suero oral la leche en todas sus presentaciones, etc.

Por otro lado, la iniciativa propuso otras modificaciones técnicas que consistieron en establecer la forma en que se debía efectuar el cálculo mensual del impuesto, el momento de causación del gravamen, precisar la base gravable en la enajenación de los bienes y establecer la base gravable aplicable en la importación de los bienes afectos al pago del impuesto. (Cámara de Diputados, LXII Legislatura, 2013)

En conclusión, la iniciativa del entonces titular del Ejecutivo Federal propuso las siguientes reformas:

- Se adiciona un inciso G), a la fracción I, del artículo 2o. de la ley, para gravar con el IEPS la enajenación en territorio nacional e importación definitiva de los siguientes productos: Bebidas saborizadas; concentrados, polvos, jarabes, esencias o extractos de sabores, que al diluirse permitan obtener bebidas saborizadas, y jarabes o concentrados para preparar bebidas saborizadas que se expendan en envases abiertos utilizando aparatos automáticos, eléctricos o mecánicos, precisando que estos grupos de bienes estarán gravados cuando contengan cualquier tipo de azúcares añadidas.
- El impuesto se calculará mediante la aplicación de una cuota de \$1.00 por litro de bebidas saborizadas.

- Por lo que respecta a concentrados, polvos, jarabes, esencias o extractos desabores, el impuesto se calculará tomando en cuenta el número de litros de bebidas saborizadas que, de acuerdo con las especificaciones del fabricante, se puedan obtener.
- Toda vez que se trata de un impuesto que no grava toda la cadena comercial, sino que se aplicará exclusivamente al importador y al fabricante o productor, se reforma el inciso c), de la fracción I, del artículo 8o. de la ley, para establecer que no son contribuyentes del impuesto quienes lleven a cabo las enajenaciones de los bienes gravados cuando se trate de personas diferentes a los fabricantes, productores o importadores.
- Las bebidas energizantes que contengan azúcares añadidas, estarán sujetas al IEPS al previsto en el inciso F), en virtud de los efectos dañinos que pueden ocasionar las bebidas energizantes como estimulantes del sistema nervioso, y el inciso G), por los efectos en la obesidad que están asociados con el consumo de azúcares añadidas (Doble IEPS).
- A efecto de que la cuota no pierda su valor por efectos inflacionarios, se establece que la misma se actualizará conforme a lo dispuesto por los párrafos sexto y séptimo del artículo 17- A del Código Fiscal de la Federación.
- Se define en el artículo 3o., fracciones XVIII, XIX y XX, lo que se debe entender por bebidas saborizadas; concentrados, polvos y jarabes, esencias o extractos de sabores que permitan obtener bebidas saborizadas, y azúcares, respectivamente.
- Por azúcares se entienden todos los monosacáridos, disacáridos y polisacáridos que se encuentren en los productos gravados con este impuesto, siempre que se trate de azúcares añadidas.

Se exentan las siguientes bebidas saborizadas:

Con registro sanitario como medicamentos —por ejemplo, jarabes para la tos—.

- ❖ El suero oral, a pesar de no estar considerada como medicamento, tiene fines terapéuticos de rehidratación al organismo humano.
- ❖ La leche en cualquier presentación, incluyendo la que esté mezclada con grasa vegetal, toda vez que, si bien dicho producto puede llegar a contener azúcares añadidas, también contiene



proteínas de alto valor nutritivo, por lo que su enajenación o importación no debe estar afectada al pago del impuesto.

- ❖ Las que se elaboren en restaurantes, bares y otros lugares en donde se proporcionen servicios de alimentos y bebidas, como puede ser el caso de teatros y cines que cuenten con dichos servicios, ya que en estos casos se está en presencia de prestaciones de servicios y no de enajenación de bienes. Para ello, se propone adicionar un inciso f), a la fracción I, del artículo 8o. de la ley
  
- Se reforman los artículos 5o., párrafo segundo, para establecer la forma en que se debe efectuar el cálculo mensual del impuesto; 10, para establecer el momento de causación del gravamen, y 11, párrafo cuarto, para precisar la base gravable en la enajenación de los bienes.
- En el artículo 14, párrafo segundo, se establece la base gravable aplicable en la importación de los bienes afectos al pago del impuesto.
- Por otra parte, se establecen diversas obligaciones formales: en el artículo 19, fracción I, la de identificar las operaciones afectas al pago de la cuota. En la fracción VIII del numeral citado, la de que los contribuyentes deberán proporcionar al Servicio de Administración Tributaria información trimestral sobre sus principales clientes y proveedores; en la fracción X, la de llevar un control físico del volumen producido o envasado; en la fracción XI, la de que los importadores o exportadores de los bienes gravados estén inscritos en el padrón de importadores y exportadores sectorial; finalmente, se adiciona una fracción XXIII, para establecer que los importadores de concentrados, polvos, jarabes, esencias o extractos de sabores, para los efectos de pagar el impuesto en la importación, deberán manifestar bajo protesta de decir verdad, el número de litros de bebidas saborizadas que, de conformidad con las especificaciones del fabricante, se puedan obtener, y que dichas especificaciones no podrán ser menores a las que el importador manifieste en la enajenación que de dichos bienes haga en el mercado nacional.
- Asimismo, toda vez que se trata de un nuevo impuesto que se causa sobre base flujo de efectivo, se considera adecuado prever una disposición transitoria a fin de que las personas físicas y morales que hasta el 31 de diciembre de 2013, hubieren realizado enajenaciones

de los bienes que estarán gravados, cuyas contraprestaciones se cobren una vez que entre en vigor la medida propuesta, no estarán afectas al pago del IEPS, siempre que los bienes referidos se hayan entregado antes de la fecha mencionada y el pago de las contraprestaciones se realice dentro de los primeros diez días naturales de 2014. Este tratamiento no será aplicable a las operaciones que se llevan a cabo entre contribuyentes que sean partes relacionadas de conformidad con lo dispuesto en la Ley del Impuesto sobre la Renta, sean o no residentes en México, habida cuenta de que no son operaciones entre partes independientes.

Sin embargo, en el “Decreto que compila diversos beneficios fiscales y establece medidas de simplificación administrativa”, publicado el día 26 de diciembre de 2013 en el Diario Oficial de la Federación (DOF), se establece que los alimentos objeto del impuesto que hayan sido entregados durante 2013 y que los pagos correspondientes a las operaciones realizadas en noviembre de 2013 se cobren efectivamente a más tardar en enero de 2014 y las correspondientes a diciembre de 2013, se cobren efectivamente a más tardar en febrero de 2014.

Además del hecho de que la obesidad y el sobrepeso representaban, y continúan representando un problema público, el entonces titular del Ejecutivo Federal creó por decreto presidencial la “Estrategia Nacional para el Control de la Obesidad y Diabetes”, esto con el objetivo de cumplir con las estrategias planteadas por el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, referentes a “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud” y con ello seguir las respectivas líneas de acción, como: reducir la carga de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente diabetes e hipertensión, e instrumentar acciones para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes; por lo que la iniciativa surge como parte de las acciones planteadas en la Estrategia Nacional.

Las disposiciones aprobadas por la Cámara de Diputados fueron las siguientes:

Artículo 2o.

**I**.....

**G) Bebidas saborizadas; concentrados, polvos, jarabes, esencias o extractos de sabores, que al diluirse permitan obtener bebidas saborizadas; y jarabes o concentrados para preparar bebidas saborizadas que se expendan en envases abiertos utilizando aparatos automáticos, eléctricos o mecánicos, siempre que los bienes a que se refiere este inciso contengan cualquier tipo de azúcares añadidos.**

La cuota aplicable será de \$1.00 por litro. Tratándose de concentrados, polvos, jarabes, esencias o extractos de sabores, el impuesto se calculará tomando en cuenta el número de litros de bebidas saborizadas que, de conformidad con las especificaciones del fabricante, se puedan obtener.

Lo dispuesto en este inciso también será aplicable a los bienes mencionados en el inciso F) de esta fracción, cuando contengan azúcares añadidos, en adición al impuesto establecido en dicho inciso F). La cuota a que se refiere este inciso se actualizará conforme a lo dispuesto por el sexto y séptimo párrafos del artículo 17-A del Código Fiscal de la Federación

**Artículo 3o.**

.....

**XVIII.** Bebidas saborizadas, las bebidas no alcohólicas elaboradas por la disolución en agua de cualquier tipo de azúcares y que pueden incluir ingredientes adicionales tales como saborizantes, naturales, artificiales o sintéticos, adicionados o no, de jugo, pulpa o néctar, de frutas o de verduras o de legumbres, de sus concentrados o extractos y otros aditivos para alimentos, y que pueden estar o no carbonatadas.

**XIX.** Concentrados, polvos y jarabes, esencias o extractos de sabores, que permitan obtener bebidas saborizadas, a los productos con o sin edulcorantes o saboreadores, naturales, artificiales o sintéticos, adicionados o no, de jugo, pulpa o néctar, de frutas, de verduras o legumbre y otros aditivos para alimentos.

**XX.** Azúcares, a los monosacáridos, disacáridos y polisacáridos, siempre que en este último caso se utilicen como edulcorantes con aporte calórico.

**Artículo 8o.**

**I** .....

**c) Las que realicen personas diferentes de los fabricantes, productores o importadores, de los bienes a que se refieren los incisos C), D), E), G) y H) de la fracción I del artículo 2o. y la fracción II del artículo 2o.-A de esta Ley. En estos casos, las personas distintas de los fabricantes, productores o importadores, no se consideran contribuyentes de este impuesto por dichas enajenaciones.**

**f) Las de bebidas saborizadas en restaurantes, bares y otros lugares en donde se proporcionen servicios de alimentos y bebidas, bebidas saborizadas que cuenten con registro sanitario como medicamentos emitido por la autoridad sanitaria, la leche en cualquier presentación, incluyendo la que esté mezclada con grasa vegetal y los sueros orales**

#### **Artículo 10.**

En la enajenación de los bienes a que se refiere esta Ley, el impuesto se causa en el momento en el que se cobren las contraprestaciones y sobre el monto de lo cobrado. Cuando las contraprestaciones se cobren parcialmente, el impuesto se calculará aplicando a la parte de la contraprestación efectivamente percibida, la tasa que corresponda en términos del artículo 2o. de esta Ley... **Por las enajenaciones de los bienes a que se refieren los incisos G) y H) de la fracción I del artículo 2o. de esta Ley, el impuesto se causa en el momento en que se cobren las contraprestaciones. Por las enajenaciones de los bienes a que se refiere la fracción II del artículo 2o.-A de esta Ley, el impuesto se causa en el momento en que se cobren las contraprestaciones.**

En el caso de faltante de bienes en los inventarios, consumo o autoconsumo, se considera que se efectúa la enajenación en el momento en el que el contribuyente o las autoridades fiscales conozcan que se realizaron los hechos mencionados, lo que ocurra primero.

Tratándose de donaciones por las que se deba pagar el impuesto, en el momento en que se haga la entrega del bien donado o se extienda el comprobante que transfiera la propiedad, lo que ocurra primero.

#### **Artículo 11.**

Para calcular el impuesto tratándose de enajenaciones, se considerará como valor la contraprestación.

.....

Por las enajenaciones de cerveza en las que el impuesto se pague aplicando la cuota a que se refiere el artículo 2o.-C de esta Ley, los contribuyentes calcularán el impuesto sobre el total de litros enajenados. Tratándose de la cuota por enajenaciones de cigarros u otros tabacos labrados a que se refieren los párrafos segundo y tercero del inciso C) de la fracción I del artículo 2o. de esta Ley, se considerará la cantidad de cigarros enajenados y, en el caso de otros tabacos labrados, la cantidad de gramos enajenados. **Por las enajenaciones de los bienes a que se refiere el inciso G) de la fracción I del artículo 2o. de esta Ley, los contribuyentes calcularán el impuesto sobre el total de litros enajenados de bebidas saborizadas con azúcares añadidos; tratándose de concentrados, polvos, jarabes, esencias o extractos de sabores, el impuesto se calculará tomando en cuenta el número de litros de bebidas saborizadas con azúcares añadidos que, de conformidad con las especificaciones del fabricante, se puedan obtener, del total de productos enajenados.** Por las enajenaciones de los bienes a que se refiere el inciso H) de la fracción I del artículo 2o. de esta Ley, los contribuyentes calcularán el impuesto sobre el total de las unidades de medida, según corresponda. Por las enajenaciones de los bienes a que se refiere la fracción II del artículo 2o.-A de esta Ley, los contribuyentes calcularán el impuesto sobre el total de las unidades de medida, según corresponda.

**Artículo 19.**

.....

**II. Expedir comprobantes sin el traslado en forma expresa y por separado del impuesto establecido en esta Ley, salvo tratándose de la enajenación de los bienes a que se refieren los incisos A), F), G), I) y J) de la fracción I del artículo 2o. de esta Ley, siempre que el adquirente sea a su vez contribuyente de este impuesto por dichos bienes y así lo solicite.**

**VIII. Los contribuyentes de los bienes a que se refieren los incisos A), B), C), F), G), H), I) y J) de la fracción I del artículo 2o. de esta Ley, obligados al pago del impuesto especial sobre producción y servicios a que se refiere la misma, deberán proporcionar al Servicio de Administración Tributaria, trimestralmente, en los meses de abril, julio, octubre y enero, del año que corresponda, la información sobre sus 50 principales clientes y proveedores del trimestre inmediato anterior al de su declaración, respecto de dichos bienes.** Tratándose de

contribuyentes que enajenen o importen vinos de mesa, deberán cumplir con esta obligación de manera semestral, en los meses de enero y julio de cada año.

Las reformas aprobadas por el Congreso fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación (DOF) en diciembre de 2013, y en enero de 2014 entró en vigor el impuesto a las bebidas azucaradas en todo el país.

## ***2.2 Cabildeo de la política regulatoria: Impuesto Saludable.***

El proyecto de iniciativa de ley para gravar las bebidas con alto contenido de azúcar comenzó a tomar fuerza a partir del segundo semestre de 2012, en el marco de la discusión del Paquete Fiscal, donde un grupo de senadores y diputados, encabezado por la senadora Marcela Torres Peimbert, retomó la propuesta, analizó su pertinencia y fundamentación. Se escuchó la opinión del resto de los legisladores, y se encontraron opiniones diversas, algunas argumentaban a favor y otras lo hacían en contra. Fue evidente que aquellos que se mostraron en contra y expresaron argumentos similares a los de la industria refresquera.

A partir de dicho momento, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en México facilitó información y evidencias científicas encontradas a nivel internacional para sustentar la propuesta de colaboración. Añadido a esto, convocó a un grupo de instituciones públicas y privadas interesadas en el tema a reuniones de discusiones técnicas periódicas. De esta forma, pudo establecerse un grupo de trabajo intersectorial.

El grupo mencionado en el párrafo anterior se reunió metódicamente en las oficinas de la OPS para apoyar la propuesta con evidencias científicas a nivel nacionales e internacional, y delinear una estrategia que permitiera llegar a la población general y a los decisores gubernamentales, a modo de preparación, antes de la presentación de la iniciativa de ley en el Congreso de la Unión.

Durante el primer período ordinario del año inicial de ejercicio de la LXII Legislatura, el martes 11 de diciembre de 2012, se presentó la Iniciativa que contiene el proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones a la Ley del IEPS.

Con la iniciativa se pretendía reformar los artículos 2.o, fracción II, inciso a, 4, segundo y cuarto párrafos, 5-A, primer párrafo y 19, fracciones II, tercer párrafo, VIII, X, XI y XIII; y adicionar al artículo 2.o, fracción I, un inciso I y un último párrafo, y al artículo 3, una fracción XVIII, de la Ley del IEPS, para establecer un impuesto a los refrescos y las bebidas azucaradas y pautar que los recursos tributarios recaudados por este concepto se destinarían a satisfacer los gastos que implican las enfermedades provocadas por el consumo de estas, mediante el Sistema Nacional de Salud.

La Iniciativa plasmaba la necesidad de la aplicación de un impuesto especial de 20% sobre el precio de venta al público de cualquiera bebidas y productos para producir bebidas, que se encuentren endulzados con azúcares y, que, por ende, tengan un aporte calórico. Eran abarcados refrescos, concentrados, polvos, jarabes, esencias o extractos de sabores que al diluirse permitan obtener refrescos, ya que como se menciona anteriormente, el contenido de azúcares en dichas bebidas es una de las principales causas del sobrepeso y la obesidad.

Después de haber sido presentada, la Iniciativa fue enviada a la Comisión de Hacienda y Crédito Público de la Cámara de Diputados para que se emitiera un dictamen. Por tratarse de un tema fiscal, la iniciativa fue discutida en el primer período de sesiones del segundo año de la LXII Legislatura. Fue registrada como desechada y se archivó como asunto totalmente concluido.

Pese al resultado negativo obtenido en el primer intento, se continuó con el trabajo conjunto del grupo intersectorial de la OPS en México, con la intención de seguir impulsando la propuesta. De forma paralela, se fomentaron reuniones políticas entre el Senado de la República y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), con el propósito de motivar la inclusión del IEPS a los refrescos en la propuesta de Ley de Ingresos y Reforma Hacendaria que habría de presentarse en septiembre de 2013. Se logró un acercamiento de intercambio técnico entre los promotores del impuesto y la SHCP.

Después de todos los esfuerzos realizados, el 8 de septiembre de 2013, el expresidente de la República, Enrique Peña Nieto, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 71, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), envió la iniciativa de decreto. La Reforma Hacendaria fue avalada por la Cámara de Diputados el 24 de octubre y enviada al Senado de la República para ser analizada y discutida. Así el 31 de octubre de 2013, el Senado concluyó su análisis y después de realizar algunas modificaciones aprobó la propuesta de Reforma

Hacendaria. La Reforma consignada por el Ejecutivo propuso un gravamen a las bebidas y refrescos azucarados de 10%, lo cual se diferencia de la propuesta inicial de los grupos parlamentarios, apoyada por el grupo intersectorial y que era de 20%, desechada en abril de 2013.

Se establecieron alianzas estratégicas con varios sectores, cómo: Poder Ejecutivo y Legislativo, Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) comprometidas con la lucha contra la obesidad en México, organizaciones internacionales como la OPS, representaciones del Sistema de las Naciones Unidas, academias e institutos de investigación. A partir de las alianzas surgieron una serie de reuniones técnicas en el Senado de la República junto a académicos, investigadores, miembros de la OSC y la representación de la OPS en México. En dichas reuniones se revisó la iniciativa y elaboración de una estrategia para posicionarla.

En el grupo intersectorial que se formó se realizaron reuniones de coordinación estratégica e intersectorial para la definición de prioridades y actividades conjuntas, así como la delimitación de roles y responsabilidades particulares, bajo el respeto de las individualidades de cada institución.

Dentro de las actividades conjuntas acordadas destacaron tres foros estratégicos que contaron con una amplia cobertura mediática y que fueron también programados en fechas que tenían relación con momentos clave de discusión que la Iniciativa de ley estaba teniendo tanto en los medios de comunicación, como en el Congreso y la SHCP.

En el primer foro, el Senado de la República y las demás organizaciones se convocaron a periodistas y líderes de opinión, llevó por nombre “Impuestos al refresco: una política fiscal saludable” y se llevó a cabo el 9 de agosto de 2013 en la Ciudad de México. El foro se convocó con la intención de mostrar la importancia de las medidas fiscales como herramientas de reducción de la demanda para desincentivar el consumo de tales productos.

El segundo foro se realizó con el fin de presentar propuestas de política pública para combatir el sobrepeso y la obesidad, y de manera muy específica para discutir el impuesto a las bebidas azucaradas, este foro se denominó “La obesidad en México: políticas públicas e implicaciones económicas”. Dicho foro se llevó a cabo el 26 de agosto de 2013 y tuvo sede en el Instituto Tecnológico Autónomo de México. Fueron convocados economistas, responsables y asesores sobre política económica y fiscal. El foro contó con la participación nuevamente del Senado de la



República, así como representantes de la Secretaría de Salud, la OPS, académicos y Organizaciones de la Sociedad Civil.

El tercer foro fue legislativo, dirigido a senadores y diputados. Se llevó a cabo en la Ciudad de México el 11 de septiembre de 2013. Su objetivo fue destacar la importancia de las medidas fiscales como herramientas de salud pública para la reducción de la demanda. El foro contó con la participación de científicos, académicos, investigadores y legisladores, entre ellos Jaime Delgado, congresista de la República de Perú, quien aportó experiencias legislativas sobre el tema realizadas en su país.

Se crearon estrategias de comunicación, además, se difundieron actividades con mensajes clave y cuestiones relevantes sobre los foros anteriormente mencionados. Las estrategias fueron desarrolladas por las OSC y por expertos en comunicación, dicha estrategia consistió en la colocación de mensajes clave en vallas, paneles publicitarios o afiches en lugares como estaciones de metro, calles y avenidas donde también la industria refresquera colocaba sus anuncios. También, miembros de las OSC y de institutos nacionales de investigación asistieron a programas de televisión y radio, publicaciones de la prensa y en los principales diarios de circulación nacional.

La estrategia de comunicación en el contexto de la promoción de salud y comunicación de riesgos se centró en llamar la atención de los stakeholders, así como en obtener el apoyo y el compromiso de la población e incidir en la manera de cómo se comprende determinado tema, esto con la intención de propiciar cambios de conductas y estilos de vida. El objetivo fundamental de la estrategia de comunicación fue brindar información y evidencias que respaldaran el impuesto a las bebidas y los refrescos azucarados.

En 2012 se conformó la red de OSC “Alianza por la Salud Alimentaria” a partir de un manifiesto; a finales del mismo año inició una campaña con la idea de enfocarse en las medidas fiscales mediante una estrategia de comunicación pública para visualizar el tema de la obesidad y diabetes.

Primero se mostró el problema, segundo se señalaron las causas y tercero, se hicieron propuestas. En dicha campaña hubo planteamientos basados en las recomendaciones de la OCDE y en sugerencias de Oliver de Shutter, Relator Especial de Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación. Asimismo, se mostró la magnitud del problema económico y humano, que se centró

en la causa (el alto consumo de bebidas azucaradas) y en la consecuencia (en ese año México fue catalogado como el mayor consumidor de bebidas azucaradas del mundo).

Integrantes de la Alianza por la Salud Alimentaria presentaron la campaña: “¿Te comerías 12 cucharadas de azúcar? ¿Por qué te las bebes en un refresco?” el 22 de mayo de 2013. Esta campaña tenía como fin de informar y alertar sobre el alto contenido de azúcar que tiene solo un envase de 600 ml de estas bebidas y el riesgo a la salud que representa.

Llevaron a cabo un acto público frente a la Secretaría de Salud, diversas personas cargaron bolsas con 22,99 kg de azúcar que simbolizan la carga para el organismo si se consumen 600 ml de refresco diario (12 cucharadas de azúcar), personas que toman a diario 2 de estas bebidas gaseosas, les toco cargar más peso, ya que en 12 meses estarían comiendo el equivalente a 45.99 kilos de azúcar. (Alianza por la Seguridad Alimentaria, 2013a)

Para octubre de 2013 la Alianza lanza una nueva campaña: “No te hagas daño tomando esas bebidas azucaradas”. El objetivo de esta campaña fue similar a la anterior, se centró en concientización sobre el riesgo a la salud que representa el consumo elevado de este tipo de bebidas, y, a la vez, promovió el consumo de agua, agua con gas, leche sin grasa y té sin azúcar como las mejores opciones de hidratación para el cuerpo. (Alianza por la Seguridad Alimentaria, 2013b)

Finalmente, para diciembre de 2013, fueron publicadas las reformas, en donde se establecía el gravamen a las bebidas azucaradas en México.

### ***2.3 Impuesto Saludable: Política Regulatoria***

Política Pública es una disciplina que nace para estudiar la toma de decisiones en lo público y para incrementar la capacidad de decisión de los gobiernos.

Existe un problema semántico de la política pública, muchos académicos y estudiosos no tienen claro o desconocen la denotación. Esto genera un problema de raíz que evidentemente deviene en consecuencias graves a la hora de diseñar, analizar o evaluar una política pública y sobre todo en un uso indiscriminado de lo que es y hace ésta.

Si bien desde finales del siglo XX ya comenzaba a desarrollarse el concepto de política pública, no fue hasta los inicios del siglo XXI que el concepto se empezó a usar de manera indiscriminada, obedeciendo a una situación más por moda que por conocimiento. A los gobiernos de distintos niveles, especialmente los de América Latina, les dio por pregonar la elaboración de políticas públicas para resolver determinadas situaciones, cuando lo que en realidad están haciendo es politiquería con una notoria falta de conocimiento.

No tener clara la denotación representa una falla nociva para la disciplina. Muchos académicos y estudiosos creen que política pública es todo aquello que el gobierno hace y no necesariamente es así. No podemos decir que las acciones intencionadas de los gobiernos plasmadas en planes de desarrollo, en planes intersectoriales o en discursos políticos son políticas públicas, esto no es más que simple planificación.

En términos objetivos, es necesario tener presente una diferencia clara entre qué es una política pública y qué no. Debe quedar claro que no todo lo que hace el gobierno es política pública. Las acciones de gobierno se clasifican de la siguiente manera:

**Políticas de Estado:** este tipo de acciones son las que están plasmadas en la Constitución y que únicamente son implementadas por el Ejecutivo Federal, por lo que su aplicación es a nivel nacional. Trascienden periodos de gobierno enfocadas en materia estratégica como la política fiscal o exterior. (Vargas Cuanalo, 2007)

**Políticas de Gobierno:** se refiere a las acciones cotidianas y permanentes que se formulan por ramos y competencias administrativas a través de entidades y dependencias pública. Son justamente aquellas acciones intencionadas, ocurrencias o estrategias de un aspirante o gobernante en turno depositadas en los planes de desarrollo estatales, estatales o municipales.

**Política Pública:** A diferencia de las anteriores, política pública son acciones de gobierno con objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad, para la atención efectiva de los problemas públicos, en donde participa la ciudadanía en la definición del problema público y soluciones y sus soluciones son llevadas a cabo por instituciones capaces, operantes y legítimas. (Franco Corzo, 2017)

Esta simple distinción es desconocida e ignorada por muchos, y como se menciona anteriormente, es una falla genérica dañina para la disciplina, pues sino se tiene claro el objeto de estudio difícilmente se tiene avances y sobre todo soluciones a problemas públicos.

Un estado lleno de déficit presupuestal difícilmente podrá implementar políticas públicas a cualquier plazo, especialmente si se trata de un estado paternalista que les da pescados a sus ciudadanos en vez de enseñarles a pescar. El problema con esta tipología de estado radica en su inoperatividad financiera, exceso burocrático y la tendencia populista. Los estados paternalistas no buscan crear políticas públicas sino demagogia pura.

Este tipo de limitación nos remite a la falla anterior, lo que a un estado paternalista le interesa hacer son políticas de gobierno, o pseudopolíticas publicas asistencialistas pro-votos, que dan como resultados políticas poco idóneas y mal planeadas. No hay interés por resolver un problema público sino crear elefantes blancos y déficit presupuestal. Es a raíz de esta problemática fue que surgió como modelo propositivo la gestión pública y la gobernanza. Modelos que proponen un estado más eficiente y eficaz donde la participación del sector social y privado es fundamental en la elaboración de diagnósticos y solución de problemas.

Hay académicos que ven un problema en el adelgazamiento del estado; inclusive se atreven a afirmar una privatización de las políticas públicas (Sojo, 2004). Quien decide que entra o no a la agenda pública es la directriz gubernamental. No hay políticas públicas sin gobierno, puede haber participación conjunta de empresas privadas o ciudadanos en la definición de problema, pero al final quien decide es el gobierno, de lo contrario no estamos hablando de políticas públicas.

Las políticas, tanto su diseño y desarrollo no se dan en un espacio tranquilo y neutro, sino que según T. Lowi, son una arena política en la que desembocan, luchan y conciertan diversas fuerzas políticas. Las cuestiones que una política busca tratar y la manera en la que busca hacerlo termina por fortalecer o debilitar los intereses y expectativas de los grupos sociales que están interesados en esta. Se configuran varias y cambiantes estructuras de poder, según sea la naturaleza de la cuestión y según el tipo de respuesta que se espera de la política previsible. No hay entonces una política en general ni una estructura de poder total que cubra sin excepción a toda una sociedad.

De acuerdo con lo anterior, pareció adecuado insistir en la diferenciación de las políticas y no en una definición general de la política. Por ello, Lowi las clasificó en cuatro tipos: distributivas, regulatorias, redistributivas e institucionales.

**Políticas Distributivas:** Como su nombre lo indica, distribuyen o asignan cierto tipo de privilegios, poderes o recursos con base a determinadas conductas. Hablamos de una combinación de beneficios concentrados, con costos difusos. Como ejemplo tenemos subsidios, subvenciones hacia cierto tipo de actividades, políticas de reparto de tierras, políticas comerciales (aranceles).

**Políticas Redistributivas:** Este tipo de política transfiere recursos a grupos sociales, regiones, es decir que otorga beneficios concentrados, repercutiendo los costos sobre grupos específicos también. Son por ejemplo políticas de carácter social, gravan más a los ricos y con esto puedes emplear programas para un sector específico de la población.

**Políticas Institucionales:** Estas establecen la distribución de los poderes en un entorno social, así como los procedimientos para la adopción de decisiones. Su objeto son las “metas-reglas”, es decir, reglas sobre reglas. Hablamos de cambios estructurales que inciden en las reglas de juego como reformas constitucionales o institucionales. En estas la ciudadanía no está tan presente, son más “insiders” de los que forman parte del sistema político. Cabe destacar que aquí tanto costos como beneficios son difusos.

**Políticas Regulatorias:** Como su nombre lo indica, este tipo de políticas busca regular, controlar o incluso modificar determinadas conductas o actividades (generalmente dañinas). Se hace uso de ellas si el tipo de problema en cuestión no puede ser resuelto a menos de que se regulen las conductas mediante prohibiciones o prescripciones y se generen incentivos para promover la observancia de la norma. Ya que imponen obligaciones a los individuos, son también de impacto individual, pero no pueden ser desagregadas tanto como las políticas distributivas, ya que estas son políticas de aplicación de una norma general. Al imponer obligaciones, se hace evidente que también impone sanciones en caso de que se quebranten las normas establecidas. Estas políticas son de costos concentrados y beneficios difusos, y cabe destacar que, en la mayoría de los casos, tienen altos costos políticos para quienes las introducen.

Por otro lado, existen dos enfoques que generalmente son objeto de contraste en el proceso de la elaboración de una política pública, hablamos del enfoque de arriba hacia abajo (top-down) y el

de abajo hacia arriba (bottom-up). El primero hace énfasis en el reino de las leyes, mientras que el segundo lo hace en una mayor participación. Quienes defienden el enfoque top-down afirman que los procesos del gobierno democrático deben significar la elaboración de reglas aplicables a la sociedad en su conjunto. En cambio, los partidarios del enfoque bottom-up resaltan los riesgos de que un gobierno de arriba hacia abajo pueda convertirse en una tecnocracia a la que le falta entender las condiciones del mundo real que determinan la posibilidad de hacer lo que se requiere. Podría concluirse en que las cualidades del enfoque top-down son certeza e igualdad y las del enfoque bottom-up es la capacidad de ajustar las políticas a las realidades locales y a los cambios que estas tengan con el paso del tiempo. Cabe resaltar que no es que uno sea mejor que otro, sino que determinadas situaciones en el proceso de elaboración de políticas pueden llegar a favorecer más a un modelo que a otro. (Sáenz, 2015)

Además de los enfoques, en política pública existen también modelos de toma de decisiones, estos se dividen en 4 modelos diferentes: racional, incrementalismo, policy stream y garbage can.

El modelo racional surge con Harold Lasswell, que es considerado el padre de la política pública como se conoce en la actualidad. Lo que buscaba era responder sus interrogantes ¿Cómo tomar decisiones de gobierno más inteligentes? ¿Cómo generar y mejorar la información a aquellos encargados de diseñar las políticas? Y por último ¿Cómo incorporamos mayores niveles de ciencia y racionalidad en el gobierno?

El racionalismo como modelo de toma de decisión parte de dos fuentes, la racionalidad económica y la racionalidad burocrática. El uso de dicha racionalidad tiene su raíz en la idea del “homo economicus” considerado como un individuo calculador y egoísta. Supone que este hombre económico toma decisiones a partir de la recopilación de toda la información necesaria, de la comparación sobre las diferentes opciones que tiene y la elección de este le permite alcanzar sus objetivos y satisfacer sus intereses. (Parsons, 1995)

¿Qué significa tomar decisiones racionalmente? Es seguir un método estructurado en una serie de pasos fundamentales: en primer lugar, el modelo racional analiza el problema y sus causas, estableciendo un orden de prioridades de los objetivos derivados; después identifica cada una de las alternativas; posterior a ello analiza y comprueba estas alternativas, calculando los costos asociados al escoger cada una de las alternativas y finaliza eligiendo la alternativa “óptima”, asegurando que se maximizan los beneficios y minimizan los costos.

El modelo incremental fue construido por Charles Lindblom, este fue parte su artículo “The science of muddling through”, traducido sería “la ciencia de salir del paso” o “la ciencia de ir tirando”. Con el artículo Lindblom critica la noción de la racionalidad en la toma de decisiones y el análisis racional, reta este esquema creando una nueva política tomando en cuenta la existencia de la aparente irracionalidad de salir del paso. En especial, lo que mostró es que esta idea de un proceso racional en la toma de decisiones no era factible cuando los problemas públicos eran complejos. (Lindblom, 1959)

Queda claro que el modelo incremental considera irrealista al modelo racional, esto se debe a dos razones fundamentales. La primera es el hecho de que el conocimiento que tenemos es limitado en situaciones donde particularmente se requieren decisiones complejas y donde resulta prácticamente imposible disponer de todos los datos o se conozcan las consecuencias y se evalúe cada una de estas. Siempre analizamos los problemas de manera parcial, fragmentada, acotando el problema en función del ámbito en el que nos situamos. La segunda razón se debe a que tiene a desconsiderar la importancia de la política en el proceso de elaboración de las políticas. El análisis técnico de un problema o de las alternativas disponibles es solo uno de los aspectos que entran en juego en el proceso. Además del análisis, la toma de decisiones es el resultado de las interacciones, relaciones y negociaciones entre los distintos actores.

Lindblom pone como propuesta la comparación sucesiva limitada, que se considera más pertinente y realista, va más allá de proponer una metodología para la toma de decisiones, ya que como afirma, una sociedad basada en las preferencias y en las interacciones tiende a funcionar mucho mejor que una sociedad basada únicamente en el conocimiento meramente intelectual. (Lindblom, 1997)

Las características del incrementalismo son las siguientes: las decisiones de política pública son pequeños ajustes incrementales respecto a las decisiones anteriores, implica ajustes mutuos y negociación; la experimentación y la interacción entre actores en el juego pesa más que el análisis; una de las más importantes es que las políticas no se diseñan una vez y para siempre, estas proceden a través de los cambios incrementales y no están orientadas por teorías; el acuerdo y el proceso, no el alcance de los objetivos son la medida de una buena decisión; la aparición de nueva información sobre el problema en cuestión y el cambio de las relaciones de poder entre los actores son

determinantes. Se trata en conclusión de ensayo y error, la serie de comparaciones sucesivas reduce o elimina cualquier confianza de que la teoría resolverá el problema. (Parsons, 1995)

El tercer modelo es “garbage can” que traducido sería “bote de basura”, propuesto por James March y Johann Olsen en 1976. Sostiene que en cada una de las situaciones en las que es necesario tomar una decisión y existe cierta ambigüedad en los objetivos, en la tecnología a implementar y en especial en la participación de los actores involucrados que tiende a ser cambiante con el tiempo, la decisión termina por surgir del encuentro casual entre problemas, participantes, soluciones, y oportunidades de elección. La mejor explicación del modelo es la metáfora expuesta por los autores: “Pongamos que consideramos un proceso de toma de decisiones en forma de bote de basura, en el cual, los participantes van arrojando tanto problemas como soluciones. La mezcla de toda esa basura en cada bote depende parcialmente del tipo de residuo que está previsto que recoja, pero depende del tipo de desechos que son producidos en dicho momento, el tipo de cubos disponibles y la frecuencia con que se recogen los desechos” (March y Olsen, 1976)

La pluralidad de fines da como resultado un modelo de toma de decisiones basado en la casualidad. El proceso termina siendo un conjunto de acciones encaminadas a hallar soluciones de un problema; junto a problemas que buscan una respuesta terminamos encontrando soluciones que buscan problemas y actores que buscan problemas por resolver, la satisfacción a sus intereses o las posibles alianzas existentes.

Por último, el modelo “policy streams” formulado por John Kingdon, surge derivado del modelo anterior. Este también habla de la toma de decisiones públicas como el resultado de la coincidencia casual en el tiempo de tres grandes corrientes: la corriente del problema, la cual tiene vida propia y puede dar un giro inesperado cuando surge algún tipo de crisis o con la aparición de nuevos datos que ponen en evidencia aspectos del problema en cuestión que no habíamos considerado. La segunda corriente es la política, esta depende de factores como un cambio de legislatura, de administración; también la corriente tiene vida propia y es totalmente independiente del problema. Por último, la tercera corriente es la de las soluciones que depende de la aparición de determinadas cosas o actividades y llega a ser independiente del contexto del problema. En conclusión, las tres corrientes son independientes entre sí, pero en algún momento llegan a coincidir y esa coincidencia es lo que abre lo que Kingdon denomina “ventana de oportunidad”.



Cuando esa ventana de oportunidad se abre puede suceder que un actor político aproveche esa apertura para proponer soluciones o proyectos que ya había estado trabajando. Si su habilidad es suficiente entonces logra echar a andar dichos proyectos. Este modelo resulta adecuado para explicar porqué en momentos determinados se producen grandes cambios y cómo se producen esos cambios en la orientación de la política pública. (Subirats y Dente, 2014)

Quienes diseñan e instrumentan las políticas públicas, llegan a tomar decisiones con base en sus posturas, intereses, ideologías, motivaciones o valores, pero también lo hacen con base en la mejor información o evidencia de la que disponen. Con el paso de los años, ha surgido una corriente denominada: Política Basada en Evidencia, en la que de la mejor evidencia de investigación disponible para tomar decisiones y la elección entre opciones de política pública. Este tipo de política es un acercamiento que contribuye a la toma de decisiones bien informadas en políticas, programas, etc. Se centra en el hecho de que la investigación es capaz de ofrecer la mejor evidencia disponible y que esta sea el centro no solo del desarrollo, sino también de la implementación de las políticas. (Merino et al., 2010)

Esta corriente ha surgido de la creciente demanda porque las acciones y decisiones gubernamentales sean sustentadas en evidencia científica y sobre un marco racional. Se exige la creación de sistemas de información y evaluación que propicie evidencia adecuada para no solo sustentar, sino retroalimentar las políticas y que se favorezca el impacto en los beneficiarios.

La aproximación de la investigación en la política pública, su definición basada en los resultados de la evidencia científica intencionalmente buscada con dicho propósito es lo que Carol Weiss denomina “Problem-Solving Model”. Este modelo de solución de problemas involucra la aplicación directa de los resultados de un estudio científico específico en la toma de decisiones. Lo que se busca con esto es que la investigación provea evidencia empírica y conclusiones que ayuden a resolver un problema de política pública de la manera más acertada posible, considerando todas las variables que influyen en la realidad entorno al problema tratado.

Ahora bien, analizando el Impuesto Saludable como política pública se puede observar que es claramente categorizado como una política regulatoria, ya que, de acuerdo con lo expuesto por el Gobierno Federal, se creó con el objetivo de que se modificara el consumo de bebidas azucaradas; conducta que como se expone en capítulos anteriores es una de las principales causas asociadas al incremento de la obesidad y sobrepeso. Se aplicó como norma general, claramente de manera

impositiva, hecho que pudiera incluso definirse antidemocrático. Y aunque es una norma general, sus costos son concentrados a la población que consume algún tipo de bebida azucarada, mientras que los beneficios de lo recaudado por dicho concepto son para la ciudadanía en general.

Por otro lado, el enfoque bajo el que se abordó el proceso de elaboración del Impuesto Saludable como política regulatoria fue top-down. Esto se debe no solo a que política se elaboró de arriba hacia abajo, es decir del gobierno y los tomadores de decisiones hacia los ciudadanos, sino porque el Impuesto opera desde el imperio de la ley, claramente sin apertura de participación, aunque de acuerdo con algunos defensores del enfoque, bajo igualdad ya que esta es una de las demandas más importantes del principio inherente a la ley, lo cual es acertado pues el Impuesto no es discriminatorio, sino una norma aplicable a toda la sociedad en su conjunto.

Las políticas implementadas en los últimos 20 años muestran cómo la obesidad y el sobrepeso han sido tratadas desde la óptica racional y el Impuesto Saludable no resultó ajeno a ese hecho. Como se menciona anteriormente, el modelo racional parte de la premisa de la economía tradicional, la cual asume que los seres humanos somos racionales.

H. Lasswell creía en la concepción de hipótesis globalizadoras, la cual usa como herramienta metodológica el empirismo estadístico y la optimización de valores como criterio de decisión; el Gobierno mexicano creyó en una hipótesis globalizadora respecto al gravamen a bebidas azucaradas como medida para reducir su consumo. Es así como el impuesto se crea, bajo la teoría de que gravar el consumo de bebidas azucaradas desincentivaría su consumo, ya que, en términos racionales al ver dichas bebidas más caras, los ciudadanos al ser individuos racionales y calculadores elegirían la decisión óptima de menor costo. Es probable que en algunos países haya funcionado dicha política, sin embargo, la evidencia demuestra lo contrario al menos en México. (Laswell, 1951)

La realidad es que existe muy poca evidencia en México que demuestre la efectividad de la política, uno de los únicos estudios realizados fue llevado a cabo por el INSP, el impuesto especial tuvo un impacto positivo, al lograr que hubiera una reducción del 6% en la compra de bebidas azucaradas en 2014 y más 9.7% en 2015. Añadido a esto, el mismo INSP había calculado que a 5 años de la implementación del impuesto debería haber una reducción de entre 7% y 18% en los índices de obesidad y sobrepeso, sin embargo, estos índices no solo no han disminuido, sino que, en 2018, el padecimiento incrementó a 75.2%. (Colchero et al., 2016)

En la teoría económica, existe un concepto que es empleado para medir el cambio que generan en la demanda las variaciones del precio, esto se calcula dividiendo el cambio porcentual de la demanda entre el cambio porcentual del precio; si el resultado es mayor que 1, se considera que la demanda es elástica, si este es menor, entonces la demanda es inelástica.

Cuando un bien es de naturaleza inelástica, la variación en su precio no afecta su demanda. En México nos encontramos con que las bebidas azucaradas son dicha naturaleza. Un estudio realizado por Juan Pablo Ramírez, policymaker del Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales (ININEE), encontró que la elasticidad precio para la demanda de bebidas azucaradas en un escenario impositivo generalizado, se ubicó entre -0.56, lo cual no refleja un cambio significativo en la demanda como resultado del Impuesto Saludable. Dada la naturaleza antes mencionadas, no importa cuánto incremente el precio de las bebidas, ya sea por el impuesto o algún otro factor, la demanda en México no se va a ver afectada, al menos no significativamente. Esto sin duda alguna pone en duda lo afirmado por el INSP, respecto a la disminución de la demanda de las bebidas azucaradas. (Ramírez Pimentel, 2016)

La evidencia que la economía del comportamiento ha proveído demuestra que el ser humano posee racionalidad limitada, esto se da de manera potencial en situaciones de mayor estrés. Esto quedó demostrado por los ganadores del premio nobel de economía en 2002, Daniel Kahneman y Vernon Smith. Integraron aspectos de las ciencias del comportamiento en la economía mediante experimentos como instrumento de análisis económico al juicio humano y la toma de decisiones de estos en situaciones de incertidumbre. (Kahneman, 2012)

De acuerdo con Shafir y Mullainathan, las personas con menos recursos todo el tiempo tienen que tomar decisiones sobre cómo hacer rendir el dinero. Al estar en un ambiente de escasez, el ancho de banda mental, que es la capacidad cognitiva que tiene el cerebro en función de las decisiones que tomamos durante el día, se pone a prueba ya que debe estirar el presupuesto tanto como sea posible. Ya que deben tomar un sinnúmero de decisiones en el día, qué comer, qué transporte tomar, cómo pagar las deudas, etc., esto termina por agotar su capacidad cognitiva y fuerza para mantener el autocontrol, por lo que se vuelven más vulnerables a comer comida chatarra o consumir bebidas azucaradas. (Mullainathan y Shafir, 2016)

Hasta el momento el Impuesto Saludable no parece haberse apegado a la corriente de política basada en evidencia, o al modelo de solución de problemas de Weiss ya que se diseñó basándose

en casos de países como Noruega, Dinamarca o Finlandia, que claramente poseen una realidad totalmente ajena a la de México. Añadido a esto, como se mencionó en párrafos anteriores, se respaldado bajo una teoría que además de haber sido demostrado que está herrada, la propia economía tradicional advierte con la elasticidad del producto, el eminente fracaso en el cumplimiento de los objetivos establecidos con la creación del Impuesto. Más allá de considerar a los individuos como seres racionales, las políticas deben diseñarse entendiendo el contexto que influye en la toma de decisiones de los individuos, ahí radica la utilidad del “Problem-Solving Model”.

En el estudio de la administración pública, Robert Dahl enfatizaba en la necesidad de que se estudiara a los seres humanos y su comportamiento en circunstancias determinadas. Es un error establecer hipótesis universales, como lo sugirió Laswell, pues el contexto siempre es distinto; en este caso, cuando la escasez cognitiva varía de acuerdo con el ingreso de los individuos sujetos a la política. (Dahl, 1947)

El mundo está revolucionando la forma de hacer política pública con la economía del comportamiento, ya la disciplina resuelve muchas de las problemáticas anteriormente planteadas al concebir al ser humano como irracional. Entonces, las decisiones que tomamos son producto de nuestro contexto y de la actividad cerebral que esto genera, esto se debe a que nuestro sistema opera en dos: el sistema 1 es el intuitivo, es sistema rápido y el que toma gran parte de las decisiones, en particular cuando se está bajo sobrecarga cognitiva. Por otro lado, el sistema 2, es el racional, por lo tanto, tiende a ser el lento, ya que analiza y calcula con cautela. (Kahneman, 2012)

Una de las principales propuestas de la economía del comportamiento en el diseño de política pública han sido los denominados “Nudges” que consisten en probar pequeños empujones de manera incremental. Como señalan Thaler y Sunstein, estos aspectos de la arquitectura de decisiones modifican la conducta de los individuos de manera predecible y particularmente, sin prohibir ninguna opción ni cambiar de forma significativa sus incentivos económicos. (Thaler y Sunstein, 2009)

Además de alcanzar eficiencia, la economía del comportamiento resulta ser también democrática puesto que se basa en el paternalismo libertario, el cual busca facilitar a las personas que sigan su propio camino, sin poner obstáculos a quienes desean ejercer su plena libertad. Este aspecto radica en la legitimidad de los arquitectos de decisión para tratar de influir en la conducta

de los individuos, de una manera libre, sin hacer prohibiciones o imponer sanciones, siempre buscando hacer la vida de las personas más larga, sana y mejor.

No podemos diseñar política pública con base a supuestos no adecuados al contexto, es necesario conocer qué es lo que mueve a los seres humanos para hacer mejores predicciones. Para esto resulta pertinente el incrementalismo y la implementación de nudges, pues permiten recabar evidencia acerca de las preferencias e interacciones de la población objetivo mediante su metodología de las intervenciones sucesivas limitadas y los ajustes incrementales respecto a las decisiones anteriores. Eliminando así los supuestos erróneos establecidos en las acciones para resolver el problema público y permitiendo el acercamiento al Problem-Solving Model en la toma de decisiones.

En caso de las políticas ya diseñadas e implementadas, en las que ya no es posible realizar intervenciones sucesivas y comprarlas, como lo es el Impuesto Saludable, resulta indispensable evaluarse, y que sean los resultados quienes provean evidencia empírica acerca de su efectividad en la resolución del problema en cuestión. Este es el único camino para tomar decisiones bien informadas aún después de haber encaminado una política, pues si bien es posible que no se haya tenido resultados en la disminución del problema o en el cumplimiento de los objetivos previamente establecidos, ya se tiene información de qué es lo que no funciona o de las realidades propias de la población objetivo y evita lo que hasta ahora ha sucedido con el Impuesto Saludable y demás políticas, que es una insistencia de los tomadores de decisiones en continuar con una política para la cual no hay evidencia suficiente y gran parte de la existente demuestra que no ha sido la decisión óptima para abordar la problemática.

## **CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL IEPS EN EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS EN MÉXICO**

El objetivo del presente capítulo analizar el consumo de bebidas azucaradas de 2014 a 2019. En el primer apartado se analiza y compara el consumo de bebidas azucaradas antes y después de la implementación del Impuesto Saludable; mientras que en el segundo apartado se evalúa la percepción de los habitantes del Municipio de Benito Juárez, Quintana Roo acerca de su decisión de consumo de bebidas azucaradas a partir del Impuesto Saludable.

### ***3.1 Análisis Cuantitativo***

La presente investigación es cuantitativa, ya que analiza el comportamiento del consumo de bebidas azucaradas antes y después de la introducción del IEPS. Dicho análisis es realizado mediante los datos de la recaudación obtenida por dicho concepto, de acuerdo con “Datos abiertos del Sistema de Atención Tributaria (SAT)”.

Añadido a lo anterior, se realizó una encuesta de percepción del IEPS en la decisión de consumo de los habitantes del Municipio de Benito Juárez, Quintana Roo como estudio de caso. Con ello, se busca comprobar que, debido a la inelasticidad de las bebidas azucaradas, el Impuesto Saludable ha tenido un impacto poco significativo en el consumo y este a su vez no ha contribuido a disminuir los índices de prevalencia de obesidad y sobrepeso en México.

Es una investigación no experimental de alcance descriptivo, ya que no se manipularán deliberadamente las variables, únicamente se analizarán los datos obtenidos en las fechas establecidas.

La variable dependiente de la presente investigación es el consumo per cápita de bebidas azucaradas en el país, mientras que la variable independiente es la recaudación obtenida por concepto de IEPS.

Para poder tener una medida precisa de la correlación entre variables es necesario calcular el coeficiente de correlación. Existen 3 tipos, el Pearson que se usa para datos de escala de razón o

intervalo, el de Spearman para los datos de escala ordinal y, por último, el coeficiente  $\phi$  que es usado para los datos nominales.

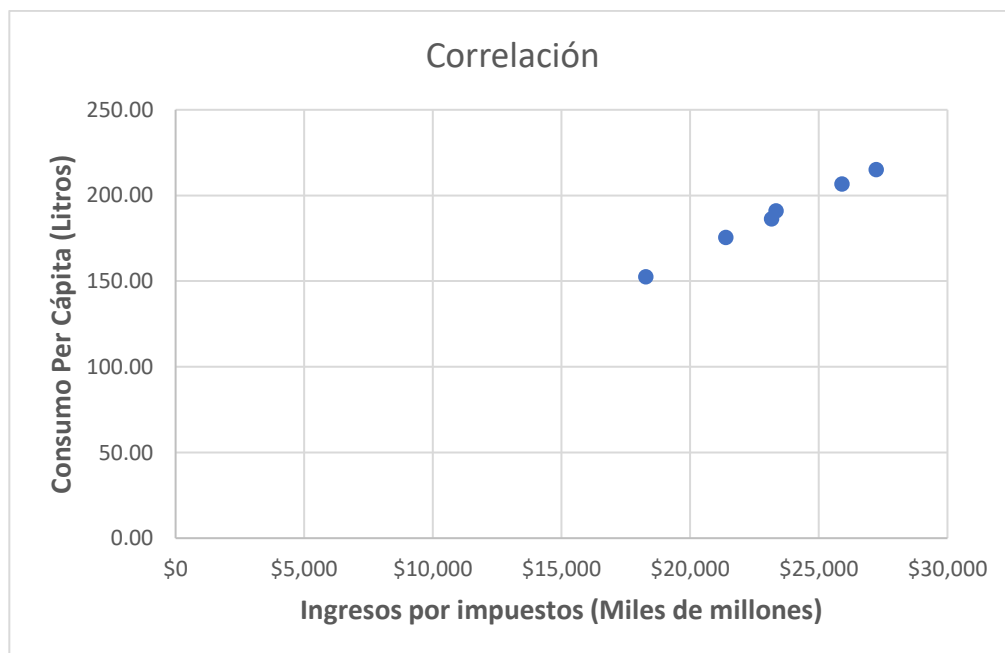
Dado que los datos sujetos a estudio son de escala de razón, se empleó el coeficiente de Pearson, ya que toma en cuenta la magnitud relativa de las observaciones.

Es importante señalar que el coeficiente de correlación oscila entre -1 y 1; un valor menor que 0 indica que existe una correlación negativa, es decir, que las variables se encuentran asociadas de forma inversa. Cuando el resultado es un valor mayor a 0, la correlación es positiva, en cuyo caso, las variables estarían asociadas de forma directa. Cuanto más se acerca al 1, más alta es su asociación; si el valor exacto es 1, se habla de una relación lineal positiva perfecta.

Las variables utilizadas para el cálculo del coeficiente correlación fueron las variables dependientes e independientes: el monto total recaudado por concepto de IEPS a bebidas azucaradas y el consumo per cápita referidos al periodo 2014-2019. Dicho ejercicio dio como resultado un coeficiente de correlación de 0.99.

*Gráfica 1.*

*Correlación entre el consumo per cápita y la recaudación*



Fuente: Elaboración propia con datos del SAT

Como se puede observar en la gráfica 1, la correlación entre las variables es lineal, positiva, casi perfecta dado que el coeficiente es de 0.99. Dada la posición de los puntos, denota su relación fuerte y la tendencia de incremento del consumo per cápita.

Se analizaron los datos de la recaudación obtenida por concepto de IEPS referidos al periodo 2014 a 2019. Periodo en el cual, de acuerdo con la Ley del Impuesto Especial a Productos y Servicios, se recaudó \$1.00 por litro de bebida azucarada.

Por lo anterior, se puede asumir que cada peso recaudado por dicho concepto es equivalente a un litro de bebida azucarada consumida en el país. Lo cual facilita la comprensión y análisis del comportamiento del consumo de bebidas azucaradas en el país.

Para poder realizar dicho análisis, se requiere estimar el consumo per cápita del país a partir del año que entró en vigor el impuesto en cuestión. Para ello, se transformaron los millones recaudados durante el periodo seleccionado a litros de bebidas azucaradas.

Por lo tanto, las variables utilizadas para realizar la estimación fueron los litros consumidos en el país y el total de la población correspondiente a cada año analizado. De este modo, se buscó aislar las posibles variables que pudieran llegar a nublar nuestra estimación.

*Tabla 2.*

*Consumo per cápita de bebidas azucaradas en México*

<b>Año</b>	<b>Consumo Per cápita (litros)</b>
2014	152.46
2015	175.49
2016	190.91
2017	186.35
2018	206.77
2019	215.17

Fuente: Elaboración propia con datos del SAT y Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Como se señala en el capítulo 1 de la presente investigación, en 2012 México obtuvo el primer lugar en el consumo de bebidas azucaradas; con una estimación de consumo de 163 litros por mexicano al año.



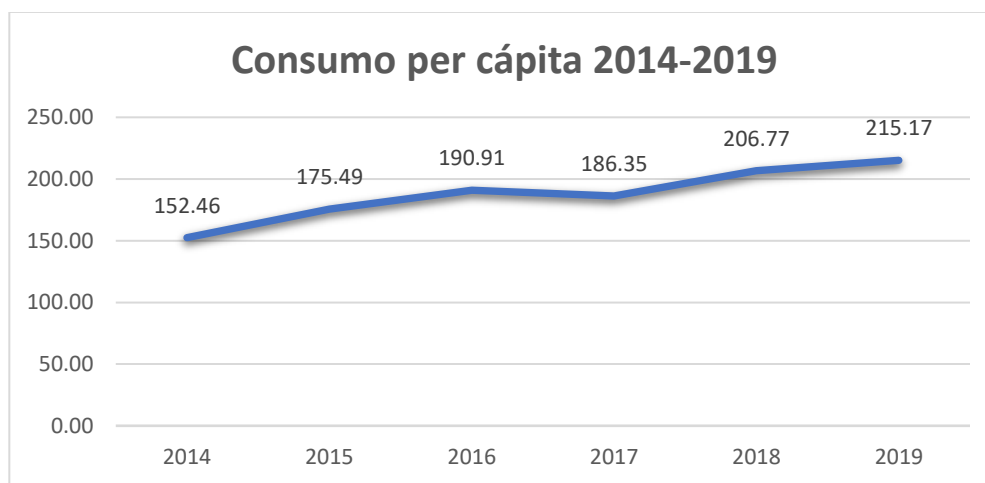
La tabla 2 permite comparar el consumo entre diversos años. En primera instancia, se puede observar que, en 2014, año en que entró en vigor el denominado Impuesto Saludable, el consumo de bebidas azucaradas pasó de 163 litros por mexicano en 2012 a 152 litros, dando como resultado una ligera disminución del 7% en el consumo per cápita del país.

La gráfica 1 ejemplifica de mejor manera el comportamiento que tuvo el consumo de bebidas azucaradas con la implementación del impuesto. En 2015, el consumo, no solo no disminuyó, sino que este incrementó un 7% con respecto al año anterior. Para 2016, el tercer año de la implementación del impuesto, se observa nuevamente un incremento en el consumo de las bebidas en cuestión. Dicho incremento fue de 8% con respecto al año anterior; sin embargo, al compararse con 2014, el año inicial de la implementación, el incremento asciende a 15%.

2017 parece ser un valor atípico entre los datos, ya que el consumo cayó un 2% con respecto al año anterior. Sin embargo, para 2018, nuevamente se registró una alza consumo de 10%, la más alta desde la implementación de la política. Por último, en 2019, nuestro último año sujeto de estudio presentó un incremento del 4% con respecto al año anterior, y al compararse con 2014, este es del 29%.

*Gráfica 2.*

*Comportamiento del consumo de bebidas azucaradas 2014-2019*



Fuente: Elaboración propia con datos del SAT

### ***3.2 Análisis de Percepción***

Añadido al análisis anteriormente expuesto, se realizó la siguiente encuesta:

1. ¿Sabías que las bebidas azucaradas (refrescos, jugos, energizantes, etc.) tiene un Impuesto?

a) Sí            b) No

2. ¿Sabes cuánto es el porcentaje que cobra el Impuesto?

a) Sí            b) No

3. ¿Qué tanto has modificado tu consumo de bebidas azucaradas por el Impuesto?

1) Mucho

2) Poco

3) Igual

4. ¿Qué tanto consideras que el impuesto influye en tu decisión de consumo de refresco?

1) Mucho

2) Poco

3) Nada

4) Igual

La encuesta presentada en la parte superior, fue realizada en el Municipio de Benito Juárez, Quintana Roo, a una muestra de 90 personas, mediante la vía online. Una de las razones por las cuales se optó realizar la encuesta de manera online es porque de acuerdo con Stephens-Davidowits, todo el mundo miente, cerca de un tercio de las veces, las personas mienten en la vida

real y esta tendencia se traslada a las encuestas. En las encuestas las personas tienen una fuerte tendencia a guardar información sobre sus conductas. Quieren salir bien evaluados incluso cuando la encuesta es anónima.

A esta conducta o fenómeno se le llama “sesgo de deseabilidad social”. De acuerdo con el autor, cuanto más impersonales son las condiciones en las que se desarrolla una encuesta, más honestos son los encuestados. Asegura que las personas admiten más cosas en solitario que si hay otras personas frente a ellos. Y es que una cosa es cierta, la gente no tiene ningún tipo de incentivo para decirnos la verdad en las encuestas. (Stephens-Davidowits, 2017)

Además de las razones expuestas en el párrafo anterior, la encuesta se realizó de dicha forma debido a las cuestiones que hoy aquejan no solo a nuestro país, sino al mundo entero, la declarada contingencia sanitaria por presencia del coronavirus SARS-Cov-2. De modo que además de proteger la salud del investigador y los encuestados, la encuesta online, daría resultados lo más acercado posible a la realidad.

El 62% de los encuestados fueron hombres, mientras que un 38% fueron mujeres. En cuanto a las edades de estos, el 52% eran de un rango de edad de entre 18 a 25 años, mientras que un 31% fueron de edades de entre 26 a 30 años; el 8% tenían entre 31 a 40 años, el 7% 41 a 50 años, por último, únicamente un 2% fue de entre 51 a 60 años.

Buscando obtener mayor información que pudiera ser de utilidad, se les preguntó su nivel de escolaridad a los encuestados, sin embargo, no se obtuvo correlación entre los datos dada la naturaleza de estos. Los resultados fueron los siguientes: el 64% tenía licenciatura, el 27% preparatoria y un 6% tenía posgrado.

Para la presente encuesta de percepción se realizó una Prueba T de Student, dado que se desconoce la varianza poblacional. A continuación, se presentarán los resultados de cada una de las preguntas sometidas a dicha prueba.

La variable de la pregunta 1, el conocimiento de la existencia del IEPS a bebidas azucaradas ( $M= 1.27$ ) dio como resultado  $T(89) = 5.6889$ ,  $p < 0.05$ . La Hipótesis Nula ( $H_0$ ) es que la población tiene conocimiento de la existencia del IEPS, mientras que la Hipótesis Alternativa ( $H_a$ ) es que tienen conocimiento de la existencia de este. Dado que el valor T es mayor que el valor crítico, se rechaza la hipótesis nula y se aprueba la hipótesis alternativa con un 95% de confianza.

Para la segunda pregunta, la variable fue el conocimiento del porcentaje que cobra el IEPS ( $M= 1.73$ ) dio como resultado  $T(89) = 15.6445$ ,  $p<0.05$ . La hipótesis nula es que la población conoce cuál es el porcentaje que cobra el IEPS y la hipótesis alternativa establece que la población no tiene conocimiento acerca del porcentaje del impuesto a las bebidas azucaradas. Dado que el valor  $T(15.6445)$  resultó ser mayor que el valor crítico ( $1.9867$ ) se rechaza la  $H_0$  y se aprueba la  $H_a$  con un 95% de confianza.

La variable de la tercera pregunta, la modificación en el consumo de bebidas azucaradas a causa del impuesto ( $M=2.27$ ) dio como resultado  $T(89) = 18.01$ ,  $p<0.05$ . Para esta variable la  $H_0$  es que la población ha modificado su consumo de bebidas azucaradas a causa del Impuesto, en cuanto a la  $H_a$ , esta indica que la población no ha modificado su consumo. Ya que el valor  $T(18.0149)$  es mayor que el valor crítico ( $1.6620$ ), se aprueba la  $H_a$  y se rechaza la  $H_0$  con un 95% de confianza.

Para concluir, la última variable, la percepción de la influencia del impuesto sobre la decisión de consumo, ( $M=2.37$ ), dio como resultado  $T(89) = 17.1443$ ,  $p<0.05$ . En este caso, la  $H_0$  establece que el impuesto ha influido en la decisión de consumo de bebidas azucaradas, en tanto que la  $H_a$  indica que el impuesto no ha influido en la decisión de consumo. Al ser mayor el valor  $T(17.1443)$  que el valor crítico ( $1.6620$ ), se rechaza la  $H_0$  con un 95% de confianza.

## Conclusión

Durante siglos imperó la premisa de la economía tradicional que sostenía que los seres humanos somos racionales. Para cualquier persona, al escuchar que un ser humano es racional, entiende que este es razonable, sin embargo, para los economistas y teóricos especialistas en la toma de decisiones tiene un significado completamente distinto. La racionalidad es la idea de una toma de decisiones o gran deliberación con más cálculo, análisis y menos o casi nula pasión. A decir verdad, encuentro difícil y me atrevo a decir que imposible ver en la realidad el “homo economicus”, es decir, a una persona que siempre piense y elija de la manera correcta, maximizando beneficios y reduciendo costos impidiendo que valoraciones subjetivas influyan en este proceso.

Pese a la basta evidencia que hay entorno a la racionalidad limitada de los seres humanos, desde que la obesidad y el sobrepeso pasó de ser un problema privado a un problema público, el Gobierno mexicano se ha dedicado a diseñar políticas bajo el enfoque racional. Casi todas, sino es que todas las acciones de las diferentes administraciones en turno se han enfocado en tratar de mejorar la calidad de toma de decisiones informadas en la población mexicana acerca de los alimentos y bebidas que estos consumían.

Implementaron un etiquetado útil, fácil de entender para la población, de modo que estos al ver los altos contenidos de azúcar, sodio, grasas saturadas, etc., de los productos que estaban ingiriendo, decidieran suspenderlos o bien, disminuyeran su consumo, pues esto es lo que haría cualquier ser humano racional. También buscaron que las frutas y verduras tuvieran precios asequibles, ya que en los últimos años se había registrado una disminución en su consumo; dedujeron que esto se debía a que los precios de las frutas y verduras eran ligeramente levados en comparación con la comida chatarra, rápida, etc., y ya que ante dicho escenario, lo racional a corto plazo para los individuos era consumir aquello de menor precio, asumieron que la solución era bajar el precio para hacer accesible las frutas y verduras, entonces incrementaría el consumo de estas. Sin embargo, ambas políticas resultaron ser poco eficientes o fallidas.

Al ver que no era una cuestión de asequibilidad de frutas y verduras o la incomprensión del etiquetado de los productos consumidos, el gobierno optó por determinar que era una cuestión de cultura, entonces surge la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso,

Obesidad y Diabetes. La hipótesis era entonces que más de la mitad de los mexicanos padecían obesidad y sobrepeso por falta de educación nutrimental y hábitos saludables, por lo que diseñaron una estrategia que buscaba alentar en la población de todas las edades la adopción y la continuidad de un estilo de vida saludable.

Chécate, Mídete, Muévete una de las políticas más famosa de todo el país, dada su difusión en medios masivos de comunicación, fue diseñada para la prevención y control del sobrepeso y la obesidad. Se enfocó en la vigilancia médica del estado de salud, así como en la alimentación sana y actividad física. Los ciudadanos debían acudir a las instancias de salud cercanas para realizarse un chequeo médico y conocer su estado de salud, en la misma visita eran alentados a llevar una dieta balanceada y someramente eran instruidos de cómo debían hacerlo. Nuevamente, asumían que, al saber cuál era su estado de salud, así como los riesgos de continuar con una vida sedentaria y malos hábitos alimenticios los individuos como seres racionales que son, seguirían las indicaciones de los expertos. Y al igual que las políticas, fracasó en el logro de sus objetivos y fue cancelada. Más allá de los problemas metodológicos y deficiencias en su implementación, la raíz del fracaso se encuentra en enfoque bajo el que fue diseñada.

Como parte de la Estrategia integral, en 2013 se crea la política estudiada en la presente investigación, el Impuesto Saludable que corrió con la misma suerte que las políticas anteriores ya que esta fue elaborada de igual forma bajo la perspectiva racional. De acuerdo con la ley de la oferta y la demanda, cuando el precio de un bien sube, su demanda disminuye, entonces una vez más el gobierno asumió que los individuos serían seres racionales que al ver que las bebidas azucaradas incrementaban de precio debido al IEPS, optarían por disminuir o suspender su consumo. Cabe señalar que una de las cuestiones que posiblemente pasaron por alto o quizá invalidaron en el diseño es la naturaleza propia de este bien, pues según los datos, las bebidas azucaradas son inelásticas, por lo tanto, no importa cuánto incremente su precio, la demanda no va a disminuir.

La evidencia respecto a la efectividad del Impuesto Saludable como medida para disminuir el consumo de bebidas es sumamente escasa, en la mayoría de los casos, el impuesto fue evaluado únicamente el primer año, lo que hace que los resultados no sean estadísticamente significativos como para afirmar que el IEPS ha funcionado como medida para disminuir el consumo de bebidas azucaradas y esto a su vez, para disminuir los índices de obesidad y sobrepeso.

En el presente proyecto de investigación fue hallada una tendencia de incremento en el consumo per cápita de bebidas azucaradas. En 2014, el primer año de la implementación del impuesto, el consumo disminuyó un 7% con respecto al consumo del 2012, que es el año de referencia anterior a la introducción del IEPS. Sin embargo, en 2015 para el segundo año de la política, el consumo incrementó un 7% con respecto al año anterior. El incremento en el consumo continuó en 2016, pues el consumo per cápita fue de 190 litros. Para 2017 nos encontramos con un valor atípico, pues el consumo disminuyó un 2% con respecto al año anterior, sin embargo, en 2018 se presentó el incremento en el consumo más significativo pues este fue de un 10% y para 2019 el incremento fue de un 4%.

El consumo de bebidas azucaradas desde el primer año de la implementación del Impuesto Saludable, hasta 2019 incrementó en total un 29%. Si bien en 2012 el consumo de bebidas azucaradas fue de 163 litros por mexicano al año, para 2019, ya con la política regulatoria que buscaba disminuir este, se encontró que el consumo fue de 215 litros en promedio. Añadido a ello, la predicción del INSP era que a cinco años de la implementación del impuesto habría una reducción de entre el 7% y 18% en los índices de obesidad, los datos indican que no se alcanzó el objetivo, ya que, en 2018, la prevalencia no disminuyó, sino que ahora 75.2% de los mexicanos padece obesidad o sobrepeso. Con lo anterior, se comprueba que no hubo un cambio significativo en el consumo de bebidas azucaradas con la implementación del Impuesto Saludable. En consecuencia, no se lograron cumplir las predicciones a largo plazo de la política.

Ahora bien, los hallazgos del análisis de percepción mostraron que la población no tiene conocimiento de la existencia del Impuesto Saludable y tampoco conocen cuál es el porcentaje del gravamen. Por último, como afirmó en las hipótesis nulas, el impuesto no ha modificado consumo de bebidas azucaradas y la población considera que el impuesto no ha tenido influencia en su decisión de consumo.

Lo anterior permite de algún modo contrastar los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo, pues si bien, este último permitió identificar que efectivamente el impuesto no ha disminuido el consumo de bebidas azucaradas; la encuesta de percepción mostró que a más de cinco años de la implementación de la política, la población (particularmente en Benito Juárez, Quintana Roo) no tiene conocimiento de su existencia o de cuál es el porcentaje que están pagando

por dicho concepto, por lo tanto es coherente con el hecho de que el impuesto no haya tenido influencia en la decisión de consumo de la población.

Habrán quienes justifiquen los resultados negativos de la política regulatoria con los datos de la encuesta de percepción, afirmarán que hizo falta difusión de la existencia del Impuesto Saludable. Sin embargo, la realidad es que no importa cuánta difusión se le dé a la existencia de un gravamen si el bien sobre el que se está imponiendo es de una naturaleza similar a la de las bebidas azucaradas: inelástica.

Los resultados generan una preocupación, pues se ha demostrado que el Impuesto Saludable como política regulatoria no ha cumplido con los objetivos para los que fue creado. Además de esto, es antidemocrático pues más del 80% de lo recaudado proviene de la población de bajos ingresos, entonces tenemos una política que no reduce el consumo de bebidas azucaradas y que genera un impacto negativo en las personas que tienen menores ingresos. La preocupación radica en que los hechos no parecen importar, ya que en diciembre de 2019 fue aprobada la actualización de la cuota del Impuesto Saludable, pasando de 1.00 MXN a 1.2616 MXN, la cual entró en vigor en enero de 2020. Esto nos lleva a interrogarnos si la insistencia en una política que no ha dado resultados se debe más a un fin recaudatorio. En caso de ser así el gobierno estaría cayendo en un error, pues si bien se recauda una cantidad sumamente significativa para el país, los costos directos e indirectos que generan la obesidad y el sobrepeso son mayores que lo recaudado, sin considerar que es responsabilidad del Estado propiciar una vida larga y sana a la población.

Se debe hacer uso de otro tipo de medidas para tratar problemas de la magnitud del que se ha estudiado en el presente trabajo. El surgimiento de disciplinas como la economía del comportamiento y sus aportes complementan a la política pública en su labor de brindar soluciones a los problemas públicos del país. No necesitamos imponer, sino persuadir al consumidor para que evite consumir bebidas azucaradas. Implementar nudges de manera incremental mejoraría la toma de decisiones, pues proveería de evidencia bajo la cual se sustentarían las políticas, reduciría los costos ya que los nudges deben ser baratos y fáciles de implementar, lo cual trae consigo eficiencia en términos de costo beneficio. Necesitamos ir en búsqueda de políticas basadas en evidencia, más eficientes, democráticas, diseñadas bajo el concepto del paternalismo libertario y un enfoque incrementalista y experimental.



por dicho concepto, por lo tanto, es coherente con el hecho de que el impuesto no haya tenido influencia en la decisión de consumo de la población.

Habrán quienes justifiquen los resultados negativos de la política regulatoria con los datos de la encuesta de percepción, afirmarán que hizo falta difusión de la existencia del Impuesto Saludable. Sin embargo, la realidad es que no importa cuánta difusión se le dé a la existencia de un gravamen si el bien sobre el que se está imponiendo es de una naturaleza similar a la de las bebidas azucaradas: inelástica.

Los resultados generan una preocupación, pues se ha demostrado que el Impuesto Saludable como política regulatoria no ha cumplido con los objetivos para los que fue creado. Además de esto, es antidemocrático pues más del 80% de lo recaudado proviene de la población de bajos ingresos, entonces tenemos una política que no reduce el consumo de bebidas azucaradas y que genera un impacto negativo en las personas que tienen menores ingresos. La preocupación radica en que los hechos no parecen importar, ya que en diciembre de 2019 fue aprobada la actualización de la cuota del Impuesto Saludable, pasando de 1.00 MXN a 1.2616 MXN, la cual entró en vigor en enero de 2020. Esto nos lleva a interrogarnos si la insistencia en una política que no ha dado resultados se debe más a un fin recaudatorio. En caso de ser así el gobierno estaría cayendo en un error, pues si bien se recauda una cantidad sumamente significativa para el país, los costos directos e indirectos que generan la obesidad y el sobrepeso son mayores que lo recaudado, sin considerar que es responsabilidad del Estado propiciar una vida larga y sana a la población.

Se debe hacer uso de otro tipo de medidas para tratar problemas de la magnitud del que se ha estudiado en el presente trabajo. El surgimiento de disciplinas como la economía del comportamiento y sus aportes complementan a la política pública en su labor de brindar soluciones a los problemas públicos del país. No necesitamos imponer, sino persuadir al consumidor para que evite consumir bebidas azucaradas. Implementar nudges de manera incremental mejoraría la toma de decisiones, pues proveería de evidencia bajo la cual se sustentarían las políticas, reduciría los costos ya que los nudges deben ser baratos y fáciles de implementar, lo cual trae consigo eficiencia en términos de costo beneficio. Necesitamos ir en búsqueda de políticas basadas en evidencia, más eficientes, democráticas, diseñadas bajo el concepto del paternalismo libertario y un enfoque incrementalista y experimental.

## Referencias

- Alianza por la Seguridad Alimentaria. (2013a, mayo 22). *¿Te comerías 12 cucharadas de azúcar?* Alianza por la Salud Alimentaria. <https://alianzasalud.org.mx/2013/05/presentamos-nuestra-campana-te-comerías-12-cucharadas-de-azucar/>
- Alianza por la Seguridad Alimentaria. (2013b, octubre 17). *No te hagas daño tomando bebidas azucaradas.* Alianza por la Salud Alimentaria. <https://alianzasalud.org.mx/2013/10/no-te-hagas-dano-tomando-bebidas-azucaradas/>
- Barrera-Cruz, A., Rodríguez-González, A., y Molina-Ayala, M. A. (s. f.). Escenario actual de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 8.
- Brownell, K. (2012). *Estimated by Brownell KD using data from the Datamonitor Group, Euromonitor International, and Andreyeva et al.*
- Cámara de Diputados, LXII Legislatura. (2013, octubre 17). *Gaceta Parlamentaria.* <http://gaceta.diputados.gob.mx/PDF/62/2013/oct/20131017-IX.pdf>
- Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Pedroza-Tobías, A., Medina, C., y Barquera, S. (2018). Hipertensión arterial en adultos mexicanos: Prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. *Ensanut MC 2016. Salud Pública de México*, 60(3, may-jun), 233. <https://doi.org/10.21149/8813>
- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2001). *Programa de acción: Enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial.* Secretaría de Salud.
- Christakis, N. A., y Fowler, J. H. (2007). The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. *New England Journal of Medicine*, 357(4), 370-379. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa066082>
- Colchero, A., Rivera, J. A., Popkin, B. M., y Ng, S. W. (2016, agosto 26). *Dos años después de que se introdujo el primer impuesto a bebidas azucaradas en México, las compras siguieron su tendencia a la baja.* Instituto Nacional de Salud Pública. <https://www.insp.mx/epppo/blog/4378-continua-efecto-impuesto.html>

- Dahl, R. (1947). The science of public administration: Three problems. En *Basic literature of American Public Administration* (pp. 274-284).
- Diario Oficial de la Federación. (2020, marzo 27). *NOM\_051*.  
[https://www.dof.gob.mx/2020/SEECO/NOM\\_051.pdf](https://www.dof.gob.mx/2020/SEECO/NOM_051.pdf)
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2000). *ENSANUT\_2000.pdf*.  
[https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensa2000/doctos/informes/ENSA\\_tomo2.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensa2000/doctos/informes/ENSA_tomo2.pdf)
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2006). *ENSANUT\_2006*.  
<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2006/informes.php>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012, octubre 24). *ENSANUT2012\_Sint\_Ejec*. Resultados Principales de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - 2012.  
[https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/otros/ENSANUT2012\\_Sint\\_Ejec-24oct.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/otros/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf)
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2016). *ENSANUT MC 2016*. 149.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018). *Ensanut 2018*. ENSANUT.  
[https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf)
- Franco Corzo, J. (2017). *Diseño de Políticas Públicas: Una guía práctica para transformar ideas en proyectos viables* (3ra edición). IEXE.
- González, D. W. V. (2014). *OBESIDAD: LA PANDEMIA NACIONAL*. 18.
- González-Camaño, A., Pérez-Balmes, J., y Nieto-Sánchez, C. M. (1986). Importancia de las enfermedades crónicas degenerativas dentro del panorama epidemiológico actual de México. *Salud Pública de México*, 28(1), 3-13.
- Harper, A., James, A., Flint, A., y Astrup, A. (2007). Increased satiety after intake of a chocolate milk drink compared with a carbonated beverage, but no difference in subsequent ad libitum lunch intake. *The British Journal of Nutrition*, 97(3), 579-583. <https://doi.org/10.1017/S0007114507339846>
- Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. P., y Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. *Salud Pública de México*, 55, s129-s136.

- Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease. (2017). *GBD Compare | IHME Viz Hub*. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- Kahneman, D. (2012). *Pensar Rápido, Pensar Despacio*. Debate.
- Klünder-Klünder, M., Cruz, M., Medina-Bravo, P., y Flores-Huerta, S. (2011). Padres con sobrepeso y obesidad y el riesgo de que sus hijos desarrollen obesidad y aumento en los valores de la presión arterial. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 68(6), 438-446.
- Laswell, H. (1951). La orientación hacia las políticas. En *El estudio de las políticas públicas. Colección de Antologías de Política Pública, Primera Antología* (pp. 79-103). Porrúa.
- Lindblom, C. E. (1959). The Science of «Muddling Through». *Public Administration Review*, 19(2), 79. <https://doi.org/10.2307/973677>
- Lindblom, C. E. (1997). *Politics and markets: The world's economic system* (New Edition 1980). Basic Books.
- Lozano, J. A. (2006). Diabetes mellitus. *Offarm*, 25(10), 66-78.
- Ma, C., y Jc, S. (s. f.). *Aspectos económicos relacionados con un impuesto al refresco en México*. 8.
- March, J., y Olsen, J. (1976). *Ambiguity and Choice in Organizations*. Universitetsforlaget.
- McKinsey Global Institute. (2014, noviembre 1). *How the world could better fight obesity | McKinsey*. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-the-world-could-better-fight-obesity#>
- Merino, M., Cejudo, G. M., Arellano Gault, D., Bracho, T., Casar, M. A., Gil García, J. R., Maldonado, C., Mariscal, J., Santibañez, L., y Sour, L. (2010). *Problemas, decisiones y soluciones. Enfoques de política Pública* (Primera Edición en libro electrónico, 2018). Fondo de Cultura Económica.
- Mullainathan, S., y Shafir, E. (2016). *Escasez ¿Por qué tener poco significa tanto?* (Primera edición electrónica). Fondo de Cultura Económica.
- OCDE. (2019a). *La Pesada Carga de la Obesidad*. <https://www.oecd.org/mexico/Heavy-burden-of-obesity-Media-country-note-MEXICO-In-Spanish.pdf>

- OCDE. (2019b). *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention* | OECD iLibrary. [./././././els-2019-5307-en/index.html](https://els-2019-5307-en/index.html)
- OCDE. (2020). *Health risks—Overweight or obese population—OECD Data*. theOECD. <http://data.oecd.org/healthrisk/overweight-or-obese-population.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2013a). *Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2013b). *PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2013-2020*.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *OMS | Preguntas y respuestas sobre la hipertensión*. WHO; World Health Organization. <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, abril 1). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Todos los sectores de la sociedad pueden ayudar a resolver el problema*. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/paho-policy-brief-1-sp-web1.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025*. OMS, Oficina regional para las Américas. <https://www.paho.org/es/documentos/csp289-estrategia-para-prevencion-control-enfermedades-no-transmisibles-2012-2025>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. OMS, Oficina regional para las Américas. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública*.
- Parsons, W. (1995). *Políticas Pública: : Una introducción o lo teoría y lo práctica del análisis de politicos públicas* (México 2007). Flacso.
- Procuraduría de la Defensa del Contribuyente. (s. f.). *Los Impuestos Federales*. PRODECON. Recuperado 16 de octubre de 2020, de <http://imcp.org.mx/wp-content/uploads/2015/06/ANEXO-NOTICIAS-FISCALES-208.pdf>
- PROFECO. (s. f.). *Datos de la Procuraduría Federal del Consumidor*. Gobierno de la República Mexicana.
- Ramírez Pimentel, J. P. (2016). *Análisis del impuesto a bebidas azucaradas como instrumento de política pública contra la obesidad: El caso de la demanda individual no programada en Morelia, Michoacán*. [http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/handle/DGB\\_UMICH/1037](http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/handle/DGB_UMICH/1037)
- Rivera, J. A., Barquera, S., Campirano, F., Campos, I., Safdie, M., y Tovar, V. (2002). Epidemiological and nutritional transition in Mexico: Rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity. *Public Health Nutrition*, 5(1a), 113-122. <https://doi.org/10.1079/PHN2001282>
- Rodríguez-Burelo, M. del R., Avalos-García, M. I., y López-Ramón, C. (2014, abril). *Consumo de bebidas de alto contenido calórico en México: Un reto para la salud pública*. 28-33.
- Sáenz, R. C. (2015). Políticas públicas, racionalidad y razón. *Tópicos, Revista de Filosofía*, 49, 259. <https://doi.org/10.21555/top.v0i49.752>
- Salud Pública. (2018, agosto). *Sistema de etiquetado frontal de alimentos y bebidas para México: Una estrategia para la toma de decisiones saludables*. 60(4). <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/9615/11536>
- Secretaría de Salud. (2007). *México—Programa Sectorial de Salud 2007—2012. Primera Edición*, 25.
- Secretaría de Salud. (2010, enero). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*.

[https://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=vigilancia-prevencion-y-control-de-enfermedades&alias=385-acuerdo-nacional-para-la-salud-alimentaria-estrategia-para-el-sobrepeso-y-la-obesidad&Itemid=493](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=vigilancia-prevencion-y-control-de-enfermedades&alias=385-acuerdo-nacional-para-la-salud-alimentaria-estrategia-para-el-sobrepeso-y-la-obesidad&Itemid=493)

Secretaría de Salud. (2015). *Impacto Económico del Sobrepeso y la Obesidad en México 1999-2023*. Unidad de Análisis Económico. [http://oment.salud.gob.mx/wp-content/uploads/2016/09/impacto\\_financiero\\_OyS\\_060815\\_oment.pdf](http://oment.salud.gob.mx/wp-content/uploads/2016/09/impacto_financiero_OyS_060815_oment.pdf)

Secretaría de Salud. (2018). *Enfermedades No Transmisibles Situación y Propuestas de Acción: Una Perspectiva desde la Experiencia de México*. <http://www.gob.mx/salud/documentos/enfermedades-no-transmisibles?idiom=es>

SEEDO. (2000). *Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica*. 115, 11.

Servicio de Administración Tributaria. (s. f.). *Impuesto Especial sobre Producción y Servicios*. SAT.gob. Recuperado 16 de octubre de 2020, de [http://www2.sat.gob.mx/sitio\\_internet/informe\\_tributario/itg2014t2/eps.pdf](http://www2.sat.gob.mx/sitio_internet/informe_tributario/itg2014t2/eps.pdf)

Soca, M., y Enrique, P. (2009). Dislipidemias. *ACIMED*, 20(6), 265-273.

Sojo, C. (2004). *La modernización sin Estado: El destino privado de las políticas públicas*. 137-155.

Stephens-Davidowits, S. (2017). *Everybody lies: Big data, new data, and what the internet can tell us about who we really are* (2019.<sup>a</sup> ed.). Capitán Swing.

Subirats, J., y Dente, B. (2014). Capítulo 2. ¿Cómo entender una decisión de políticas públicas? En *Decisiones Públicas: Análisis y Estudio de los Procesos de Decisión en Políticas Públicas* (Primera edición 2014, pp. 40-66). Planeta S.A.

Thaler, R., y Sunstein, C. R. (2009). *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*. Penguin Books.

Vargas Cuanalo, V. (2007). *Estrategia para el fomento de la participación a nivel de gestión pública en el Municipio de Puebla (1999-2008)* (p. 36). Tesis doctoral.