



INFORME FINAL

REVISIÓN DE POLÍTICAS Y PLANES NACIONALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Consultorías Sociales Ltda.

Diciembre, 2016





Consultorías Sociales Ltda.

Índice

I.	PRESENTACIÓN	6
II.	INTRODUCCIÓN.....	7
III.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y MÉTODOS	8
	1. OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO	8
	2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
IV.	REVISIÓN DE EVIDENCIA RELACIONADA CON POLÍTICAS A NIVEL NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN EL MUNDO	10
	1. BÚSQUEDA DE ARTÍCULOS SOBRE POLÍTICAS NACIONALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN BASES DE DATOS CIENTÍFICAS	10
	2. REVISIÓN DIRIGIDA DE POLÍTICAS NACIONALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN SITIOS WEB DE ENTIDADES GUBERNAMENTALES Y ORGANIZACIONES INTERNACIONALES.....	15
V.	RESUMEN DE LAS PRINCIPALES POLÍTICAS NACIONALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PAÍSES DE RELEVANCIA PARA EL CONTEXTO NACIONAL.....	19
	1. ALEMANIA: “INICIATIVA NACIONAL ALEMANA PARA PROMOVER DIETAS SALUDABLES Y ACTIVIDAD FÍSICA”	19
	2. BRASIL: “POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN”.....	23
	3. CANADÁ: “ESTRATEGIA PAN-CANADIENSE DE VIDA SANA”	25
	4. ESLOVENIA: “POLÍTICA DEL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTOS Y NUTRICIÓN”	28
	5. INGLATERRA: “PESOS SALUDABLES, VIDAS SALUDABLES: UNA ESTRATEGIA INTERGUBERNAMENTAL PARA INGLATERRA”	29
	6. ISRAEL: “COMPORTAMIENTO SALUDABLE: PROMOVER ACTIVIDAD FÍSICA. PREVENIR Y TRATAR LA OBESIDAD. NUTRICIÓN SALUDABLE”	33
	7. SUIZA: “POLÍTICA SUIZA DE NUTRICIÓN PARA 2013-2016”	36
VI.	ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS POLÍTICAS, PLANES Y ESTRATEGIAS NACIONALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PAÍSES DE RELEVANCIA PARA EL CONTEXTO NACIONAL.....	39
	1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTACIÓN Y SEGURIDAD ALIMENTARIA.....	40
	2. PLANES DE ALIMENTACIÓN Y SEGURIDAD ALIMENTARIA.....	53
	3. ESTRATEGIAS DE ALIMENTACIÓN Y SEGURIDAD ALIMENTARIA.....	68
VII.	ANÁLISIS DE EVALUACIONES DE IMPACTO DE POLÍTICAS O PLANES NACIONALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LOS PAÍSES.....	83

1. ARGENTINA	83
2. BRASIL.....	84
3. CANADÁ.....	86
4. MÉXICO	87
5. ELEMENTOS COMUNES ENTRE POLÍTICAS Y PLANES EVALUADOS.....	88
VIII. ANÁLISIS DE APLICABILIDAD DE LAS POLÍTICAS NACIONALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN EL CONTEXTO CHILENO	90
1. PERFIL DE EPIDEMIOLÓGICO Y NUTRICIONAL DE CHILE.....	90
2. ANÁLISIS DE APLICABILIDAD DE LAS POLÍTICAS ANALIZADAS EN EL CONTEXTO CHILENO.....	92
IX. REFERENCIAS	95
X. ANEXO I.....	97
POLÍTICAS NACIONALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA OCDE, ARGENTINA Y BRASIL.....	97
XI. ANEXO II	105
FICHA DE ANÁLISIS	105
XII. ANEXO III.....	108
FICHA: ALEMANIA	108
FICHA: ARGENTINA.....	111
FICHA: AUSTRIA	115
FICHA: BRASIL.....	118
FICHA: CANADÁ	123
FICHA: DINAMARCA	127
FICHA: ESLOVENIA	130
FICHA: ESPAÑA	133
FICHA: INGLATERRA	139
FICHA: IRLANDA.....	142
FICHA: ISRAEL	145
FICHA: LETONIA	149
FICHA: MÉXICO.....	152
FICHA: NUEVA ZELANDA.....	161
FICHA: PAÍSES NÓRDICOS.....	165

FICHA: REINO UNIDO.....	170
FICHA: REPÚBLICA CHECA.....	173
FICHA: SUIZA.....	176
FICHA: UNIÓN EUROPEA	179

I. PRESENTACIÓN

En el marco de la necesidad por contar con una política pública de alcance nacional específicamente orientada hacia asegurar y mejorar la nutrición de la población en general, el Ministerio de Salud -a través de su División de Planificación Sanitaria (DIPLAS)- realizó el llamado a participar de la licitación "Revisión de Políticas o Planes Nacionales de Alimentación y Nutrición a Nivel Mundial".

Considerando que el diseño de una política nacional alimentaria posee características específicas que deben ser analizadas para un desarrollo exitoso del proyecto, es que el objetivo general de esta licitación fue contar con servicios profesionales especializados en revisión de evidencia y búsqueda sistemática de información, sobre políticas o planes nacionales de alimentación y nutrición.

La consultoría en cuestión fue asignada a la entidad privada ISÓNOMA Consultorías Sociales Ltda., consultora integrada por profesionales de las Ciencias Sociales y con trayectoria en el campo de las Políticas Públicas.

La contraparte ministerial a cargo del estudio fue el equipo del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la DIPLAS. La contraparte estuvo además integrada por el Departamento de Nutrición y Alimentos de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción.

II. INTRODUCCIÓN

Desde la década de los noventa a la actualidad, se ha visto una disminución del número de personas subalimentadas a nivel mundial, disminución que aún se encuentra distante de los objetivos planteados por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), ya que aún 795 millones de personas se encuentran en esta condición (FAO 2015). Este descenso ha sido especialmente importante en los países en desarrollo, aunque en los últimos años se ha visto disminuido por el crecimiento económico más lento y la inestabilidad política (FAO 2015). Dentro de este panorama destaca positivamente América Latina, la única región en desarrollo donde se ha disminuido el hambre, cumpliendo la meta 1C de los ODM (FAO 2015).

Paralelo a la disminución de las personas subalimentadas, a nivel global, nos enfrentamos a otro problema, el aumento del sobrepeso y la obesidad. En el 2014, 39% de los adultos tenían sobrepeso y 13% era obesa, mientras que en el 2013 se calculaba que habían 42 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso (OMS 2015). Desde este escenario, se aprecia el aumento de enfermedades relacionadas, tales como la diabetes, hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular y ciertos tipos de cáncer, incrementando las probabilidades de una muerte temprana y al mismo tiempo la sobrecarga del sistema de salud (OMS 2012; OMS 2014).

Dentro de este contexto global, Chile actualmente se enfrenta al problema de la obesidad y el sobrepeso, y al consecuente aumento de enfermedades crónicas y las repercusiones de estas en la vida de la población (MINSAL 2015). Lo anterior es posible de observar a partir del importante aumento del sobrepeso y la obesidad, alcanzando en la población menor de 6 años, un 23% de sobrepeso y un 11% de obesidad (MINSAL 2015), en tanto que el 65% de la población adulta presenta sobrepeso (Atalah 2012).

Este aumento de la obesidad y sobrepeso se relaciona con factores demográficos, socioeconómicos y con los cambios en la oferta de alimentos, que han gatillado nuevas conductas alimentarias y de actividad física que han derivado en el aumento de la obesidad y el sobrepeso en la población (Atalah 2012). Desde esta perspectiva se entiende que el problema nutricional y alimentario en el país es multidimensional, y que por lo tanto su intervención debe abarcar distintos aspectos, tales como: la mirada epidemiológica y la organización de la alimentación, incluyendo la producción, comercialización y consumo de alimentos.

Lograr la coordinación de estos aspectos es un desafío para las políticas, planes y programas de alimentación y nutrición donde Chile, si bien ha tenido resultados exitosos en la implementación de planes y programas para la reducción de la desnutrición, hoy se enfrenta a un nuevo desafío, la reducción de la obesidad y el sobrepeso y la mejora de las condiciones nutricionales de la población en general. Actualmente, existen programas para controlar el aumento de la obesidad, pero aún se encuentra pendiente la creación de un marco que coordine y articule las acciones y

estrategias que se están llevando a cabo, especialmente en lo que respecta a la alimentación y los procesos de producción, organización y consumo de alimentos.

Desde el contexto actual chileno se desarrolla la revisión de políticas y planes nacionales de alimentación y nutrición a nivel mundial, como un insumo para la futura política nacional de alimentación y nutrición, identificando aspectos claves a considerar, tanto en su diseño como en su implementación.

Para lo anterior, se realizó una selección de políticas, planes y estrategias nacionales de alimentación y nutrición en países con características epidemiológicas o de desarrollo similares a Chile, así como de artículos científicos que las evalúan. A partir de esta selección se realizó un análisis comparativo de políticas, planes y estrategias, incorporando de manera transversal tres elementos claves de análisis: la expresión, los componentes y la implementación.

Posteriormente, se realiza el análisis de las evaluaciones encontradas de las políticas analizadas por países (Argentina, Brasil, Canadá y México), y luego se identifican elementos comunes entre las iniciativas evaluadas.

Finalmente, se desarrolla el análisis de aplicabilidad de las políticas, planes y estrategias evaluadas al contexto chileno, incorporando también en el análisis características transversales de las iniciativas analizadas que no contaban con evaluaciones disponibles.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y MÉTODOS

1. Objetivo general del estudio

Revisión de evidencia y búsqueda sistemática de información, sobre políticas o planes nacionales de alimentación y nutrición.

2. Objetivos específicos

1. Revisión de evidencia relacionada con políticas a nivel nacional de alimentación y nutrición en el mundo.
 - a. Revisión de artículos que aludan a políticas nacionales de alimentación y nutrición en base a datos científicas.
 - b. Revisión dirigida de políticas nacionales de alimentación y nutrición, en sitios web de entidades gubernamentales y organizaciones internacionales.

- c. Análisis de las políticas o planes identificados, a partir de la información obtenida y de los documentos seleccionados en la revisión.
2. Análisis de aplicabilidad de políticas o planes al contexto chileno.
 - a. Consideraciones de implementación en el contexto chileno, teniendo en cuenta la realidad nacional respecto de las experiencias internacionales.
3. Generación de informes, tablas y presentaciones que den cuenta del cumplimiento de los objetivos anteriores.
4. Participación en reuniones con integrantes de la contraparte técnica y otros definidos por ésta, para la discusión y consensos de determinados aspectos de este trabajo.

IV. REVISIÓN DE EVIDENCIA RELACIONADA CON POLÍTICAS A NIVEL NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN EL MUNDO

1. Búsqueda de Artículos sobre Políticas Nacionales de Alimentación y Nutrición en Bases de Datos Científicas

Estrategia de búsqueda, señalando los términos de búsqueda en bases de datos relevantes.

La **estrategia** de búsqueda de artículos que abordaron la temática de políticas alimentarias y nutricionales, se realizó mediante dos modalidades: **Búsqueda general** y **búsqueda focalizada**. La primera modalidad consistió en la búsqueda de artículos en un conjunto de bases de datos establecidas (MEDLINE, PubMed, Epistemonikos, Cochrane, LILACS); y la segunda, en la búsqueda indirecta específica de aquellos artículos que, apareciendo indexados en aquellas bases de datos, no contaron con una copia digital del artículo completo en los sitios web de las bases de datos exploradas. En esos casos, los documentos no disponibles en las bases de datos ya mencionadas, fueron buscados por segunda vez en Google, Google Academics y Yahoo.

Los **términos de búsqueda** utilizados para el rastreo de información fueron ingresados en cada una de las bases de datos identificadas, donde la búsqueda fue realizada en dos idiomas: español e inglés. El siguiente listado sintetiza los términos de búsqueda utilizados:

Tabla 1. Términos de búsqueda para artículos en base de datos científicas

TÉRMINOS DE BÚSQUEDA PARA LA BÚSQUEDA DE ARTÍCULOS SOBRE POLÍTICAS NACIONALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
Política pública alimentaria
Política alimentaria
Política de nutrición
Política nutricional
Política de seguridad alimentaria
Política nacional de alimentación
Plan nacional de nutrición
Plan nacional de alimentación
Estrategia nacional de alimentación
Estrategia nacional de nutrición
Evaluación Política alimentaria
Evaluación plan nacional de nutrición
Evaluación política de nutrición
Seguridad alimentaria
Plan de seguridad alimentaria
Nutrición
Alimentación
Desnutrición
Alimentación saludable

Además de haber restringido la búsqueda a un conjunto determinado de términos, sólo se consideraron artículos científicos; y que trataran sobre políticas, estrategias o planes elaborados y aplicados durante los últimos 20 años (periodo 1996-2016), evitando analizar información desactualizada o correspondiente a escenarios sociohistóricos significativamente diferentes al que Chile enfrenta en la actualidad. Como resultado, la búsqueda condujo a la creación de un listado con 75 artículos sobre políticas de seguridad alimentaria y nutrición.

Para seleccionar los documentos de interés, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión que se indican a continuación.

Criterios de inclusión y exclusión de artículos.

Como **primer criterio**, para determinar si un artículo sería o no incluido en el listado final, se consideró que **el tema central del artículo, fuese efectivamente una política alimentaria o nutricional**, y no otros tipos de iniciativas coyuntural o indirectamente relacionadas con dichos campos. Este criterio distingue entre documentos donde una política alimentaria es el tema principal del artículo, de otros documentos donde las políticas alimentarias son referidas como parte del contexto en el que se desarrolla otro tipo de intervención. Con este filtro, la lista de documentos disminuyó de 75 a 57 (-17 casos), constituyendo el filtro más efectivo de los utilizados para depurar la muestra inicial de artículos.

Como **segundo criterio** para la selección de artículos, se excluyeron todos los documentos que no hicieron referencia a una política alimentaria o nutricional de alcance nacional. Como consecuencia, se dejaron fuera aquellos artículos que trataran políticas alimentarias locales o de alcance focalizado o reducido. Lo anterior se hizo con el objetivo de **trabajar únicamente con material elaborado a propósito de políticas alimentarias y nutricionales de alcance nacional**. Al aplicar este criterio, se produjo una reducción que fue desde 57 a 49 documentos (-8 casos).

El tercer criterio corresponde a la inclusión de estudios que evalúen políticas nacionales de alimentación y nutrición, ya sea en términos de su diseño, implementación, resultados en salud u otros resultados a evaluar. Este criterio no generó una reducción en la muestra (49 casos).

Finalmente, se usó como **último criterio** el que **la política alimentaria o nutricional perteneciera a uno de los países de la muestra establecida**, muestra que integra a los países miembros de la OCDE¹, y a Brasil y Argentina como vecinos de la región latinoamericana que han desarrollado grandes políticas alimentarias. Con la aplicación de este criterio, el listado final de artículos se redujo de 49 a 36 casos (-13 casos).

¹ Según informa el sitio web oficial de la OCDE, los países miembros de dicha organización son: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Corea, Chile, Dinamarca, Estados Unidos, Estonia, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Letonia, Luxemburgo, México, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, Suecia, Suiza y Turquía.

Selección de artículos que identifiquen políticas o planes nacionales de alimentación y nutrición.

Habiendo finalizado la primera etapa de selección, se prosiguió organizar la información mediante una planilla (Tabla 2), en la que los artículos fueron enumerados, organizados alfabéticamente según país al que correspondiera la política alimentaria analizada, y según el idioma en el que figurase cada documento:

Tabla 2. Selección de artículos sobre políticas alimentarias y nutricionales de alcance nacional

Nº	País	Título	Idioma
1	Argentina	Intervenciones de política alimentaria en 25 años de democracia en Argentina.	español
2	Argentina	Breve historia de la Nutrición en la República Argentina.	español
3	Australia	A comparison of the effectiveness of an adult nutrition education program for Aboriginal and non-Aboriginal Australians.	inglés
4	Australia	Integrating Environmental Sustainability Considerations into Food and Nutrition Policies: Insights from Australia's National Food Plan.	inglés
5	Australia	National food and nutrition strategy : health systems issues.	Inglés
6	Brasil	A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersectorialidade no âmbito federal de governo.	portugues
7	Brasil	La política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Brasil a partir del programa "Hambre Cero".	español
8	Brasil	Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis.	portugues
9	Brasil	Política Nacional de Alimentación y Nutrición.	español
10	Brasil	La etiqueta de los alimentos e información nutricional.	español
11	Brasil	[Nutritional challenges in the Brazilian Unified National Health System for building the interface between health and food and nutritional security]	inglés
12	Brasil	Developments in National Policies for Food and Nutrition Security in Brazil.	inglés
13	Brasil	Política de Segurança Alimentar Nutricional e sua Inserção ao Sistema Único de Assistência Social.	portugués
14	Canadá	Examination of food industry progress in reducing the sodium content of packaged foods in Canada: 2010 to 2013.	inglés
15	Canadá	Advancing the human right to food in Canada: Social policy and the politics of hunger, welfare, and food security.	inglés
16	Canadá	Food Banks and Food Security: Welfare Reform, Human Rights and Social Policy. Lessons from Canada?	inglés
17	Canadá	Evaluation of the Nutrition Policy and Promotion Program 2009–2010 to 2014–2015.	inglés
18	Canadá	Implementing School Nutrition Policy: Student and Parent Perspectives.	inglés

19	Corea del Sur	Nutrition Policy in South Korea.	inglés
20	EEUU	USDA Snack Policy Implementation: Best Practices From the Front Lines, United States, 2013–2014.	inglés
21	EEUU	Child Nutrition Programs: Spending and Policy Options.	Inglés
22	EEUU	Fas in fat : how obesity policies are failing in America.	Inglés
23	EEUU	The Child and Adult Care Food Program: Who is Served and What are Their Nutritional Outcomes?	Inglés
24	EEUU	School food and nutrition policy, monitoring and evaluation in the USA.	Inglés
25	EEUU	Measuring Implementation of School Programs and Policies to Promote Healthy Eating and Physical Activity among Youth.	inglés
26	España	Continuidad y cambio en las políticas públicas: el caso de la política de seguridad alimentaria en España (1981–2001).	español
27	Finlandia	Nutrition policy in Finland.	inglés
28	Finlandia	Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention: from community intervention to national programme-experiences from Finland.	inglés
29	Holanda	Fed up with the right to food? : the Netherlands' policies, and practices regarding the human right to adequate food.	inglés
30	Israel	Addition of essential micronutrients to foods--implication for public health policy in Israel.	inglés
31	México	Políticas y programas de alimentación y nutrición en México / Food and nutrition policies and programs in Mexico.	español
32	México	Evaluación estratégica de Nutrición y Abasto	español
33	Noruega	The Norwegian nutrition and food policy: An integrated policy approach to a public health problem.	inglés
34	Noruega	Evaluation of the Norwegian nutrition policy with a focus on the Action Plan on Nutrition 2007–2011.	inglés
35	Noruega	Promoting health through structural change: Analysis of the origins and implementation of Norway's farm-food-nutrition policy.	inglés
36	Noruega	Experiences with the Norwegian nutrition policy.	inglés

Selección de Artículos de Evaluación de las Políticas de Alimentación y Nutrición

A continuación, a partir de la búsqueda anterior en esta etapa, la selección de estudios fue llevada a un nuevo nivel de especificidad, identificando aquellos artículos elaborados específicamente a partir de **estudios de evaluación** a las ya mencionadas políticas alimentarias y nutricionales nacionales, de los países seleccionados.

Por último, en este ítem se identificó el subconjunto específico de artículos académicos correspondientes a algún tipo de **evaluación de políticas alimentarias**. A este punto, el contingente original de casos se ha visto significativamente reducido, producto de cada una de las etapas de selección aplicadas a lo largo del proceso, dando como resultado el listado de

información presentado a continuación, en el cual sólo permanecen 15 de los 36 casos provenientes del ítem anterior:

Tabla 3: Selección de artículos sobre evaluación de políticas alimentarias y nutricionales de alcance nacional.

Nº	País	Título	Idioma
1	Australia	A comparison of the effectiveness of an adult nutrition education program for Aboriginal and non-Aboriginal Australians.	inglés
2	Australia	National food and nutrition strategy: health systems issues.	Inglés
3	Brasil	La Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Brasil a partir del programa "hambre cero".	español
4	Brasil	Políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional en Brasil: avances y discontinuidades.	español
5	Brasil	Developments in National Policies for Food and Nutrition Security in Brazil.	inglés
6	Brasil	La Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Brasil y su inserción en el Sistema Único de Asistencia Social.	Inglés
7	Canadá	Examination of food industry progress in reducing the sodium content of packaged foods in Canada: 2010 to 2013.	inglés
8	Canadá	Evaluation of the Nutrition Policy and Promotion Program 2009-2010 to 2014-2015.	inglés
9	EEUU	USDA Snack Policy Implementation: Best Practices From the Front Lines, United States, 2013-2014.	inglés
10	EEUU	School food and nutrition policy, monitoring and evaluation in the USA.	Inglés
11	EEUU	Measuring Implementation of School Programs and Policies to Promote Healthy Eating and Physical Activity among Youth.	inglés
12	Finlandia	Nutrition policy in Finland.	inglés
13	México	Evaluación estratégica de Nutrición y Abasto.	español
14	Noruega	Evaluation of the Norwegian nutrition policy with a focus on the Action Plan on Nutrition 2007-2011.	inglés
15	Noruega	Promoting health through structural change: Analysis of the origins and implementation of Norway's farm-food-nutrition policy.	inglés

Habiendo completado la revisión de artículos en bases de datos científicas, se dio paso a la revisión dirigida de políticas nacionales alimentarias y nutricionales.

Esquema 1. Diagrama de Flujo de Selección de Artículos según Criterios de Inclusión y Exclusión.



Fuente: Elaboración Propia

2. Revisión Dirigida de Políticas Naciones de Alimentación y Nutrición en Sitios Web de Entidades Gubernamentales y Organizaciones Internacionales

Revisión dirigida de literatura publicada en los sitios web gubernamentales de los países.

Habiendo finalizado la búsqueda y selección de artículos científicos, se procede a una revisión dirigida de literatura específicamente relacionada con políticas nacionales de nutrición, alimentación y seguridad alimentaria, explorando los portales virtuales pertenecientes a instituciones gubernamentales de los países ya mencionados en el apartado anterior.

Durante el proceso de revisión, la investigación contó con los siguientes obstaculizadores:

- Los países latinoamericanos incluidos en la selección detallada, presentan portales web poco accesibles (mal organizados); desactualizados (fuera de servicio o con información sin actualizar); disponen de escasa o nula documentación detallada acerca de sus propias

políticas en materia de nutrición y alimentación (en ocasiones, reducida a notas de prensa en el mismo portal institucional); entre otros.

- Los países europeos pertenecientes a la región nórdica del continente, cuentan con sitios web gubernamentales en idiomas diferentes al español y al inglés (finlandés, sueco, noruego, alemán), dificultando la exploración del sitio e imposibilitando la revisión de la documentación detallada con respecto a sus políticas nutricionales.
- Los países europeos cuyos sitios web poseen versiones en español o en inglés, presentan escasas o nulas políticas alimentarias y nutricionales propiamente nacionales, pues al ser parte de la Unión Europea, la mayoría de sus políticas públicas consisten en la proyección de acuerdos políticos alcanzados en la región, y cuya expresión a nivel nacional no es una estrategia o un plan, sino un programa o similar.
- En el caso de los países norteamericanos como Canadá y EEUU, se observa que poseen gran variedad de políticas locales (regionales o estatales), pero que las políticas nacionales son escasas.
- Además de buscar documentos oficiales sobre las políticas públicas alimentarias y nutricionales, también se revisaron artículos de prensa presentes en los mismos portales institucionales y que hicieran menciones a dichas políticas, con la expectativa de que fueran útiles para rastrear mayor información oficial sobre dichas políticas. A pesar de haber ampliado la búsqueda, no se obtuvo información suficiente a este respecto.

En respuesta a estas dificultades, se resolvió profundizar en la revisión dirigida de literatura en sitios web pertenecientes a organizaciones no gubernamentales o internacionales, especialmente vinculadas al desarrollo y evaluación de políticas públicas alimentarias y nutricionales.

Revisión dirigida de literatura en sitios de organizaciones no gubernamentales u organizaciones internacionales.

Tal como se mencionara en el apartado anterior, la revisión dirigida de sitios web gubernamentales se vio severamente afectada por obstáculos de carácter externo. En consecuencia, la revisión de portales web de organizaciones no gubernamentales u organizaciones internacionales vinculadas con el desarrollo de políticas alimentarias y nutricionales, solventaría en lo posible la problemática planteada en el punto anterior. Como producto de esta búsqueda, los portales institucionales estudiados fueron los mencionados a continuación:

- **FAO:** Food and Agriculture Organisation of the United Nations - Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

- **WHO:** World Health Organisation - Organización Mundial de la Salud (OMS).
- **PAHO:** Pan American Health Organisation - Organización Panamericana de la Salud.
- **WHO Europe:** World Health Organisation EUROPE - Organización Mundial de la Salud para Europa.
- **WCRF NOURISHING:** World Cancer Research Fund International NOURISHING Framework - Guía Marco NOURISHING del Fondo Internacional para la Investigación del Cáncer.
- **CELAC:** Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños.
- **OECD:** Organisation for Economic Co-operation and Development - Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo.
- **IFPRI:** International Food Policy Research Institute - Instituto Internacional para el Estudio de Políticas Alimentarias.
- **NNR:** Nordic Nutrition Recommendations of the Nordic Council - Recomendaciones Nutricionales del Concilio de la Región Nórdica.
- **WB:** The World Bank - Banco Mundial (BM).
- **WFP:** World Food Programme - Programa Mundial de Alimentos (PMA).
- **EFNEP:** Expanded Food and Nutrition Education Program from the U.S. Department of Agriculture - Programa Educacional Extendido sobre Alimentación y Nutrición del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de Norteamérica.

La búsqueda de información realizada en cada uno de estos portales institucionales, derivó en la identificación de subdirectorios virtuales pertenecientes a las mismas organizaciones, en donde se agrupa la información relativa a políticas públicas alimentarias y nutricionales.

Es importante señalar que la replicabilidad de la búsqueda realizada en internet, puede no resultar 100% exacta desde un aparato computacional a otro. Ésto, porque los motores de búsqueda (normalmente llamados "buscadores"), conjugan determinados factores a la hora de rastrear, identificar y organizar la información que les es solicitada, siendo uno de dichos factores el historial de búsqueda previo. Lo esperable al realizar la misma búsqueda en internet desde dos dispositivos computacionales diferentes, es que surja la misma información en ambos, pero que sea presentada en un orden parcialmente diferente (los principales resultados tienden a ser los mismos en ambos aparatos), lo que se hace especialmente notorio a medida que se exploran diferentes páginas de resultados pertenecientes a una búsqueda (Siri, 2000; Navarro y Tramullas, 2005; Maglione y Varlotta, 2012).

Con el fin de presentar la información de manera clara y rápidamente accesible para el/la lector/a, se diseñó una matriz para fichaje de las políticas, planes y estrategias de nutrición y alimentación, seleccionadas. Las categorías de caracterización fueron las siguientes:

- Localización de la iniciativa (región y país² de procedencia);
- Nombre o título de la iniciativa;
- Tipo de iniciativa;
- Institucionalidad política encargada de la iniciativa (Gubernamental; Ministerial; Departamental; etc.);
- Alcance territorial: Esta categoría se incluye para diferenciar políticas nacionales, de aquellas continentales (Unión Europea) y de aquellas otras regionales (Reino Unido; Región Nórdica de la Unión Europea).
- Principal población beneficiaria de la iniciativa (población en general; grupos o sectores específicos al interior de la población);
- Concepto (o conceptos) desde el cual se concibe cada iniciativa registrada (disponibilidad; acceso; utilización y estabilidad).

Es de alta relevancia comprender que la última categoría utilizada para la organización de la información, muchas veces no resulta discriminante. Ésto, pues las políticas públicas de carácter nacional y orientadas al general de la población, difícilmente obedecen a un solo concepto de los 4 que articulan las cuatro dimensiones primordiales de Seguridad Alimentaria. En consecuencia, la clasificación de las iniciativas no se limita a un solo concepto, sino que da cuenta de todos ellos.

Tabla 4. Definición de las dimensiones primordiales de la Seguridad Alimentaria

Dimensión	Definición
La DISPONIBILIDAD física de los alimentos	La seguridad alimentaria aborda la parte correspondiente a la "oferta" dentro del tema de seguridad alimentaria y es función del nivel de producción de alimentos, los niveles de las existencias y el comercio neto.
El ACCESO económico y físico a los alimentos	Una oferta adecuada de alimentos a nivel nacional o internacional en sí no garantiza la seguridad alimentaria a nivel de los hogares. La preocupación acerca de una insuficiencia en el acceso a los alimentos ha conducido al diseño de políticas con mayor enfoque en materia de ingresos y gastos, para alcanzar los objetivos de seguridad alimentaria.
La UTILIZACIÓN de los alimentos	La utilización normalmente se entiende como la forma en la que el cuerpo aprovecha los diversos nutrientes presentes en los alimentos.

² Nuevamente, la información ha sido organizada en orden alfabético según región y país.

	El ingerir energía y nutrientes suficientes es el resultado de buenas prácticas de salud y alimentación, la correcta preparación de los alimentos, la diversidad de la dieta y la buena distribución de los alimentos dentro de los hogares. Si combinamos esos factores con el buen uso biológico de los alimentos consumidos, obtendremos la condición nutricional de los individuos.
La ESTABILIDAD en el tiempo de las tres dimensiones anteriores	Incluso en el caso de que su ingesta de alimentos sea adecuada en la actualidad, se considera que no gozan de completa seguridad alimentaria si no tienen asegurado el debido acceso a los alimentos de manera periódica, porque la falta de tal acceso representa un riesgo para la condición nutricional. Las condiciones climáticas adversas (la sequía, las inundaciones), la inestabilidad política (el descontento social), o los factores económicos (el desempleo, los aumentos de los precios de los alimentos) pueden incidir en la condición de seguridad alimentaria de las personas.

Fuente: FAO 2011, pág. 1.

V. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES POLÍTICAS NACIONALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PAÍSES DE RELEVANCIA PARA EL CONTEXTO NACIONAL

En este apartado se desarrolla un resumen de las políticas nacionales de alimentación y nutrición seleccionadas, con el objetivo de entregar un panorama general del contenido de cada una de éstas de manera independiente.

1. Alemania: “Iniciativa Nacional Alemana para Promover Dietas Saludables y Actividad Física”

La Iniciativa Nacional Alemana es una política nacional enmarcada en la decisión de la Unión Europea, basada en la recomendación de la OMS, sobre desarrollar políticas nacionales para el control y prevención de la Obesidad, la Malnutrición y la Promoción de Estilos de Vida Saludables. El principal compromiso gubernamental en el marco de la “Estrategia Global para la Salud, la Alimentación y la Actividad Física” de la OMS, es adoptar estrategias para la prevención en enfermedades crónicas no contagiosas y asociadas con problemas de nutrición y seguridad alimentaria.

La política desarrollada en Alemania es de alcance nacional y es ejecutada por el Gobierno Federal de Alemania a través de sus Ministerios de Salud, Agricultura y Protección al consumidor, coordinando además con gobiernos regionales, provinciales y locales, y las respectivas

dependencias territoriales de cada ministerio. Sus principales enfoques se encuentran en la educación sobre alimentación saludable y actividad física, la vinculación con la sociedad civil a través de iniciativas relacionadas con la actividad física, y el incentivo a la investigación en la materia y el mejoramiento de la alimentación fuera de casa, es decir, en establecimientos como escuelas, hospitales, recintos deportivos y otros similares.

El principal objetivo del Plan de Acción Nacional es mejorar de forma sostenible los hábitos alimentarios y los patrones de actividad física en Alemania. Los objetivos específicos de la política son: que los adultos vivan vidas más saludables, que los niños crezcan de manera más saludable y disfruten de una mejor calidad de vida, así como un mejor desempeño en la educación, la vida profesional y la vida privada; y que las enfermedades causadas por un estilo de vida poco saludable, una dieta inadecuada y un estilo de vida sedentario deben ser marcadamente reducidos.

Para lograr estos objetivos, los esfuerzos deben ser agrupados y dirigidos hacia objetivos comunes, cuyo logro debe ser monitoreado regularmente; se deben desarrollar estrategias que fortalezcan las medidas para su implementación, que promuevan comportamientos individuales y tengan en cuenta los niveles regional y nacional; las condiciones marco que permitan a las personas perseguir un estilo de vida promotor de la salud deben ser mejoradas de manera duradera y sostenible. Para lo anterior, es necesaria una estrecha cooperación entre los círculos políticos, la atención de la salud, la sociedad civil, la comunidad empresarial, los medios de comunicación y el mayor número posible de actores sociales.

El Plan Nacional de Acción pretende:

1. Transmitir la importancia de una dieta saludable y una actividad física suficiente para la salud de las personas.
2. Formular recomendaciones sobre los hábitos alimentarios y los patrones de conducta de la actividad física en un grupo específico y orientado a la aplicación.
3. Crear o mejorar estructuras que alienten a los individuos a asumir la responsabilidad de un estilo de vida saludable combinado con una dieta equilibrada y suficiente actividad física.
4. Establecer vínculos entre las partes interesadas y medidas que contribuyan a una oferta ampliada y coordinada.
5. Dar a conocer buenos proyectos y mejores prácticas, y promover la transparencia en cuanto a la calidad, escala y financiación de las ofertas y cómo se mide su éxito.

Las medidas del Plan de Acción Nacional se centran en cinco Áreas de Acción clave:

1. Las autoridades públicas sirven de ejemplo;
2. Educación e información sobre dieta, actividad física y salud;
3. Actividad física en la vida cotidiana;
4. Mejora de la calidad del catering fuera de casa;
5. Nuevo impulso para la investigación.

Sobre la base de estas cuestiones clave ya se han puesto en marcha medidas para desencadenar los cambios necesarios y allanar el camino para el logro de los objetivos del Plan de Acción Nacional, y para ésto se han implementado distintas áreas de acción:

- Área de acción 1: El Gobierno federal, los "Länder" y las comunas ponen un ejemplo sobre la promoción de una alimentación sana y de hábitos de actividad física, evaluando el impacto de la política nacional, asignando fondos públicos para promover la salud y actividad física y como empleadores promueven la vida sana entre sus trabajadores.
- Área de Acción 2: Información sobre dieta, actividad física y salud. Los esquemas de nutrición y educación de actividad física permiten a las personas llevar una vida sana y aumentar su propio sentido de responsabilidad. Existe una discrepancia entre los conocimientos teóricos sobre la importancia de un estilo de vida saludable y el traspaso concreto al comportamiento diario. Aunque la mayoría de las personas están familiarizadas con los principios de un estilo de vida saludable, todavía desarrollan o se adhieren a hábitos dietéticos y patrones de actividad física que pueden tener un impacto negativo en la salud. Es por ésto, que la información debe adecuarse a los diferentes grupos de la población y debe ser promovida además por actores sociales en el ámbito local.
- Área de acción 3: Actividad física en la vida cotidiana. Por regla general, las personas en Alemania se dedican a actividades físicas y deportivas regulares. Sus ambientes de vida ofrecen incentivos suficientemente atractivos para la actividad física, por lo que el énfasis está en los grupos con un estilo de vida sedentario.
- Área de acción 4: Mejora de la calidad de la alimentación fuera del hogar. Las ofertas de catering fuera de casa deben adaptarse a las necesidades de los grupos destinatarios, siendo calificados como establecimientos de calidad que cumplen con los requisitos de promoción de una vida sana. Ésto permite que todo el mundo tenga acceso a alternativas saludables en la alimentación fuera del hogar.
- Área de acción 5: Un nuevo impulso para la investigación. Se intensifica la investigación básica en salud sobre la actividad física y la dieta. En particular, se ha investigado suficientemente los factores sociales, psicológicos y fisiológicos, así como su impacto en el inicio de malos hábitos alimenticios, inactividad física, sobrepeso y enfermedades

relacionadas. Con base en la investigación, se proporciona las bases científicas para el desarrollo e implementación de ofertas orientadas al usuario en las áreas de dieta y actividad física. La evaluación y el aseguramiento de la calidad de las medidas de prevención primaria y promoción de la salud se garantizan mediante el apoyo a la investigación científica y la provisión de herramientas adecuadas.

Existen instrumentos para implementar y desarrollar el Plan Nacional de Acción. En primer lugar, los dos ministerios principales, el Ministerio Federal de Alimentación, Agricultura y Protección del Consumidor y el Ministerio Federal de Salud, crearon una secretaría para implementar y desarrollar el Plan de Acción Nacional. La secretaría tiene a su cargo la organización de la estructura de trabajo, la supervisión permanente del éxito y la dirección operativa del proceso. Estos instrumentos para la implementación y desarrollo del Plan Nacional de Acción son las estructuras de trabajo existentes que acompañarán el proceso con el respaldo de las partes interesadas:

- Grupo de trabajo interministerial del Gobierno Federal y el grupo de trabajo conjunto de El Gobierno Federal, los Länder (territorios) y las comunas. También se procurará establecer grupos de trabajo (interministeriales) en los Länder, a fin de establecer y procesar también focos de acción a nivel del Land, de manera transversal.
- Grupo nacional de dirección: el grupo directivo nacional está compuesto por un representante de cada uno de los ministerios principales del Gobierno Federal, un representante de cada una de las Conferencias de los Ministros de Salud, Protección del Consumidor y Agricultura y un representante de las asociaciones municipales. Además, si es posible, debería haber un representante de las asociaciones de empleadores y de trabajadores, un representante de la Asociación Federal para la Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud, la Plataforma de Dieta y Actividad Física, un representante de la sociedad civil y un representante de las principales asociaciones y sociedades especializadas. Normalmente se reúne dos veces al año. Es responsable de proponer contenidos, establecer contactos entre los actores sociales pertinentes y asesorar a la secretaría.
- Grupos de trabajo temáticos: los grupos de trabajo están creados para tratar específicamente temas individuales en el Plan de Acción Nacional. Ésto podría ser un área de acción entera o sub-áreas específicas. Los grupos de trabajo elaboran propuestas sobre el contenido, desarrollan medidas concretas e implementan los resultados correspondientes. Por regla general, su trabajo no se extiende a lo largo de toda la duración del Plan de Acción Nacional, sino que es limitado en el tiempo. La secretaría elabora, junto con el grupo directivo, propuestas sobre los temas y la compilación de los grupos de trabajo.
- Participación permanente de la sociedad civil: El factor decisivo aquí es que el deseo de que una iniciativa nacional se refleje también en el proceso de diálogo y de intercambio de ideas

de la sociedad civil. Además de la participación de expertos, la sociedad civil también estará representada en el grupo directivo y en los grupos de trabajo.

- **Aseguramiento de la calidad:** El Plan Nacional de Acción tiene como objetivo lograr mejoras duraderas en la situación de la salud en todas las fases de la vida, cambiando los hábitos dietéticos y los patrones de actividad física. Para garantizar y monitorear esto, es necesario el aseguramiento de la calidad científicamente validado y la evaluación de proyectos y medidas individuales. El éxito de los proyectos individuales se examina sobre la base de indicadores previamente estipulados. Se utilizarán, entre otras cosas, para identificar qué medidas son particularmente eficaces, tienen un efecto duradero y cuáles son rentables. Los fundamentos para la evaluación y el establecimiento de normas de garantía de calidad, para los proyectos, son elaborados por una institución independiente hasta el año 2010.
- **Documentación del progreso:** el estado de implementación y los avances en el Plan de Acción Nacional se comunican periódicamente al público en general. En un congreso de lanzamiento, los objetivos, las áreas de acción y los próximos pasos se presentan ampliamente y se invita a los principales actores de la política, las asociaciones, la ciencia, la comunidad empresarial y la sociedad civil. Después de que los avances en el Plan de Acción Nacional se documentan en conferencias y reuniones regulares, y se identifican nuevas áreas prioritarias cuando es apropiado. Los Länder en particular están involucrados, ya que numerosas actividades relevantes tienen lugar en su nivel. La aparición de la campaña tiene como objetivo proporcionar orientación y transmitir los mensajes positivos del Plan de Acción Nacional. El factor decisivo para convertir la campaña en una verdadera iniciativa para una dieta saludable y más actividad física es el compromiso social de todos los actores sociales.
- **Financiamiento:** se asignan anualmente 5 millones de euros a los presupuestos de los principales ministerios federales, inicialmente para el período 2008-2010 para la aplicación del Plan de Acción Nacional y los instrumentos necesarios. Además, hay fondos disponibles de otros ministerios federales, los Länder, la sociedad civil y la industria a través de sus respectivas actividades y medidas para apoyar el Plan de Acción Nacional.

2. Brasil: “Política Nacional de Alimentación y Nutrición”

La Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN), aprobada en el año 1999, integra los esfuerzos del Estado Brasileño que mediante un conjunto de políticas públicas propone respetar, proteger, promover y garantizar los derechos humanos a la salud y a la alimentación. Esta política, luego de cumplir 10 años, fue actualizada, con el fin de perfeccionar sus bases y directrices, apuntando a los nuevos desafíos que la alimentación y nutrición en Brasil presentan. Estos nuevos desafíos se reflejan en una transición nutricional peculiar y rápida en la población

brasileña: de un país que presentaba altas tasas de desnutrición, en la década de 1970, pasó a ser un país con la mitad de la población adulta con exceso de peso en 2008.

Los enfoques principales que respaldan esta política es considerar la alimentación como un derecho social. Ésto se logra consagrar en la Constitución Federal brasileña con la Enmienda Constitucional nº64. En conjunto con ésto, uno de los supuestos base de la política es la determinación social de la salud, entre cuyos factores se encuentran el consumo según ingresos familiares, zona urbana o rural y los distintos grupos de edad de la población.

El objetivo principal de la PNAN es la “mejora de las condiciones de alimentación, nutrición y salud de la población brasileña, mediante la promoción de prácticas alimentarias adecuadas y saludables, la vigilancia alimentaria y nutricional, la prevención y el cuidado integral de los problemas relacionados a la alimentación y nutrición”, teniendo como principios generales el derecho a la Salud y a la Alimentación, y como principios de la política los siguientes:

- La Alimentación como elemento de humanización de las prácticas de salud.
- El respeto a la diversidad y la cultura alimentaria.
- El fortalecimiento de la autonomía de los individuos.
- La determinación social y la naturaleza interdisciplinaria e intersectorial de la alimentación y nutrición.
- La seguridad alimentaria y nutricional con soberanía.

Las directrices de la PNAN indican las líneas de acción para lograr su propósito, capaces de modificar los determinantes de salud y promover la salud de la población. Para conseguir estos propósitos las directrices se agrupan en las siguientes:

- Organización de la Atención Nutricional.
- Promoción de la Alimentación Adecuada y Saludable.
- Vigilancia Alimentaria y Nutricional.
- Gestión de las Acciones de Alimentación y Nutrición.
- Participación y Control Social.
- Cualificación de la Fuerza de Trabajo.
- Control y Regulación de los Alimentos.
- Investigación, Innovación y Conocimiento en Alimentación y Nutrición.
- Cooperación y articulación para la Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Respecto de las responsabilidades institucionales, en la esfera de la política alimentaria se consideran tres gestores responsables, que deben trabajar en forma articulada y que poseen las siguientes atribuciones:

- Ministerio de salud: elaborar el plan de acción para la aplicación de la PNAN, asegurar recursos federales para el cumplimiento de la política, evaluar y monitorear las metas nacionales de salud y alimentación, dar asesoría técnica a los organismos involucrados, apoyar y promover la articulación entre organismos locales, promover la investigación e innovación en el tema y la vinculación con organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales, sector privado y otros.
- Secretarías de Salud de los Estados y el Distrito Federal: mismas funciones del Ministerio, pero en el ámbito de su jurisdicción territorial.
- Secretarías Municipales de Salud y el Distrito Federal: mismas funciones del Ministerio, pero en el ámbito de su jurisdicción territorial, además de procurar la participación social mediante los Consejos Municipales de Salud.

3. Canadá: “Estrategia Pan-Canadiense de Vida Sana”

A partir del año 2003 se implementa la Estrategia Pan-Canadiense de Vida Sana, siendo una política nacional con coordinación a nivel municipal. Su ejecutor es el Gobierno Federal de Canadá, a través de sus Ministros Federales, Provinciales y Territoriales (FPT) de Salud. El diagnóstico que dio origen a la política se hizo a través de un proceso de consulta, con distintas metodologías, tales como, simposios nacionales, mesas redondas sobre estrategia, consulta en línea y reuniones con “stakeholders”.

Los objetivos de esta estrategia son mejorar los resultados generales de salud y reducir las disparidades en la salud al abordar los factores de riesgo prevenibles comunes, es decir, la inactividad física y la ingesta de alimentos poco saludables, promoviendo una vida sana y previniendo las enfermedades crónicas.

El marco de acción de la política incluye la creación de una Red Intersectorial de Vida Sana, fomentar la investigación y buenas prácticas, explorar opciones de financiamiento intersectorial, desarrollar opciones para una estrategia de comunicaciones o información de salud, además de basarse en las escuelas como espacio clave, proyectando, por último, establecer diálogo con los aborígenes como actor involucrado.

La política cuenta con tres áreas prioritarias (actividad física, alimentación saludable y su relación con pesos saludables), a partir de las cuales se establece la meta de obtener un 20% de aumento en la proporción de canadienses que están físicamente activos, comiendo saludablemente y con pesos corporales saludables.

En el año 2010, el marco de trabajo de la política fue fortalecida, incorporando nuevas áreas como la prevención del sobrepeso y la obesidad, salud mental y prevención de lesiones.

Respecto de la intersectorialidad de la política, la implementación de ésta se realiza por distintos niveles, a saber, Gobierno Federal, Provincial y Territorial; además, se genera coordinación con el sector privado, la sociedad civil y los Pueblos Originarios. Existe un Comité Coordinador de la Red Intersectorial de Vida Sana que generó cuatro grupos de trabajo con los actores mencionados anteriormente, abordando los temas de Información Pública/Marketing Social; Prioridades y Objetivos; Investigación y Vigilancia y Fondo de Financiamiento Intersectorial.

Los resultados esperados de la política han sido organizados según horizontes de tiempo, esperando cumplir las siguientes metas:

En el corto plazo (6 a 18 meses), se espera promover:

- Mayor conocimiento de la información de salud por individuos y grupos de población de interés.
- Mayor acceso a información sobre salud y programas de promoción de la salud.
- Mejora de la colaboración y la integración de enfoques de vida saludable que aborden cuestiones de salud prioritarias.

A mediano plazo (18-60 meses), se espera facilitar:

- Mayor acceso a entornos físicos y sociales que apoyan la salud en comunidades rurales, remotas y del norte,
- Mayor capacidad de las comunidades para crear ambientes sociales y físicos que promuevan la salud, y
- Mayor proporción de poblaciones involucradas en comportamientos saludables.

Finalmente, los resultados a largo plazo (5 años) esperan contribuir a:

- Reducción de las disparidades en salud;
- Reducción de la carga humana y económica de la enfermedad;
- Mejora de los resultados en salud; y
- Mejor calidad de vida para los canadienses.

Respecto de los actores involucrados que generan oportunidades de colaboración, se considera a padres y familias, profesionales (servicios de salud y más allá), comunidades y organizaciones sin fines de lucro, pueblos aborígenes, gobiernos provinciales, territoriales y municipales y las autoridades sanitarias, redes / alianzas / iniciativas nacionales, gobierno federal, sector privado (incluidos los medios de comunicación).

Sobre la Investigación y Vigilancia que debe tener la política, se utilizará un Programa Integrado de Investigación y Vigilancia de Vida Saludable, incluyendo las mejores prácticas, para apoyar y ayudar con la implementación de las acciones y para medir el progreso en el logro de los objetivos.

Esta agenda busca abordar las brechas actuales, que incluyen: la falta de datos sobre la aplicación y los costos, que son fundamentales para la toma de decisiones informadas; poca coordinación entre y dentro de los sectores, especialmente en la integración de la investigación con las políticas y la práctica; capacidad limitada de investigación y vigilancia relacionada con la promoción y prevención de la salud; y poca comprensión de qué intervenciones favorecerán mejor una vida saludable.

Para abordar estas brechas, se han especificado los siguientes objetivos para el programa de investigación y vigilancia:

- Las decisiones de políticas y programas basadas en datos oportunos, regulares y significativos.
- Coordinación e integración de inversiones en investigación, políticas y prácticas.
- Acceso fácil, eficiente y oportuno de las comunidades al conocimiento (en una forma utilizable), necesario para informar las decisiones.
- Mejora de la capacidad de los investigadores en la realización de investigaciones para abordar políticas y prácticas.
- Síntesis y traducción de la investigación existente para uso de las organizaciones de población y salud pública.
- Colaboración de las principales partes interesadas intersectoriales en todos los niveles en diversas fases de desarrollo e intercambio de conocimientos.
- Integración de la investigación, vigilancia y evaluación con el desarrollo de políticas y programas.

En particular, la agenda se centrará en tres áreas prioritarias:

1. Aumento de la capacidad de desarrollo e intercambio de conocimientos para promover la alimentación saludable, la actividad física y su relación con el peso saludable.
2. Aumento de la investigación intervencionista a nivel de población para comprender y abordar los determinantes de la alimentación saludable, la actividad física y su relación con pesos saludables.
3. Implementación de un sistema integrado para el desarrollo e intercambio de conocimientos sobre políticas y programas en los sectores de salud y "no sanitarios".

4. Eslovenia: “Política del Programa Nacional de Alimentos y Nutrición”

La Política Nacional de Alimentos y Nutrición se ejecutó entre el año 2005 y 2010, siendo el organismo a cargo el Ministerio de Salud, cuyo alcance es nacional. Los objetivos básicos de la política son proveer alimentos seguros en toda la cadena alimentaria, establecer, preservar y fortalecer hábitos nutricionales sanos de los habitantes de la República de Eslovenia, y garantizar un suministro adecuado y sostenible de alimentos saludables para la población de alta calidad.

La política de nutrición se implementa mediante la planificación y ejecución de medidas y actividades por parte del Estado, en cooperación con diferentes sectores públicos y organizaciones de la sociedad civil, que promueven y fortalecen la nutrición sana y de alta calidad de la población.

La política está elaborada en base a tres pilares fundamentales: seguridad Alimentaria; Nutrición balanceada; y Disponibilidad Alimentaria sustentable, a partir de productores locales de alimentos, en base a recomendaciones de la OMS para el desarrollo de políticas nacionales de seguridad alimentaria y nutrición. Los temas de intervención de la política son variados, y alcanzan incluso la seguridad alimentaria al interior del mercado en Eslovenia, con respecto a la producción, manipulación, clasificación y tratamiento de los alimentos.

En la planificación y aplicación de la política de nutrición en la República de Eslovenia se tienen en cuenta los siguientes principios:

- Respeto del derecho a un estilo de vida saludable, incluida una nutrición sana y respeto de los hábitos dietéticos específicos de la población.
- Respeto de principios éticos - responsabilidad social, moral y ambiental compartida de todos los participantes en la cadena alimentaria: producción, procesamiento, distribución y comercialización de alimentos y responsabilidad de los consumidores finales de alimentos.
- Responsabilidad compartida y representación proporcional de todas las políticas sectoriales en la aplicación de la política de nutrición y adopción de principios para la formulación y aplicación de medidas beneficiosas para la salud dentro de la política agrícola común y nacional, y otras políticas de mantenimiento y fortalecimiento de la salud.
- Consideración del conocimiento científico actual y desarrollo profesional; Apoyo a la investigación clínica y epidemiológica en el campo de la nutrición y el estilo de vida saludable.
- Preocupación social particular por una nutrición saludable y un estilo de vida saludable en los grupos de población en riesgo.
- Aplicación de los derechos y protección de los consumidores.

- Participación activa del público, profesionales laicos, y de las organizaciones no gubernamentales.
- Consideración de las posibilidades financieras del Estado.

Asimismo, existió una instancia nacional y transversal de asesoría técnica para la preparación de la política. El Consejo de Alimentación y Nutrición asumió la tarea de coordinación y consulta en esta preparación, contando con más de 60 expertos eslovenos y extranjeros que participaron en la preparación del Programa Nacional de Política Alimentaria y Nutricional.

Debido a la especificidad de los diversos ámbitos que requerían apoyo técnico y analítico, se nombraron 11 grupos de trabajo en el período 2000-2004, que proporcionaron apoyo experto a las decisiones del mencionado Consejo. Los siguientes grupos de trabajo participaron en la preparación de análisis de estado y en la identificación de problemas en campos individuales:

- Grupo de trabajo para la preparación de cuadros de consumo de alimentos.
- Grupo de trabajo para la nutrición de las personas con necesidades dietéticas especiales.
- Grupo de trabajo para la educación nutricional de los expertos.
- Grupo de trabajo para la preparación de directrices sobre nutrición.
- Grupo de trabajo para la educación de diversos grupos de población.
- Grupo de trabajo para la lactancia materna.
- Grupo de trabajo sobre el yodo en la nutrición.
- Grupo de trabajo para la cooperación con la industria.
- Grupo de trabajo sobre los órganos genéticamente modificados.
- Grupo de trabajo para la seguridad de los productos alimenticios.
- Grupo de trabajo para el sector agrícola.

5. Inglaterra: “Pesos Saludables, Vidas Saludables: Una Estrategia Intergubernamental para Inglaterra”

Esta política es implementada en el año 2008. Formalmente califica como una estrategia, pero está referida como política en el sitio web de la OMS. El organismo executor de la política es el Gobierno de Inglaterra, a través de sus Ministerio de Salud y Ministerio de la Infancia, Escuelas y Familias.

Inglaterra presenta altos índices de obesidad y sobrepeso en su población (2/3 de la población adulta presenta sobrepeso u obesidad y 1/3 población infantojuvenil presenta sobrepeso u obesidad), por lo que las autoridades han evaluado esta situación como cercana a una epidemia.

Lo anterior resultó preocupante para las autoridades, debido al impacto severo que el sobrepeso u obesidad puede tener sobre la salud de una persona. Además, se consideraron los factores genéticos, psicológicos, culturales y de comportamiento que tienen un papel importante en la obesidad y sobrepeso de la población, y que son difíciles de influir. Paralelamente, la prospectiva mostró que el patrón cambiante de las vidas de los ingleses, que afecta igualmente el consumo de alimentos y la actividad física, hace cada vez más difícil para las personas mantener un peso saludable.

Como consecuencia de lo anterior, se plantea que el objetivo de la política es ser el primer gran país en invertir el aumento de la obesidad y sobrepeso en la población, asegurando que todos los individuos sean capaces de mantener un peso saludable. El enfoque inicial está en los niños, donde se espera para el 2020 haber reducido la proporción de niños con sobrepeso y obesidad a los niveles del año 2000. Esta nueva meta fue anunciada en septiembre de 2007 y forma parte del nuevo Acuerdo de Servicio Público (PSA) sobre Salud y Bienestar Infantil.

Esta política posee cinco ejes de intervención, contando con objetivos específicos por cada eje:

1. Niños/as, crecimiento saludable y peso saludable:

- Establecer planes inmediatos para identificar las familias en riesgo lo más pronto posible y los planes para promover la lactancia materna como la norma para las madres.
- Invertir para asegurar que todas las escuelas sean escuelas saludables, incluyendo hacer que la cocina sea una parte obligatoria del plan de estudios para 2011, para todos los niños de 11 a 14 años.
- Pedir a todas las escuelas que desarrollen políticas saludables para el almuerzo.
- Desarrollar programas adaptados en las escuelas para aumentar la participación de los alumnos obesos y con sobrepeso en la educación física y las actividades deportivas.
- Invertir 75 millones de libras esterlinas en un programa de marketing basado en la evidencia que informará, apoyará y capacitará a los estudiantes y los padres a hacer cambios en la dieta de sus hijos y en los niveles de actividad física.
- Invertir en mejorar la infraestructura ciclista como parte del paquete recientemente anunciado de 140 millones de dólares para Ciclismo Inglaterra.

2. Promoción de alternativas alimenticias saludables:

- Finalizar un Código de Buenas Prácticas de Alimentos Saludables, en asociación con la industria de alimentos y bebidas, y otras partes interesadas pertinentes.
- Promover las flexibilidades contenidas en las regulaciones de planificación, para que las autoridades locales sean capaces de gestionar la proliferación de establecimientos de comida rápida en áreas particulares.

3. Incorporar la actividad física a nuestra rutina:

- Invertir en una campaña "Caminar a la Salud", con el objetivo de conseguir un tercio de Inglaterra caminando por lo menos 1.000 pasos más diariamente en 2012.
- Grupo de trabajo con la industria de tecnología de entretenimiento para asegurar que continúen desarrollando herramientas para permitir que los padres manejen el tiempo que sus hijos pasan jugando juegos sedentarios y en línea.
- Revisar el enfoque general de la actividad física, incluyendo el papel de "Sport England" para desarrollar un nuevo conjunto de programas que aseguran que hay un claro legado de aumento de la actividad física desde los Juegos Olímpicos de 2012 y después de ellos.

4. Creación de incentivos para una mejor salud:

- Trabajar con los empleadores y las organizaciones de empleadores para desarrollar proyectos piloto que expliquen cómo las empresas pueden promover mejor el bienestar entre su personal y hacer que los lugares de trabajo saludables formen parte de su modelo básico de negocios.
- Piloto y evaluación de una gama de diferentes enfoques para el uso de incentivos financieros personales para fomentar una vida saludable, como personas que pierden peso y mantienen la pérdida de peso, comiendo más saludablemente o manteniéndose físicamente activos.

5. Apoyo y acompañamiento personalizado:

- Tratar de desarrollar el sitio web NHS Choices para dar asesoramiento altamente personalizado a la población en su dieta y los niveles de actividad, con información clara y coherente sobre cómo mantener un peso saludable.
- Apoyar la puesta en marcha de más servicios de gestión de peso mediante la financiación adicional para este durante los próximos tres años.

Los actores relevantes en la implementación de esta política son principalmente los individuos y las familias, así como otros actores sociales que se involucran desde su lugar en la alimentación. Por una parte, están los actores relacionados al consumo de alimentos, como los productores, dueños de negocios, manufactureros, restaurantes y comedores en escuelas y trabajos. Desde la actividad física, se considera el transporte público, los planificadores urbanos, la industria del ocio como cines, la diversión en casa, facilidades para el deporte y el acceso a gimnasios. Quienes se posicionan desde ambas temáticas son los empleadores, establecimientos educacionales, asociaciones locales relacionadas con las estrategias de la política, voluntariados y ONG, instituciones estatales como prisiones y servicios de salud, el gobierno local y los medios de comunicación.

Respecto de los métodos deliberativos de esta política, se establece como prioridad generar un diálogo nacional. Para desarrollar un sentido más fuerte de las respectivas responsabilidades para combatir el peso poco sano, y para construir una Coalición para una Salud Mejor, el Gobierno facilitará un diálogo nacional sobre la respuesta de la sociedad a la epidemia de exceso de peso, mediante eventos deliberativos, jurados ciudadanos, cumbres regionales en que se incluyen los empresarios, el sector del voluntariado, los sindicatos y el Gobierno.

En segundo lugar, se busca poner énfasis en establecer medidas preventivas estableciendo buenos hábitos alimenticios y niveles de actividad desde la primera infancia. Ésto abarcará varios temas, entre ellos: la lactancia materna, el destete saludable, la adopción alentadora de '5 A Day' de frutas y verduras, la mejora de la comprensión de los componentes de una dieta saludable y el fomento de la actividad cotidiana. El enfoque secundario está en la promoción de intervenciones que cambien los comportamientos en los niños mayores.

En tercer lugar, se busca establecer responsabilidades claras dentro de todos los niveles de gobierno, especialmente en los PCT (atención primaria), que deberá desarrollar planes para combatir la obesidad infantil y para acordar planes locales con SHAs, que permitirán generar estrategias más acordes a cada localidad, y vigilando que estos planes sobre la obesidad infantil estén estrechamente alineados con los Planes de Niños y Jóvenes (PSCJ), que establecen cómo las autoridades locales y sus socios de Children's Trust satisfarán las necesidades de los niños y jóvenes de su área.

En cuarto lugar, será importante que el personal de una amplia gama de organizaciones entienda el papel que desempeñan en el tratamiento de la actividad y la nutrición. Ésto incluirá personal en el NHS, escuelas, la industria alimentaria y muchos más. Por lo tanto, la capacitación tendrá que atender a las diferentes necesidades de estos grupos de personal, pero, lo que es más importante, también debe reconocer cuán sensible es el tema del peso y construir confianza del personal ejecutor de esta política.

A nivel de financiamiento de la política nacional de Inglaterra, el Gobierno dispone de 372 millones de euros para los programas establecidos en su documento de estrategia durante el período 2008-11. Ésto es más allá de la inversión de 1.300 millones de libras esterlinas en comida, deporte y juegos escolares, y la financiación adicional de 140 millones de libras para Cycling England, ya anunciada para 2008-11.

Además, el Gobierno invertirá en investigación para profundizar en la comprensión de las causas y consecuencias del aumento del exceso de peso y la evidencia de lo que funciona para abordarlo. Esta investigación será parte de esfuerzos más amplios para desarrollar el conocimiento de lo que funciona en el recién establecido Observatorio de Obesidad - parte de la familia más amplia del Observatorio de Salud Pública, junto a los organismos gubernamentales existentes de investigación y desarrollo.

Finalmente, respecto de la intersectorialidad de esta política, se identifica que las áreas gubernamentales involucradas son Salud, Educación, Economía, Deporte y Cultura. Además, existen acuerdos de colaboración con el sector privado, la industria alimentaria y publicitaria.

6. Israel: “Comportamiento Saludable: Promover Actividad Física. Prevenir y Tratar la Obesidad. Nutrición Saludable”

Esta política nacional intersectorial fue implementada a partir del año 2011, a cargo del Comité de Comportamientos para la Salud, dependiente del Ministerio de Salud. Los beneficiarios, si bien es toda la población, la política pone énfasis en niños, niñas y jóvenes.

A partir de esta política, el gobierno israelí se plantea como objetivo general la “mejora de la salud y la calidad de vida a través de la promoción de la actividad física continua en la vida”. Se establecen además objetivos de resultados que se categorizan según grupos de edad de la población (Niños y Adolescentes, Adultos y Adultos mayores), además de hacer un cruce con el origen racial de la población, considerando población árabe y judía que, según los datos presentados en el documento, tienen brechas importantes en torno a la actividad física.

El enfoque de la política se encuentra articulada en tres ejes: Promover la Actividad Física, Prevenir y Tratar la Obesidad, y Promover una Nutrición Saludable. Las estrategias de intervención planteadas se detallan a continuación:

Eje 1: Promover actividad física

- Crear programas comunitarios de actividad física para motivar la actividad física y generar redes sociales de apoyo a la realización de este tipo de actividad, al mismo tiempo.
- Incrementar y facilitar el acceso a espacios aptos para la actividad física, ya sea en escuelas, oficinas, espacios públicos, etc.
- Poner señaléticas llamativas en escaleras, para motivar su uso.
- Desarrollar una planificación urbana que acerque los sectores residenciales a escuelas, plazas, centros comerciales y lugares de trabajo, para facilitar el traslado a pie o en bicicleta.
- Aumentar tiempo semanal dedicado a actividad física, en establecimientos escolares.
- Integración de la familia o comunidad a las actividades de los establecimientos escolares para potenciar el desarrollo de niños/as y jóvenes físicamente activos.
- Reducción de las brechas de información entre grupos poblacionales, con respecto a estilos de vida saludables.

Eje 2: Prevención y tratamiento de la Obesidad:

- Para prevenir el aumento de peso:
 - Sistema público de Salud: Monitoreo anual a toda la población (pesar y medir).
 - Gobierno e industria: Respaldar la distribución de alimentos saludables mediante legislaciones o acuerdos con la industria alimentaria.
 - Medios de comunicación: Publicidad con alimentos bajos en calorías, azúcares y grasas, durante bloques televisivos infantiles. Los Medios deberían destacar figuras que promuevan el consumo de alimentos saludables.
 - Escuelas: Incluir cuidados nutricionales y vida saludable en currículos educativos; regular el expendio de alimentos poco saludables al interior de establecimientos educacionales; etc.
 - Reducir las horas de "pantalla" en niños, niñas y jóvenes (televisión y computador).
- Para tratar la Obesidad
 - Mantener monitoreo de salud en personas con obesidad.
 - Intervenciones terapéuticas, ambientales y tratamientos integrales.

Eje 3: Nutrición saludable:

- Fortificación de los alimentos.
- Etiquetado de contenidos por parte de la Industria Alimentaria.
- Instancias para orientación nutricional.

Los niveles de intervención de la política son bastante variados, y considera los siguientes espacios e instituciones:

1. Autoridades locales / comunidades / lugares de trabajo: creación de programas comunitarios para fomentar la actividad física; aumentar acceso e información de lugares donde realizar actividad física en entornos como el trabajo, el lugar de estudio y comunidades de bajos ingresos. Ésto incluye la construcción de infraestructura apta para caminatas, asegurar acceso a instalaciones existentes e incorporar la planificación urbana para promover la actividad física.

Además, se propone incentivar a empleados a realizar actividad física mediante la promoción de la salud, incentivos financieros y provisión de instalaciones en el sitio para realizar actividades físicas junto con instalaciones tales como armarios, duchas y portabicicletas, y autorizar la actividad física durante la jornada de trabajo.

2. Sistema educacional: se debe desarrollar una cultura escolar para adoptar comportamientos que fomenten la participación en la actividad física, como intervenir para cambiar el entorno social y físico, incluida la planificación de edificios e instalaciones, para fomentar la actividad física en general. A nivel preescolar y escolar, se sugiere aumentar el tiempo asignado a la actividad física moderada a vigorosa por semana, concientizando además sobre la importancia de la actividad física en la salud, incluyendo la implementación de iniciativas como "pausas activas".

Además, se debe incorporar a la familia o a la comunidad dentro de un programa de secundaria y preparatoria para desarrollar las habilidades de los estudiantes para estar físicamente activos, junto con una variedad de currículos de actividad física y un ambiente escolar de apoyo, promoviendo además el uso de bicicleta o caminata para transportarse a la escuela (observando las reglas de seguridad adecuadas). Respecto de la educación superior, se pretende ampliar y mejorar las infraestructuras para la actividad física de los estudiantes, profesores y personal de los institutos.

3. Medios de Comunicación y Marketing Social: llevar a cabo una amplia campaña de información pública a través de los medios de comunicación, adaptado a las audiencias específicas. Intervenciones personalizadas orientadas al comportamiento, que incluyen la fijación de metas y el seguimiento de logros, uso de refuerzos / incentivos, y métodos de enseñanza de la resolución de problemas y prevención de recaídas. Los programas deben adaptarse al grupo o a nivel individual y ser transmitidos cara a cara, por teléfono o por correo directo.
4. El Sistema de Salud: asesoramiento individual sobre la actividad física con la asistencia de una gama de profesionales calificados. Las intervenciones deben incluir prescripciones de comportamiento, planificación de actividades y seguimiento de la ejecución, las intervenciones de fortalecimiento recurrente (estrategias de refuerzo), que se han transmitido a través de variados medios de comunicación.
5. Legislación: se requiere aplicar una cláusula de la Ley de Deportes (1988), que permite incentivar el uso de instalaciones deportivas a nivel local; Integración del asesoramiento para la promoción de la actividad física en la Ley de Seguros de Salud del Estado (1995), como medio de prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas.
6. Reducción de las brechas de información / infraestructura: Integración de la actividad física (estudios teóricos y prácticos), en los cursos de formación básica y de formación continua de docentes de escuelas primarias y secundarias; aumentar la proporción de médicos y profesionales de la salud que reciben formación teórica y práctica en la prestación de asesoramiento para la actividad física, durante su formación primaria. Generar red de trabajo entre estudiantes de educación física con los distintos actores locales (autoridades, escuelas y lugares de trabajo), para desarrollar programas de acondicionamiento físico. Capacitar al

personal para asesorar a personas con condiciones de salud específicas que requieran apoyo especial de actividad física (considerando enfermedades como osteoporosis, diabetes mellitus, obesidad o hipertensión).

7. Seguimiento, investigación y evaluación: Desarrollar un sistema que haga regularmente lo siguiente: Medición regular del nivel de actividad física en la población, evaluación de la efectividad, beneficio y relación costo-beneficio de estos programas y recomendar en consecuencia. Además, se necesita actualizar las encuestas nacionales para medir parámetros adicionales de actividad física en niños, adultos y personas de la tercera edad.

Finalmente, en el ámbito de la implementación de la política, los actores relevantes son el Gobierno de Israel, agrupaciones científicas que investiguen la temática de la prevención y tratamiento de la Obesidad y la sociedad civil. Los responsables de ejecutar la política son los Subcomités del Comité de Comportamientos para la Salud del Ministerio de Salud. A nivel intersectorial, se encuentran involucrados los Ministerios de Educación, Transporte, Ciencia; Cultura y Deporte; Salud; Trabajo y Asuntos Sociales; Protección Ambiental; y del Interior.

7. Suiza: “Política Suiza de Nutrición para 2013–2016”

La Política Suiza de Nutrición es una política nacional que se implementa desde el año 2013, cuyo año de implementación es en 2013. A la fecha de elaboración de esta política, Suiza no contaba con ninguna base de datos nacional, representativa y de buena calidad, con respecto a hábitos alimenticios individuales, sin embargo, se basó en el 6º Reporte Suizo de Nutrición. Este informe destacó la existencia de diversos factores de riesgo que debían considerarse para implementar la política y que dependen directamente del comportamiento nutricional, como la presión arterial alta, niveles altos de colesterol en la sangre, sobrepeso / obesidad e insuficiente consumo de frutas y hortalizas.

Esta realidad suiza y los esfuerzos de organismos internacionales por promover una vida sana y frenar la expansión de enfermedades no transmisibles, motivan al Gobierno Federal Suizo, organismo ejecutor a través de su Oficina Federal de Salud Pública, a actualizar la política diseñada en el año 2001 en base al 4º Reporte Suizo de Nutrición.

Según el Consejo Federal (Objetivos legislativos 2012-2015), la prevención y la promoción de la salud son maneras de garantizar una atención sanitaria eficaz. La prevención utiliza un enfoque de dos vías: reforzar la responsabilidad y alfabetización en salud (prevención del factor de comportamiento individual), por un lado, y crear un contexto que facilite un estilo de vida saludable (prevención ambiental relacionada con factores como disponibilidad, precio, publicidad, etc., de los alimentos), por otro. La prevención efectiva comprende, entre otras cosas, un enfoque coordinado por las distintas partes interesadas como el Gobierno Federal, los Cantones, los Municipios locales, la comunidad empresarial y las organizaciones no

gubernamentales, y también requiere un vínculo con medidas de otros sectores políticos, como la política educativa.

Los beneficiarios de esta política son la población general, con énfasis en población infantojuvenil, en población migrante y en población socioeconómicamente vulnerable.

La política identifica seis temas problemáticos en el ámbito de la nutrición:

1. Alta incidencia del sobrepeso y enfermedades relacionadas en la población suiza.
2. Situación nutricional desequilibrada y falta de algunos nutrientes.
3. Recomendaciones dietéticas y alfabetización nutricional deben incorporarse en grupos prioritarios.
4. Falta de un ambiente saludable.
5. Sistema de información del valor nutricional para los consumidores debe mejorarse, al ser poco entendida por la población.
6. Falta de producción de evidencia científica desde investigaciones nacionales en el ámbito de la nutrición.

Consecuentemente se identifican seis campos de acción en base a prioridades que arrojan los temas identificados. Es así, como en estos seis campos de acción se trazan objetivos para cada uno:

1. Alimentos seguros y producidos de manera sostenible: La oferta de la población suiza de productos seguros y de alta calidad está garantizada en todo momento.
2. Protección de la salud y prevención de la enfermedad: Los alimentos disponibles y los hábitos alimenticios contribuyen a la preservación y promoción de la salud en todas las etapas de la vida, para así minimizar la aparición de enfermedades relacionadas con la nutrición y sus factores de riesgo.
3. Información y comunicación: La población suiza está informada sobre las recomendaciones dietéticas, así como (de manera general) las características de un estilo de vida saludable y sostenible; la gente entiende esta información y la aplica en su vida diaria.
4. Grupos destinatarios e igualdad de oportunidades: Todos los grupos destinatarios, en particular los grupos de población socioeconómicamente desfavorecidos, así como los lactantes, niños y adultos jóvenes, se tienen en cuenta y se abordan en sus escuelas y lugares de trabajo los temas de una nutrición saludable. Se tiene en cuenta la igualdad de oportunidades.

5. Cooperación, coordinación y un enfoque multisectorial: todas las partes interesadas reconocen la importancia de las políticas nacionales y de la cooperación multisectorial e interdisciplinaria. Todas las partes tienen en cuenta las directrices nacionales e internacionales, recomendaciones y estándares estipulados en la política.
6. Investigación y disponibilidad de datos: Investigación y adquisición de datos para el seguimiento y evaluación en las áreas de nutrición y salud. Las enfermedades tienen un papel clave y constituyen la base para las medidas basadas en la evidencia.

La implementación de la Política Suiza de Nutrición se logra con planes de acción, programas y proyectos mediante medidas voluntarias y reglamentarias y en cooperación con diversas partes interesadas a nivel nacional, cantonal y Regional. La buena salud no es sólo el trabajo de la Oficina Federal de Salud Pública, organismo responsable de la ejecución e implementación; sino que se requiere involucrar a otros sectores como desarrollo suburbano, agrícola, educativo, de uso de la tierra, planificación, deportes y transporte tienen que hacer su parte para la promoción de un estilo de vida saludable. Otras partes interesadas son las organizaciones no gubernamentales (ONG), Organizaciones empresariales, las empresas y las instituciones privadas en su papel de empleadores.

Para esta política la intersectorialidad es relevante, ya que las diversas partes interesadas disponen de habilidades y ámbitos de influencia distintos, dado que no todos provienen de la nutrición o salud, sino también en áreas como la educación y la agricultura.

Finalmente, las partes interesadas en la implementación de la Política Suiza de Nutrición se identifican en el documento según su tipo:

Gobierno y políticos:

- Gobierno federal, cantones, municipios locales y sus políticas.
- Comisión Federal de Nutrición.
- Instituciones de investigación.
- Instituciones educativas.

Organizaciones no gubernamentales:

- Promoción de la Salud Suiza.
- Organizaciones profesionales del sector de la salud (por ejemplo, Sociedad Suiza de Nutrición, Salud Pública Suiza).
- Asociaciones, federaciones, fundaciones.
- Organizaciones de consumidores.
- Servicios suplementarios de guardería (por ejemplo, guarderías).

Comunidad de Negocios:

- Sector alimentario (industria alimentaria y minoristas, proveedores, industria alimentaria).
- Empleadores.
- Proveedores de seguros de salud.

Profesiones sanitarias:

- Profesionales de la salud (por ejemplo, dietistas).
- Profesionales médicos (por ejemplo, médicos generales, pediatras).

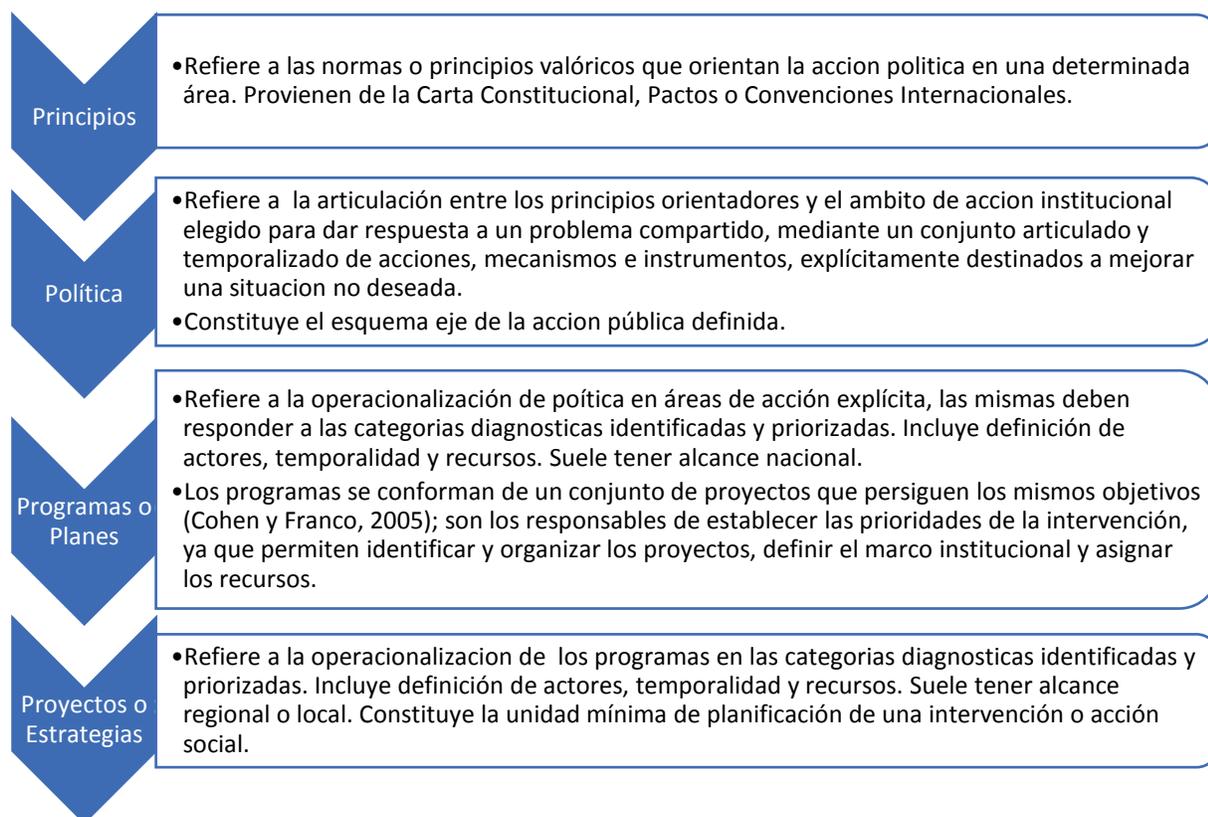
VI. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS POLÍTICAS, PLANES Y ESTRATEGIAS NACIONALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PAÍSES DE RELEVANCIA PARA EL CONTEXTO NACIONAL

El análisis comparativo de las iniciativas seleccionadas se realizó en categorías relacionadas con el nivel de planificación social en el que se encuentran. A partir de lo anterior, se seleccionaron tres categorías para el análisis: políticas, planes y estrategias. Esta división se realizó debido a que los niveles conllevan distintos objetivos y funciones dentro de la lógica de la planificación social, por lo que se hace necesaria esta diferenciación para poder realizar el análisis comparativo entre países.

En cada uno de los niveles de la planificación social incluidos, el análisis comparativo se realizó en tres ámbitos: expresión, componentes e implementación.

En cuanto a la expresión de las políticas, planes y estrategias, se indaga si estas son de carácter nacional, intersectorial y si poseen relación con otras políticas y planes. En el ámbito componentes se analizan distintos aspectos, tales como, el principal organismo ejecutor y los actores relevantes en la implementación, los beneficiarios, los elementos específicos que se mencionan de salud, alimentación y seguridad alimentaria, y los componentes relacionados con la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Finalmente, en relación con la implementación, el análisis se centra en las responsabilidades de la ejecución e implementación y en las estrategias de intervención, junto con los organismos involucrados en la misma.

Esquema 2: Niveles de planificación social para el diseño e implementación de la política pública



Fuente: elaboración propia, con base a Cohen y Franco (2005). Gestión social: cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales. Ed. Siglo XXI, Santiago, Chile. Peroni A (2005). Diseño de Proyectos Sociales Dirigidos a Familias Vulnerables, FACSU, Universidad de Chile, Santiago.

1. Políticas Públicas de Alimentación y Seguridad Alimentaria

El primer nivel de planificación social es el de política, donde a partir de la búsqueda dirigida y sistemática se han encontrado seis iniciativas que responden a ese nivel, correspondientes a los siguientes países: Alemania, Brasil, Canadá, Eslovenia, Inglaterra, Israel y Suiza. El análisis de las políticas pertenecientes a estos países, se dividirá en dos. Primero, los que poseen un nivel socioeconómico alto, tanto actual como al momento de la implementación de la política, y una posición elevada dentro del ranking del Índice de Desarrollo Humano, siendo el de menor ranking Eslovenia (22/167 al inicio de la implementación y 25/167 actualmente), y el de mayor ranking Suiza (3/167 en ambos momentos). El segundo grupo corresponde a la política de Brasil con un nivel socioeconómico medio-alto y un IDH 75/167.

Las políticas analizadas se enuncian en el siguiente cuadro.

Tabla 5: Políticas Públicas a Nivel Nacional de Alimentación y Nutrición Seleccionadas

País	Política	Dimensión FAO
Alemania	Iniciativa Nacional Alemana para Promover Dietas Saludables y Actividad Física.	Utilización, Estabilidad.
Brasil	Política Nacional de Alimentación y Nutrición.	Disponibilidad; Acceso; Estabilidad.
Canadá	Estrategia Pan-Canadiense de Vida Sana.	Acceso, Utilización, Estabilidad.
Eslovenia	Política del Programa Nacional de Alimentos y Nutrición.	Acceso, Utilización, Estabilidad.
Inglaterra	Pesos Saludables, Vidas Saludables: Una Estrategia Intergubernamental para Inglaterra.	Utilización, Estabilidad.
Israel	Comportamiento Saludable: Promover Actividad Física. Prevenir y Tratar la Obesidad. Nutrición Saludable.	Utilización, Estabilidad.
Suiza	Política Suiza de Nutrición para 2013–2016.	Disponibilidad, Utilización, Estabilidad.

Fuente: Elaboración Propia.

Expresión de las Políticas

Como características comunes se encuentra que todas las políticas analizadas son iniciativas de carácter nacional e intersectoriales.

Relación con otras políticas y planes

A partir de la información disponible, se observa que cuatro de estas políticas se relacionan implícita o explícitamente con otras políticas, planes u otras herramientas de planificación social. En el caso de las relaciones explícitas con otras políticas, estas se encuentran en distintos niveles, ya que en el caso de Alemania esta iniciativa si bien está a nivel de política en el país, se relaciona con distintos instrumentos y estrategias que se establecen desde la Unión Europea y de la OMS, basándose en la necesidad de que los países miembros desarrollen políticas enfocadas en el control y prevención de la obesidad, malnutrición y la promoción de estilos de vida saludable.

A partir de las políticas de Inglaterra y de Canadá, se han desarrollado otros instrumentos de planificación social relacionados con la alimentación y la seguridad alimentaria. En ambos casos se encuentran instrumentos que permiten la focalización en grupos poblacionales específicos y se entregan directrices para que la población adquiriera hábitos de vida saludable, siendo de especial importancia los niños y niñas. En el caso de Inglaterra se derivó *“The Children’s Plan”* y en el de Canadá el plan *“Infant Feeding”*, en este último caso, además, se creó *“Eat Well and be Active Educational Toolkit”*, un set de herramientas enfocado a educadores para apoyar la enseñanza y promoción de la alimentación saludable y de la actividad física.

Las políticas nacionales de Canadá e Inglaterra, además se han incorporado en otras iniciativas relacionadas con la alimentación saludable. En el primer caso se crea una guía de alimentos (*Canada's Food Guide*), surge el etiquetado nutricional y un grupo de trabajo para la reducción de las grasas trans en los alimentos canadienses. En Inglaterra, por su parte, derivan herramientas que apuntan a dos ámbitos distintos, la disminución del sedentarismo con la campaña *“Walking into Health”* y hacia la alimentación saludable desde una perspectiva de salud comunitaria con el programa *Healthy Towns”*.

En el caso de Brasil, la Política Nacional de Alimentación y Nutrición analizada es la versión actualizada de la política creada en 1999, por lo que está es su relación principal. Además, se hace alusión directa a la relación existente con la Política Nacional de Atención Primaria y la Política Nacional de Promoción de la Salud.

Tabla 6: Políticas y Planes Relacionados las Políticas Públicas de Alimentación y Nutrición Seleccionadas

País	Política	Políticas Relacionadas
Alemania	Iniciativa Nacional Alemana para Promover Dietas Saludables y Actividad Física.	–
Brasil	Política Nacional de Alimentación y Nutrición	Política Nacional de Alimentación y Nutrición, 1 ^{era} versión (1999).
Canadá	Estrategia Pan-Canadiense de Vida Sana.	Canada's Food Guide Infant Feeding Educational Toolkit
Eslovenia	Política del Programa Nacional de Alimentos y Nutrición.	–
Inglaterra	Pesos Saludables, Vidas Saludables: Una Estrategia Intergubernamental para Inglaterra.	The Children's Plan Walking into Health Healthy Towns
Israel	Comportamiento Saludable: Promover Actividad Física. Prevenir y Tratar la Obesidad. Nutrición Saludable.	–
Suiza	Política Suiza de Nutrición para 2013-2016.	–

Fuente: Elaboración Propia.

– No hay información explícita en la política.

Componentes de las Políticas

Organismo Ejecutor y actores relevantes en la implementación

Las siete políticas analizadas son ejecutadas desde el nivel central por el Ministerio de Salud, o por la institución que cumple ese rol. Además, en los casos de Alemania e Inglaterra, junto al Ministerio de Salud, la responsabilidad como organismo executor es compartida con el Ministerio de Protección al Consumidor en el primer caso y el Ministerio de Infancia, Escuelas y Familias en el segundo. Paralelamente en todas las políticas, a excepción de Eslovenia donde

no se encontró información al respecto, se involucran los gobiernos locales en su implementación, tales como: gobiernos federales, gobiernos provinciales y municipalidades.

Tabla 7: Principal Organismo Ejecutor de las Políticas Públicas de Alimentación y Nutrición Seleccionadas

País	Política	Organismo Ejecutor Principal
Alemania	Iniciativa Nacional Alemana para Promover Dietas Saludables y Actividad Física.	Ministerio de Salud Ministerio de Protección al Consumidor
Brasil	Política Nacional de Alimentación y Nutrición.	Ministerio de Salud
Canadá	Estrategia Pan-Canadiense de Vida Sana.	Ministerio de Salud
Eslovenia	Política del Programa Nacional de Alimentos y Nutrición.	Ministerio de Salud
Inglaterra	Pesos Saludables, Vidas Saludables: Una Estrategia Intergubernamental para Inglaterra.	Ministerio de Salud Ministerio de Infancia, Escuelas y Familias
Israel	Comportamiento Saludable: Promover Actividad Física. Prevenir y Tratar la Obesidad. Nutrición Saludable.	Ministerio de Salud
Suiza	Política Suiza de Nutrición para 2013-2016.	Ministerio de Salud

Fuente: Elaboración Propia.

Además, se han incluido otros actores, cómo en Alemania e Israel que incluyen a agrupaciones científicas y representantes de las mismas que estén relacionadas con el estudio de la alimentación, prevención y tratamiento de la obesidad. El sector privado ha tenido participación como actor relevante en Alemania, Inglaterra y Suiza, donde se han incorporado, entre otros, representantes de la industria alimentaria. Desde el ámbito local se han incorporado la sociedad civil, principalmente por medio de ONGs, representantes de la Red de Salud Pública y escuelas, entre otros. En el caso específico de Inglaterra, paralelamente, se le ha dado un rol importante a los medios de comunicación dentro de la implementación de la política.

La política de Brasil contiene expresamente la responsabilidad de las Secretarías de Salud de los Estados y el Distrito Federal como ejes centrales de la ejecución de la política. Paralelamente, y dado el proceso democrático que constituye la actualización de la política, se incluyen en ésta diversos actores, tales como distintas entidades de la sociedad civil, trabajadores de salud, actores de la salud primaria, centros vinculados a las universidades y especialistas en políticas públicas.

Tabla 8: Actores Relevantes en la Ejecución de las Políticas Públicas de Alimentación y Nutrición Seleccionadas

País	Gobiernos Locales	Agrupaciones Científicas	Sector Privado	Sociedad Civil	Medios de Comunicación
Alemania	✓	✓	✓	✓	✓
Brasil	✓	✓	✓	✓	-
Canadá	✓	-	-	-	-
Eslovenia	-	-	-	-	-
Inglaterra	✓	-	✓	✓	✓
Israel	✓	✓	-	-	-
Suiza	✓	-	✓	✓	-

Fuente: Elaboración Propia.

✓ Se incluye explícitamente en la política.

- No hay información explícita en la política.

Beneficiarios

Dado que en esta sección se analizan políticas de carácter nacional, todas tienen como beneficiarios directos a toda la población. En el caso de Alemania, se reconoce la necesidad de enfocarse en la población sedentaria, en las personas que se encuentran en desventaja social, población infanto-juvenil y población en adulta mayor.

En el caso de Eslovenia, si bien la política se enfoca en toda la población, reconoce necesidades y estrategias específicas en la población sedentaria, personas y zonas en desventaja social, población infanto-juvenil y población adulta mayor. Además, pone énfasis en las necesidades nutricionales de mujeres embarazadas y aquellas que se encuentran entre las primeras seis y ocho semanas después de post-parto.

Canadá, Inglaterra, Israel y Suiza dentro de sus políticas dan especial énfasis a la población infanto-juvenil, donde, además, en las políticas canadiense y suiza se destacan ciertas vulnerabilidades específicas como poblaciones aisladas, rurales y población aborigen; y la población migrante y socioeconómicamente vulnerable. En el caso de Inglaterra, se destaca la vulnerabilidad y por ende la necesidad de intervención de niños y familias con bajos ingresos.

En el caso de Brasil, la política está enfocada en toda la población, aunque se reconocen ciertos grupos prioritarios, especialmente aquellos que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad e inequidad. Entre éstos, dentro de la política, se hace especial énfasis en la población asistida por programas de transferencias condicionadas y la población indígena, especialmente niños.

Tabla 9: Población Beneficiaria de las Políticas Públicas de Alimentación y Nutrición Seleccionadas

País	Beneficiarios Directos	Énfasis en Población Específica	Identificación de Población Vulnerables
Alemania	Toda la Población	Población Sedentaria Población y Zonas en Desventaja Social Población Infanto-juvenil Población Adulta Mayor	–
Brasil	Toda la Población	Población Asistida por Programas de Transferencias Condicionadas Población Indígena	Población en Condiciones de Vulnerabilidad e Inequidad
Canadá	Toda la Población	Población Infanto-juvenil	Población Aislada Población Rural Población Aborígen
Eslovenia	Toda la Población	Infantes Mujeres Embarazadas y en post-parto Población Infanto-juvenil Población Adulta	–
Inglaterra	Toda la Población	Población Infanto-juvenil	Familias y niños de bajos ingresos
Israel	Toda la Población	Población Infanto-juvenil	–
Suiza	Toda la Población	Población Infanto-juvenil	Población Migrante Población Socioeconómicamente Vulnerable

Fuente: Elaboración Propia.

- No hay información explícita en la política

Elementos específicos de salud, alimentación y seguridad alimentaria

En cuanto a las funciones específicas de la salud pública, todas las políticas analizadas se centran en la promoción de la salud, específicamente por medio de la promoción de la alimentación saludable y la actividad física. Relacionado con la intersectorialidad y los actores relevantes en la implementación, políticas como las de Alemania, Inglaterra e Israel, también responden a funciones de vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la salud pública. Esta función de la salud pública se relaciona principalmente por medio de la vigilancia, prevención y tratamiento de la obesidad, con énfasis en la población infantil.

Las políticas de Alemania y Canadá, paralelamente promueven la participación de los ciudadanos en salud por medio de distintas instancias de participación ciudadana, consultas, encuentros y también en el involucramiento de los mismos en actividades destinadas a la promoción de la actividad física.

La política de Brasil se centra en la promoción de salud, principalmente por medio de la Promoción de la Alimentación Adecuada y Saludable (PAAS), un conjunto de estrategias que proporcionan a la población la realización de prácticas alimentarias apropiados a sus aspectos biológicos y socioculturales, y el uso sostenible del medio ambiente. Otra de las funciones específicas de salud que se incorpora en la política es la vigilancia de la salud pública, en esta política esta función se desarrolla por medio de la directriz "Vigilancia Alimentaria y Nutricional". Dentro de esta directriz se encuentra el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, el que monitorea el patrón alimentario y el estado nutricional de la población atendida por el sistema de salud pública. Finalmente, la participación de la ciudadanía y el control social también se incluye como directriz de la política, incorporando a los movimientos sociales en los procesos de toma de decisiones.

Tabla 10: Funciones Específicas de Salud Pública que se Incluyen Explícitamente en las Políticas Públicas de Alimentación y Nutrición Seleccionadas

Alemania	Brasil	Canadá	Eslovenia	Inglaterra	Israel	Suiza
Promoción de la salud	Promoción de la salud	Promoción de la salud	Promoción de la salud	Promoción de la salud	Promoción de la salud	Promoción de la salud
Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP.	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP.	Participación de los ciudadanos en la salud.	–	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP.	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP.	–
Participación de los ciudadanos en la salud.	Participación de los ciudadanos en la salud.	–	–	–	–	–

Fuente: Elaboración Propia.

Componentes para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles

La seguridad alimentaria se manifiesta explícitamente como un elemento dentro de las políticas nacionales, relacionándose principalmente con dos ámbitos de acción. El primero es la mejora de la calidad de la alimentación de la población. En el caso de Alemania, los esfuerzos se dirigen a la mejora de la calidad de la alimentación fuera del ámbito doméstico, en espacios tales como escuelas, hospitales y recintos deportivos, entre otros. Canadá por su

parte ha concentrado sus esfuerzos en iniciativas como el etiquetado nutricional de los alimentos y la reducción de consumo de grasas Trans en la alimentación de la población. El segundo ámbito de acción identificado es la prevención y tratamiento de la obesidad. Desde este ámbito Inglaterra e Israel se han centrado en respaldar a la industria alimentaria en la distribución de alimentos saludables, junto con la promoción de una alimentación saludable en medios de comunicación y en la escuela, y el monitoreo permanente de las personas, especialmente menores, con obesidad.

Es importante destacar que la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles en estas políticas tiene como un elemento primordial el trabajo intersectorial, el que incorpora no sólo otras instituciones gubernamentales, tales como los gobiernos locales, Ministerios de Agricultura, Educación, Deporte y Economía, la Red de Salud Pública, entidades relacionadas con la protección del consumidor, sino que también se incorporan el sector privado, ONGS y la sociedad civil, donde en el caso de Canadá se le da especial importancia a las especificidades culturales de los pueblos originarios.

Junto con estas características transversales, las políticas poseen elementos particulares que son necesarios de destacar. En el caso de Alemania, destaca su relación con los compromisos internacionales que ha adquirido, especialmente desde el año 2006, cuando firma la Carta Europea contra la Obesidad. Esta carta y la Estrategia Global para la Salud, la Alimentación y la Actividad Física de la OMS, han sido compromisos y principios orientadores para las iniciativas relacionadas con la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Canadá por su parte, hace especial énfasis en las desigualdades existentes en salud, para poder así determinar grupos prioritarios de intervención. En el caso de Suiza, los esfuerzos tienen dentro de sus prioridades la alfabetización en salud para la prevención y promoción de hábitos de alimentación saludable, además de crear contextos ambientales que faciliten los mismos. En tanto, la política inglesa establece el compromiso de invertir recursos financieros para la implementación de la política.

Implementación

Responsabilidades en la ejecución e implementación

A partir de la información disponible para el análisis de las políticas analizadas, se pueden identificar dos grupos. Primero, aquel en que la responsabilidad de la ejecución e implementación sigue manejándose principalmente a nivel central, es decir depende del Ministerio de Salud o la entidad que cumple esa labor, donde se encuentran las políticas pertenecientes a Alemania e Inglaterra. Segundo, aquellos en que la responsabilidad de la ejecución e implementación es trasladada a los gobiernos locales, en estos casos se encuentran las políticas de Canadá, Israel y Suiza. En el caso de Brasil, el principal ejecutor es

el Ministerio de Salud, pero con importantes responsabilidades de las Secretarías de Salud de los Estados y de las Secretarías Municipales de Salud y del Distrito Federal.

Esquema 3: Responsables de la Ejecución e Implementación de las Políticas Públicas de Alimentación y Nutrición Seleccionadas



Fuente: Elaboración Propia.

Estrategias de intervención y organismos involucrados

Dado el nivel de abstracción en el que se encuentran las políticas dentro de la lógica de la planificación social, no se encontraron de manera detallada estrategias específicas, pero se identificaron temas de intervención para la consecución de los objetivos de las mismas. Estos temas de intervención, se relacionan con las especificidades y necesidades de cada país. A continuación, se presentan los temas en los que los países han enfocado la necesidad de intervención y los organismos involucrados para llevarlos a cabo.

- **Alemania:** posee cinco áreas claves de intervención. La primera se relaciona con el actuar gubernamental en los distintos niveles de división territorial (federal, provincial y local), en la promoción de buenas prácticas alimentarias y de salud. La segunda área de intervención se refiere a la entrega de información sobre la alimentación saludable y promoción de la actividad física. El tercer ámbito de intervención es la creación de hábitos diarios para la práctica de actividad física. La cuarta área está enfocada en mejorar la calidad de la alimentación fuera del espacio doméstico, incluyéndose principalmente escuelas y hospitales. Por último, se incentiva la investigación en temas relacionados con la alimentación de la población alemana. El desarrollo de estas áreas de intervención requiere del trabajo coordinado de los distintos niveles de gobierno, además de entidades relacionadas con la agricultura y del servicio de protección a consumidores.

Tabla 11: Ejes Claves de intervención en la Política Pública de Alimentación y Nutrición de Alemania

1. Promoción de Buenas Prácticas Alimentarias y de Salud.
2. Entrega de Información sobre la Alimentación Saludable y Promoción de la Actividad Física.
3. Creación de Hábitos Diarios para la Práctica de Actividad Física.
4. Mejorar la Calidad de la Alimentación fuera del Espacio Doméstico.
5. Incentivar la Investigación en Temas Relacionados con la Alimentación de la Población.

Fuente: Elaboración Propia.

- Brasil:** desarrolla la política por medio de nueve directrices. La primera se refiere a la organización de la atención nutricional, donde se reconoce la necesidad de mejorar la organización de los servicios de salud para atender las demandas de los problemas relacionados con la mala alimentación, tanto en la prevención como en su tratamiento. La segunda directriz es la promoción de la alimentación saludable y adecuada, acorde a los aspectos biológicos y socioculturales de la población.

La tercera directriz es la vigilancia alimentaria y nutricional, la cual consiste en el registro de tendencias de las condiciones de alimentación y nutrición de la población y sus factores determinantes. La cuarta directriz es la gestión de las acciones de alimentación y nutrición, donde la política funciona como un articulador entre el Sistema Único de Salud y el Sistema de Seguridad Alimentaria y Nutricional. La quinta directriz es participación y control social tanto en el diseño como en la implementación de la política. La sexta directriz se refiere a la cualificación de la fuerza laboral, acorde a las necesidades específicas de la población.

La séptima directriz se refiere al control y regulación de alimentos, planificando acciones que garanticen la inocuidad y la calidad nutricional de los alimentos. La octava directriz se centra en el desarrollo de la investigación, innovación y conocimiento en alimentación y nutrición. Por último, se encuentra la cooperación y articulación para la seguridad alimentaria y nutricional, respetando la diversidad cultural y que sean ambiental, cultural, económica y socialmente sostenibles.

Tabla 12: Ejes Claves de intervención en la Política Pública de Alimentación y Nutrición de Brasil

1. Organización de la Atención Nutricional.
2. Promoción de la Alimentación Adecuada y Saludable.
3. Vigilancia Alimentaria y Nutricional.
4. Gestión de las Acciones de Alimentación y Nutrición.

5. Participación y Control Social.
6. Cualificación de la Fuerza Laboral.
7. Control y Regulación de los Alimentos.
8. Investigación, Innovación y Conocimiento en Alimentación y Nutrición.
9. Cooperación y articulación para la Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Fuente: Elaboración Propia.

- Canadá:** se centra en dos aspectos claves de intervención. Primero en direccionar la prevención, promoción y el sistema de salud pública en general, en la mejora de las condiciones de salud por medio de la alimentación y hábitos de vida saludable y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Segundo, se centra en escuelas y colegios como los principales espacios para la educación y concientización de la población para el fomento y promoción de una vida saludable. Para la implementación de estas estrategias se crearon cuatro grupos de trabajo, conformado por representantes de gobierno a nivel federal, provincial y local, coordinados por la Red Intersectorial de Vida Saludable. Las temáticas en las que los grupos fueron divididos son información pública y marketing social; identificación de prioridades y objetivos; investigación y vigilancia; y fondo de financiamiento intersectorial.

Tabla 13: Ejes Claves de intervención en la Política Pública de Alimentación y Nutrición de Canadá

1. Mejora de las Condiciones de Salud por Medio de la Alimentación y Hábitos de Vida Saludable y la Prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.
2. Fomento y Promoción de una Vida Saludable, con Énfasis en Escuelas y Colegios.

Fuente: Elaboración Propia.

- Inglaterra:** el primer eje de intervención se relaciona con un grupo prioritario para el país, los niños y niñas, siendo el propósito de la intervención que éstos tengan un crecimiento y peso saludables. El segundo eje de intervención es la promoción de alternativas de alimentación saludable. El tercer eje se enfoca en eliminar el sedentarismo, incorporando la actividad física en las rutinas diarias de la población. El cuarto eje, pretende crear incentivos para una mejor salud, incluyendo participación de empleadores y educando sobre el costo sobre las finanzas personales que tienen las enfermedades relacionadas con la alimentación y hábitos poco saludables. El último eje de intervención, se refiere a implementar un sistema de apoyo y acompañamiento personalizado en cuanto a su dieta, peso y actividad física. Estos cinco ejes se llevarán a cabo por medio de una estrategia

colaborativa que incorpora el sector privado, la industria alimentaria y publicitaria, y servicios públicos de salud y educación.

Tabla 14: Ejes Claves de intervención en la Política Pública de Alimentación y Nutrición de Inglaterra.

1. Lograr un Peso y Crecimiento Saludable en Niños y Niñas.
2. Promoción de Alternativas de Alimentación Saludable.
3. Eliminar el Sedentarismo.
4. Crear Incentivos para la Mejora de la Salud.
5. Implementar un Sistema de Apoyo Personalizado en Cuanto a la Dieta, Peso y Actividad Física de la Población, Especialmente Aquellos con Obesidad y Sobrepeso.

Fuente: Elaboración Propia.

- Israel:** esta política posee tres ejes de intervención. El primero se centra en la promoción de la actividad física, el cual junto con potenciar la infraestructura existente para la realización de actividad física, también se promueve la actividad física desde un ámbito comunitario. El segundo eje, es la prevención y tratamiento de la obesidad, en el cual se coordinan distintos actores para prevenir el aumento del peso, tales como el sistema público de salud, la industria de producción y distribución de alimentos, los medios de comunicación y las escuelas, entre otros. Además, este eje también posee un componente de monitoreo para la prevención y el tratamiento de la obesidad y la realización de tratamiento integrales, donde se incluyen intervenciones terapéuticas y ambientales. El último eje, se enfoca en la nutrición saludable, fortificando alimentos, promoviendo el etiquetado nutricional y dando orientación nutricional. Para lograr la coordinación de los distintos actores involucrados, la implementación de la política se lleva a cabo por Comités de comportamiento de la salud, pertenecientes al Ministerio de Salud.

Tabla 15: Ejes Claves de intervención en la Política Pública de Alimentación y Nutrición de Israel

1. Promoción de la Actividad Física.
2. Prevención y Tratamiento de la Obesidad.
3. Promoción de la Nutrición Saludable.

Fuente: Elaboración Propia.

- Suiza:** la política suiza centra sus estrategias de intervención en seis campos de acción, las que se relacionan con las problemáticas más importantes que se diagnosticaron en el país, las que se enlistan a continuación. Sobrepeso y enfermedades secundarias, especialmente enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus; situación nutricional, promoviendo el

consumo de frutas y verduras, e interviniendo las insuficiencias nutricionales de la población; recomendaciones en la dieta y alfabetización nutricional, especialmente en hombres, jóvenes y población socioeconómicamente vulnerable; promoción de un ambiente saludable; información al consumidor, simplificando el entendimiento del etiquetado para las decisiones de compra; y evidencia y eficacia, promoviendo la investigación en el área de nutrición y el uso de los datos existentes para el desarrollo de futuras intervenciones. La implementación de la política es realizada por medio de la oficina federal de salud pública.

Tabla 16: Ejes Claves de intervención en la Política Pública de Alimentación y Nutrición de Suiza

1. Sobrepeso y Enfermedades Secundarias, especialmente Enfermedades Cardiovasculares y Diabetes Mellitus.
2. Situación Nutricional, Promoviendo el Consumo de Frutas y Verduras, e Interviniendo las Insuficiencias Nutricionales de la Población.
3. Recomendaciones en la Dieta y Alfabetización Nutricional.
4. Promoción de un Ambiente Saludable.
5. Información al Consumidor.
6. Uso de los Datos Existentes para el Desarrollo de Futuras Intervenciones.

Fuente: Elaboración Propia.

En general, todas las políticas analizadas tienen en común componentes relacionados con la promoción de alimentación saludable y de la práctica de actividad física como medio de prevención de enfermedades crónicas y de la obesidad, principalmente por medio de la entrega de información y de la educación de la población en temas relacionados con la nutrición. La ley de etiquetado también surge como un elemento relevante para la toma de decisiones en el consumo de la población en general. También se aprecia el tratamiento a la obesidad como un eje central, desde un ámbito multidimensional.

Destacan, además, las políticas de Canadá, Inglaterra y Suiza por el enfoque y preocupación que se da a poblaciones más vulnerables en cuanto a conocimiento y hábitos de alimentación, altos niveles de sedentarismo, sobrepeso y obesidad. Finalmente, la intersectorialidad aparece como un aspecto que en general describen las políticas para llevar a cabo las distintas intervenciones, las que, si bien se coordinan a distintos niveles, central o local, recalcan la necesidad de llevar a cabo un trabajo coordinado e intersectorial.

2. Planes de Alimentación y Seguridad Alimentaria

Los planes nacionales de alimentación y seguridad alimentaria que se han encontrado por medio de la búsqueda dirigida y sistemática. Posterior a la búsqueda se ha revisado si existe información disponible para poder realizar el análisis correspondiente, seleccionándose finalmente planes de cinco países: Argentina, Austria, Brasil, Dinamarca, Nueva Zelanda, además se ha incorporado en esta sección de análisis el Plan de Acción Europeo sobre Alimentación y Nutrición.

El análisis de planes se realizará en tres grandes categorías, el primero correspondiente a los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), donde todos los países tienen un nivel socioeconómico alto y un alto ranking de IDH, donde se incluyen a Austria, Dinamarca y Nueva Zelanda. El otro grupo identificado es el de países invitados a la OCDE, con un nivel socioeconómico medio - alto y ranking intermedios de IDH, estos países serían Argentina y Brasil. Por último, el tercer grupo de planes corresponde a los que congregan a grupos de países, a saber países nórdicos y pertenecientes a la Unión Europea, dado que estos en su diseño presentan características especiales para poder implementarse a nivel de país. A continuación se presenta el listado de los planes a analizar.

Tabla 17: Planes a Nivel Nacional de Alimentación y Nutrición Seleccionadas

País	Plan	Elemento definición FAO
Argentina	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria.	Acceso, Utilización, Estabilidad.
Austria	Plan Nacional de Acción Nutricional.	Utilización, Estabilidad.
Brasil	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.	Acceso, Utilización, Estabilidad.
Dinamarca	Plan Nacional de Acción contra la Obesidad.	Utilización, Estabilidad.
Nueva Zelanda	Alimentación Saludable - Actuar Saludable: Oranga Kai - Oranga Pumau. Plan de Implementación 2004-2010.	Disponibilidad, Acceso, Estabilidad.
Países Nórdicos	Plan Nórdico para una Mejor Salud y Calidad de Vida a través de Dieta y Actividad Física.	Disponibilidad, Acceso, Utilización, Estabilidad.
Unión Europea	Plan de Acción Europeo sobre Alimentación y Nutrición 2015-2020.	Disponibilidad, Acceso, Utilización, Estabilidad.

Fuente: Elaboración Propia.

Expresión de los Planes

Como características transversales todos los planes analizados son de carácter nacional e intersectoriales.

Relación con otras políticas

En cuanto a los países del primer grupo, la información disponible permite reconocer que para Austria y Nueva Zelanda, los planes analizados se han incluido en otros instrumentos de planificación social relacionados con la alimentación y nutrición. En el caso de Austria, el plan se encuentra dentro del concepto de Salud en Todas las Políticas, por lo que el mismo, como parte de este concepto transversal, se ha incluido en distintos proyectos como es el caso de *"Comer Bien desde el Principio"*. En el caso de Nueva Zelanda la situación es inversa, ya que el Plan de Alimentación Saludable, deriva de una estrategia mayor el *"Plan de Salud de Nueva Zelanda"* y de la versión Maorí del mismo.

En los casos de Argentina y Brasil, países invitados a la OCDE, ambos planes se relacionan explícitamente con otros programas. En el caso de Argentina, el Plan Nacional de Seguridad, se relaciona posteriormente con la creación de otro plan el *"Plan Argentina Saludable"*, el cual es definido como una estrategia de alcance nacional para la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles.

En el caso de Brasil, a partir del Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional, se han creado una serie de programas que se enfocan en problemas específicos diagnosticados en el país. Entre los programas que se han derivado de este plan se encuentran, el programa *"Hambre Cero"* para acabar con la desnutrición; el Programa de *"Adquisición de Alimentos de Agricultura Familiar"*, el cual busca asegurar la obtención de alimentos y el aumento de ingresos para adquirirlos; el *"Programa de Alimentación Escolar"*, el cual junto con suministrar alimentos a la estudiantes durante el año escolar, también busca formar hábitos de alimentación saludable por medio de la educación alimentaria y nutricional. Otra iniciativa es el *"Programa de Alimentación del Trabajador"*, donde los trabajadores de menores ingresos de las empresas se les otorga apoyo para adquirir alimentos. Finalmente, se encuentra el *"Programa Nacional de Fortalecimiento de Agricultura Familiar"*, este programa busca la mejora de las rentas de los agricultores familiares y de las personas beneficiadas por la reforma agraria.

En el caso de los planes que reúnen a grupos de países, se encuentra que en el caso de los países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia), el plan dio origen a otros instrumentos como la política de *"Cerradura Verde"*, el cual homologa el etiquetado nutricional entre estos países para facilitarle a la población la elección de alimentos saludables. En esta misma línea, también de manera coordinada, se ha incluido dentro del etiquetado el contenido de grasas Trans de manera explícita.

En cuanto a los países pertenecientes a la Unión Europea, este plan dio paso a la creación de la *"Estrategia Europea para la Actividad Física y la Salud"*. En ambos casos los países pertenecientes a estas agrupaciones, crean sus políticas de alimentación y seguridad alimentaria en base a lo estipulado a estos lineamientos comunes.

Tabla 18: Políticas y Planes Relacionados con los Planes de Alimentación y Nutrición Seleccionadas

País	Política	Políticas y Planes Relacionadas
Argentina	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria.	Plan Argentina Saludable.
Austria	Plan Nacional de Acción Nutricional.	Comer Bien Desde el Principio.
Brasil	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.	Hambre Cero Adquisición de Alimentos de Agricultura Familiar Programa de Alimentación Escolar Programa de Alimentación del Trabajador Programa Nacional de Fortalecimiento de Agricultura Familiar
Dinamarca	Plan Nacional de Acción contra la Obesidad.	Cerradura Verde.
Nueva Zelanda	Alimentación Saludable – Actuar Saludable: Oranga Kai – Oranga Pumau. Plan de Implementación 2004-2010.	Plan de Salud de Nueva Zelanda (incluyendo versión Maorí).
Países Nórdicos	Plan Nórdico para una Mejor Salud y Calidad de Vida a través de Dieta y Actividad Física.	Cerradura Verde.
Unión Europea	Plan de Acción Europeo sobre Alimentación y Nutrición 2015-2020.	Estrategia Europea para la Actividad Física y la Salud.

Fuente: Elaboración Propia.

Componentes de los Planes

Organismo Ejecutor y actores relevantes en la implementación

En el caso de los planes pertenecientes a los países OCDE, todos tienen como organismo ejecutor principal al Ministerio de Salud. En el caso de Austria no se mencionan otros organismos responsables en la ejecución, pero se reconocen como actores relevantes la Comisión Nacional de Nutrición, los inversores o accionistas privados relacionados con el área de la alimentación y nutrición y la sociedad civil.

Dinamarca por su parte, junto al Ministerio de Salud como principal organismo ejecutor, menciona al Ministerio del Interior, la Junta Nacional de Salud y el Centro para la Promoción y Prevención en Salud. Además, en este mismo país se incorporan como actores relevantes en la implementación otros estamentos, entre los que destacan las administraciones de distintos niveles territoriales (estatal, provincial y municipal), con sus respectivos servicios de salud y educación asociados, organizaciones de voluntarios y la industria alimentaria.

Nueva Zelanda, en tanto, no tiene más organismos ejecutores que el Ministerio de Salud, aunque se reconoce la importancia de otros actores en la implementación, tales como los

gobiernos locales, otras instancias del sector público, ONGs, centros de investigación, actores pertenecientes al sector productivo y empresarial, y la sociedad civil.

En el caso de los países invitados a OCDE, Argentina y Brasil, la situación difiere de los primeros, ya que en el caso de Argentina es el Ministerio del Trabajo, Empleo y Seguridad Social el principal organismo encargado de su ejecución; incorporándose como actores relevantes el sector privado del rubro agroalimentario y comercialización de alimentos, junto a la sociedad civil.

En Brasil, por su parte, se reconocen distintos estamentos como responsables de la ejecución del plan que trabajan de manera coordinada, éstos son, la Cámara Interministerial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, además toman un papel relevante las Conferencias Nacionales de Seguridad Alimentaria y Nutricional, desde donde se establecen las prioridades y estrategias de implementación. Además, dentro de este plan, se reconocen otros actores relevantes en la implementación, donde se mencionan el Foro Brasileño de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, el Consejo de Desarrollo Económico y Social y el Consejo de la Juventud.

En el caso del plan correspondiente a la Unión Europea, no existen organismos responsables de la ejecución, ya que ésta depende de la implementación de los países. En el caso de los países nórdicos, sí se reconoce un organismo ejecutor, el cual corresponde al Concilio Nórdico de Ministros para la Pesca y la Agricultura, Agricultura, Alimentación y Silvicultura; y el Concilio Nórdico de Ministros para la Salud y los Asuntos Sociales. Además, se consideran actores relevantes en la implementación del plan la sociedad civil, ONGs, inversionistas privados y autoridades locales.

Tabla 19: Principal Organismo Ejecutor de los Planes de Alimentación y Nutrición Seleccionados

País	Política	Organismo Ejecutor Principal
Argentina	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria.	Ministerio del Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Austria	Plan Nacional de Acción Nutricional.	Ministerio de Salud Comisión Nacional de Nutrición Inversores o Accionistas Privados
Brasil	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.	Cámara Interministerial de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
Dinamarca	Plan Nacional de Acción contra la Obesidad.	Ministerio de Salud. Ministerio del Interior. Junta Nacional de Salud. Centro para la Promoción y Prevención en Salud.

Nueva Zelanda	Alimentación Saludable - Actuar Saludable: Oranga Kai - Oranga Pumau. Plan de Implementación 2004-2010.	Ministerio de Salud.
Países Nórdicos	Plan Nórdico para una Mejor Salud y Calidad de Vida a través de Dieta y Actividad Física.	Concilio Nórdico de Ministros para la Pesca y la Agricultura, Agricultura, Alimentación y Silvicultura. Concilio Nórdico de Ministros para la Salud y los Asuntos Sociales.
Unión Europea	Plan de Acción Europeo sobre Alimentación y Nutrición 2015-2020.	Depende de la implementación en cada país.

Fuente: Elaboración Propia.

Beneficiarios

Todos los planes pertenecientes a los países OCDE tienen como beneficiarios a la población en general, además todos hacen énfasis en la población infanto-juvenil como prioritaria. En el caso de Dinamarca, además se hace hincapié en la población adulta como beneficiario tanto para la prevención como para el tratamiento de la obesidad. En los casos de Austria y Nueva Zelanda, en ambos países se incluyen como beneficiarios prioritarios a las poblaciones socioeconómicamente vulnerables. Además, se presentan otras precisiones en los beneficiarios de estos dos últimos países. En el caso de Austria se incluye explícitamente a las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, mientras que en el caso de Nueva Zelanda, y en relación a la composición de su población, se incluye como beneficiarios a la población indígena del país.

En los planes de Argentina y Brasil los beneficiarios difieren, ya que en el primero la población que se define como beneficiaria es aquella que se encuentra en situación de vulnerabilidad social, especialmente familias con niños menores de 14 años, embarazadas, personas con discapacidad y adultos en condiciones socialmente desfavorables y de vulnerabilidad nutricional; y niños y niñas en edad escolar. En el caso de Brasil, los beneficiarios son la población en general, con énfasis en grupos vulnerables, tales como población en situación de pobreza y extrema pobreza, población rural y población indígena.

El plan de los países Nórdicos, pese a tener especificidades según los países que lo implementa, reconoce ciertos grupos socialmente vulnerables a los que hay que poner especial atención, destacando dentro de éstos las mujeres embarazadas, la población infantil e inmigrantes.

Tabla 20: Población Beneficiaria de los Planes de Alimentación y Nutrición Seleccionados

País	Beneficiarios Directos	Énfasis en Población Específica	Identificación de Población Vulnerables
Argentina	Población socialmente vulnerable.	Familias con menores de 14 años, embarazadas y personas con discapacidad.	Adultos en condiciones sociales desfavorables Adultos con vulnerabilidad nutricional Niños y Niñas en edad escolar Población Rural Población Indígena
Austria	Toda la Población.	Población Infanto-Juvenil.	Población socioeconómicamente Vulnerable Mujeres embarazadas o en período de lactancia
Brasil	Toda la Población.	Grupos Vulnerables.	Población en Situación de Pobreza y Extrema Pobreza
Dinamarca	Toda la Población.	Población Infanto-Juvenil Población Adulta	–
Nueva Zelanda	Toda la Población.	Población Infanto-Juvenil	Población Socioeconómicamente Vulnerable Población Indígena.
Países Nórdicos	Depende de la Implementación en cada País		
Unión Europea	Depende de la Implementación en cada País		Población Socialmente Vulnerable Mujeres Embarazadas Población Infantil Inmigrantes

Fuente: Elaboración Propia.

- No hay información explícita en el plan

Elementos específicos de salud, alimentación y seguridad alimentaria

Los planes de los países OCDE, tienen en común tener como función de la salud pública la promoción de la salud. En el caso de Austria uno de los componentes relevantes es la educación sobre nutrición y estilos de vida saludables en todos los niveles del sistema educacional. En tanto Dinamarca promueve cambios en los hábitos de la población en general, al igual que lo promueve Nueva Zelanda, tanto para el tratamiento como para la prevención de la obesidad. Además en los casos de Austria y Nueva Zelanda, se incorpora la participación de los ciudadanos en salud, en el primero se realizó un proceso consultivo para la realización del plan, en tanto para el segundo, la incorporación del pueblo Maorí está presente durante todo el proceso, además de potenciar participación de la comunidad en la ejecución de los distintos programas. Nueva Zelanda, también incorpora la vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la salud pública, promoviendo la investigación, monitoreo y evaluación en los ámbitos de nutrición y práctica de educación física.

En los casos de Argentina y Brasil los planes incorporan las mismas funciones de la salud pública. En cuanto a la vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños, se promueve la información, educación y la incorporación de distintas estrategias de educación en alimentación y nutrición. La promoción de la salud, junto a la educación, se promueve incentivando el cambio de hábitos y la adquisición de hábitos saludables. Por último, la participación de los ciudadanos en la salud se desarrolla incorporándolos en el trabajo comunitario que fortalece el consumo de alimentos saludables y la creación de espacios de diálogo y de educación.

En cuanto a los grupos de países, sólo de los países nórdicos se pudo obtener información al respecto, donde se incorpora la vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños, por medio de la implementación de un sistema regional de seguimiento de avances y falencias de la política regional. En tanto para la promoción de salud, se ha establecido la realización de campañas educativas, incorporando las temáticas de alimentación saludables y nutrición en las mallas curriculares de las escuelas.

Tabla 21: Funciones Específicas de Salud Pública que se Incluyen Explícitamente en los Planes de Alimentación y Nutrición Seleccionados

Argentina	Austria	Brasil	Dinamarca	Nueva Zelanda	Países Nórdicos	Unión Europea
Promoción de la salud	Promoción de la salud	Promoción de la salud	Promoción de la salud	Promoción de la salud	Promoción de la salud	Promoción de la salud
Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP.	Participación de los ciudadanos en la salud.	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP.	–	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP.	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP.	–
Participación de los ciudadanos en la salud.	–	Participación de los ciudadanos en la salud	–	Participación de los ciudadanos en la salud.	–	–
–	–	–	–	Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.	–	–

Fuente: Elaboración Propia.

Componentes para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles

Sobre las iniciativas de seguridad alimentaria, la información se encuentra disponible para Austria y Nueva Zelanda. En el caso de Austria éstas se centran principalmente en el grupo población en edad escolar, mejorando los estándares nutricionales de la alimentación que ofrecen los establecimientos educacionales, además existen iniciativas que también mejoran las exigencias nutricionales de los establecimientos que les entregan alimentos a las mujeres embarazadas.

En el caso de Nueva Zelanda, la seguridad alimentaria no se centra específicamente en un grupo poblacional, sino que las iniciativas se enfocan en la población en general, dirigiendo los esfuerzos al acceso a alimentación saludable a todas las personas, para lo cual se establece la necesidad de la mejora en el acceso, para lo cual se propone realizar un análisis diferenciado por región. Además, en coordinación con la industria productora de alimentos, se promueve la provisión de opciones saludables de alimentación a precios competitivos y asequibles. Finalmente, Nueva Zelanda promueve el consumo de vegetales y frutas en distintos espacios, tales como escuelas, lugares de trabajo, centros comunitarios, etc.

Austria, además, promueve la inocuidad de los alimentos por medio de la expansión del registro de procedimientos y control de calidad de los mismos.

Argentina y Brasil por su parte, promueven el acceso a la alimentación de toda la población. En el caso de Argentina, desde un enfoque comunitario, se busca fortalecer el trabajo de organizaciones que otorgan servicios alimentarios, además de promover el desarrollo de huertas domésticas, con el objetivo de facilitar el acceso de la población a alimentos saludables, mejorar su ingesta nutricional diaria, además de darles la oportunidad de incrementar sus ingresos por medio de la venta de los excedentes. Brasil, también promueve la producción de alimentos, además suma la capacitación y educación sobre temáticas de seguridad alimentaria, y pone especial énfasis en la realización de acciones de seguridad alimentaria para pueblos indígenas y comunidades tradicionales.

Paralelamente, estos dos países, son los únicos en los que se ha encontrado de manera específica estrategias que promueven la inocuidad de los alimentos. En ambos casos se promueven desde dos ámbitos, información y educación a las familias y distintos miembros de la comunidad para la elaboración y manejo de alimentos. Además, también se promueve la inocuidad por medio de la capacitación en la producción de alimentos agrícolas a nivel familiar y comunitario, urbano y rural. Desde este ámbito, Brasil además pone especial énfasis en el acceso al agua, tanto para consumo como para producción de alimentos.

Los países nórdicos, por medio de su plan, buscan promover la seguridad alimentaria desarrollando mecanismos que faciliten el acceso a una nutrición saludable, facilitando el entendimiento de la información nutricional y promoviendo la toma de decisiones saludables.

Tabla 22: Elementos Destacados de Seguridad Alimentaria e Inocuidad de los Alimentos en los Planes de Alimentación y Nutrición Seleccionados

País	Seguridad Alimentaria	Inocuidad
Argentina	Acceso a la alimentación de toda la Población y a la Producción de Alimentos, desde un Enfoque Comunitario.	Información y Educación a Familias y la Comunidad para la Elaboración y manejo de Alimentos. Producción de Alimentos a Nivel Familiar y Comunitario.
Austria	Mejora de los Estándares Nutricionales de la Alimentación en Establecimientos Educativos Mejora de las exigencias nutricionales de Establecimientos que entregan Alimentos a Mujeres Embarazadas.	Expansión del Registro de Procedimientos y Control de Calidad de los Elementos.
Brasil	Promoción de Producción de Alimentos. Capacitación y Educación en Seguridad Alimentaria. Estrategia de Seguridad Alimentaria en Población Indígena y Comunidades Tradicionales.	Información Y Educación a Familias y La Comunidad para la Elaboración y manejo de Alimentos Producción de Alimentos a Nivel Familiar y Comunitario. Acceso al Agua.
Dinamarca	–	–
Nueva Zelanda	Mejora en el Acceso a Alimentación Saludable, Estrategias diferenciadas por Región. Provisión de Opciones Saludables de Alimentación a Precios Competitivos y Asequibles. Promoción Consumo de Vegetales y Frutas en Escuelas, Lugares de Trabajo, Centros Comunitarios, etc.	Información Y Educación a Familias y La Comunidad para la Elaboración y manejo de Alimentos.
Países Nórdicos	Acceso a Alimentación Saludable. Promueve el Entendimiento de la Información Nutricional. Promueve las Decisiones Saludables.	–
Unión Europea	–	–

Fuente: Elaboración Propia.

– No hay información explícita en el plan

Implementación

Responsabilidades en la ejecución e implementación

Tanto los planes de Austria como de Nueva Zelanda tienen como responsable al Ministerio de Salud. Como se mencionó anteriormente, la responsabilidad central en Argentina recae sobre el Ministerio del Trabajo, Empleo y Seguridad Social. En tanto en Brasil, el plan es implementado bajo la responsabilidad de la Cámara Interministerial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CAISAN) y Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONSEA).

En el caso del plan de los países nórdicos, la implementación se hace por medio de distintos organismos que coordinan a los distintos países, siendo los principales responsables el Comité de Altos Mandos para Pesca y Acuicultura, Agricultura, Alimentación y Silvicultura (NORDEN), el Comité de Altos Mandos para Salud y Asuntos Sociales (NORDEN) y el Grupo Nórdico de Trabajo sobre Régimen Alimenticio, Alimentos y Toxicología (NORDEN).

Esquema 4: Responsables de la Ejecución e Implementación de los Planes de Alimentación y Nutrición Seleccionados



Fuente: Elaboración Propia.

Estrategias de intervención y organismos involucrados

Los planes, dado su nivel en la planificación social evidencian estrategias más específicas que la sección anterior, las cuales se desarrollan a continuación.

Países OCDE

- **Austria:** este plan se centra en cuatro estrategias bases. La primera se relaciona con el fortalecimiento de las temáticas relacionadas con nutrición dentro del ámbito de salud, especialmente dentro del sector público. La segunda estrategia, se relaciona con la implementación de medidas integrales, donde el principal objetivo es la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, por medio de la prevención de malos hábitos alimenticios y la promoción de la salud y de estilos de vida saludable. Desde el ámbito de la industria de producción de alimentos, el plan promueve la expansión de los registros de procedimientos y controles de calidad de los alimentos. Para llevar a cabo estas estrategias, se realiza un trabajo intersectorial, el que se evidencia por medio del proyecto “*Comer Bien desde el Principio*”, donde se involucra la Federación de Seguridad Social Austriaca y la Agencia de Salud y Seguridad Alimentaria.

Tabla 23: Ejes Claves de intervención en el Plan de Alimentación y Nutrición de Austria

1. Fortalecimiento de las Temáticas Relacionadas con Nutrición en el Sector Salud.
2. Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
3. Expansión de Registros de Procedimientos y Control de Calidad de los Alimentos.
4. Promoción del Trabajo Intersectorial.

Fuente: Elaboración Propia.

- **Dinamarca:** este plan de acción busca el cambio de hábitos y consciencia de la población danesa, promoviendo principalmente el desarrollo de un peso normal, por medio de cuatro objetivos. El primero, por medio de la prevención del sobrepeso en personas con peso corporal normal; segundo, prevenir el aumento del mismo en personas con sobrepeso o estabilizar el peso en personas que han conseguido bajar de peso frente a un estado inicial de sobrepeso; relacionado con este último, el plan se propone prevenir complicaciones derivadas del sobrepeso. Por último, se promueve la pérdida de peso en personas con obesidad. Para poder llevar a cabo este plan, se ha coordinado la estrategia en tres niveles, a nivel de hogar y familia, a nivel comunitario y en el sector público.

Tabla 24: Ejes Claves de intervención en el Plan de Alimentación y Nutrición de Dinamarca

1. Prevención del Sobrepeso.
2. Estabilización del Peso en Personas que Previamente tuvieron Sobrepeso.
3. Prevención de Enfermedades Relacionadas con el Sobrepeso.
4. Pérdida de Peso en Personas con Obesidad.

Fuente: Elaboración Propia.

- **Nueva Zelanda:** se promueven ocho ámbitos de intervención por medio del plan neozelandés. El primero, se relaciona con la promoción de la salud por medio de distintos ámbitos de acción, tales como el cambio de hábitos de alimentación y de práctica de actividad física, también por medio de la educación y la mejora de la comprensión de las alternativas existentes para llevar una vida saludable. Paralelamente, este objetivo promueve la lactancia mínimo por seis meses y la creación de políticas públicas que apoyen este objetivo. El segundo objetivo, promueve la promoción en medios de comunicación de la alimentación saludable y práctica de actividad física, además de mejorar la alimentación en establecimientos educacionales, la reducción de sal, azúcar y grasas saturadas en alimentos. El tercer objetivo, busca generar estrategias para que la comunidad adopte actitud más activa frente a su propio estilo de vida y a la de otras comunidades.

El cuarto objetivo se centra en el desarrollo de capacidades de distintos ámbitos y actores que se relacionan con la promoción de la nutrición y de la actividad física, incluida la industria y la educación. El quinto objetivo, promueve la reorientación de los servicios de salud, mejorando la disponibilidad y acceso a programas para reducir el peso en sectores vulnerables, realizando una estrategia integrada para la promoción de salud, centrándose especialmente en el rol de los servicios de atención primaria. El sexto objetivo es crear, potencia y fortalecer un sistema de investigación, monitoreo y evaluación del estado nutricional y alimentario de la población. El séptimo objetivo, busca lograr que la población reconozca los mensajes claves de la estrategia "Comer sano-Actuar sano" y los incorpore a su vida cotidiana. Por último, el octavo objetivo, busca generar programas educativos y de capacitación para la clase trabajadora del país, con respecto a los beneficios de una dieta saludable y los riesgos de una alimentación alta en grasas saturadas, azúcares y sal.

Para poder llevar a cabo los objetivos mencionados, Nueva Zelanda involucra una diversidad de actores. Desde el sector salud, se involucra a los profesionales de la salud y ONGs, además, desde un ámbito más local se incorporan las Juntas Distritales de Salud, y una diversidad de organizaciones y proveedores provenientes de la comunidad. Para la implementación de las estrategias relacionadas con la actividad física, se incluyen a los proveedores deportivos nacionales, regionales y comunitarios, además de distintas organizaciones. En la promoción y educación, la responsabilidad de la implementación se coordina con el Ministerio de Educación, académicos e investigadores y establecimientos e instituciones educacionales. Además, se incluyen en distintas iniciativas: agencias del Gobierno Central; gobiernos locales; Industria de producción de alimentos y de alimentación, incluyendo comida rápida, productores de frutas y verduras, y restaurantes; industria de pérdida de peso; publicidad y medios de comunicación; empleadores/sector privado.

Tabla 25: Ejes Claves de intervención en el Plan de Alimentación y Nutrición de Nueva Zelanda

1. Promoción de la Salud.
2. Promoción de la Alimentación Saludable y Práctica de Actividad Física.
3. Generación de Estrategias para que la Comunidad Adopte un Actitud Activa Frente a su Estilo de Vida.
4. Desarrollo de Capacidades para la Promoción de la Vida Saludable y la Actividad Física.
5. Mejora de la Disponibilidad y Acceso a Programas para la Reducción de Peso.
6. Crear, Potencia y Fortalecer un Sistema de Investigación, Monitoreo y Evaluación del Estado Nutricional y Alimentario de la Población.
7. Lograr que la Población Reconozca y Adopte los Mensajes Claves de la Estrategia “Comer Sano-Actuar Sano”.
8. Capacitar a la Clase Trabajadora sobre los Beneficios de la Alimentación Saludable.

Fuente: Elaboración Propia.

Países invitados OCDE

- **Argentina:** Considera cuatro estrategias de intervención. La primera, es a nivel de las familias argentinas, donde se desarrollan instancias de capacitación, actividades culturales, jornadas y espacios de encuentro para que las familias compartan la experiencia de comer juntos y aprendan sobre alimentación sana. La segunda estrategia es a nivel comunitario, fortaleciendo el trabajo de organizaciones que brindan servicios alimentarios, incluyendo financiamiento y la articulación de espacios de encuentros y capacitación. La tercera estrategia se relaciona con la promoción de la producción de alimentos y de recursos a nivel familiar. La última estrategia se refiere a la educación alimentaria nutricional, incluyendo información sobre las propiedades de los alimentos, elaboración de comidas, aspectos nutricionales, etc.

La implementación de estas estrategias es apoyada por otras instancias como la Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación, grupo multidisciplinario con miembros de distintos ministerios de la nación, organizaciones no gubernamentales relacionadas con el área. En el ámbito local, la implementación del plan se apoya en las Comisiones Provinciales y Comisiones municipales o comunales.

Junto con el apoyo de las distintas entidades mencionadas, el plan se encuentra dentro un marco normativo que apoya su implementación. Este marco normativo está compuesto de manera principal por Ley del Programa de Nutrición y Alimentación Nacional. Además, hay otras leyes asociadas, las que se enlistan a continuación:

- Ley Nº 26.727 Régimen Trabajo Agrario.
- Ley del Programa de Nutrición y Alimentación Nacional.

- Ley Nº 26.396 de Trastornos Alimentarios.
- Decreto Reglamentario - Decreto 1018/2003.
- Ley Nº 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley Nº 26.737 del Régimen de Protección al Dominio Nacional sobre la Propiedad, Posesión o Tenencia de las Tierras Rurales.
- Ley Nº 27.066 del Régimen de Promoción de la Ganadería Bovina en Zonas Áridas y Semiáridas.
- Ley Nº 27.076 del Programa Federal para el Fomento y Desarrollo de la Producción Bubalina.
- Ley Nº 27.118 de Reparación Histórica de la Agricultura Familiar para la Construcción de una Nueva Ruralidad en la Argentina.
- Ley Nº 26.873 de Promoción y Concientización Pública de la Lactancia Materna.

Tabla 26: Ejes Claves de intervención en el Plan de Alimentación y Nutrición de Argentina

1. Capacitar y Educar a las Familias sobre Alimentación Saludable.
2. Fortalecer el Trabajo de Organizaciones que brinda Servicios Alimentarios.
3. Promoción de la Producción de Alimentos y de Recursos a Nivel Familiar.
4. Educación Alimentaria y Nutricional.

Fuente: Elaboración Propia.

- **Brasil:** Establece siete estrategias de intervención. La primera se centra en la promoción del acceso universal a la alimentación adecuada, por medio de la distribución de la renta; alimentación escolar; alimentación del trabajador; red de equipos públicos de alimentación y nutrición; distribución de alimentos; y la garantía del precio mínimo para los productos agro-alimentares.

La segunda estrategia busca estructurar sistemas justos, de base agroecológica y sostenible de producción, extracción, desarrollo y distribución de los alimentos, otorgando créditos y dando apoyo técnico, entre otras iniciativas. La tercera estrategia, busca establecer procesos permanentes de educación y capacitación en seguridad alimentaria y derecho humano a la alimentación adecuada. La cuarta estrategia se enfoca en ampliar y coordinar las acciones de seguridad alimentaria y nutricional destinadas a los pueblos indígenas y comunidades tradicionales.

En cuanto a la quinta estrategia, fortalece las acciones de alimentación y nutrición en todos los niveles del sistema de salud, garantizando la calidad de los alimentos, promoviendo la alimentación adecuada y controlando las carencias nutricionales. La sexta estrategia promueve la soberanía y seguridad alimentaria y nutricional en el ámbito

internacional, realizando negociaciones internacionales y promoviendo la cooperación Sur-Sur. La última estrategia, busca promover el acceso al agua para consumo humano y para la producción de alimentos.

Este plan, para poder llevarse a cabo a nivel local, promueve la creación de Sistemas Estatales y Municipales que creen agendas locales, fundamentadas en la agenda nacional. Además, el plan entrega información sobre el financiamiento, el cual se divide en dos categorías. Primero, una referente al mantenimiento y gerencia de locales del sistema y actividades correlacionadas. La segunda se relaciona con los programas públicos bajo la responsabilidad de los órganos responsables por ellos. En ese contexto, el CONSEA desarrolló un método que le permite presentar propuestas y dar seguimiento a la ejecución de programas bajo un mismo presupuesto del plan.

Por último, el marco normativo en el cual se desarrolla este plan es amplio y se enlista a continuación:

- Ley Orgánica de Seguridad Alimentaria y Nutricional LOSAN (Ley nº 11.346/2006);
- Ley Orgánica de la Salud (1990), que establece las bases del Sistema Único de Salud, ejemplo para el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional;
- Ley Orgánica de la Asistencia Social (1993), que orienta la política de seguridad social y la construcción del Sistema Único de Asistencia Social;
- Política Nacional de Alimentación y Nutrición (1999), que establece las bases de la acción de alimentación y nutrición en el sector Salud;
- Ley de Renta Básica Ciudadana (2004), que establece una renta mínima básica necesaria para que todas las personas vivan con dignidad en el país, lo que incluye una alimentación adecuada;
- Ley de la Agricultura Familiar (2006), que establece reglas a los pequeños agricultores y las diferentes estrategias políticas para el sector;
- Ley de la Alimentación Escolar (2009), que establece la alimentación en las escuelas como un derecho y define condiciones que estimulan la compra local de productos de la agricultura familiar.

Tabla 27: Ejes Claves de intervención en el Plan de Alimentación y Nutrición de Brasil

1. Distribución de la Renta y Distribución de Alimentos.
2. Fortalecer el Trabajo de Organizaciones que Brindan Servicios Alimentarios.
3. Promoción de la Producción de Alimentos y de Recursos a Nivel Familiar.
4. Educación Alimentaria y Nutricional.
5. Garantizar la Calidad de los Alimentos y Control de Carencias Nutricionales.
6. Negociaciones internacionales, Desarrollo Agrícola y Asistencia Humanitaria Internacional.
7. Estructuración del Sistema Nacional de Gestión de los Recursos Hídrico y Garantizar el Acceso al Agua.

Fuente: Elaboración Propia.

Agrupación de países

Con respecto a la información el plan perteneciente a la Unión Europea no presenta información.

- **Países Nórdicos:** Cuenta con tres ámbitos de acción. El primer ámbito de intervención se relaciona con habilitar que niños, niñas y jóvenes tomen decisiones saludables, además de protegerles de ambientes que promueven alternativas no saludables. El segundo, busca promover y facilitar a la población la toma de decisiones saludables, por medio de simplificar los formatos de etiquetados y otros medios de información. El último ámbito se refiere a la creación de acciones específicas para los grupos vulnerables identificados en el plan, es decir, mujeres embarazadas, población infantil e inmigrantes. No se encuentra información frente al marco normativo y presupuesto, dado que la implementación es a nivel nacional.

Tabla 28: Ejes Claves de intervención en el Plan de Alimentación y Nutrición de los Países Nórdicos

1.	Promover Decisiones Saludables en Niños, Niñas y Jóvenes.
2.	Promover Decisiones Saludables en la Población, Mejorando el Etiquetado y la Información.
3.	Crear Acciones Específicas para Grupos Vulnerables y en Riesgo.

Fuente: Elaboración Propia.

3. Estrategias de Alimentación y Seguridad Alimentaria

En el tercer nivel de planificación social se encuentran las estrategias, donde se han identificado seis estrategias correspondientes a cinco países: España, Irlanda, Letonia, México, Reino Unido y República Checa.

El análisis de las estrategias se dividirá en dos grandes categorías, según el nivel socioeconómico y ranking de Desarrollo Humano. La primera corresponde a los países con un alto nivel socioeconómico y ranking de Desarrollo Humano, desde una posición 48 ó superior. En esta categoría se encuentran todos los países Europeos, es decir, España, Irlanda, Letonia, Reino Unido y República Checa.

En la segunda categoría se encuentran solamente las estrategias pertenecientes a México, dado que es el único país con un nivel socioeconómico medio alto y un ranking de Desarrollo Humano de 74/167 al inicio de la implementación de la política y 70/167 actual.

Tabla 29: Estrategias de Alimentación y Nutrición Seleccionadas

País	Estrategia	Elemento definición FAO
España	Estrategia Española para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.	Utilización; Estabilidad
Irlanda	“Irlanda Saludable”: Una guía para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.	Utilización; Estabilidad
Letonia	Estrategia de Salud Pública para 2011–2017, con factor nutricional.	Utilización; Estabilidad
México	Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.	Disponibilidad; Acceso; Utilización; Estabilidad
	Programa Nacional México Sin Hambre.	Disponibilidad; Acceso; Utilización; Estabilidad
Reino Unido	Estrategia de la Agencia de Estándares Alimenticios, Plan 2015–20.	Disponibilidad; Acceso; Utilización; Estabilidad
República Checa	Estrategia de Nutrición y Seguridad Alimentaria.	Acceso; Utilización; Estabilidad

Fuente: Elaboración Propia.

Expresión de las Estrategias

Como características transversales todas las estrategias analizadas son de carácter nacional e intersectoriales.

Relación con otras políticas

Las estrategias pertenecientes a países con altos niveles socioeconómicos y de Desarrollo Humano se relacionan explícita e implícitamente con otras políticas. En el caso de España, a partir de esta estrategia, se han desarrollado dos iniciativas el “Pla de Salut de les Illes Balears 2003–2007” y el “Pla Jove”.

En tanto, en el caso de Letonia, esta estrategia surgió a partir de la conjunción de distintos planes y estrategias desarrollados desde distintos sectores y temáticas. Las iniciativas que dieron paso a la estrategia de Letonia son “Estrategia de Salud Pública” del año 2011, el “Plan de Acción para la Implementación del Documento de Política de Nutrición Saludable”, creado en 2003, la “Estrategia de Desarrollo Sostenible para Latvia (Latvia 2030)”, y el “Plan Estratégico de Desarrollo para Latvia 2010–2013”. En el caso de Reino Unido, la estrategia analizada también surge a partir de un plan específico, llamado “Elijiendo una Dieta Saludable: Plan de Acción para Comida y Salud”, creado en el año 2005.

En República Checa, la estrategia analizada se encuentra relacionada directamente con otra iniciativa en el mismo nivel de la planificación social, la "Estrategia: Sistema de Seguridad Alimentaria". Ambas estrategias tienen un carácter interdisciplinario y son integradas por distintas instituciones, además del Centro de Información de Seguridad Alimentaria.

En el caso de México, la información sólo se encuentra disponible para el Programa México sin Hambre. En este caso, el programa da origen a la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria.

Tabla 30: Políticas y Planes Relacionados con las Estrategias de Alimentación y Nutrición Seleccionadas

País	Política	Políticas y Planes Relacionadas
España	Estrategia Española para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.	Pla de Salut de les Illes Balears 2003-2007 Pla Jove.
Irlanda	"Irlanda Saludable": Una guía para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.	–
Letonia (Latvia)	Estrategia de Salud Pública para 2011-2017, con factor nutricional.	Estrategia de Salud Pública. Plan de Acción para la Implementación del Documento de Política de Nutrición Saludable. Estrategia de Desarrollo Sostenible para Latvia. Plan Estratégico de Desarrollo para Latvia 2010-2013.
México	Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.	–
	Programa Nacional México Sin Hambre.	Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria.
Reino Unido	Estrategia de la Agencia de Estándares Alimenticios, Plan 2015-20.	–
República Checa	Estrategia de Nutrición y Seguridad Alimentaria.	Estrategia: Sistema de Seguridad Alimentaria

Fuente: Elaboración Propia.

– No hay información explícita en la estrategia

Componentes de las Estrategias

Organismo Ejecutor y actores relevantes en la implementación

Las distintas estrategias, en el caso de los países con altos niveles socioeconómicos y de Desarrollo Humano, son ejecutadas por distintos estamentos gubernamentales, aunque en

común se encuentra que en todas el organismo ejecutor principal se encuentra a nivel central, y se incorporan otros actores relevantes para la implementación en administraciones territoriales locales, destacando principalmente la incorporación en casi todos los casos de representantes de la sociedad civil.

En el caso de España, la estrategia se ejecuta por Medio del Ministerio de Sanidad y Consumo, con apoyo de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Para poder implementar la estrategia a nivel local, el gobierno central se coordina con los gobiernos provinciales y locales, además de crear redes con el sector privado, la red educacional, la red de salud, representantes de la sociedad civil y ONGs.

La estrategia irlandesa, el organismo ejecutor principal, también se encuentra a nivel central, en este caso corresponde al Consejo de Gabinete de Políticas Sociales, el cual es apoyado por instancias locales, como representantes de la sociedad civil, e instancias con un rol importante en cuanto a la nutrición y alimentación, es así como se involucra el sector privado y comités especializados.

Letonia, tiene como organismo ejecutor principal al Gabinete de Ministros, donde además incorpora en la implementación a la red de salud pública y los sectores productivos relacionados con la alimentación, tanto privados como públicos.

En el caso del Reino Unido, si bien el organismo responsable es el gobierno a nivel central, su implementación recae sobre la Agencia de Estándares Alimenticios. En este caso, además se incorporan como actores relevantes, la industria alimentaria y la sociedad civil.

Por último, la estrategia Checa, depende de dos Ministerios, Agricultura y Salud. Además, se incorporan durante su implementación la industria de alimentación y producción de alimentos, ONGs, la opinión de asesores expertos no pertenecientes al gobierno, y sociedad civil.

En el caso de México, las dos estrategias analizadas, difieren del organismo ejecutor. La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, tiene como organismo principal la Secretaría de Salud, mientras que el Programa Nacional México Sin Hambre, es ejecutado por la Secretaría de Desarrollo Social. En ambos casos, la implementación local de la estrategia es apoyada por los gobiernos federales, por el sector privado y la sociedad civil.

Tabla 31: Principal Organismo Ejecutor de las Estrategias de Alimentación y Nutrición Seleccionadas

País	Plan	Organismo Ejecutor Principal
España	Estrategia Española para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.	Ministerio de Sanidad y Consumo Agencia Española de Seguridad.
Irlanda	"Irlanda Saludable": Una guía para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.	Consejo de Gabinete de Políticas Sociales.
Letonia (Latvia)	Estrategia de Salud Pública para 2011-2017, con factor nutricional.	Gabinete de Ministros.
México	Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.	Secretaría de Salud.
	Programa Nacional México Sin Hambre.	Secretaría de Desarrollo Social.
Reino Unido	Estrategia de la Agencia de Estándares Alimenticios, Plan 2015-20.	Agencia de Estándares Alimenticios.
República Checa	Estrategia de Nutrición y Seguridad Alimentaria.	Ministerio de Agricultura. Ministerio de Salud.

Fuente: Elaboración Propia.

Beneficiarios

Todas las estrategias analizadas de los países más desarrollados tienen como beneficiarios directos a la población en general, y salvo en el caso de España donde se hace explícitamente alusión a la población infanto-juvenil, entre 2 y 24 años de edad, el resto de las estrategias no menciona énfasis en grupos poblacionales específicos.

Las estrategias mexicanas muestran mayor variedad en cuanto a sus beneficiarios, ya que si bien la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, tiene como beneficiarios a la población en general. En el caso del Programa Nacional México Sin Hambre, los beneficiarios son específicamente población en condición de pobreza extrema que se encuentran en situación de inseguridad alimentaria.

Tabla 32: Población Beneficiaria de las Estrategias de Alimentación y Nutrición Seleccionadas

País	Beneficiarios Directos	Énfasis en Población Específica
España	Toda la Población	Población Infanto-Juvenil (2 a 24 años)
Irlanda	Toda la Población	–
Letonia (Latvia)	Toda la Población	–
México Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.	Toda la Población	–
México Programa Nacional México Sin Hambre	Toda la Población	Población en Condición de Pobreza Extrema y en Situación de Inseguridad Alimentaria.
Reino Unido	Toda la Población	–
República Checa	Toda la Población	–

Fuente: Elaboración Propia.

– No hay información explícita en la estrategia

Elementos específicos de salud, alimentación y seguridad alimentaria

Las estrategias analizadas de los países con niveles de desarrollo más alto responden transversalmente a dos de las funciones esenciales en salud, Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la salud pública y Promoción de la salud. A excepción de Reino Unido, donde las funciones a las que se relaciona la estrategia es, primero, la promoción de salud, dado que uno de sus objetivos es asegurar que los consumidores cuenten con información para poder tomar decisiones saludables, en cuanto a su alimentación; y segundo, la participación de los ciudadanos en salud, generando instancias de empoderamiento de la ciudadanía con respecto a su seguridad alimentaria.

En el caso de España, la promoción se realiza por medio de campañas informativas, entregas de manuales para la mejora de la alimentación y la realización de acuerdos con empresas de ocio y entretenimiento infantil y juvenil que promuevan estilos de vida activos y la alimentación saludable. Éstos dos últimos puntos se relacionan también con la función de vigilancia y control de riesgos y daños, que además se refuerza con la incorporación de la información nutricional en los alimentos.

Irlanda por su parte, lleva a cabo la vigilancia por medio del monitoreo de las desigualdades sociales que se traducen en desigualdades en salud. En tanto, la promoción de la salud se realiza por medio de la incorporación de especificidades del ciclo de vida en las intervenciones realizadas para el aumento de la proporción de personas saludables. Además, en este país, se incorpora la participación de los ciudadanos en la salud, por medio de la consulta popular que dio paso a esta estrategia, que conjuntamente incorporó a personas del sector de salud público, privado y a la sociedad civil en general.

Letonia tiene como uno de sus ejes centrales de la política, la vigilancia, investigación y control de daños en la salud pública, ya que hay una preocupación constante en monitorear y entregar igualdad de oportunidades en salud, disminuir el impacto negativo de los factores de riesgo, con especial énfasis en las mujeres en gestación, fetos y lactantes, junto con la preocupación constante de actualizar la información disponible para la población sobre medidas preventivas y tratamientos de distintas enfermedades. Estas iniciativas, paralelamente, se relacionan con la función de promoción de la salud.

Por último, dentro de este grupo de países, se encuentra la República Checa, donde la vigilancia se relaciona con el análisis y uso de datos de la Encuesta Nacional sobre Consumo Individual de Alimentos; y la promoción y participación de los ciudadanos con las distintas iniciativas para la entrega de información a la población sobre factores de riesgos, especialmente de enfermedades crónicas no transmisibles.

En el caso de México, ambas estrategias responden a tres funciones esenciales de la salud pública, a saber, vigilancia, promoción y participación de los ciudadanos. En la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, la vigilancia

se lleva a cabo por medio del diseño e implementación de un sistema de monitoreo del comportamiento epidemiológico de la población y de un modelo clínico preventivo y de tratamiento de la obesidad y diabetes, paralelamente busca preparar sistemas de vigilancia para la diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles, y la capacitación de los profesionales de la salud. La promoción de la salud se realiza por medio de campañas de comunicación educativa, de programas de alimentación y actividad física, junto a mecanismos de difusión de información epidemiológica. Por último, la participación de los ciudadanos se realiza incorporando a las facultades y escuelas de medicina, y creando espacios de diálogo permanente entre distintos actores.

El Programa Hambre Cero lleva a cabo la función de vigilancia y control de daños por medio del monitoreo y promoción del acceso a los alimentos en localidades estratégicas, además de incorporar un sistema de contraloría social; en cuanto a la promoción de la salud, ésta se lleva a cabo impulsando la producción de alimentos y fortaleciendo redes locales y solidarias de abastecimiento y producción. Por último, la participación de los ciudadanos se realiza por medio de asambleas barriales, comités comunitarios y distintas instancias de participación social.

Tabla 33: Funciones Generales de Salud Pública Incorporadas Explícitamente en las Estrategias de Alimentación y Nutrición Seleccionados

España	Irlanda	Letonia	México (Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes)	México (Hambre Cero)	Reino Unido	República Checa
Promoción de la salud	Promoción de la salud.	Promoción de la salud.	Promoción de la salud.	Promoción de la salud.	Promoción de la salud.	Promoción de la salud.
Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP.	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP.	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP.	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP.	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP.	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP.	Participación de los ciudadanos en la salud.
Participación de los ciudadanos en la salud.	–	Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.	Participación de los ciudadanos en la salud.	Participación de los ciudadanos en la salud.	–	Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.
–	–	–	–	–	–	–

Fuente: Elaboración Propia.

Componentes para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles

En el primer grupo de países, todas las estrategias presentan iniciativas relacionadas con la seguridad alimentaria. En general, estas iniciativas, en concordancia con sus beneficiarios, están dirigidas al general de la población y apuntan principalmente al acceso igualitario a la alimentación saludable, lo que se establece con especial énfasis en Irlanda y Letonia dada su preocupación por las desigualdades en salud. Además, en el caso del Reino Unido destacan ejes de intervención que aseguren que los alimentos sean lo que dicen ser y la necesidad de asegurar una alimentación saludable, no sólo en el presente sino que también en el futuro.

Dentro de este primer grupo de países las estrategias de España y Letonia, presentan como particularidades el enfoque de la seguridad alimentaria en grupos específicos de la población. En el caso de España el grupo priorizado es el que se encuentra en edad escolar, donde además de la educación en alimentación y nutrición, se promueve la mejora de la alimentación que reciben los estudiantes en los establecimientos educacionales, mejorando la calidad nutricional de éstos. En el caso de Letonia, el foco se pone en las madres e infantes.

En cuanto a la inocuidad, las estrategias de España y Reino Unido muestran iniciativas relacionadas. España lo hace por medio de la coordinación con el sector empresarial, regulando la composición y calidad de los alimentos, especialmente aquellos destinados al consumo por parte de niños y niñas. En el caso de Reino Unido, la inocuidad de los alimentos se refiere a evitar las enfermedades originadas por bacterias en los alimentos, especialmente en grupos vulnerables.

En la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes de México la seguridad alimentaria se abarca desde distintas iniciativas, tales como el fomento de la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada, asegurar el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos, y promover la reformulación e innovación de productos que favorezcan la alimentación correcta de la población. En cuanto a la inocuidad, no se presenta información al respecto.

En el caso del Programa Hambre Cero, la seguridad alimentaria es el principal eje de acción, por lo que las distintas iniciativas que desarrolla apuntan o fortalecen la seguridad alimentaria, destacando principalmente la mejora del ingreso de la población en situación de extrema pobreza para la adquisición de alimentos; el aumento de la oferta y del acceso físico de alimentos, especialmente en zonas rurales, lo que se acompaña con la creación de redes de abasto y del trabajo comunitario.

Tabla 34: Elementos Destacados de Seguridad Alimentaria e Inocuidad de los Alimentos en las Estrategias de Alimentación y Nutrición Seleccionados

País	Seguridad Alimentaria	Inocuidad
España	Acceso Igualitario a la alimentación saludable, énfasis en población en edad escolar. Educación en alimentación y nutrición.	Regulación de la composición y calidad de los alimentos.
Irlanda	Acceso Igualitario a la alimentación saludable.	–
Letonia (Latvia)	Acceso Igualitario a la alimentación saludable, énfasis en madres e infantes.	–
México Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes	Fomento de la lactancia materna y alimentación complementaria adecuada. Asegurar el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos. Promoción de productos que favorezcan la alimentación correcta.	–
México Programa Nacional México Sin Hambre	Mejora del ingreso de la población en situación de extrema pobreza para la adquisición de alimentos. Aumento de la oferta y acceso a alimentos, énfasis en zonas rurales. Creación de redes de abasto y del trabajo comunitario.	–
Reino Unido	Acceso Igualitario a la alimentación saludable. Etiquetado correcto de los productos. Asegurar el acceso a alimentos en el presente y futuro.	Evitar enfermedades por bacterias en los alimentos.
República Checa	Acceso Igualitario a la alimentación saludable.	–

Fuente: Elaboración Propia.

– No hay información explícita en el plan

Implementación

Responsabilidades en la ejecución e implementación

En el primer grupo de países, la responsabilidad en la ejecución de la estrategia es variada. En el caso de España y Letonia ésta depende del Ministerio de Salud. En Irlanda la ejecución depende de dos actores principales, del Consejo de Gabinete de Políticas Sociales y del Concilio Irlandés de Salud, donde además participan actores del sector privado. En tanto, en Reino Unido la ejecución de la estrategia se realiza por medio de la Agencia de Estándares

Alimentarios. Por último, en el caso de República Checa se reconoce una variedad de actores en la ejecución de la estrategia, tales como el Primer Ministro (interino) y Ministro de Defensa; Ministros de Medio Ambiente, Agricultura, Interior, Hacienda, Economía, Salud, Educación, Cultura y Deporte; y Director del Alto Mando para Seguridad Nuclear.

En el caso de México, la ejecución de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes se lleva a cabo por medio de la Secretaría de Salud, en tanto el Programa Hambre Cero se ejecuta por medio de la Secretaría de Desarrollo Social.

Esquema 5: Responsables de la Ejecución e Implementación de las Estrategias de Alimentación y Nutrición Seleccionados

España	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud
Irlanda	<ul style="list-style-type: none"> Consejo de Gabinete de Políticas Públicas Concilio Irlandés de Salud
Letonia	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud
México	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes: Secretaría de Salud Programa Nacional México Sin Hambre: Secretaría de Desarrollo Social
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> Agencia de Estándares Alimentarios
República Checa	<ul style="list-style-type: none"> Primer Ministro (interino) y Ministros de: Defensa; Medio Ambiente, Agricultura, Interior, Hacienda, Economía, Salud, Educación, Cultura y Deporte; y Director del Alto Mando para Seguridad Nuclear

Fuente: Elaboración Propia.

Estrategias de intervención y organismos involucrados

A continuación se presentan los distintos ámbitos de acción de las estrategias seleccionadas, según las categorías de análisis.

Países con alto nivel socioeconómico y ranking de Desarrollo Humano

- **España:** posee cuatro ámbitos de acción. El primero se refiere al familiar y comunitarios, donde se busca sensibilizar e informar a la población del impacto positivo que, para su salud, tienen una alimentación equilibrada y la práctica regular de actividad física, mejorando la información disponible sobre los hábitos de vida saludables. El segundo

ámbito es el escolar, promoviendo, tanto en las actividades realizadas en el aula como en las extraescolares, oportunidades para formar a los niños y adolescentes sobre hábitos alimentarios saludables y fomentar la práctica regular de actividad física y deporte. El tercero es el trabajo con el área empresarial para la prevención de la obesidad y el sobrepeso, tanto desde las industrias alimentarias, como desde las empresas de hostelería y cadenas de alimentos, desarrollando y promoviendo productos más saludables que contribuyan a una alimentación sana y equilibrada. El último ámbito de acción se enfoca en la sensibilización de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, respecto de la importancia del sobrepeso y, en particular, de la obesidad como enfermedad crónica.

En cuanto al involucramiento de otros organismos, se ha identificado que en el tercer ámbito se cuenta con la acción coordinada con el Convenio con la Federación Española de Industrias de la Alimentación y Bebidas (FIAB).

El marco normativo en el que se sitúa esta estrategia se enlista a continuación:

- Ley Integral de Juventud.
- Ley del Deporte.
- Ley de atención a los derechos de la infancia y adolescencia.
- Ley de la Mujer.

Tabla 35: Ejes Claves de intervención en la Estrategia de Alimentación y Nutrición de España

1. Sensibilizar e Informar a las Familias y a la Comunidad del Impacto Positivo que tienen la Alimentación Equilibrada y la Práctica Regular de Actividad Física.
2. Formar a los Niños y Adolescentes sobre Hábitos Alimentarios Saludables y Fomentar la Práctica Regular de Actividad Física y Deporte.
3. Prevención de la Obesidad y el Sobrepeso, desde la industria alimentaria.
4. Sensibilización de los Profesionales del Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Elaboración Propia.

- **Irlanda:** en este caso se identificaron seis líneas de acción, política y gobernanza; colaboraciones y trabajo intersectorial; empoderamiento de las comunidades y ciudadanía; salud y Reformas en Salud; investigación y Evidencia Científica; y monitorear, reportar y evaluar. Estas líneas de acción se desarrollan con apoyo del Concilio Irlandés de Salud. No hay información en cuanto al marco normativo.

Tabla 36: Ejes Claves de intervención en la Estrategia de Alimentación y Nutrición de Irlanda

1. Política y Gobernanza.
2. Colaboración y Trabajo Intersectorial.
3. Empoderamiento de las Comunidades y Ciudadanía.
4. Salud y Reformas en Salud.
5. Investigación y Evidencia Científica.
6. Monitoreo, Reporte y Evaluación.

Fuente: Elaboración Propia.

- **Letonia:** desde esta estrategia se desarrollan cinco ámbitos de acción. El primero, se centra en Implementar medidas que aseguren igualdad de oportunidades en Salud para toda la población. El segundo, busca disminuir el impacto negativo de los factores de riesgo sobre la Salud. El tercero se centra en informar a la población sobre el impacto del consumo de sustancias adictivas en la salud de mujeres embarazadas y fetos en gestación; y sobre la importancia de la lactancia para el desarrollo del/la lactante. El cuarto, también se relaciona con la entrega de información, pero enfocado a las medidas preventivas de seguridad, para evitar traumatismos; y sobre el impacto de factores ambientales sobre la salud. El quinto ámbito de acción se centra en actualizar la información pública sobre medidas preventivas y tratamientos existentes para enfermedades infecciosas. Por último, se busca elaborar e implementar el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud y definir criterios de calidad para el funcionamiento de instalaciones para el internado de pacientes. No hay información en cuanto al marco normativo.

Tabla 37: Ejes Claves de intervención en la Estrategia de Alimentación y Nutrición de Letonia

1. Medidas de Igualdad de Oportunidades en Salud.
2. Disminución del Impacto de los Factores de Riesgo en Salud.
3. Difusión del Consumo de Sustancias Adictivas en Mujeres Embarazadas.
4. Difusión de Medidas Preventivas de Seguridad y del Impacto de los Factores Ambientales en la Salud.
5. Actualización de la Información Pública sobre Medidas Preventivas y Tratamientos para Enfermedades Infecciosas.

Fuente: Elaboración Propia.

- **Reino Unido:** esta estrategia se enfoca en cuatro aspectos. Primero, asegurar que los alimentos sean seguros, especialmente previniendo el envenenamiento de la población por bacterias. Segundo, asegurar que los alimentos sean lo que dicen ser, con el objetivo de que la población tenga información fidedigna sobre lo que está consumiendo, por medio de la identificación de componentes y el respectivo etiquetado. Tercero, y relacionado con el anterior, se busca asegurar que los consumidores puedan realizar decisiones informadas con respecto a su alimentación. Cuarto, promover el acceso a una dieta saludable, tanto ahora como en el futuro.

En relación al marco normativo, la única información con la que se cuenta es que esta estrategia se enmarca en la Ley de la Agencia de Estándares Alimenticios de 1999.

Tabla 38: Ejes Claves de intervención en la Estrategia de Alimentación y Nutrición de Reino Unido

1. Asegurar el Consumo Seguro de los Alimentos.
2. Asegurar la Información Fidedigna del Etiquetado de Alimentos.
3. Asegurar la Toma de Decisiones Informadas en cuanto a Alimentación.
4. Promover el Acceso a una Dieta Saludable.

Fuente: Elaboración Propia.

- **República Checa:** En cuanto a la seguridad alimentaria y nutrición, la estrategia promueve la evaluación de factores de riesgo nutricional, la creación de un plan para el manejo y gestión de factores de riesgo, y el desarrollo de comunicación y educación de la población en relación a factores de riesgo. Otro aspecto que se trabaja desde esta estrategia es el trabajo coordinado por medio de la cooperación con la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria.

Esta estrategia identifica distintos actores involucrados en su implementación, tales como el trabajo coordinado por los Ministerios de Agricultura y Salud, en cooperación con otras secretarías de Estado, para el desarrollo del Sistema de Seguridad Alimentaria. También se involucran institutos de investigación no gubernamentales y universidades para la evaluación de indicadores de riesgo nutricional. Por último, en el proceso de difusión y comunicación participan ONGs, profesionales y asociaciones de consumidores.

En cuanto al marco normativo, se mencionan dos regulaciones provenientes del Parlamento Europeo: Regulation (EC) No 178/2002 of the European Parliament and of the Council y Regulation (EC) No 882/2004 of the European Parliament and of the Council of 29 April 2004.

Tabla 39: Ejes Claves de intervención en la Estrategia de Alimentación y Nutrición de República Checa

1. Evaluación de Factores de Riesgo Nutricional.
2. Creación de un Plan para el Manejo y Gestión de Factores de Riesgo Nutricional.
3. Educación de la Población en cuanto a Factores de Riesgo Nutricional.

Fuente: Elaboración Propia.

México

La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, se enfoca en tres grandes áreas de acción. La primera es la salud pública, que busca la promoción de estilos de vida saludables y el monitoreo de las enfermedades crónicas no transmisibles, por medio de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades

no transmisibles, la promoción de la salud y comunicación educativa y la prevención. La segunda área de acción es la atención médica, donde se garantiza el acceso a servicios de salud a través de intervenciones médicas dirigidas a personas con factores de riesgo o que ya cuentan con el diagnóstico de hiperglucemia o diabetes mellitus tipo 2; además de capacitar a los recursos humanos en salud con respecto a las enfermedades crónicas no transmisibles.

La tercera área de acción, se relaciona con la regulación sanitaria y la política fiscal, donde se busca establecer respuestas efectivas ante el panorama de las enfermedades no transmisibles, a través de la regulación del etiquetado y la publicidad de alimentos y bebidas, de manera particular la dirigida al público infantil, además de impulsar políticas fiscales que disminuyan el consumo de alimentos con escaso valor nutricional.

Dado que esta estrategia abarca variados ámbitos de acción, se han involucrado los siguientes actores: Secretaría de Educación Pública; Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte; Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; Secretaría de Desarrollo Social; Secretaría de Trabajo y Previsión Social; Secretaría de Hacienda y Crédito Público; Procuraduría Federal del Consumidor; Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano; Comisión Nacional del Agua; Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; y Red Mexicana de Municipios por la Salud.

El marco normativo en el que se desarrolla esta estrategia es el siguiente:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- Ley de Planeación.
- Ley Federal de Protección al Consumidor.
- Ley Federal de Radio y Televisión.
- Ley General de Educación.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.

Tabla 40: Ejes Claves de intervención en la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes de México

1. Promoción de Estilos de Vida Saludables y el Monitoreo de la Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
2. Atención Médica a Personas con Factores de Riesgo, Diabetes Mellitus 2 o Hiperglucemia.
3. Establecer Respuestas Efectivas ante el Panorama de las Enfermedades No Transmisibles.

Fuente: Elaboración Propia.

El programa Hambre Cero posee las siguientes cinco áreas de intervención. La primera se relaciona con el ingreso, buscando proteger el poder adquisitivo y el ingreso, se fomentan políticas de empleo y se fortalecerán los programas de transferencias. La segunda es el aumento de la oferta de alimentos, con el objetivo de mejorar la disponibilidad, el acceso físico a los alimentos y la producción rural se apoya la economía campesina.

La tercera se refiere al acceso a los alimentos, enfocándose en aumentar el acceso a alimentos en localidades estratégicas a través de la comercialización y fortalecimiento de las redes de abasto populares; fomentemos acciones conjuntas con otros actores sociales, como las cocinas comunitarias, comedores populares, cupones de alimentos y la entrega de despensas. La cuarta es la inclusión productiva, donde se fomentan acciones de apoyo a la producción en zonas que sufren de poca disponibilidad de alimentos, tales como, capacitación, fortalecimiento de la economía solidaria, emprendedurismo, sesiones de microcrédito productivo orientado a combatir el hambre, y la generación de apoyos productivos a grupos prioritarios como los indígenas y las mujeres.

La última área es la de movilización y contraloría social, donde todas las acciones realizadas están sujetas a esquemas de transparencia y rendición de cuentas que definan de forma clara responsabilidades de los actores involucrados.

Se identifican dos actores involucrados en la implementación, la Comisión Intersectorial para la Instrumentación de la Cruzada Contra el Hambre y el Consejo Nacional de la Cruzada contra el Hambre.

Por último, en cuanto al marco normativo, esta estrategia en la Ley General de Desarrollo Social y en el Art. 178 de la Ley de Desarrollo Rural Sustentable.

Tabla 41: Ejes Claves de intervención en el Programa Hambre Cero de México

1. Proteger el Poder Adquisitivo y los Ingresos de la Población Vulnerable.
2. Aumento de la Oferta de Alimentos.
3. Aumento al Acceso de Alimentos en Localidades Estratégicas.
4. Inclusión Productiva.
5. Movilización y Contraloría Social.

Fuente: Elaboración Propia.

VII. ANÁLISIS DE EVALUACIONES DE IMPACTO DE POLÍTICAS O PLANES NACIONALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LOS PAÍSES

Gran parte de las políticas analizadas son de implementación reciente, aún se están ejecutando o se dejaron de implementar recientemente, por lo que no se encontraron evaluaciones de impacto. Las evaluaciones encontradas han sido de proceso o de diseño. A continuación se presenta el análisis de las evaluaciones encontradas para las políticas analizadas en la sección anterior.

1. Argentina

Argentina posee un nivel socioeconómico medio alto, con un puesto 51/167 en el ranking en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) al inicio de la implementación del plan y 40/167 actual.

En su perfil epidemiológico destaca dentro de las principales causas de muerte las enfermedades isquémicas del corazón (15,9%), apoplejía (9%), diabetes mellitus (3%) y enfermedades cardíacas relacionadas con la hipertensión (2,8%). Al observar el número de muertes según grandes grupos de causas de muerte, tanto para hombres como para mujeres, el mayor número se encuentra en aquellas asociadas con enfermedades cardiovasculares y diabetes. La primera causa de años de vida perdidos por muerte prematura son la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

En cuanto a los factores de riesgo, el 11,5% de los hombres y el 10,3% de las mujeres mayores de 25 años presentan niveles altos de glucosa; el 31% de los hombres y 17,9% de las mujeres mayores de 15 años tienen elevada presión arterial. En cuanto a la obesidad en mayores de 20 años, ésta se observa en el 27,4% de los hombres y 31% de las mujeres.

En el perfil nutricional del país destaca que, para el año 2004 9,9% de los niños menores de 5 años tenían sobrepeso, mientras que 2,3% se encontraba en condición de bajo peso. En cuanto a los recién nacidos, se observa que un 7% nació con bajo peso en el año 2011. Se observa que el índice de masa muscular (IMC) del 44,3% de las mujeres es mayor de 25 y de 19,4% mayor de 30. Además, se observa que 14,3% de los niños en edad preescolar tiene deficiencia de vitamina A.

En cuanto a seguridad alimentaria, el 1,4% de la población vive con menos de un dólar diario. Menos del 5% de la población posee una ingesta de calorías menor de lo requerido. En cuanto al consumo de sal iodada, se registra que 7% de los hogares la consumen. El índice Global de Hambre es menor de 5.

A partir de la evaluación de la implementación del plan, el alto grado de descentralización de la implementación, lo que ha permitido la adecuación a las especificidades culturales y contextuales en cuanto alimentación y nutrición, aunque existe una variedad en el grado de

descentralización, ya que la implementación en algunos casos se realiza a nivel municipal y otros a nivel provincial. A lo anterior se suma la desigualdad existente entre provincias, la que tuvo un correlato a nivel local principalmente debido a las distintas capacidades de gestión.

Un aspecto relevante ha sido la desigualdad en las transferencias de recursos, ya que éstas no sólo han respondido a criterios objetivos, sino que también ha habido consideraciones políticas asociadas. Otro punto que se considera en la evaluación es que algunos de los objetivos planteados a nivel provincial exceden lo estipulado a nivel nacional, incorporando componentes relevantes como la inserción sociolaboral.

El uso de tarjetas magnéticas precargadas o tickets para la adquisición de alimentos entrega mayor libertad y autonomía a los beneficiarios, además este tipo de sistema le da mayor transparencia al proceso y evita el clientelismo.

También se destaca que el trabajo intersectorial se ha facilitado porque desde el diseño, todas las instancias incluidas tienen representatividad provincial, permitiendo así la implementación en todas las provincias.

2. BRASIL

Brasil es un país catalogado por el Banco Mundial por tener un nivel socioeconómico alto, tanto al inicio de la implementación, año 2011, del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, como en la actualidad. Dentro del ranking en el IDH se encontraba en el 2011 en el puesto 75/167 y actual de 78/167.

Las principales causas de muertes no han variado desde la implementación del plan, destacando las enfermedades isquémicas del corazón, apoplejía, enfermedades respiratorias, diabetes mellitus y las enfermedades al corazón relacionadas con la hipertensión. La primera causa de años de vida perdidos por muerte prematura son la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Al analizar las causas de muerte por grandes grupos, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes son las que tienen mayor número de muertes asociadas, tanto en hombres como en mujeres. En cuanto a los factores de riesgo de los mayores de 25 años, se encuentra que el 10% de hombres y mujeres tiene elevada la glucosa; 39,4% de los hombres y 26,6% de las mujeres, sufren de presión arterial alta. Paralelamente, el 16,5% de hombres y 22,1% mujeres mayores de 20 años son obesos.

En cuanto a los niños menores de 5 años, 7,3% se encuentra con sobre peso y 7,1% con bajo peso. En el caso de las mujeres, entre los años 2006 y 2007, 43% tenía un IMC mayor o igual a 25, en tanto el 16% posee un IMC mayor de 30. Sobre seguridad alimentaria, se registra que el 3,8% de la población vive con menos de un dólar diario, menos del 5% de la población tiene un nivel de consumo de energía alimentaria bajo el nivel mínimo. El consumo de sal yodada se registra en el 8% de los hogares. Brasil posee un bajo índice de hambre, menor de 5.

Desde 1998, se implementa el Sistema Único de Salud, sistema público del que depende alrededor del 75% de la población. Este sistema ofrece atención primaria, servicios hospitalarios, programa de vacunación, campañas de prevención y atención odontológica básica y subvención de alrededor del 90% de los medicamentos básicos. Este sistema se ha descentralizado, transfiriendo parte de la gestión y financiamiento a los 26 estados, aunque a nivel federal se adolece de una falta de fondos.

En cuanto a la evaluación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, se han identificado fortalezas. La primera, y más relevante, han sido los avances realizados en la institucionalidad a nivel local, es decir, a nivel de estados y municipalidades que permiten una mejor implementación del plan, dada la posibilidad de ajustar y priorizar los distintos componentes a las especificidades territoriales.

Otro aspecto relevante que surge en la evaluación es el carácter multidimensional del plan, dado que se interviene en la producción, distribución, comercialización, acceso y consumo de los alimentos.

Uno de los elementos más valorados ha sido la incorporación de nutricionistas en los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia, los que se encuentran dentro de los servicios de salud primaria. La incorporación de estos profesionales ha sido parte importante para el fortalecimiento de la nutrición y del diálogo sobre seguridad alimentaria.

Dentro de estos componentes, dentro de las evaluaciones, se ha destacado el Programa de Adquisición de Alimentos, el que centrado en la agricultura familiar y comunitaria, ha permitido no sólo aumentar el acceso al consumo de vegetales de las familias, especialmente en los sectores rurales, sino que también ha sido un elemento que ha permitido aumentar los ingresos familiares. Paralelamente, y buscando una mayor variedad en el consumo de alimentos, la ejecución de este programa ha repercutido en la organización comunitaria por medio de la promoción del trabajo de cooperativas agrícolas. Un aspecto relevante, ha sido que además de la oferta, también se ha aumentado la calidad de los alimentos producidos y consumidos por la población, dado que dentro del programa existe una fiscalización por parte del gobierno a nivel local.

Se destaca que, si bien ha habido avances en el ámbito de la nutrición y la seguridad alimentaria, para el año 2014, aún el 14,8% de las familias se encuentra en situación de inseguridad alimentaria leve, 4,6% moderada y 3,2% grave.

Ciertos aspectos relevantes de considerar dentro de la implementación, es el predominio del modelo biomédico y hospital-céntrico del plan, lo que consecuentemente deja a la promoción y prevención en un segundo plano. Paralelamente, se destaca la necesidad de un trabajo gubernamental integrado e intersectorial para lograr el fortalecimiento de las acciones de nutrición y alimentación en todos los niveles de salud, ya que actualmente se aprecia una falta de intersectorialidad en las acciones de promoción en salud. Además, la estricta jerarquía en la

coordinación técnica ha limitado la autonomía local en la implementación del plan, además del dialogo intersectorial.

Otro aspecto que se destaca es la ausencia de atención más calificada a nivel estatal y municipal, impidiendo el fortalecimiento de la nutrición y de la salud en la población en general. Este punto se relaciona directamente con la formación deficiente de los nutricionistas en los ámbitos de salud comunitaria y pública, dificultándose el trabajo a nivel local.

3. Canadá

Canadá tanto al inicio de la implementación de la política, como actualmente es un país de nivel socioeconómico alto, con un ranking en el IDH en el 2005 de 6/167, que disminuyó levemente a 9/167 para el 2014.

Su perfil epidemiológico se caracteriza por contar dentro de sus principales causas de muerte las enfermedades isquémicas al corazón (13,8%), cáncer de colon y recto (3,7%) y diabetes mellitus (2,7%). La tercera causa de años de vida perdidos por muerte prematura son la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Al observar la cantidad de muertes por grandes causas, destaca que las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, junto con distintos tipos de cáncer, son los que tienen mayor cantidad de muertes asociadas. En cuanto a los factores de riesgos para la salud en los adultos, se encuentra que 10,9% de los hombres y 8,3% de las mujeres mayores de 25 años tienen la glucosa elevada; 17,4% de los hombres y 13,2% de las mujeres mayores de 25 años presión arterial alta; 24,6% de los hombres y 23,9% de las mujeres mayores de 20 años sufre de obesidad.

En cuanto al perfil nutricional, se observa que entre los menores de cinco años el 7,6% tiene sobrepeso y 1,8% se encuentra bajo peso, en tanto 6% de los recién nacidos, nace con bajo peso. El IMC del 53,4% de las mujeres se encuentra sobre 25 y del 23,2% sobre 30. Sobre seguridad alimentaria, los datos disponibles muestran que menos de un 5% de la población tiene un consumo de energía alimentaria menor al requerido, en tanto 6% de los hogares consume sal ionizada.

La evaluación de la política, evidencia que, pese a los esfuerzos realizados, a las brechas en las condiciones nutricionales de la población, continúan siendo un foco de preocupación. Se destaca dentro de la evaluación que aún no se cuenta con tiempo e información necesaria para conocer el real impacto de esta iniciativa.

Pese a lo anterior, se destacan los resultados que se han logrado por medio del trabajo intersectorial en el desarrollo de programas y distintas iniciativas relacionadas con la alimentación y nutrición de la población, siendo uno de los principales logros la Guía de Alimentación de Canadá, herramienta que busca cambiar el pensamiento de la población en cuanto a la alimentación.

El trabajo colaborativo también ha permitido mantener información actualizada sobre la implementación de la política, destacándose la promoción al acceso a información relevante y actualizada para el desarrollo adecuado de programas y acciones, que refuerzan la importancia de la política analizada, además de mantener flujos de información que permiten la actualización y la redirección de las iniciativas. Otro aspecto a destacar es la relación público-privada para maximizar el uso de recursos y asegurar la guía nutricional la cual permite una mayor cobertura poblacional, aunque se evidencia como punto crítico la desconexión entre las distintas perspectivas que existen entre ambos sectores para promover estilos de vida saludable.

También desde el ámbito del trabajo intersectorial, se destaca la relación entre “Health Canada” y “Public Health Agency of Canada”, en las áreas de nutrición y de enfermedades crónicas. Desde este ámbito se reconoce que, para que este trabajo sea más efectivo se debe tener mayor claridad acerca de los mandatos, roles y responsabilidades de cada uno.

4. México

México es considerado un país de nivel socioeconómico medio-alto con un puesto en el ranking del IDH 74/167 actual.

Dentro de su perfil epidemiológico destacan dentro de las principales causas de muerte la diabetes mellitus como la principal (14,5%), enfermedades isquémicas del corazón (12,6%), apoplejías (5,5%) y las enfermedades cardíacas relacionadas con la hipertensión (3,4%). La principal causa de años de vida perdidos por muerte prematura son la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, en tanto en segundo lugar se encuentra la categoría otras enfermedades crónicas no transmisibles. Al observar el número de muertes según grandes causas de muertes, tanto para hombres como para mujeres, la mayor parte se asocia a enfermedades cardiovasculares y diabetes, número que ha aumentado durante los años 2002 y 2012.

En cuanto a factores de riesgo para la salud, se observa que el 13,2% de los hombres y 14,9% de las mujeres mayores de 25 años, tienen niveles de glucosa elevada; mientras que 27,4% de los hombres y 26,7% de las mujeres mayores de 25 años, tienen hipertensión arterial. Los niveles de obesidad observados en hombres y mujeres mayores de 20 años son de 26,7% y 38,4%, respectivamente.

La evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, destaca que las acciones de esta estrategia se han enfocado exclusivamente en el control de la obesidad, excluyendo otras enfermedades crónicas no transmisibles.

A pesar de lo anterior, se destacan los esfuerzos realizados en la capacitación en el desarrollo de unidades específicas para control y tratamiento de obesidad y sobrepeso, así como las modificaciones realizadas en el instrumentos de monitoreo para poder registrar de mejor forma, tanto la obesidad como la diabetes e hipertensión. Uno de los aspectos más destacables es,

cómo el plan no sólo se ha limitado a los pacientes que se atienden en el sistema de salud, sino que se ha realizado paralelamente un procedimiento de detección de personas que necesitan atención en salud. Además, se destaca la distribución de la responsabilidad de la implementación desde la Secretaría de Salud a las entidades federativas.

Las debilidades detectadas se refieren principalmente al proceso de monitoreo y evaluación, donde se incluyen la revisión de los indicadores existentes y la utilización de un marco lógico para definir de mejor manera los objetivos, indicadores y poblaciones.

En cuanto al programa "México Sin Hambre", se han encontrado resultados concretos: 2,3 millones de personas con pobreza extrema de alimentación, son apoyadas por PROSPERA (Programa de Inclusión Social); 824.000 personas apoyadas por el Programa de Apoyo Alimentario; 448.00 niños y niñas apoyadas por el Programa Abasto Social de Leche; y la firma de convenios para la producción de bancos de alimentos.

Las fortalezas identificadas en este programa se refieren, primero a la coordinación entre las distintas instituciones involucradas, lo que permite focalizar de mejor manera el programa a la población más pobre. Otro aspecto positivo relevado es el apoyo a las zonas más pobres del país, especialmente por medio del apoyo a pequeños productores agrícolas. Este programa, además ha favorecido el acceso a programas de apoyo al empleo, específicamente en la población que se encuentra en situación de pobreza extrema en alimentación, por medio del trabajo intersectorial y del apoyo a la producción agrícola. Por último, las distintas iniciativas realizadas han promovido y consolidado espacios de participación ciudadana y de trabajo comunitario.

5. Elementos Comunes entre Políticas y Planes Evaluados

Como elemento transversal a todas las políticas y planes se encuentra como elemento central la intersectorialidad en la implementación. En cuanto a la implementación, si bien la responsabilidad de la ejecución depende del organismo que se encuentra a nivel central, en todos se hace una bajada local por medio de los gobiernos locales, los que se encargan de gestionar la aplicación de los planes y políticas y hacer las adecuaciones correspondientes. Dada que la responsabilidad de la ejecución se encuentra a nivel local, no hay información explícita en cuanto a cómo se han incorporado especificidades territoriales y culturales; excepto en el caso de Canadá, que desde el diseño de la política se han incorporado las opiniones de los pueblos originarios.

Otro aspecto en común es que, pese a que los beneficiarios directos difieren en todas las políticas y planes, se reconoce la necesidad de hacer énfasis en las poblaciones vulnerables identificadas en cada uno de los países. Paralelamente, todos han incorporado elementos relacionados con la vigilancia de la salud pública, investigación y control de daños en la salud pública; con la promoción de la salud y con la participación ciudadana.

En cuanto a los componentes de la política, todos incluyen iniciativas enfocadas directamente a la seguridad alimentaria. Además, una de las áreas centrales que se observan en todas estas políticas y planes se refiere a la promoción de hábitos saludables de alimentación y la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

En el caso de los planes y políticas latinoamericanas, se observa que la inocuidad de los alimentos continúa siendo un elemento importante de incorporar, especialmente incluyéndola dentro de las iniciativas de intervención, dirigidas a la población rural, agrícola o en condiciones de vulnerabilidad alimentaria, para que produzcan sus propios alimentos, además de comercializarlos.

Por último, también desde la perspectiva latinoamericana, todas las iniciativas que surgen de la región cuentan con un marco normativo robusto que ampara la creación de las distintas iniciativas de intervención, que permite el trabajo coordinado entre distintas instituciones y actores, estableciendo distintas responsabilidades, maximizando el uso de recursos y dando espacio a las adecuaciones locales necesarias.

VIII. ANÁLISIS DE APLICABILIDAD DE LAS POLÍTICAS NACIONALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN EL CONTEXTO CHILENO

Este capítulo se divide en dos secciones. La primera presenta el perfil epidemiológico y nutricional de Chile, con el fin de entregar el contexto en el cual se realiza el análisis de aplicabilidad. En la segunda sección se desarrolla el análisis de aplicabilidad de las políticas analizadas, identificando elementos críticos posibles de incluir dentro de la futura política de alimentación y nutrición.

1. Perfil de Epidemiológico y Nutricional de Chile

Según el Banco Mundial³, Chile hoy califica como un país de nivel socioeconómico alto, siendo el más alto de la región junto a Uruguay. El Producto Interno Bruto per cápita para el año 2015, fue de 12.064€, con un Índice de Desarrollo Humano de 0,832, lo que marca un aumento sostenido en los últimos 10 años⁴.

En este segmento, describiremos las características generales y actuales, según lo disponible, respecto a los datos epidemiológicos y nutricionales del país, para tenerlos en consideración y contraste de los contextos de los países evaluados en este informe.

Perfil Epidemiológico⁵

Cuando hablamos de la relación entre la salud y la alimentación, nos estamos refiriendo a la prevalencia de enfermedades que la Organización Mundial de la Salud ha denominado Enfermedades No Transmisibles (ENT). De éstas, ha identificado cuatro tipologías: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades pulmonares crónicas y la diabetes. Estas comparten cuatro factores de riesgo evitables: consumo de tabaco, alimentación no saludable, inactividad física y consumo excesivo de alcohol, que son agravados por el envejecimiento poblacional, la urbanización rápida y no planificada, y la globalización de estilos de vida poco saludables.

³ <http://datos.bancomundial.org/pais>

⁴ <http://www.datosmacro.com/paises/chile>

⁵ Información proveniente de Aguilera et. al. (2016) Serie de Salud Poblacional. Las Enfermedades No Transmisibles en Chile, Aspectos Epidemiológicos y de Salud Pública, Universidad del Desarrollo, Chile. http://www.redcronicas.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/04/Serie-de-Salud-Poblacional-Las-ENTs-en-Chile-Aspectos-Epidemiol%C3%B3gicos-y-de-Salud-P%C3%BAblica.pdf

Tabla 42: Prevalencia de Factores de Riesgo Seleccionados de Enfermedades No Transmisibles en Chile, Distribución según Sexo, Encuesta Nacional de Salud 2009.

Factor de Riesgo	Prevalencia ENS 2009	
	Hombres	Mujeres
Dieta no Saludable*	12,8%	18,1%
HTA	28,7%	25,3%
IMC elevado (≥ 25 kg/cm ²)	64,5%	64,3%
Tabaquismo (fumador actual)	44,2%	37,1%
Uso problemático de alcohol (EBBA)	29,3%	6,7%
Hiperglicemia (diabetes)	8,4%	10,4%
Inactividad física**	84%	92,9%
Hipercolesterolemia	39%	38,1%

*Medida como la prevalencia de consumo de frutas y verduras menos de 5 veces al día.

**Medido como sedentarismo de tiempo libre.

Respecto a las Enfermedades Cardiovasculares, comprenden las patologías del corazón y de los grandes vasos, y se clasifican en el capítulo IX de la clasificación internacional de enfermedades décima versión (CIE10), ocupando los códigos I00 a I9. La situación epidemiológica de Chile señala que son la primera causa de muerte en el país, con un 27% del total de muertes el año 2011. Éstas se debieron principalmente a enfermedad cerebrovascular (34%), enfermedad isquémica (28%) y enfermedad hipertensiva (13%).

Respecto al Cáncer o tumores malignos, son aquellos que se presumen como primarios de sitio anatómico especificado y se clasifican en el capítulo II de la CIE-10, ocupando los códigos C00-C97, D00-D09 y D37-48. Ésta es la segunda causa de muerte en Chile, con el 25,7% del total de muertes el año 2011. Las principales locaciones de tumores malignos corresponden al estómago, tráquea, bronquio y pulmón, colon, vesícula y vía biliar y mama.

En el caso de las Enfermedades Respiratorias Crónicas corresponden la bronquitis, enfisema, asma, enfermedades pulmonares obstructivas y la bronquiectasia. Se clasifican en el capítulo X de la clasificación internacional de enfermedades décima versión (CIE 10), ocupando los códigos J40 - J47 (9), donde del J40 al J44 corresponde a EPOC; J45 y J46 a asma y J47 a bronquiectasia. Las muertes por esta causa fueron un 3,2% del total de muertes el año 2011. La mayoría de éstas fue por EPOC, asma y bronquiectasia.

Por último, La Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, se encuentra dentro del grupo de causas "Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas", correspondientes al capítulo IV de la clasificación internacional de enfermedades décima versión (CIE 10) y comprende los códigos E10 a E14 (9). Ésta representa una tasa de 19,8 por cien mil habitantes en causa de muerte el año 2011, la cual ha venido en descenso desde el año 2003.

Según los informes, el 80% de las muertes y reducción de años de vida en la población chilena es a causa de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), por lo que son el principal problema de salud pública en el país.

Perfil Nutricional

Según datos de la OCDE⁶, para el año 2009, un 64,5% de la población tenía sobrepeso y obesidad. Según la Encuesta Nacional de Consumo Alimentario, ejecutada por la Universidad de Chile entre los años 2010 y 2011, señala que el sobrepeso y obesidad en adultos entre 19 y 64 años llega al 70%, donde el 40% es sobrepeso, más frecuente en hombres, y el 30% es obesidad, más frecuente en mujeres. La obesidad mórbida corresponde al 2,4% de la población y es prevalente sobre todo en mujeres. En el caso de la población escolar (6 a 18 años), corresponde a casi la mitad la prevalencia de exceso de peso, donde el sobrepeso es más común en mujeres y la obesidad en hombres.

Al evaluar la relación entre la energía y nutrientes ingeridos diariamente por la población (IE), y aquellos que efectivamente necesita para funcionar diariamente (EER), éste fue superior en los hombres, especialmente en los adultos, cuya mediana supera la de las mujeres en 650 Kcal. También hay diferencias cuando se evalúa desde el factor socioeconómico “a partir del estrato medio alto se aprecia una clara tendencia inversa de consumo por sobre el requerimiento, de forma que, en el nivel más bajo, el 41,6% de la población consume más que su requerimiento, y el 15,9% registra ingestas que lo superan en 30%”, (Universidad de Chile, 2014, pág.191).

En el caso de la sobre ingesta, también es significativa la diferencia entre población en zona urbana y zona rural, siendo mayor en la población rural. Así también, si consideramos la edad, es preocupante como se reportan casi un 40% de menores de 4 años y más de un 50% de los de 4 a 5 años con consumos que exceden sus requerimientos.

En términos generales, es considerado que el país no está actualmente con un problema de desnutrición como en el pasado, excepto en adultos mayores, lo cual es un fenómeno reciente. Al contrario, hoy se da la relación inversa: existe un problema de mayor consumo de alimentos riesgosos y mayor sobrepeso y obesidad en los grupos menos favorecidos por NSE y ruralidad.

2. Análisis de Aplicabilidad de las Políticas Analizadas en el Contexto Chileno

En cuanto al contexto de manera general podemos decir que la situación de Chile es semejante a la de la mayoría de los países de las políticas, planes y estrategias analizadas, a excepción de Argentina y Brasil que tienen un nivel socioeconómico más bajo.

⁶ http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#

El perfil epidemiológico y nutricional de Chile es similar al de las experiencias analizadas, con una alta prevalencia de enfermedades crónicas, altas tasas de obesidad y sobrepeso en la población adulta e infantil y las principales causas de muerte asociadas, junto al cáncer, con enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, enfermedades cardíacas asociadas a la hipertensión entre otras.

Desde el panorama recién mencionado, la posibilidad de aplicar políticas similares a las analizadas se hace factible, adecuándolas a los hallazgos que se encuentren en diagnósticos a nivel nacional y sectorial, que no sólo incluya el perfil de salud sino que también especificidades culturales, geográficas y de la estructura de la población chilena.

El nivel de planificación que se adecua a la situación chilena es el de política, dado que en la actualidad no existe una política nacional de alimentación y nutrición en Chile. Esta política nacional deberá ser aplicada en el marco nacional desde el cual de manera posterior, se podrán realizar planes, programas y estrategias. Un punto importante a aplicar en el diseño de una política de alimentación sería la inclusión de las distintas políticas existentes, siendo la política una herramienta que ordene, dirija y concentre distintas iniciativas, no sólo a nivel del sector salud sino a nivel intersectorial, hacia un mismo objetivo. En relación a este último punto, como se expresa en las distintas evaluaciones y se aprecia en todas las iniciativas analizadas, la intersectorialidad es un elemento central de las políticas.

Tal como se aprecia en gran parte de las iniciativas analizadas y en las que tienen evaluaciones disponibles, el organismo ejecutor principal debe estar a nivel central, lo que en el caso de Chile correspondería al Ministerio de Salud. Un punto relevante es que las experiencias evaluadas poseen estados con gobiernos locales autónomos, y las evaluaciones identifican como parte de sus fortalezas, tanto para la transferencia de fondos como para la adecuación de las iniciativas nacionales a nivel local, el rol del gobierno local como ejecutor. Dado el alto nivel de centralización del estado chileno, será necesario encontrar mecanismos para poder resolver tanto la entrega de recursos, como el nivel de autonomía en la implementación de la política, para que realmente incorpore las distintas necesidades regionales.

La incorporación de distintos actores, no sólo entidades estatales, sino que también el trabajo conjunto con profesionales de la salud, investigadores, el sector privado y de la ciudadanía, ya sea por medio de ONGs, representantes de comunidades, asociaciones de consumidores, entre otros, son necesarias de aplicar. También la creación de foros, conferencias y consultas han sido elementos que se han incorporado en las distintas políticas. Desde esta perspectiva, en el caso de Chile se recomienda realizar un mapeo de organizaciones relevantes para poder establecer mecanismos de incorporación y coordinación en la política, tanto en el diseño, como en la implementación y el monitoreo. A nivel gubernamental, ministerios claves para incorporar serían el de Educación, Agricultura, Desarrollo Social, Economía y Deporte. Otro aspecto importante a aplicar es la incorporación de los pueblos originarios y sus especificidades culturales en el diseño y la implementación de la política.

En cuanto a las funciones de salud pública, a las cuales debe dirigirse una futura política de alimentación y nutrición en Chile, dada las experiencias analizadas y el perfil epidemiológico y nutricional, serían las 3 que incorporaron todas las iniciativas con evaluación. Las funciones a incorporar como base serían: vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños; y promoción de la salud y participación ciudadana. Lo anterior se debe a que la evidencia muestra que estas tres funciones se complementan y pueden ser trabajadas de manera paralela y coordinada en una política pública.

En el caso de la vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos, un elemento esencial es la promoción de la investigación, la creación o utilización de fuentes de datos actualizados, y un sistema de monitoreo y evaluación de la política, donde el marco lógico aparece como un elemento esencial para la especificación de objetivos y creación de indicadores.

Por último, la participación de los ciudadanos en salud surge como un elemento relevante en todas las políticas y común en las políticas evaluadas. Desde este ámbito, y como se mencionó anteriormente, Chile necesita realizar un trabajo intersectorial importante y al mismo tiempo de sensibilización y promoción para poder incorporar las distintas realidades de los ciudadanos en las propuestas de elaboradores de políticas en la materia.

En cuanto a las iniciativas para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles la política debiese incorporar la seguridad alimentaria como uno de sus ejes centrales, dada su relación con la obesidad y el sobrepeso, por lo que intervenciones durante todo el ciclo de vida, por ejemplo en los comedores escolares, lugares de trabajo y el asegurar el acceso a toda la población a alimentos saludables se vuelve esencial.

Paralelamente, la inocuidad también es un ámbito que es posible de incorporar en la política chilena, especialmente en el caso de los sectores rurales, pequeños agrícolas y en la promoción de huertos urbanos y comunitarios. Este último punto también resulta relevante, dado que mejora el acceso a alimentación saludable y promueve otros aspectos sociales como la mejora de ingresos y la inserción sociolaboral.

Finalmente, se hace necesario destacar que las iniciativas analizadas son complejas y abordan la alimentación, la nutrición y las enfermedades crónicas no transmisibles de la población, de una manera multidimensional, por lo que el diseño e implementación este enfoque es primordial para una política de alimentación y nutrición nacional.

IX. REFERENCIAS

- Aguilera et. al. (2016) Serie de Salud Poblacional. Las Enfermedades No Transmisibles en Chile, Aspectos Epidemiológicos y de Salud Pública, Universidad del Desarrollo, Chile. http://www.redcronicas.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/04/Serie-de-Salud-Poblacional-Las-ENTs-en-Chile-Aspectos-Epidemiol%C3%B3gicos-y-de-Salud-P%C3%BAblica.pdf
- Atalah, S. Eduardo. 2012. "Epidemiología de la obesidad en Chile". *Revista médica Clínica Las Condes* 23 (2): 117-123.
- Bowen, Deborah J., Matthew Kreuter, Bonnie Spring, Ludmila Cofta-Woerpel, Laura Linnan, Diane Weiner, Suzanne Bakken, et al. 2009. "How We Design Feasibility Studies". *American Journal of Preventive Medicine* 36 (5): 452-57. doi:10.1016/j.amepre.2009.02.002.
- Bowling, Ann. 2010. *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*. 3. ed., repr. Maidenhead: Open Univ. Press.
- Cohen, Ernesto y Franco, Rolando. 2005. Gestión social: cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales. Ed. Siglo XXI, Santiago, Chile.
- FAO. 2015. "El estado de la inseguridad alimentaria en América Latina. La región alcanza las metas internacionales del hambre". <http://www.fao.org/3/a-i4636s.pdf>.
- FAO. 2011. "Una introducción a los conceptos básicos de seguridad alimentaria". <http://www.fao.org/docrep/014/al936s/al936s00.pdf>
- FAO, FIDA, y PMA. 2015. "El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2015. Cumplimiento de los objetivos internacionales para 2015 en relación con el hambre: balance de los desiguales progresos". FAO. <http://www.fao.org/3/a-i4636s.pdf>.
- Maglione, Carla y Varlotta, Nicolás (2012) "Investigación, gestión y búsqueda de información en internet" Serie de estrategias en el aula para el modelo 1 a 1. Proyectos Educar. Ministerio de Educación, Gobierno de Argentina.
- MINSAL, (Ministerio de Salud, Chile. 2015. "Vigilancia del estado nutricional de la población bajo control y de la lactancia materna en el sistema público de salud de Chile".
- MacDonald, Marjorie, Bernadette Pauly, Geoff Wong, Kara Schick-Makaroff, Thea van Roode, Heather Wilson Strosher, Anita Kothari, et al. 2016. "Supporting Successful Implementation of Public Health Interventions: Protocol for a Realist Synthesis". *Systematic Reviews* 5 (1). doi:10.1186/s13643-016-0229-1.
- Navarro, Diego y Tramullas, Jesús (2005) "Directorios temáticos especializados: definición, características y perspectivas de desarrollo". *Revista Española de Documentación Científica*, 2005, vol. 28, n. 1, pp. 49-61.

- OMS. 2012. "10 datos sobre la nutrición". <http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/es/>.
- ---. 2014. "Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles". http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1&ua=1.
- ---. 2015. "Obesidad y Sobrepeso". *Nota descriptiva*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- Pawson, Ray, Trisha Greenhalgh, Gill Harvey, y Kieran Walshe. 2005. "Realist Review: A New Method of Systematic Review Designed for Complex Policy Interventions". *Journal of Health Services Research & Policy* 10 Suppl 1 (julio): 21-34. doi:10.1258/1355819054308530.
- Peroni, Andrea. 2005. Diseño de Proyectos Sociales Dirigidos a Familias Vulnerables. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.
- Rycroft-Malone, Jo, Brendan McCormack, Alison M Hutchinson, Kara DeCorby, Tracey K Bucknall, Bridie Kent, Alyce Schultz, et al. 2012. "Realist Synthesis: Illustrating the Method for Implementation Research". *Implementation Science* 7 (1): 33. doi:10.1186/1748-5908-7-33.
- Rycroft-Malone, Jo, Joyce E Wilkinson, Christopher R Burton, Gavin Andrews, Steven Ariss, Richard Baker, Sue Dopson, et al. 2011. "Implementing Health Research through Academic and Clinical Partnerships: A Realistic Evaluation of the Collaborations for Leadership in Applied Health Research and Care (CLAHRC)". *Implementation Science* 6 (1): 74. doi:10.1186/1748-5908-6-74.
- Rycroft-Malone, Jo, Brendan McCormack, Alison M Hutchinson, Kara DeCorby, Tracey K Bucknall, Bridie Kent, Alyce Schultz, et al. 2012. "Realist Synthesis: Illustrating the Method for Implementation Research". *Implementation Science* 7 (1): 33. doi:10.1186/1748-5908-7-33.
- Silamani, Guirao Goris. 2015. "Utilidad y tipos de revisión de literatura." *Revista de Enfermería* 9 (2). <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/495/guirao>.
- Siri, Laura. 2000. "Internet: búsquedas y buscadores". Editorial Norma.
- Universidad de Chile. 2014. "Encuesta Nacional de Consumo Alimentario". http://web.minsal.cl/sites/default/files/ENCA-INFORME_FINAL.pdf

X. ANEXO I

Políticas Nacionales de Alimentación y Nutrición de los países miembros de la OCDE, Argentina y Brasil

Región	País	Nombre	Tipo	Institucionalidad	Territorial	Beneficiarios	Tema/Concepto principal
Asia	Israel	Health Behaviors, Promoting Physical Activity, Prevention and Treatment of Obesity, Healthful Nutrition	política	Ministerio de Salud	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	Alemania	Iniciativa Nacional Alemana para promover Dietas Saludables y Actividad Física	política	Ministerio Federal de Salud	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	Alemania	Estrategia del Gobierno Federal para el cuidado de la Salud en la Infancia	estrategia	Ministerio Federal de Salud	nacional	Niños y niñas del país	Acceso / Utilización / Estabilidad
Europa	Alemania	National Action Plan INFORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. German National Initiative to Promote Healthy Diets and Physical Activity.	política	Ministerio Federal de Salud	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	Austria	Plan Nacional de Acción Nutricional	estrategia	Ministerio de Salud	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	Austria	Regulation of the Ministry of Health on the content of trans fatty acids in foods (trans fat regulation)	política	Gobierno de Austria	nacional	Población general	Disponibilidad
Europa	Austria	Public health in Austria	política	Ministerio Federal de Salud y de la Mujer	nacional	Población general	Acceso / Utilización / Estabilidad
Europa	Bélgica	Plan Nacional de Alimentación y Salud 2005-2010	plan	Gobierno de Bélgica	nacional	Población general	Salud y nutrición
Europa	Dinamarca	National Action Plan against Obesity	política	Ministerio del Interior y la Salud	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	Eslovenia	National program on health protection and promotion	política	Ministerio de Salud	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	Eslovenia	The National Programme of Food and Nutrition Policy	política	Ministerio de Salud	nacional	Población general	Acceso / Utilización / Estabilidad
Europa	España	Estrategia Española para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad	política	Ministerio de Salud y del Consumidor	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	España	Spanish strategy for	estrategia	Ministerio de	nacional	población	Acceso /

		nutrition, physical activity and prevention of obesity (NAOS)		Salud y del Consumidor		general, con énfasis en niños, niñas y adolescentes.	Utilización / Estabilidad
Europa	Estonia	Regulation on health protection requirements for catering facilities in pre-school institutions, schools	legislación para política de nutrición	Ministerio de Asuntos Sociales	nacional	Niños, niñas y adolescentes en edad escolar	Disponibilidad / Utilización
Europa	Europa	Plan de Acción europeo de Alimentación y Nutrición	plan	OMS (WHO) Europa	continental	Población continental	Utilización
Europa	Europa	Direcciones Estratégicas para el fortalecimiento de la Lactancia y Cuidados Neonatales para Metas de Salud 2020	estrategia	OMS (WHO) Europa	continental	Población continental	Acceso / Utilización / Estabilidad
Europa	Europa	Plan de Acción para la implementación de la Estrategia Europea para la Prevención y Control de Enfermedades No Contagiosas 2012-2016	plan	OMS (WHO) Europa	continental	Población continental	Utilización / Estabilidad
Europa	Europa	Invirtiendo en la Infancia: Estrategia de Salud para niños, niñas y adolescentes europeos 2015-2020	guía	OMS (WHO) Europa	continental	Población continental	Utilización / Estabilidad
Europa	Finlandia	Plan Nacional de Acción para reducir las Desigualdades en Salud 2008-2011	plan	Ministerio de Asuntos Sociales y Salud	nacional	Población general	Acceso / Utilización / Estabilidad
Europa	Finlandia / Suecia	Recomendaciones Nutricionales Nórdicas (Nordic Nutritional Recommendations)	guía	The Nordic Council of Ministers (UNO)	Nacional /regional	Población regional nórdica	Utilización / Estabilidad
Europa	Finlandia / Suecia	Plan de Acción Nórdico para una mejor salud y calidad de vida a través de dieta y actividad física	plan	The Nordic Council of Ministers	Nacional /regional	Población regional nórdica	Utilización / Estabilidad
Europa	Francia	Programa Nacional de Nutrición y Salud	política	Ministerio del Trabajo, el Empleo y la Salud	nacional	Población general	Acceso / Utilización / Estabilidad
Europa	Francia	Política de Impuesto adicional a bebidas con azúcar adicional y edulcorantes artificiales	política	Gobierno de Francia	nacional	Población general	Utilización
Europa	Francia	Second national nutrition and health programme 2006-2010	política	Ministerio de Salud, Juventud y Deportes	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	Grecia	Government Circular on the	política	Ministerio de	nacional	Niños, niñas y	Disponibilidad /

		Ministerial Decision for new school canteen standards		Salud		adolescentes en edad escolar	Utilización
Europa	Hungría	Hungarian Nutrition Action Plan for 2010-2013	estrategia	Ministerio de la Salud, Asuntos sociales y de la Familia	nacional	Población general	Disponibilidad / Acceso / Utilización / Estabilidad
Europa	Hungría	National Public Health Programme, Action Plan	estrategia	Ministerio de la Salud, Asuntos sociales y de la Familia	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	Inglaterra	Pesos saludables, vidas saludables: Una estrategia intragubernamental para Inglaterra	política	Departamento de Salud y Departamento de los Niños, Escuelas y Familias	nacional	población infantil y juvenil	Utilización / Estabilidad
Europa	Irlanda	"Irlanda Saludable"	guía	Ministerio de Salud	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	Islandia	The Icelandic National health plan to the year 2010	política	Ministerio de la Salud y de la Seguridad Social	nacional	Población general	Acceso / Utilización / Estabilidad
Europa	Italia	Guadagnare salute (Gaining health)	política	Ministerio de Salud	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	Letonia	Public Health Strategy for 2011-2017	política	Ministerio de Salud	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	Letonia	Public Health Strategy	política	Gobierno de Letonia	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	Letonia	Action plan for the implementation of the Policy document Healthy Nutrition	política	Gobierno de Letonia	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	Luxemburgo	Action Plan for the promotion of Healthy Nutrition and Physical Activity: Eat Healthy, Move More	política	Ministerio de Salud	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	Noruega	A better life through diet and physical activity: Nordic plan of action on better health and quality of life through diet and physical activity	política	The Nordic Council of Ministers (UNO)	Nacional / regional	Población regional nórdica	Utilización / Estabilidad
Europa	Polonia	National Programme for the Prevention of Overweight, Obesity and Non-Communicable Diseases through Diet and Improved Physical Activity	política	Ministerio de Salud	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	Portugal	National Health Plan	política	Ministerio de Salud	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad

Europa	Reino Unido (UK)	Acuerdo de Responsabilidad respecto a la Salud Pública	política	Departamento de Salud	Nacional /regional	Población general	Disponibilidad / Acceso / Utilización / Estabilidad
Europa	Reino Unido (UK)	Estrategia de la Agencia de Estándares Alimenticios, Plan 2015–20	estrategia	Agencia de Estándares Alimenticios	Nacional /regional	Población general	Acceso / Utilización / Estabilidad
Europa	Reino Unido (UK)	La comida importa: Hacia una estrategia alimentaria para el Siglo XXI.	guía	Gobierno del Reino Unido	Nacional /regional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	Reino Unido (UK)	Eligiendo actividad: Plan de acción para la actividad física	política	Departamento de Salud	Nacional /regional	población general, con énfasis en niños, niñas y adolescentes.	Utilización / Estabilidad
Europa	Reino Unido (UK)	Eligiendo una dieta saludable: Plan de Acción para Comida y Salud	estrategia	Departamento de Salud	Nacional /regional	Población general	Utilización / Estabilidad
Europa	República Checa	Food safety and nutrition strategy	política	Gobierno de la República Checa	nacional	Población general	Acceso / Utilización / Estabilidad
Europa	República Checa	Long-term Program for Improving the Health of the Population of the Czech Republic - Health for All in the 21st Century	política	Ministerio de Salud	nacional	Población general	Acceso / Utilización / Estabilidad
Europa	Suecia	La Cerradura Verde: Facilitando el tomar decisiones saludables	política	The Nordic Council of Ministers	nacional	Población general	salud y nutrición
Europa	Suecia	A better life through diet and physical activity: Nordic plan of action on better health and quality of life through diet and physical activity	política	The Nordic Council of Ministers (UNO)	Nacional /regional	Población regional nórdica	Utilización / Estabilidad
Europa	Suecia	Recomendaciones Nutricionales Nórdicas (Nordic Nutritional Recommendations)	guía	The Nordic Council of Ministers (UNO)	Nacional /regional	Población regional nórdica	Utilización / Estabilidad
Europa	Suiza	Política Suiza de Nutrición	política	Federal Food Safety and Veterinary Office	nacional	Población general	salud y nutrición
Europa	Turquía	Plan Estratégico (para la nutrición)	plan	Ministerio de Salud	nacional	Población general	Salud y nutrición
Norteamérica	Canadá	Nutrition Labelling Regulations	política	Gobierno de Canadá	nacional	Población general	Utilización

Norteamérica	Estados Unidos	U.S. Action Plan on Food Security: Solutions to Hunger. Strategies to reduce food insecurity by half by 2015 in response to 1996 World Food Summit	política	Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica	nacional	Población general	Acceso / Utilización / Estabilidad
Norteamérica	Estados Unidos	Labeling of Trans Fat	legislación para política de nutrición	Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica	nacional	Población general	Utilización
Norteamérica	México	Listado de nutrientes obligatorio en empaquetado de alimentos	política		nacional	Población general	utilización
Norteamérica	México	Programa Nacional México Sin Hambre	estrategia	Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)	nacional	población en situación de pobreza extrema y en estado de inseguridad alimentaria (aprox. 72 millones de personas en 1012 municipios)	Disponibilidad / Acceso / Estabilidad
Norteamérica	México	Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	plan	Gobierno de la República de México	nacional	Población general	Disponibilidad / Acceso / Estabilidad
Norteamérica	México	Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria	estrategia	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)	nacional	población infantil y adulta, urbana y rural, con altos índices de vulnerabilidad relacionados con materias de seguridad alimentaria	Disponibilidad / Acceso
Norteamérica	México	Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes	estrategia	Secretaría de Salud	nacional	Población general	Utilización
Norteamérica	México	Estrategia Nacional de Cambio Climático	estrategia	Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT)	nacional	Población general	Disponibilidad / Estabilidad

Norteamérica	México	Programa Especial de Cambio Climático 2014-2018	plan	Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT)	nacional	Población general	Disponibilidad / Estabilidad
Oceanía	Australia	Marketing in Australia of Infant Formulas: Manufacturers and Importers Agreement - The MAIF Agreement	política	Departamento de Salud y Envejecimiento	nacional	Niños y niñas en edad de lactancia	Disponibilidad; Utilización de los alimentos
Oceanía	Australia	Food Regulation 2010 under the Food Act 2003	política	Gobierno de Australia	nacional	Población general	Disponibilidad
Oceanía	Nueva Zelanda	Healthy Eating - Healthy Action: Oranga Kai - Oranga Pumau Implementation Plan: 2004-2010	política	Ministerio de Salud	nacional	Población general	Utilización / Estabilidad
Sudamérica	Argentina	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria	plan	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social	nacional	población en situación de vulnerabilidad; niños y niñas en edad escolar	Disponibilidad / Acceso / Estabilidad
Sudamérica	Argentina	Plan Argentina Saludable	plan	Ministerio de Salud	nacional	Población general	Utilización
Sudamérica	Argentina	Plan Estratégico de Formación Continua: Innovación y Empleo. Argentina 2020	plan	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social	nacional	trabajadores/as y empleados/as de todos los sectores productivos	Disponibilidad / Acceso
Sudamérica	Argentina	Plan Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Adolescente	plan	Comisión Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil	nacional	Niños, niñas y adolescentes vinculados con formas de trabajo infantil, o que se encuentren en riesgo de verse vinculados	Acceso
Sudamérica	Argentina	Plan Nacional de Acción por los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes 2012-2015	plan	Ministerio de Desarrollo Social.	nacional	niños, niñas y adolescentes.	Acceso / Utilización / Estabilidad
Sudamérica	Brasil	Listado de nutrientes obligatorio en empaquetado de alimentos	política		nacional	Población general	utilización
Sudamérica	Brasil	Listado de nutrientes obligatorio en empaquetado de alimentos	política		nacional	Población general	utilización

Sudamérica	Brasil	Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	política	Presidencia de la República	nacional	Población general	Disponibilidad / Acceso / Estabilidad
Sudamérica	Brasil	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	plan	Cámara Interministerial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CAISAN)	nacional	Población general, con énfasis en los grupos más vulnerables	Disponibilidad / Acceso
Sudamérica	Brasil	Política de Garantía de Precios Mínimos	política	Ministerio de Agricultura, Pesca y Abastecimiento	nacional	productores y cooperativas de producción agropecuaria	Acceso
Sudamérica	Brasil	Programa de Aceleración de Crecimiento 2	plan	Ministerio de Planificación, Presupuesto y Gestión	nacional	Población general	Disponibilidad / Estabilidad
Sudamérica	Brasil	Política Nacional de Desarrollo Sustentable de los Pueblos y de las Comunidades Tradicionales	política	Comisión Nacional de Desarrollo Sustentable de las Comunidades Tradicionales (CNPCT)	nacional	pueblos y comunidades tradicionales del territorio brasileño	Disponibilidad / Estabilidad
Sudamérica	Brasil	Plan Brasil Sin Pobreza	plan	Ministerio de Desarrollo Social y de Combate al Hambre (MDS)	nacional	población cuya renta familiar llegue hasta los USD 30 por persona	Disponibilidad / Acceso / Estabilidad
Sudamérica	Brasil	Plan Agrícola y Pecuario	plan	Ministerio de Agricultura, Pesca y Abastecimiento	nacional	Productores agrícolas y pecuarios del medio rural del país.	Disponibilidad / Estabilidad
Sudamérica	Brasil	Plan Sectorial de Mitigación y de Adaptación a las Condiciones Climáticas para la Consolidación de una Economía de Baja Emisión de Carbono en Agricultura	plan	Ministerio de Agricultura, Pesca y Abastecimiento	nacional	NS	Disponibilidad / Estabilidad
Sudamérica	Brasil	Política Nacional de Alimentación y Nutrición	política	Ministerio de Salud	nacional	Población general	Disponibilidad / Acceso / Estabilidad

Sudamé rica	Brasil	Estrategia de Reforzamiento de la Alimentación Infantil con Micronutrientes en Polvo	estrategia	Ministerio de Salud	nacional	Infantes, niños y niñas de 6 a 48 meses matriculados en guarderías participantes de Programa Saúde na Escola, pudiendo incluir a niños y niñas de hasta 5 años de edad.	Acceso
----------------	--------	---	------------	------------------------	----------	--	--------

XI. ANEXO II

Ficha de Análisis

Políticas de Salud y Alimentación

La Ficha para la sistematización del análisis de políticas internacionales en Salud y Alimentación, enfocadas a la disminución de los índices de enfermedades no transmisibles, enfocadas en el factor de alimentación saludable, contempla 6 apartados con el fin de cubrir los aspectos más relevantes a considerar tanto los contextos poblacionales del país como los enfoques considerados en cada política, programa o plan.

El primer apartado corresponde a Elementos de Identificación correspondientes. Permite entregar una caracterización básica de éstas, clasificándolas según los siguientes elementos:

- a. País
- b. Continente
- c. Nombre de la Política
- d. Año de Publicación
- e. Año de Vigencia
- f. Año de Implementación
- g. Link Web
- h. Principal Eje Conceptual

El segundo apartado corresponde al **Contexto Actual y al momento de la Implementación** de la política, programa o plan. Cubre aquellos aspectos económicos, políticos y de salud que contextualizan la implementación de la política en el momento de su diseño. Los valores actuales permiten obtener una panorámica temporal de los posibles cambios o avances de cada país desde la implementación.

Los elementos considerados son:

- a. Nivel Socioeconómico
- b. PIB per cápita
- c. Nivel de Desarrollo
- d. Perfil Epidemiológico
- e. Estado Nutricional
- f. Sistema de Salud
- g. Criterios de Focalización

EL tercer apartado es **La forma en que se expresa la política o plan** que implica los alcances administrativos de la política, lo que grafica la transversalidad y el tamaño de la política, programa o plan. Ésto se aborda a través de cuatro elementos:

- a. Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa).
- b. Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal).
- c. ¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que sí, ¿Cuál/es?
- d. Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial).

El cuarto apartado corresponde a **Los componentes de la política**, lo que viene a cubrir los detalles de implementación y cobertura, con especial interés en los elementos vinculados a la salud pública, tales como:

- a. Organismo ejecutor.
- b. Beneficiarios y énfasis en grupos específicos.
- c. Actores relevantes en la implementación.
- d. Funciones esenciales en la implementación.
- e. Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).
- f. Iniciativas de Seguridad Alimentaria.
- g. Iniciativas de Inocuidad de los alimentos.
- h. Enfoques de la FAO.
- i. Intersectorialidad.
- j. Compromisos gubernamentales a los que responde.

Como quinto apartado tenemos la **Implementación**, que corresponde al detalle de la política, sus estrategias, instrumentos y herramientas legislativas.

- a. Responsabilidades en la ejecución e implementación.
- b. Instrumentos para la implementación.
- c. Estrategias de intervención.
- d. Organismos involucrados.
- e. Legislación.
- f. Financiamiento.

Finalmente, tenemos la **Evaluación de las políticas**, que cubre un análisis de la influencia de las políticas, programas o planes y sus alcances como estrategias para la mejora de los indicadores

de sobrepeso y obesidad en la población objetivo, lo que permite obtener una visión panorámica de la eficacia de estas estrategias. Para ello, evaluamos:

- a. Impacto.
- b. Fortalezas.
- c. Debilidades.
- d. Otros.

Con todo lo anterior, podemos evaluar la aplicabilidad de cada estrategia estatal considerando comparativamente el contexto chileno, desde su nivel organizacional como Estado, hasta las características poblacionales en términos de desarrollo, economía, epidemiología y nutrición.

XII. ANEXO III

Ficha: Alemania

País	Alemania	
Continente	Europa	
Nombre Política	Iniciativa Nacional Alemana para promover Dietas Saludables y Actividad Física (IN FORM)	
Año de Publicación	2008	
Año de Vigencia	2008 – a la fecha	
Año de Implementación	2008	
Link Web	https://extranet.who.int/nutrition/gina/es/node/8009 https://www.in-form.de/profiportal/in-form/internationales/in-form-english-version.html https://www.in-form.de/fileadmin/redaktion/Profi/Initiative/broschuere_nap_en_2013_web.pdf http://www.euro.who.int/en/countries/germany	
Principal Eje Conceptual	Utilización; Estabilidad	
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Alto (Banco Mundial, 2016).	Alto (Banco Mundial, 2008).
PIB per cápita	37.100€ (2015).	37.100€ (2008).
Nivel de desarrollo	IDH 0,916 (2014); puesto 6/167 en ranking de Desarrollo Humano ⁷ .	IDH 0,902 (2008); puesto 6/167 en ranking de Desarrollo Humano.
Perfil Epidemiológico		Aumento en enfermedades crónicas asociadas con la mala alimentación, el sedentarismo y el tabaquismo (diabetes; enfermedades cardiovasculares; desórdenes metabólicos y daño ortopédico basal).
Estado Nutricional		<p>Sobrepeso y obesidad: 66% Hombres – 51% Mujeres; 15% niños, niñas y jóvenes menores a 18 años.</p> <p>Inactividad física: 37% Hombres – 38% Mujeres</p> <p>Desórdenes alimenticios: 20% de la población juvenil entre 11</p>

⁷ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

		y 17 años, con una proporción de 2:1 entre Mujeres y Hombres, respectivamente. Malnutrición: Incremento en población Adulta Mayor (75 años y más).
Sistema de Salud	El sistema de salud se administra a través de varios organismos y asociaciones autónomas tales como el sistema legal de seguro de salud (GKV), la asociación de médicos bajo contrato con el GKV, y la asociación de hospitales.	El sistema de salud se administra a través de varios organismos y asociaciones autónomas tales como el sistema legal de seguro de salud (GKV), la asociación de médicos bajo contrato con el GKV, y la asociación de hospitales.
Criterios de Focalización		
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Política.	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional, a través de coordinación con gobiernos regionales, provinciales y comunales o locales.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que sí, ¿Cuál/es?	Política enmarcada en la decisión de la Unión Europea, basada en la recomendación de la OMS, sobre desarrollar políticas nacionales para el control y prevención de la Obesidad, la Malnutrición y la promoción de estilos de vida saludables.	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial.	
Los componentes de la política:		
Organismo ejecutor	Gobierno Federal de Alemania, a través de sus Ministerios de Salud y de Agricultura y Protección al Consumidor.	
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población general.	
Actores relevantes en la implementación	Gobierno Federal; representantes de la industria alimentaria; representantes de la comunidad científica; representantes de la sociedad civil.	
Funciones esenciales de salud pública	<ol style="list-style-type: none"> Promoción de la Salud [Área clave 2: Educación e información sobre alimentación saludable, actividad física y salud. Ejemplo: Campaña "Feeling good"] Participación de los ciudadanos en la salud. [Área clave 3: Actividad física en el día a día] 	

Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	Área clave 4: Mejorar la calidad de la “alimentación fuera de casa” (escuelas, hospitales, recintos deportivos, otros programas).
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	
Enfoques de la FAO	
Intersectorialidad	Gobierno nacional, provincial y local; Red pública de Salud; entidades gubernamentales de Agricultura; servicios de protección a consumidores.
Compromisos gubernamentales a los que responde	“Estrategia Global para la Salud, la Alimentación y la Actividad Física” de la Organización Mundial de la Salud, en la que compromete a sus Estados Miembros a adoptar estrategias para la prevención en enfermedades crónicas no contagiosas y asociadas con problemas de nutrición y seguridad alimentaria. En 2006, se firma la Carta para la Región Europea, compromiso para luchar contra la Obesidad. Desde 2006 y hasta la fecha, Alemania a participado de otras instancias internacionales en las que se reconoce la malnutrición y las enfermedades derivadas de la misma, como un problema a nivel mundial (2da Conferencia Internacional sobre Nutrición, 2014).
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación.	Ministerio de Salud; Ministerio de Agricultura y Protección al Consumidor.
Instrumentos para la implementación.	En desarrollo.
Estrategias de intervención	Definición de áreas clave para la acción: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Área clave 1: Gobierno Federal, Provincial y Local como principales ejemplos de buenas prácticas alimentarias y de salud; ▪ Área clave 2: Información sobre una alimentación saludable, actividad física y salud; ▪ Área clave 3: Actividad física en el día a día; ▪ Área clave 4: Mejorando la calidad de la “alimentación fuera de casa” (escuelas, hospitales); ▪ Área clave 5: Interés renovado por hacer investigación en la materia.
Organismos involucrados	Gobierno nacional, provincial y local; Red pública de Salud; entidades gubernamentales de Agricultura; servicios de protección a consumidores.
Legislación	
Financiamiento	Gobierno Federal de Alemania.
Evaluación de las políticas	
Impacto	
Fortalezas	
Debilidades	
Otros	

Ficha: Argentina

País	Argentina	
Continente	América del Sur	
Nombre Política	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria	
Año de Publicación	2002	
Año de Vigencia	2002 - a la fecha	
Año de Implementación	2002	
Link Web	http://plataformacelac.org/es/politica/106	
Principal Eje Conceptual	Disponibilidad; Acceso; Estabilidad	
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Medio Alto (Banco Mundial, 2011).	Medio Alto.
PIB per cápita	13.126€ (2015).	3.069€ (2002).
Nivel de desarrollo	IDH 0,836 (2014); puesto 40/167 en ranking de Desarrollo Humano ⁸ .	IDH 0,758 (2005); puesto 51/167 en ranking de Desarrollo Humano.
Perfil Epidemiológico	Destacan entre las principales causas de muertes: enfermedades isquémicas del corazón (15,9%), apoplejía (9%), diabetes mellitus (3%), enfermedades cardiacas relacionadas con la hipertensión (2,8%).	Destacan entre las principales causas de muertes: enfermedades isquémicas del corazón (15,9%), apoplejía (9%), diabetes mellitus (3%), enfermedades cardiacas relacionadas con la hipertensión (2,8%).
Estado Nutricional	9,9% menores de 5 con sobrepeso. 2,3% menores de 5 con bajo peso. 44,3% de las mujeres con IMC sobre 25. 19,4% de las mujeres con IMC sobre 30. 27% de hombres mayores de 20 años con obesidad. 30% de mujeres mayores de 20 años con obesidad.	13,5% menores de 5 con sobrepeso. 4,7% menores de 5 con bajo peso. 44,3% de las mujeres con IMC sobre 25. 19,4% de las mujeres con IMC sobre 30. 27% de hombres mayores de 20 años con obesidad. 30% de mujeres mayores de 20 años con obesidad.
Sistema de Salud	Sistema de Salud Público, Sistema de Obras Sociales y Sistema Privado.	Sistema de Salud Público, Sistema de Obras Sociales y Sistema Privado.

⁸ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Criterios de Focalización	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Población en situación de vulnerabilidad. ▪ Tarjetas magnéticas: Aquellas familias con niños menores de 14 años, embarazadas, personas con discapacidad y adultos en condiciones socialmente desfavorables y de vulnerabilidad nutricional. ▪ Niños y niñas en edad escolar y organizaciones sociales que desarrollan actividades en espacios comunitarios y brindan prestaciones alimentarias. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Población en situación de vulnerabilidad. ▪ Tarjetas magnéticas: Aquellas familias con niños menores de 14 años, embarazadas, personas con discapacidad y adultos en condiciones socialmente desfavorables y de vulnerabilidad nutricional. ▪ Niños y niñas en edad escolar y organizaciones sociales que desarrollan actividades en espacios comunitarios y brindan prestaciones alimentarias.
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Plan.	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que si, ¿Cuál/es?	A posteriori, concatenado con el Plan Argentina Saludable.	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial.	
Los componentes de la política:		
Organismo ejecutor	Ministerio del Trabajo, Empleo y Seguridad Social.	
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población en situación de vulnerabilidad; niños y niñas en edad escolar.	
Actores relevantes en la implementación	Gobierno de Argentina; Privados del rubro agroalimentario y comercialización de alimentos; sociedad civil.	
Funciones esenciales de salud pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP [Línea de acción 1 y 2]. 2. Promoción de la salud [Línea de acción 1]. 3. Participación de los ciudadanos en la salud [Línea de acción 1, 2, 3 y 4]. 	
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)		
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	Línea de acción 1, 2, 3 y 4.	

Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	Línea de acción 2 y 4.
Enfoques de la FAO	
Intersectorialidad	
Compromisos gubernamentales a los que responde	
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	Ministerio del Trabajo, Empleo y Seguridad Social.
Instrumentos para la implementación	
Estrategias de intervención	<p>Líneas de acción del PNSA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Familias y nutrición: Instancias de capacitación, actividades culturales, jornadas y espacios de encuentro para que las familias compartan la experiencia de comer juntos y aprendan sobre alimentación sana. 2. Abordaje comunitario: Fortalecimiento del trabajo de organizaciones que brindan servicios alimentarios: desde financiamiento hasta la articulación de espacios de encuentros y capacitación. 3. Pro Huerta: Fomentar el desarrollo de huertas domésticas, para que las familias accedan mejor a los alimentos diarios y la posibilidad de comercializar los excedentes. 4. Educación alimentaria nutricional: Educación sobre las propiedades de los alimentos, la elaboración de comidas, aspectos nutricionales y todo lo que tiene que ver con una alimentación saludable.
Organismos involucrados	La Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación está integrada por representantes de los Ministerios de Salud, de Desarrollo Social y Medio Ambiente, de Educación, de Economía, de Trabajo, Empleo y Formación de Recursos Humanos, de Producción y de Organizaciones no gubernamentales debidamente acreditadas en el área; Comisiones Provinciales con similares integrantes; y Comisiones municipales o comunales con similares integrantes.
Legislación	<p>Ley del Programa de Nutrición y Alimentación Nacional.</p> <p>Leyes sectoriales asociadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ley 26.727 Régimen Trabajo Agrario. ▪ Ley del Programa de Nutrición y Alimentación Nacional. ▪ Ley 26.396 de Trastornos Alimentarios. ▪ Decreto Reglamentario - Decreto 1018/2003. ▪ Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. ▪ Ley 26.737 del Régimen de Protección al Dominio Nacional sobre la Propiedad, Posesión o Tenencia de las Tierras Rurales.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ley 27.066 del Régimen de Promoción de la Ganadería Bovina en Zonas Áridas y Semiáridas. ▪ Ley 27.076 del Programa Federal para el Fomento y Desarrollo de la Producción Bubalina. ▪ Ley 27.118 de Reparación Histórica de la Agricultura Familiar para la Construcción de una Nueva Ruralidad en la Argentina. ▪ Ley 26.873 de Promoción y Concientización Pública de la Lactancia Materna.
Financiamiento	
Evaluación de las políticas	
Impacto	
Fortalezas	<p>Descentralización para las especificidades provinciales.</p> <p>Inclusión de objetivos a nivel provincial que sobrepasan los nacionales.</p> <p>Uso de tarjetas magnéticas precargadas o tickets para la adquisición de alimentos.</p> <p>El trabajo intersectorial a nivel central y de provincias.</p>
Debilidades	<p>Alto grado de desigualdad en la capacidad de gestión entre provincias.</p> <p>Desigualdad de transferencias de recursos.</p>
Otros	

Ficha: Austria

País	Austria	
Continente	Europa.	
Nombre Política	Plan Nacional de Acción Nutricional.	
Año de Publicación	2012	
Año de Vigencia	2011 - 2020	
Año de Implementación	2011	
Link Web	https://extranet.who.int/nutrition/gina/es/node/8077 https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/AUT%202011%20Austrian%20National%20Nutrition%20Action%20Plan%20-%20English%20Version.pdf https://www.ages.at/en/topics/nutrition/nutrition-action-plan-nape/tab/4/	
Principal Eje Conceptual	Nutrición.	
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Alto (Banco Mundial, 2015).	Alto (Banco Mundial, 2011).
PIB per cápita	39.400€ (2015).	36.800€ (2011).
Nivel de desarrollo	IDH 0,885 (2014); puesto 23/167 en ranking de Desarrollo Humano ⁹ .	IDH 0,879 (2011); puesto 23/167 en ranking de Desarrollo Humano.
Perfil Epidemiológico		
Estado Nutricional		
Sistema de Salud	Público Universal. Sistema Privado complementario.	Público Universal. Sistema Privado complementario.
Criterios de Focalización	Niños, niñas, adolescentes y mujeres embarazadas o en lactancia, de niveles socioeconómicos medio bajo, bajo e indigencia.	Niños, niñas, adolescentes y mujeres embarazadas o en lactancia, de niveles socioeconómicos medio bajo, bajo e indigencia.
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Plan de acción, dinámico (revisiones y reajustes anuales).	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que	Documento hace explícito el que, desde la puesta en marcha de este plan, el lema del Gobierno sería "Salud en todas las políticas".	

⁹ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

si, ¿Cuál/es?	Ejemplo: Proyecto “Comer bien desde el principio”, colaboración entre el Ministerio de Salud, la Federación de Seguridad Social Austriaca y la Agencia de Salud y Seguridad Alimentaria.
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial.
Los componentes de la política:	
Organismo ejecutor	Ministerio Federal de Salud.
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población general, con énfasis en niños, niñas, adolescentes y mujeres embarazadas o en lactancia, de niveles socioeconómicos medio bajo, bajo e indigencia.
Actores relevantes en la implementación	Comisión Nacional de Nutrición; Inversores o accionistas del sector privado; sociedad civil.
Funciones esenciales de salud pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud [Agrega enseñanza sobre nutrición y estilos de vida saludable, en todos los niveles del sistema educacional.] 2. Participación de los ciudadanos en la salud [El primer borrador del Plan fue liberado en 2010, tras lo cual se generó una consulta a nivel nacional en la que cada persona podía hacer llegar sus comentarios sobre el documento. El resultado de dicho proceso consultivo, es el Plan Nacional de Acción Nutricional 2012.]
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	Mejora en las exigencias nutricionales impuestas a los sistemas de alimentación en establecimientos educacionales, incluyendo pre-escolar y escolar; y recintos en los que se proporcione alimentación a mujeres embarazadas.
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	
Enfoques de la FAO	El principal objetivo de este Plan de Acción, consiste en reducir la malnutrición, sobrealimentación y subalimentación, para así poder reducir el porcentaje de la población austriaca que presenta sobrepeso y obesidad, al 2020. Para esto, el Plan busca generar todos los mecanismos que sean necesarios para que, en el futuro, sea más fácil para la población austriaca el tomar las decisiones correctas cuando se trata de su nutrición y su salud.
Intersectorialidad	
Compromisos gubernamentales a los que responde	
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	Ministerio Federal de Salud.

Instrumentos para la implementación	Finalizado (2011): Guía explicativa sobre el correcto uso de los alimentos . En desarrollo (2011): Manual con recomendaciones para dietas específicas de niños/as, mujeres embarazadas y lactantes.
Estrategias de intervención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecimiento del tema Nutrición en Salud y dentro del Sector Público en general; 2. Implementación de medidas integradas de prevención nutricional, promoción de la Salud y estilos de vida saludable, con énfasis en prevenir enfermedades crónicas derivadas de malos hábitos alimenticios; 3. Expandir el registro de procedimientos y control de calidad, basados en evidencia empírica; 4. Promoción de redes a nivel local, regional, nacional e internacional, para el abordaje de esta temática.
Organismos involucrados	Proyecto "Comer bien desde el principio", colaboración entre el Ministerio de Salud, la Federación de Seguridad Social Austriaca y la Agencia de Salud y Seguridad Alimentaria.
Legislación	
Financiamiento	
Evaluación de las políticas	
Impacto	Existen reportes anuales que tratan el proceso de implementación, pero no incluyen una evaluación general de la política (según el documento en inglés).
Fortalezas	
Debilidades	
Otros	Primera política nacional de nutrición, en donde se integran estrategias y planes previamente existentes.

Ficha: Brasil

País	Brasil	
Continente	América del Sur	
Nombre Política	Política y Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional ¹⁰	
Año de Publicación	2009	
Año de Vigencia	2011 - 2015	
Año de Implementación	2011	
Link Web	http://plataformacelac.org/es/politica/11 https://www.fao.org.br/download/Seguranca_Alimentar_Espanhol.pdf	
Principal Eje Conceptual	Disponibilidad; Acceso	
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Medio-Alto (Banco Mundial, 2015).	Medio-Alto (Banco Mundial, 2011).
PIB per cápita	7.695€ (2015).	9.512€ (2015).
Nivel de desarrollo	IDH 0,755 (2014); puesto 75/167 en ranking de Desarrollo Humano ¹¹ .	IDH 0,740 (2011); puesto 78/167 en ranking de Desarrollo Humano.
Perfil Epidemiológico	Las principales causas de muerte son enfermedades isquémicas del corazón, ataques al corazón, infecciones respiratorias, diabetes mellitus y enfermedades al corazón relacionadas con la hipertensión.	Se mantienen las mismas causas, pero suben dentro del ranking la diabetes mellitus, las infecciones respiratorias y las enfermedades relacionadas con la hipertensión. Dentro de las causas de muerte de menores de 5 años, se encuentra la diarrea, el nacimiento prematuro y anomalías congénitas. Riesgo de salud entre adultos, el aumento de glucosa y de presión arterial y el tabaquismo.
Estado Nutricional	40 % de las mujeres con IMC mayor de 25 y 16% sobre 30.	40% de las mujeres con IMC mayor de 25 y 16% sobre 30. <5% de la población con un consumo de energía menor al requerido. 8% de los hogares consume sal ionizada.

¹⁰ Se presenta una sola ficha para la política y el plan de Brasil, dado que el plan contiene a la política en su totalidad.

¹¹ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Sistema de Salud		Sistema de Salud principalmente público, atendiendo alrededor del 75% de la población.
Criterios de Focalización		
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Plan (expresión concreta de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que sí, ¿Cuál/es?	Programa "Hambre Cero" (2003); Programa de Adquisición de Alimentos de la Agricultura Familiar; Programa Nacional de Alimentación Escolar; Programa Bolsa Familia; Sistema Único de Salud (SUS); Programa de Alimentación del Trabajador; Programa Nacional de Fortalecimiento de la Agricultura Familiar (PRONAF); Política Nacional de Alimentación y Nutrición.	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial.	
Los componentes de la política:		
Organismo ejecutor	<p>Cámara Interministerial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CAISAN): Trabaja solamente en el ámbito gubernamental y es el segundo mecanismo de coordinación del Sistema. Convierte en acciones y programas públicos, las decisiones y lineamientos entregados por el CONSEA.</p> <p>Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONSEA): Tiene como responsabilidad hacer con que las decisiones firmadas en las Conferencias Nacionales se concreten en propuestas que puedan ser adoptadas por el Sistema y por la política pública, y que serán llevadas a la CAISAN.</p> <p>Conferencias Nacionales de Seguridad Alimentaria y Nutricional: De donde salen las prioridades y estrategias a ser seguidas por la Política y el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria, así como su evaluación.</p>	
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población brasileña en general con énfasis en grupos más vulnerables (población en situación de Pobreza y Extrema Pobreza; Población Rural; Población Indígena; entre otros grupos).	
Actores relevantes en la implementación	Foro Brasileño de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (FBSAN); Consejo de Desarrollo Económico y Social; Consejo de la Juventud.	
Funciones esenciales de salud pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP. 2. Promoción de la salud. 3. Participación de los ciudadanos en la salud [Esta Política incluyó 	

	<p>la construcción de espacios de participación (conferencias, consejos, presupuesto participativo y planes directores urbanos) en los 3 niveles de gobierno (nacional, estadual, municipal).</p> <p>Diseño de Política y Plan a partir de instancias participativas compuestas en 1/3 por representantes gubernamentales (Ministros, Secretarios, Parlamentarios) y en 2/3 por representantes de la Sociedad Civil, elegidos en instancias municipales y regionales.]</p>
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	<p>Promoción del acceso universal de alimentos.</p> <p>Producción, extracción, desarrollo y distribución de los alimentos.</p> <p>Educación y promoción de seguridad alimentaria.</p> <p>Ampliar y coordinar las acciones de seguridad alimentaria y nutricional destinadas a los pueblos indígenas y comunidades tradicionales.</p>
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	<p>Estructurar sistemas justos, de base agroecológica y sostenibles de producción, extracción, desarrollo y distribución de los alimentos.</p> <p>Promover el acceso al agua para consumo humano y para la producción de alimentos.</p>
Enfoques de la FAO	
Intersectorialidad	Sectores involucrados: Salud, Educación, Asistencia Social, Desarrollo Agrario y Agrícola, y el Medio Ambiente.
Compromisos gubernamentales a los que responde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Universalidad e igualdad en el acceso a una alimentación adecuada; ▪ Participación social en políticas intersectoriales y transparencia; ▪ Respeto a la soberanía alimentaria y garantía del derecho humano a la alimentación adecuada y su exigibilidad; ▪ Producción campesina y familiar como componente esencial en la construcción de la soberanía y seguridad alimentaria y nutricional; ▪ Solidaridad, intercambio y cooperación entre los países y actores sociales envueltos.
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación.	Cámara Interministerial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CAISAN) y Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONSEA).
Instrumentos para la implementación.	
Estrategias de intervención	<p>I. Promover el acceso universal a la alimentación adecuada.</p> <p>II. Estructurar sistemas justos, de base agroecológica y sostenibles de producción, extracción, desarrollo y distribución de los alimentos.</p> <p>III. Instituir procesos permanentes de educación y capacitación en</p>

	<p>seguridad alimentaria y derecho humano a la alimentación adecuada.</p> <p>IV. Ampliar y coordinar las acciones de seguridad alimentaria y nutricional destinadas a los pueblos indígenas y comunidades tradicionales.</p> <p>V. Fortalecer las acciones de alimentación y nutrición en todos los niveles de la salud, de modo articulado a las demás políticas de seguridad alimentaria y nutricional.</p> <p>VI. Promover la soberanía y seguridad alimentar y nutricional en ámbito internacional.</p> <p>VII. Promover el acceso al agua para consumo humano y para la producción de alimentos.</p>
Organismos involucrados	Uno de los retos del SISAN es crear Sistemas Estatales y Municipales que tengan sus agendas fundamentadas en la agenda nacional del Sistema, para que la participación en los estados y municipalidades crezca.
Legislación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ley Orgánica de Seguridad Alimentaria y Nutricional LOSAN (Ley nº 11.346/2006); ▪ Ley Orgánica de la Salud (1990), que establece las bases del Sistema Único de Salud, ejemplo para el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional; ▪ Ley Orgánica de la Asistencia Social (1993), que orienta la política de seguridad social y la construcción del Sistema Único de Asistencia Social; ▪ Política Nacional de Alimentación y Nutrición (1999), que establece las bases de la acción de alimentación y nutrición en el sector Salud; ▪ Ley de Renta Básica Ciudadana (2004), que establece una renta mínima básica necesaria para que todas las personas vivan con dignidad en el país, lo que incluye una alimentación adecuada. ▪ Ley de la Agricultura Familiar (2006), que establece reglas a los pequeños agricultores y las diferentes estrategias políticas para el sector; ▪ Ley de la Alimentación Escolar (2009), que establece la alimentación en las escuelas como un derecho y define condiciones que estimulan la compra local de productos de la agricultura familiar.
Financiamiento	Se buscó construir un presupuesto de la SAN basado en dos categorías de gastos. La primera referente al mantenimiento y gerencia de locales del sistema (conferencias, consejos, órganos intersectoriales) y actividades correlacionadas. La segunda categoría abarca el financiamiento de los programas públicos bajo la responsabilidad de los órganos responsables por ellos. En ese contexto, el CONSEA desarrolló un método que le permitiera presentar propuestas y dar seguimiento a la ejecución de programas bajo un mismo presupuesto de SAN.

Evaluación de las políticas	
Impacto	
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avances en la institucionalidad a nivel de estados y municipalidades para la implementación de la política a nivel local. ▪ Incorporación de nutricionista en los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), esencial para el fortalecimiento de la nutrición y del diálogo sobre seguridad alimentaria. ▪ En cuanto al componente de Adquisición de Alimentos de Agricultura Familiar, se ha aumentado el ingreso de las familias agrícolas. ▪ Se ha promovido el trabajo en cooperativas agrícolas. ▪ Se ha aumentado la calidad y seguridad de los productos locales, dada la inspección del gobierno.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Predominio de un modelo biomédico y hospitalcéntrico, quedando la promoción en segundo plano. ▪ Falta de transversalidad (intersectorialidad) en las acciones de promoción en salud, para que se incorporen dimensiones sociales, económicas, culturales y ambientales). ▪ Coordinación técnica estricta y jerárquica que limita la autonomía y el dialogo intersectorial. ▪ Ausencia de una atención más calificada a nivel estatal y municipal, impide el fortalecimiento de la nutrición y de la salud de la población en general. ▪ Formación de nutricionistas deficientes en salud comunitaria y pública. ▪ Dificultades de los profesionales de la salud en trabajar en temas de alimentación y nutrición, especialmente a nivel local. ▪ El programa de Adquisición de Alimentos ha promovido el aumento de precios de algunos productos agrícolas.
Otros	<p>22,6% de las familias brasileras continúan viviendo en condiciones de inseguridad alimentaria.</p> <p>Se destaca la contribución del sector salud en el desarrollo del SAN, luego de un largo proceso de movilización de la sociedad civil y técnicos del área.</p>

Ficha: Canadá

País	Canadá	
Continente	América del Norte	
Nombre Política	Pan-Canadian Healthy Living Strategy	
Año de Publicación	2005, actualizada en 2010.	
Año de Vigencia	2005 - a la fecha	
Año de Implementación	2003	
Link Web	http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs-eng.php http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchlsinfo-spimmvsrens-eng.php http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/fw-eng.php	
Principal Eje Conceptual	Utilización; Estabilidad	
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Alto (Banco Mundial, 2015).	Alto (Banco Mundial, 2005).
PIB per cápita	39.005€ (2015).	29.151€ (2015).
Nivel de desarrollo	IDH 0,913 (2014); puesto 9/167 en ranking de Desarrollo Humano ¹² .	IDH 0,892 (2005); puesto 6/167 en ranking de Desarrollo Humano.
Perfil Epidemiológico	Principales causas de muerte: 13,8% enfermedades isquémicas del corazón. Alzheimer y otras demencias 9,5%. Apoplejía 5,4%. Diabetes Mellitus 2,7%.	Principales causas de muerte: 13,8% enfermedades isquémicas del corazón. Alzheimer y otras demencias 9,5%. Apoplejía 5,4%. Diabetes Mellitus 2,7%.
Estado Nutricional	7,6% menores de 5 años con sobrepeso. 1,8% menores de 5 años con bajo peso. 6% bajo peso al nacer. 53% de las mujeres IMC sobre 25. 23% de las mujeres IMC sobre 30.	7,6% menores de 5 años con sobrepeso. 1,8% menores de 5 años con bajo peso. 6% bajo peso al nacer. 53% de las mujeres IMC sobre 25. 23% de las mujeres IMC sobre 30.
Sistema de Salud	Sistema de Salud público, a nivel local se dirige por los gobiernos provinciales.	Sistema de Salud público, a nivel local se dirige por los gobiernos provinciales.

¹² Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Criterios de Focalización	Población general, con énfasis en niños, niñas y adolescentes; población aislada o radicada en sectores rurales aislados; y población aborígen.	Población general, con énfasis en niños, niñas y adolescentes; población aislada o radicada en sectores rurales aislados; y población aborígen.
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Estrategia (política).	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional, mediante coordinación estatal y municipal.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que sí, ¿Cuál/es?	Canada's Food Guide; Eat Well and Be Active Educational Toolkit; Infant Feeding; Nutrition Labelling; Task forcé for reducing trans fats in Canadian foods.	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial.	
Los componentes de la política:		
Organismo ejecutor	Gobierno Federal de Canadá, a través de sus Ministros Federales, Provinciales y Territoriales de Salud.	
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población general, con énfasis en sectores más vulnerables (niños, niñas y adolescentes; poblaciones aisladas o radicadas en sectores rurales; población aborígen).	
Actores relevantes en la implementación	Gobiernos federales, provinciales y territoriales.	
Funciones esenciales de salud pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP [Esta política constituye el marco para el programa "Curbing childhood obesity: A Federal, Provincial and Territorial framework for action to promote healthy weights", política orientada a vigilar y cautelar la alimentación de infantes y disminuir las tasas de obesidad infantil.]. 2. Promoción de la salud [Esta política se encuentra vinculada con la iniciativa Canada's Food Guide, un instructivo destinado para la población general en el cual se instruye y da ejemplos sobre los correctos usos de los alimentos, en pos de mantener una dieta saludable. También con la iniciativa "Eat well and Be active Educational Toolkit", herramienta educativa aplicada en el sistema educacional a lo largo y ancho del país.] 3. Participación de los ciudadanos en la salud [Encuentros ciudadanos; consultas ciudadanas online; mesas redondas con expertos y representantes de la Sociedad Civil; y un Simposio Nacional sobre Vivir Sanamente.]. 	

Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	Esta política se encuentra vinculada con la iniciativa de etiquetado de alimentos y con la campaña por la reducción de grasas Trans en la alimentación canadiense.
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	
Enfoques de la FAO	Foco sobre los determinantes de la salud (factores y condiciones); Identificar y reorientar las disparidad en Salud; Determinar grupos y acciones prioritarios; Adoptar acciones intersectoriales.
Intersectorialidad	Gobierno Federal, Provincial y Territorial; Sector Privado; Sociedad Civil y Pueblos Originarios.
Compromisos gubernamentales a los que responde	
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	Ministerios Federales, Provinciales y Territoriales de Salud.
Instrumentos para la implementación	<p>Pan-Canadian Healthy Living Strategy Framework: Marco conceptual que caracteriza y articula la estrategia nacional de nutrición y seguridad alimentaria. Identifica condiciones y factores de riesgo comunes a enfermedades crónicas, asociadas con estilos de vida poco saludables.</p> <p>Su versión original (2003) contiene cinco acciones base:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Creación de una Red Intersectorial de Vida Saludable (con su propio comité coordinador a nivel nacional; ▪ Actuar en las áreas de Investigación, vigilancia alimentaria y buenas prácticas; ▪ Explorar opciones y modelos para un Fondo de Financiamiento Intersectorial; ▪ Explorar alternativas para una estrategia de comunicación/información sobre Vivir Sano; y ▪ Profundizar el diálogo con representantes de los Pueblos Originarios.
Estrategias de intervención	<p>Direccionar la prevención, promoción y la Salud Pública, además de la sustentabilidad del sistema de Salud, en congruencia con el objetivo de la política en cuestión.</p> <p>Escuelas y colegios como uno de los principales espacios de intervención para la educación y concientización de la población con respecto a llevar una vida saludable.</p>

Organismos involucrados	Creación de cuatro grupos de trabajo, coordinado por el Comité Coordinador de la Red Intersectorial de Vida Saludable. Dichos grupos fueron conformados por miembros de la Red a nivel Federal, Provincial y Territorial; representantes del Sector Privado; y representantes de Pueblos Originarios. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de Trabajo 1: Información Pública/ Marketing Social; ▪ Grupo de Trabajo 2: Prioridades y Objetivos; ▪ Grupo de Trabajo 3: Investigación y Vigilancia; ▪ Grupo de Trabajo 4: Fondo de Financiamiento Intersectorial.
Legislación	No se mencionan reformas legislativas.
Financiamiento	Fondo de Financiamiento Intersectorial.
Evaluación de las políticas	
Impacto	Continúan habiendo brechas en la nutrición de la población.
Fortalezas	Existe un alineamiento entre lo estipulado por la política y los objetivos de los gobiernos federales. Acceso a datos relevantes y actualizados para el monitoreo. Trabajo intersectorial.
Debilidades	Se necesitan priorizar iniciativas para identificar de mejor forma emergencias nutricionales y poder responder más rápido.
Otros	Se hace necesario continuar con la política, especialmente en los aspectos relacionados con información y educación de la población.

Ficha: Dinamarca

País	Dinamarca	
Continente	Europa.	
Nombre Política	Plan Nacional de Acción contra la Obesidad.	
Año de Publicación	2003	
Año de Vigencia	2003 – a la fecha.	
Año de Implementación	2003	
Link Web	https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/8443 http://www.sst.dk/~media/681E3288F0A14C2EAA71ED9C4866D01F.ashx http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20030630_co08_en.pdf	
Principal Eje Conceptual	Utilización; Estabilidad.	
Otros	La documentación más reciente sobre esta iniciativa y que esté en inglés, data del año 2003. No ha sido posible determinar si existe documentación más actualizada, debido a la barrera del idioma (danés).	
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Alto (Banco Mundial, 2015).	Alto (Banco Mundial, 2003).
PIB per cápita	46.800€ (2015).	35.900€ (2003).
Nivel de desarrollo	IDH 0,923 (2014); puesto 4/167 en ranking de Desarrollo Humano ¹³ .	IDH 0,891 (2005); puesto 7/167 en ranking de Desarrollo Humano ¹⁴ .
Perfil Epidemiológico		
Estado Nutricional		Prevalencia de la Obesidad y el Sobrepeso en la población danesa, registrando un aumento del 75% entre 1987 y 2003 ¹⁵ .
Sistema de Salud		
Criterios de Focalización		
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Plan de Acción.	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional.	

¹³ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

¹⁴ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

¹⁵ Dato correspondiente a la documentación existente en inglés sobre el Plan Nacional de Acción contra la Obesidad.

¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que sí, ¿Cuál/es?	No explícita en otros planes o políticas.
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial (Salud/Educación).
Los componentes de la política:	
Organismo ejecutor	Ministerio del Interior y Ministerio de Salud; Junta Nacional de Salud y Centro para la Promoción y Prevención en Salud
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población en general, con énfasis en: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niños/as y adolescentes en general, con el objetivo de prevenir la obesidad y promover la salud; ▪ Niños/as y adolescentes con obesidad, riesgo de desarrollar obesidad o complicaciones asociadas a la pérdida de peso luego de haber presentado obesidad; ▪ Adultos en general, con el objetivo de prevenir la obesidad y promover la salud; ▪ Adultos con sobrepeso moderado o con riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad, o enfermedades relacionadas con la obesidad.
Actores relevantes en la implementación	Depositarios/as de la Política: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administración estatal, provincial y municipal con sus respectivos servicios: Guarderías, escuelas y establecimientos recreativos. ▪ Organizaciones de Voluntariado; ▪ Lugares de trabajo; ▪ Industria/Mercado.
Funciones esenciales de salud pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP. 2. Promoción de la salud (Instalar que la obesidad es un problema de Salud; Promover cambios duraderos en el estilo de vida danés).
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	
Enfoques de la FAO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalar que la obesidad es un problema de Salud; 2. Promover cambios duraderos en el estilo de vida danés; 3. Evitar la estigmatización y discriminación de las personas con problemas de obesidad.
Intersectorialidad	
Compromisos gubernamentales a los que responde	

Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	
Instrumentos para la implementación	*No detalla instrumentos específicos para la implementación. Sin embargo, desde la página 21 del documento correspondiente al tercer link web, la Comisión Nacional por la Salud entrega una serie de recomendaciones para implementación que -por motivos de idioma- no ha sido posible observar si fueron o no implementadas, y en qué medida.
Estrategias de intervención	<p>Plan de Acción orientado a generar costumbres y consciencia en la población danesa, que promuevan el desarrollo con un peso normal. Lo anterior se sistematiza en los siguientes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir el sobrepeso en personas con un peso corporal normal; 2. Prevenir el aumento de peso en personas con sobrepeso o estabilizar el peso en personas que han conseguido bajar de peso frente a un estado inicial de sobrepeso; 3. Prevenir complicaciones derivadas del sobrepeso; 4. Promover la pérdida de peso en personas con obesidad o con condiciones relacionadas a la obesidad. <p>Estrategia a ser desplegada en tres niveles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel Privado o Doméstico (hogar y familia). 2. Nivel Comunitario (espacios y relaciones sociales cotidianas, por fuera del hogar y la familia). 3. Nivel Sector público (instituciones y políticas públicas; legislación; etc.).
Organismos involucrados	
Legislación	
Financiamiento	
Evaluación de las políticas	
Impacto	
Fortalezas	
Debilidades	
Otros	No ha sido posible determinar si existe documentación al respecto, debido a la barrera de idioma (danés).

Ficha: Eslovenia

País	Eslovenia	
Continente	Europa.	
Nombre Política	Política del Programa Nacional de Alimentos y Nutrición.	
Año de Publicación	2005	
Año de Vigencia	2005–2010	
Año de Implementación	2005	
Link Web	https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/8380 http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_09/Nacionalni_program_prehranske_politike_ang.pdf (pág. 20)	
Principal Eje Conceptual	Acceso; Utilización; Estabilidad.	
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Alto (Banco Mundial, 2015).	Alto (Banco Mundial, 2005).
PIB per cápita	18.700€ (2015).	14.600€ (2005).
Nivel de desarrollo	IDH 0,880 (2014); puesto 25/167 en ranking de Desarrollo Humano ¹⁶ .	IDH 0,855 (2005); puesto 22/167 en ranking de Desarrollo Humano.
Perfil Epidemiológico		<p>Según datos en documento institucional (2005):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedades cardiovasculares: Provocan cerca del 50% de las muertes en Eslovenia. ▪ Cáncer: Provoca el 26% de las muertes en el país. ▪ Obesidad: 54,6% de la población presenta sobrealimentación; y el 15%, sobrepeso avanzado. ▪ Diabetes: 4,3% de la población adulta. ▪ Osteoporosis: Alrededor de 5800 pacientes al año, tres cuartas partes correspondiente a mujeres. <p>Colesterol alto en el 60% de la población adulta.</p>

¹⁶ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Estado Nutricional		<p>Estudios revelan que la población eslovaca posee una dieta poco saludable, con menos comidas al día pero muy altas en calorías, sobrecargadas de grasas y azúcares, y con un muy bajo consumo de frutas, verduras y fibras.</p> <p>Sólo el 22,9% de la población de Eslovenia consume alimentos saludables o casi saludables (CINDI, 2001).</p> <p>Grupos poblacionales que presentan mayor riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hombres ▪ Bajo NSE ▪ Bajo nivel educacional ▪ Económicamente activos ▪ Habitantes de zonas rurales ▪ Ubicados en la región este de Eslovenia ▪ Tramo etario de entre 25 a 49 años.
Sistema de Salud		
Criterios de Focalización		
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa).	Política Nacional de nutrición.	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que si, ¿Cuál/es?	Implícitamente contempla políticas de Seguridad Alimentaria en términos de producción y distribución de alimentos, lo que conlleva el desarrollo de herramientas adecuadas (legislación sobre la comercialización de alimentos, programas de incentivo o subsidio a productores; entre otros).	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial.	
Los componentes de la política:		
Organismo ejecutor	Ministerio de Salud, Gobierno de Eslovenia.	
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos		

Actores relevantes en la implementación	
Funciones esenciales de salud pública	
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	Normativa Legal que regula el tema de la seguridad alimentaria al interior del mercado en Eslovenia, con respecto a la producción, manipulación, clasificación y tratamiento de los alimentos.
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	
Enfoques de la FAO	<p>Política elaborada en base a tres pilares fundamentales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguridad Alimentaria; 2. Nutrición balanceada; y 3. Disponibilidad Alimentaria sustentable a partir de productores locales de alimentos. <p>Estos pilares fundamentales fueron definidos a partir de las recomendaciones hechas por la OMS para el desarrollo de políticas nacionales de seguridad alimentaria y nutrición.</p>
Intersectorialidad	
Compromisos gubernamentales a los que responde	
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	
Instrumentos para la implementación	
Estrategias de intervención	
Organismos involucrados	
Legislación	
Financiamiento	
Evaluación de las políticas	
Impacto	
Fortalezas	
Debilidades	
Otros	

Ficha: España

País	España	
Continente	Europa.	
Nombre Política	Estrategia Española para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.	
Año de Publicación	2005.	
Año de Vigencia	Sin antecedentes.	
Año de Implementación	2005.	
Link Web	https://extranet.who.int/nutrition/gina/es/node/8402 http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/7presentacionbartolomemari.pdf	
Principal Eje Conceptual	Utilización; Estabilidad.	
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Alto (Banco Mundial, 2015).	Alto (Banco Mundial, 2005).
PIB per cápita	23.200€ (2015).	21.300€ (2005).
Nivel de desarrollo	IDH 0,876 (2014); puesto 26/167 en ranking de Desarrollo Humano ¹⁷ .	IDH 0,844 (2005); puesto 26/167 en ranking de Desarrollo Humano.
Perfil Epidemiológico	Las 3 principales causas de muerte son enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias ¹⁸ .	
Estado Nutricional		<p>España en comparación con el resto de Europa: Situación intermedia respecto del sobrepeso y obesidad en adultos; pero comparando las cifras de población infantil, España presenta uno de los índices más altos de prevalencia, sólo superado por los de Italia, Malta y Grecia.</p> <p>Población Adulta (25–60 años): Índice de obesidad en población adulta: 14,5%.</p>

¹⁷ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

¹⁸ <http://www.euro.who.int/en/countries/spain>

		<p>Índice de sobrepeso en población adulta: 38,5%</p> <p>Obesidad en mujeres (15,7 %) es más alta que en varones (13,4%)</p> <p>Prevalencia de Obesidad en población mayor a 55 años: 33,9% Mujeres; 21,6% Hombres.</p> <p>Población infantil y juvenil (2-24 años):</p> <p>Índice de obesidad en población infanto-juvenil: 13,9%</p> <p>Índice de sobrepeso en población infanto-juvenil: 26,3%</p> <p>Obesidad en varones (15,6%) es superior que en mujeres (12%)</p> <p>Índices más altos en segmento etario de 6 a 12 años, con un 16,1% de prevalencia de exceso de peso corporal.</p>
Sistema de Salud		
Criterios de Focalización		Población infantil y juvenil (2-24 años).
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Estrategia (tipificada como Política por el sitio web de la OMS).	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que sí, ¿Cuál/es?	Pla de Salut de les Illes Balears 2003-2007; Pla Jove.	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial.	
Los componentes de la política:		
Organismo ejecutor	Ministerio de Sanidad y Consumo, con apoyo de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria.	
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población general, con énfasis en población infanto-juvenil (2 a 24 años).	
Actores relevantes en la implementación	Gobiernos de España, a nivel central, provincial y local; Sector Privado; Red Educacional; Red de Salud; Sociedad Civil; ONGs.	

	Descripción pormenorizada de actores clave para cada una de las cuatro áreas de intervención de la estrategia NAOS, en documento correspondiente al segundo link web ingresado al inicio de la ficha.
Funciones esenciales de salud pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP [Ámbito empresarial: Información nutricional: la industria alimentaria asume el compromiso de implantar la información nutricional (energía, proteínas, hidratos de carbono, grasas) de forma asequible en sus unidades de venta.]. 2. Promoción de la salud [Ámbito familiar y comunitario: Campañas informativas desde las administraciones públicas para sensibilizar a la población y promocionar la práctica regular de actividad física y una alimentación variada y equilibrada. Distribución del manual “La alimentación de tus hijos”, destinado a fomentar mejores hábitos alimentarios en la infancia y la adolescencia. El Ministerio de Sanidad y Consumo promoverá acuerdos con las grandes empresas de ocio y entretenimiento infantil y juvenil para que, a través de sus personajes populares, de dibujos animados u otros, fomenten una imagen positiva de estilos de vida activos y una alimentación saludable. Campañas informativas para concienciar a la población de la importancia de la actividad física y promocionar su práctica habitual como alternativa al ocio sedentario.]
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	<p>Ámbito escolar:</p> <p>Reforzar mediante talleres o actividades extraescolares la iniciación de los escolares en el mundo de la cocina y la gastronomía, aprendiendo a comprar alimentos, prepararlos y cocinarlos. De este modo se estimularán comportamientos positivos que favorezcan la aceptación y desarrollo de unos hábitos alimentarios saludables, con una perspectiva de igualdad de género.</p> <p>Para propiciar mejoras en la alimentación de los escolares, se ha suscrito un convenio con las principales empresas de restauración colectiva, asociadas en la Federación Española de Asociaciones Dedicadas a la Restauración Social (FEADRS). Estas empresas se comprometen a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No utilizar en la fritura aceites ricos en ácidos grasos saturados (aceites de palma, palmiste y coco) o en ácidos grasos trans, sustituyéndolos por otros más saludables. ▪ Utilizar sal yodada en aquellas zonas que tengan déficit de yodo,

	<p>indicadas por las autoridades sanitarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar talleres para los niños para fomentar las medidas educativas destinadas a la promoción de una alimentación variada y equilibrada.
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	<p>Ámbito empresarial:</p> <p>Composición de los alimentos: en la medida en que tecnológicamente sea posible, la industria promoverá que en los productos destinados a la alimentación de los niños menores de doce años, la grasa que se añada contenga una alta proporción de ácidos grasos insaturados y una baja proporción de ácidos grasos trans. A medio y largo plazo, se irán sustituyendo las grasas saturadas por otras grasas insaturadas.</p>
Enfoques de la FAO	<p>Objetivo general de la estrategia:</p> <p>Fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar políticas y planes de acción destinados a mejorar los hábitos alimentarios y aumentar la actividad física en la población. Estas políticas deberán ser sostenibles, integrales y buscar una amplia participación de la sociedad. ▪ Sensibilizar e informar a la población del impacto positivo que, para su salud, tienen una alimentación equilibrada y la práctica regular de actividad física. ▪ Promover la educación nutricional en el medio familiar, escolar y comunitario. ▪ Estimular la práctica de actividad física regular en la población, con especial énfasis en los escolares. ▪ Propiciar un marco de colaboración con las empresas del sector alimentario para promover la producción y distribución de productos que contribuyan a una alimentación más sana y equilibrada. ▪ Sensibilizar a los profesionales del Sistema Nacional de Salud para impulsar la detección sistemática de la obesidad y el sobrepeso en la población. ▪ Realizar el seguimiento de las medidas propuestas y la evaluación de los resultados obtenidos a través de la Estrategia.
Intersectorialidad	<p>Ámbito escolar:</p> <p>Potenciar las acciones educativas en colaboración con otros sectores como las asociaciones de padres de alumnos, empresas de restauración colectiva, fundaciones, etc.</p>

	<p>Ámbito empresarial:</p> <p>Convenio con la Federación Española de Industrias de la Alimentación y Bebidas (FIAB), cuyos compromisos aparecen detallados en el apartado de "Ámbito empresarial" del documento oficial de NAOS, segundo link en el apartado "link web" de esta ficha.</p> <p>Convenio con la Asociación Nacional de Grandes Empresas de Distribución (ANGED) y la Asociación Española de Distribuidores, Autoservicios y Supermercados (ASEDAS), cuyos compromisos aparecen detallados en el apartado de "Ámbito empresarial" del documento oficial de NAOS, segundo link en el apartado "link web" de esta ficha.</p>
Compromisos gubernamentales a los que responde	Cada ámbito de intervención conlleva un conjunto de compromisos gubernamentales asociados a su implementación, los que aparecen detallados en el documento oficial NAOS (segundo link web).
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	Ministerio de Sanidad y Consumo.
Instrumentos para la implementación	Comités, talleres y cualquier otro tipo de instancia colaborativa inter o intrasectorial, aparecen detalladas según ámbito de intervención en el documento NAOS, correspondiente al segundo link web inscrito en la ficha.
Estrategias de intervención	<p>NAOS plantea 4 áreas de intervención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ámbito familiar y comunitario: Sensibilizar e informar a la población del impacto positivo que, para su salud, tienen una alimentación equilibrada y la práctica regular de actividad física, mejorando la información disponible sobre los hábitos de vida saludables. 2. Ámbito escolar: La escuela, tanto en las actividades realizadas en el aula como en las extraescolares, por su carácter de espacio educativo y por la cantidad de tiempo que permanecen en él los alumnos, ofrece innumerables oportunidades para formar a los niños sobre hábitos alimentarios saludables y fomentar la práctica regular de actividad física y deporte. Constituye, por eso, uno de los lugares más eficaces para modificar los estilos de vida de los niños y adolescentes. 3. Ámbito empresarial: Prevención de la obesidad y el sobrepeso, tanto desde las industrias alimentarias, como desde las empresas de hostelería y cadenas de restauración, desarrollando y promoviendo productos más saludables que contribuyan a una alimentación sana y equilibrada. 4. Ámbito sanitario: Los profesionales del Sistema Nacional de Salud juegan un papel protagonista en la prevención de la obesidad. Por ello, reviste suma importancia la sensibilización de

	los profesionales de Atención Primaria respecto de la importancia del sobrepeso y, en particular, de la obesidad como enfermedad crónica que debe requerir la misma atención que otras, tales como diabetes o la hipertensión arterial.
Organismos involucrados	Convenio con la Federación Española de Industrias de la Alimentación y Bebidas (FIAB), cuyos compromisos aparecen detallados en el apartado de "Ámbito empresarial" del documento oficial de NAOS, segundo link en el apartado "link web" de esta ficha.
Legislación	<p>Ley Integral de Juventud. Ley del Deporte. Ley de atención a los derechos de la infancia y adolescencia. Ley de la Mujer.</p> <p>Normativas a ser impulsadas como parte de la implementación de la NAOS: Normativa para incluir en el currículo académico conocimientos y habilidades relativos a la alimentación y la nutrición. Estas nociones no sólo pueden estar comprendidas en asignaturas específicas (ciencias naturales, sociales y educación física), sino también formando parte de otros contenidos (educación para la ciudadanía, etc.).</p> <p>Norma sobre los comedores escolares. En esta norma, impulsada desde el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con el Ministerio de Educación y Ciencia y las Comunidades Autónomas, se abordarán los requisitos que deben cumplir los menús que se ofrezcan en los comedores escolares.</p>
Financiamiento	No se entregan detalles sobre este aspecto.
Evaluación de las políticas	
Impacto	
Fortalezas	
Debilidades	
Otros	La estrategia NAOS utiliza un planteamiento positivo, donde no existen alimentos buenos y malos, sino dietas bien o mal equilibradas.

Ficha: Inglaterra

País	Inglaterra	
Continente	Europa.	
Nombre Política	Pesos saludables, vidas saludables: Una estrategia intragubernamental para Inglaterra ¹⁹ .	
Año de Publicación	2008	
Año de Vigencia	2008 – a la fecha.	
Año de Implementación	2008	
Link Web	https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/8322 https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/GBR%202008%20Healthy%20Weight%2C%20Healthy%20Lives-%20A%20Cross-Government%20Strategy%20for%20England.pdf	
Principal Eje Conceptual	Utilización; Estabilidad.	
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Alto (Banco Mundial, 2015) ²⁰ .	Alto (Banco Mundial, 2008) ²¹ .
PIB per cápita	39.600€ (2015) ²² .	31.800€ (2008) ²³ .
Nivel de desarrollo ²⁴	IDH 0,907 (2014); puesto 14/167 en ranking de Desarrollo Humano ²⁵ .	IDH 0,890 (2008); puesto 14/167 en ranking de Desarrollo Humano ²⁶ .
Perfil Epidemiológico		
Estado Nutricional		2/3 población adulta presenta sobrepeso u obesidad; 1/3 población infantojuvenil presenta sobrepeso u obesidad.
Sistema de Salud		
Criterios de Focalización		
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Estrategia, referida como política en la ficha del sitio web de la OMS.	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional.	
¿Explícita o implícita en otros	"The Children's Plan"; Campaña "Walking into health"; "Healthy Towns"	

¹⁹ Título original: "Healthy weight, healthy lives: A cross-Government strategy for England".

²⁰ Cifra calculada para el Reino Unido

²¹ Cifra calculada para el Reino Unido

²² Cifra calculada para el Reino Unido

²³ Cifra calculada para el Reino Unido

²⁴ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

²⁵ Cifra calculada para el Reino Unido

²⁶ Cifra calculada para el Reino Unido

planes o políticas? En caso de que si, ¿Cuál/es?	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial.
Los componentes de la política:	
Organismo ejecutor	Gobierno de Inglaterra, a través de sus Ministerio de Salud y Ministerio de la Infancia, Escuelas y Familias.
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población general, con énfasis en población infantojuvenil.
Actores relevantes en la implementación	Familias; Escuelas; Red de Salud Pública; Medios de Comunicación; Industria Alimentaria e Inversionistas.
Funciones esenciales de salud pública	1. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP [Eje de Intervención 3]. 2. Promoción de la salud [Eje de Intervención 1].
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	Eje de intervención 1; Eje de intervención 2.
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	Eje de intervención 2.
Enfoques de la FAO	
Intersectorialidad	Salud, Educación, Economía, Deporte y Cultura.
Compromisos gubernamentales a los que responde	Invertir.
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	Ministerio de Salud y Ministerio de la Infancia, Escuelas y Familias.
Instrumentos para la implementación	No se detallan en la documentación oficial revisada.
Estrategias de intervención	Esta política posee cinco (5) ejes de intervención: 1. Niños/as, crecimiento saludable y peso saludable; 2. Promoción de alternativas alimenticias saludables; 3. Incorporar la actividad física a nuestra rutina; 4. Creación de incentivos para una mejor salud; y 5. Apoyo y acompañamiento personalizado.
Organismos involucrados	Acuerdos de colaboración con: sector privado, industria alimentaria, publicitaria; y servicios públicos de salud y educación.
Legislación	
Financiamiento	No se especifica fuente de financiamiento. Se menciona un presupuesto adicional para la presente estrategia, a nivel general (1.3 billones de libras).

Evaluación de las políticas	
Impacto	
Fortalezas	
Debilidades	
Otros	

Ficha: Irlanda

País	Irlanda	
Continente	Europa.	
Nombre Política	"Irlanda Saludable": Una guía de acción para la mejora de Salud y Bienestar 2013-2025.	
Año de Publicación	2013	
Año de Vigencia	2013 - a la fecha.	
Año de Implementación	2013	
Link Web	http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/HealthyIrelandBrochureWA2.pdf	
Principal Eje Conceptual		
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Alto (Banco Mundial, 2015).	Alto (Banco Mundial, 2013).
PIB per cápita	55.100€ (2015).	39.200€ (2013).
Nivel de desarrollo ²⁷	IDH 0,916 (2014); puesto 6/167 en ranking de Desarrollo Humano.	IDH 0,899 (2013); puesto 11/167 en ranking de Desarrollo Humano.
Perfil Epidemiológico		
Estado Nutricional		61% de la población adulta presenta sobrepeso u obesidad; 25% de niños/as de hasta 3 años, presentan sobrepeso u obesidad; 26% de niños/as de hasta 9 años, presenta un índice de masa muscular por fuera del rango saludable. 3 de 4 personas adultas mayores de 50 años, presentan sobrepeso u obesidad; Los mayores valores en índice de masa muscular, colesterol y presión sanguínea, se concentran en las clases sociales más bajas. 9% de los menores de 3 años pertenecientes a clases bajas, presentan obesidad en

²⁷ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

		comparación con el 5% de menores en clases altas. Al menos 1/5 de los/as niños/as de todas las clases sociales presentan sobrepeso u obesidad.
Sistema de Salud		
Criterios de Focalización		
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Plan o Estrategia de acción.	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que sí, ¿Cuál/es?	No explicita vínculo con otras políticas.	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial.	
Los componentes de la política:		
Organismo ejecutor	Consejo de Gabinete de Políticas Sociales (The Cabinet Committee on Social Policy).	
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población General.	
Actores relevantes en la implementación	Gobierno central; comités especializados; sector privado; sociedad civil.	
Funciones esenciales de salud pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP [Considerado en acciones para objetivo 2]. 2. Promoción de la salud [Considerado en acciones para objetivo 1]. 3. Participación de los ciudadanos en la salud [Estrategia elaborada en base a un extenso proceso de consulta popular, llevado a nivel intragubernamental; a nivel de sistema público de Salud; a nivel de sector privado y a nivel de sociedad civil]. 	
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)		
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	Considerado en acciones para objetivo 2.	
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	No se especifican acciones.	
Enfoques de la FAO	"Salud en todas las políticas" ("health in all policies"), término para hablar de una intervención estructuralmente intersectorial.	

	<p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar la proporción de personas saludables, en todas las etapas de la vida (infancia/juventud, adultez y tercera edad); 2. Reducir las desigualdades en Salud; 3. Proteger al público de amenazas al Bienestar y a la Salud; 4. Crear un ambiente en donde cada individuo y sector de la sociedad pueda desempeñar su papel en conseguir una Irlanda Saludable.
Intersectorialidad	Diseño de estrategia involucra diálogo con distintas carteras del Gobierno; sector privado (inversionistas, industria) y sociedad civil.
Compromisos gubernamentales a los que responde	
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	Consejo de Gabinete de Políticas Sociales (The Cabinet Committee on Social Policy); Concilio Irlandés de Salud, donde se incorporan entidades del sector privado (intersectorial).
Instrumentos para la implementación	No se especifican en la documentación estudiada.
Estrategias de intervención	Articulada en seis (6) ejes de intervención: <ol style="list-style-type: none"> 1. Política y Gobernanza; 2. Colaboraciones y trabajo intersectorial; 3. Empoderamiento de las comunidades y ciudadanía; 4. Salud y Reformas en Salud; 5. Investigación y Evidencia Científica; 6. Monitorear, reportar y evaluar.
Organismos involucrados	Concilio Irlandés de Salud, donde se incorporan entidades del sector privado (intersectorial).
Legislación	
Financiamiento	
Evaluación de las políticas	
Impacto	
Fortalezas	
Debilidades	
Otros	

Ficha: Israel

País	Israel	
Continente		
Nombre Política	"Comportamiento Saludable: Promover actividad física. Prevenir y Tratar la Obesidad. Nutrición Saludable" ²⁸ .	
Año de Publicación	2011	
Año de Vigencia	2011 - a la fecha.	
Año de Implementación	2011	
Link Web	https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/ISR%202011%20Health%20Behaviors_0.pdf http://apps.who.int/nutrition/landscape/report.aspx?iso=ISR	
Principal Eje Conceptual	Utilización; Estabilidad.	
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Alto (Banco Mundial, 2015).	Alto (Banco Mundial, 2011).
PIB per cápita	32.211€ (2015).	24.198€ (2011).
Nivel de desarrollo ²⁹	IDH 0,894 (2014); puesto 18/167 en ranking de Desarrollo Humano.	IDH 0,885 (2011); puesto 19/167 en ranking de Desarrollo Humano.
Perfil Epidemiológico		<p>Según la encuesta WHO-HSBC 2001, Sólo el 97% de la población adulta cumple con requerimientos básicos de actividad física semanal.</p> <p>Hombres registran más actividad física que Mujeres (no menciona porcentajes). Población adulta mayor: 17,2% realiza más actividad física que población adulta (20-64 años).</p> <p>Población judía: 11% cumple con requerimientos básicos de actividad física.</p> <p>Población árabe: 2,8% cumple con requerimientos básicos de actividad física.</p>

²⁸ Título original: "Health Behaviors: Promoting physical activity. Prevention and Treatment of Obesity. Healthful Nutrition."

²⁹ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

		<p>Población juvenil: El 17,4% de niños, niñas y jóvenes entre 6º y 10º grado escolar, cumplen con requerimientos básicos de actividad física, donde:</p> <p>Niñas: 11% cumplen con requerimientos básicos de actividad física.</p> <p>Niños: 23,5% cumplen con requerimientos básicos de actividad física.</p> <p>Explicaciones a las altas tasas de sedentarismo en la infancia y juventud israelita, dice relación con las horas diarias de televisión y computador:</p> <p>35,9% de la población infantojuvenil, destina 4 horas diarias a ver televisión;</p> <p>28,9% de la población infantojuvenil, destina 4 horas diarias a jugar videojuegos en el computador.</p>
Estado Nutricional		
Sistema de Salud		
Criterios de Focalización		
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Política.	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que sí, ¿Cuál/es?	No hace mención a otras políticas.	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial.	
Los componentes de la política:		
Organismo ejecutor	Comité de Comportamientos para la Salud, Ministerio de Salud.	
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población general, con énfasis en niños, niñas y jóvenes.	

Actores relevantes en la implementación	Gobierno de Israel; Agrupaciones científicas que investiguen la temática de la prevención y tratamiento de la Obesidad; Sociedad civil.
Funciones esenciales de salud pública	1. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP [Eje 2: Prevención y tratamiento de la Obesidad]. 2. Promoción de la salud [Eje 1: Promover actividad física; Eje 3: Nutrición saludable].
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	Eje 2: Prevención y tratamiento de la Obesidad.
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	No se tematiza en documentos oficiales.
Enfoques de la FAO	Política articulada desde tres ejes: 1. Promover la Actividad Física. 2. Prevenir y Tratar la Obesidad. 3. Nutrición Saludable.
Intersectorialidad	Ministerios de: Educación, Transporte, Ciencia; Cultura y Deporte; Salud; Trabajo y Asuntos Sociales; Protección Ambiental; y del Interior.
Compromisos gubernamentales a los que responde	No figuran explícitamente.
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	Subcomités del Comité de Comportamientos para la Salud, del Ministerio de Salud.
Instrumentos para la implementación	No se mencionan específicamente.
Estrategias de intervención	Eje 1: Promover actividad física: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Crear programas comunitarios de actividad física para motivar la actividad física y generar redes sociales de apoyo a la realización de este tipo de actividad, al mismo tiempo. ▪ Incrementar y facilitar el acceso a espacios aptos para la actividad física, ya sea en escuelas, oficinas, espacios públicos, etc. ▪ Poner señaléticas llamativas en escaleras, para motivar su uso. ▪ Desarrollar una planificación urbana que acerque los sectores residenciales a escuelas, plazas, centros comerciales y lugares de trabajo, para facilitar el traslado a pie o en bicicleta. ▪ Aumentar tiempo semanal dedicado a actividad física, en establecimientos escolares. ▪ Integración de la familia o comunidad a las actividades de los establecimientos escolares para potenciar el desarrollo de

	<p>niños/as y jóvenes físicamente activos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducción de las brechas de información entre grupos poblacionales, con respecto a estilos de vida saludables. <p>Eje 2: Prevención y tratamiento de la Obesidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para prevenir el aumento de peso: <ul style="list-style-type: none"> - Sistema público de Salud: Monitoreo anual a toda la población (pesar y medir). - Gobierno e industria: Respaldar la distribución de alimentos saludables mediante legislaciones o acuerdos con la industria alimentaria. - Medios de comunicación: Publicidad con alimentos bajos en calorías, azúcares y grasas, durante bloques televisivos infantiles. Los Medios deberían destacar figuras que promuevan el consumo de alimentos saludables. - Escuelas: Incluir cuidados nutricionales y vida saludable en currículos educativos; regular el expendio de alimentos poco saludables al interior de establecimientos educacionales; etc. - Reducir las horas de “pantalla” en niños, niñas y jóvenes (televisión y computador). ▪ Para trata la Obesidad: <ul style="list-style-type: none"> - Mantener monitoreo de salud en personas con obesidad; - Intervenciones terapéuticas, ambientales y tratamientos integrales. <p>Eje 3: Nutrición saludable:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortificación de los alimentos; ▪ Etiquetado de contenidos por parte de la Industria Alimentaria; ▪ Instancias para orientación nutricional.
Organismos involucrados	Industria Alimentaria; Medios de Comunicación.
Legislación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar efectivamente la Legislación Deportiva (1988). ▪ Reformar la Ley de Institutos Deportivos (1994). ▪ Incorporar la asesoría de información sobre la promoción de actividad física saludable, en la Legislación del Seguro de Salud Estatal.
Financiamiento	No específica.
Evaluación de las políticas	
Impacto	
Fortalezas	
Debilidades	
Otros	

Ficha: Letonia

País	Letonia (Latvia)	
Continente	Europa.	
Nombre Política	Estrategia de Salud Pública para 2011-2017, con factor nutricional ³⁰ .	
Año de Publicación	2011	
Año de Vigencia	2011- a la fecha.	
Año de Implementación	2011	
Link Web	https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/8559 https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/LVA%202021%20Public%20Health%20Strategy.pdf	
Principal Eje Conceptual		
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Alto (Banco Mundial, 2015).	Alto (Banco Mundial, 2011).
PIB per cápita	12.300€ (2015).	9.800€ (2011).
Nivel de desarrollo ³¹	IDH 0,819 (2014); puesto 46/167 en ranking de Desarrollo Humano.	IDH 0,804 (2011); puesto 48/167 en ranking de Desarrollo Humano.
Perfil Epidemiológico		
Estado Nutricional		
Sistema de Salud		
Criterios de Focalización		
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Estrategia.	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que si, ¿Cuál/es?	Estrategia de Salud Pública (2001). Action plan for the implementation of the Policy document Healthy Nutrition (2003). The Sustainable Development Strategy for Latvia, "Latvia 2030". The Strategic Development Plan for Latvia 2010-2013.	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)		

³⁰ Título original: "Public Health Strategy for 2011-2017"³¹ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Los componentes de la política:	
Organismo ejecutor	Gabinete de Ministros.
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población general.
Actores relevantes en la implementación	Gobierno central; red de Salud pública; sectores productivos (público y privado).
Funciones esenciales de salud pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP [Presente en Objetivos 1, 2, 3 y 5]. 2. Promoción de la salud [Presente en Objetivo 3].
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	Presente en Objetivo 3.
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	No se detallan iniciativas en este ítem.
Enfoques de la FAO	<p>Estrategia trazada con los siguientes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminar las brechas de desigualdad en Salud. 2. Disminuir la morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades no contagiosas. 3. Mejorar la salud de madres e infantes, y disminuir la mortalidad infantil. 4. Promover ambientes de vida y trabajo saludables y seguros, disminuir traumatismo y tasas de mortalidad asociadas a causas externas. 5. Disminuir tasas de enfermedades infecciosas. 6. Asegurar una administración efectiva del sistema de salud y el uso de recursos, asegurando su sustentabilidad y la igualdad de acceso a toda la población habitante del país.
Intersectorialidad	
Compromisos gubernamentales a los que responde	
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	Ministerio de Salud.
Instrumentos para la implementación	
Estrategias de intervención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para objetivo 1: Implementar medidas que aseguren igualdad de oportunidades en Salud para toda la población. ▪ Para objetivo 2: Disminuyendo el impacto negativo de los factores de riesgo sobre la Salud. ▪ Para objetivo 3: Informar a la población sobre el impacto del consumo de sustancias adictivas en la salud de mujeres

	<p>embarazadas y fetos en gestación; y sobre la importancia de la lactancia para el desarrollo del/la lactante.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para objetivo 4: Informar a la población sobre medidas preventivas de seguridad, para evitar traumatismos; y sobre el impacto de factores ambientales sobre la salud. ▪ Para objetivo 5: Actualizar información pública sobre medidas preventivas y tratamientos existentes para enfermedades infecciosas. ▪ Para objetivo 6: Elaborar e implementar el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud; definir criterios de calidad para el funcionamiento de instalaciones para el internado de pacientes.
Organismos involucrados	
Legislación	
Financiamiento	
Evaluación de las políticas	
Impacto	
Fortalezas	
Debilidades	
Otros	

Ficha: México

País	México	
Continente	América del Norte.	
Nombre Política	Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.	
Año de Publicación	Post 2012 (no se especifica).	
Año de Vigencia	Sin antecedentes.	
Año de Implementación	Post 2012 (no se especifica).	
Link Web	http://www.plataformacelac.org/es/politica/259 http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/estrategia.html http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Sintesis_Ejecutiva.pdf	
Principal Eje Conceptual	Disponibilidad; Acceso; Utilización; Estabilidad.	
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Medio Alto (Banco Mundial, 2015).	Medio Alto (Banco Mundial, 2012).
PIB per cápita	8.115€ (2015).	7.561€ (2012).
Nivel de desarrollo ³²	IDH 0,756 (2014); puesto 74/167 en ranking de Desarrollo Humano.	IDH 0,755 (2012); puesto 70/167 en ranking de Desarrollo Humano.
Perfil Epidemiológico		Según la OCDE (2011): <ul style="list-style-type: none"> ▪ México ocupa el 2º lugar en prevalencia de la obesidad, a nivel mundial. ▪ México ocupa el 1º lugar en cuanto a cantidad de personas entre los 20 y 79 años que presentan Diabetes Mellitus Tipo II.
Estado Nutricional		Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 7 de cada 10 personas adultas, presentan sobrepeso. ▪ 34,4% escolares presentan sobrepeso u obesidad. ▪ 35% población adolescente

³² Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

		<p>presentan sobrepeso u obesidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 58,6% de niños, niñas y adolescentes entre 10 y 14 años, no cumplen con requerimientos básicos de actividad física.
Sistema de Salud		
Criterios de Focalización		
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Estrategia.	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que sí, ¿Cuál/es?	No se explicita.	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial.	
Los componentes de la política:		
Organismo ejecutor	Secretaría de Salud.	
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población general.	
Actores relevantes en la implementación	Gobierno Federal; Sociedad Civil; Sector Privado.	
Funciones esenciales de salud pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer un Modelo Clínico Preventivo Integral para el tratamiento de la obesidad y la diabetes. ▪ Diseñar, desarrollar e implementar un sistema de monitoreo del comportamiento epidemiológico nacional del sobrepeso, obesidad y diabetes (Observatorio de salud). ▪ Preparar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad. ▪ Fomentar la capacitación y la educación continua de los profesionales de la salud de primer contacto. Detectar oportunamente poblaciones en riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles. 2. Promoción de la salud. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar y difundir campañas de comunicación educativa a nivel nacional para toda la población, dirigida a la promoción de la alimentación 	

	<p>correcta y de la actividad física.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrumentar un programa de alimentación y actividad física. ▪ Diseñar y operar mecanismos de difusión oportuna de información epidemiológica sobre el sobrepeso, la obesidad y la diabetes. <p>3. Participación de los ciudadanos en la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyar a la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina y Nutrición en la modificación de la currícula de la carrera de medicina para que permita al médico general detectar y controlar la diabetes en el primer nivel de atención. ▪ Generar un dialogo permanente con expertos y líderes de opinión sobre el problema del sobrepeso, la obesidad y la diabetes y la naturaleza integral de la Estrategia. Actualizar el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, con el fin de regular la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a público infantil de acuerdo a recomendaciones internacionales.
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crear e implementar una regulación sanitaria de etiquetado y publicidad de alimentos y bebidas. ▪ Fomentar la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria adecuada. ▪ Asegurar el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos. ▪ Establecer un etiquetado frontal para alimentos y bebidas diseñado en conjunto con la Secretaría de Economía. ▪ Promover la reformulación e innovación de productos que favorezcan la alimentación correcta de la población. Promover la investigación científica para la prevención y atención del sobrepeso, obesidad y diabetes, y la promoción de la salud alimentaria en la población.
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	No se explicitan.
Enfoques de la FAO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salud en todas las políticas. 2. El enfoque de atención debe estar basado en determinantes sociales, bajo un abordaje integral, que incluye desde la promoción de la salud hasta la atención médica. 3. Privilegia la suma de esfuerzos y alineación de acciones de todos los sectores y todos los actores. 4. Son elementos esenciales para su correcto funcionamiento la medición del impacto de las acciones y la rendición de cuentas.

Intersectorialidad	
Compromisos gubernamentales a los que responde	
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	Secretaría de Salud.
Instrumentos para la implementación	
Estrategias de intervención	<p>Pilares y Ejes estratégicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salud Pública. <p>Busca preservar la salud a nivel poblacional a través de la promoción de estilos de vida saludables, campañas de educación, así como en el monitoreo del comportamiento de las enfermedades no transmisibles y algunos de sus principales determinantes, además de acciones preventivas como la búsqueda activa de personas que presentan factores de riesgo.</p> <p>Ejes estratégicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles. 2. Promoción de la salud y comunicación educativa. 3. Prevención. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención médica. <ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud a través de intervenciones médicas dirigidas a personas con factores de riesgo o que ya cuentan con el diagnóstico de hiperglucemia o diabetes mellitus tipo 2, con el fin de brindarles una atención oportuna y evitar las complicaciones relacionadas con dicha enfermedad. 2. Garantizar el conjunto de elementos o servicios que se consideran necesarios para el funcionamiento de los servicios de salud en la atención de las enfermedades no transmisibles, así como de la implementación de diversas tecnologías que faciliten y mejoren la accesibilidad a los diferentes servicios que brindan las unidades de salud. 3. Capacitar a los recursos humanos en salud en lo referente a los temas relacionados con las enfermedades no transmisibles. 4. Fomentar la investigación y la generación de evidencia científica.

	<p>Ejes estratégicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso efectivo a Servicios de Salud. 2. Calidad en Servicios de Salud. 3. Mejora de las competencias y la capacidad resolutoria del personal de salud. 4. Infraestructura y tecnología. 5. Abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio. 6. Monitoreo de la cadena de suministro. 7. Centro de atención a la diabetes. 8. Cirugía bariátrica. 9. Investigación y evidencia científica. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regulación sanitaria y política fiscal. <p>Establecer respuestas efectivas ante el panorama de las enfermedades no transmisibles, a través de la regulación del etiquetado y la publicidad de alimentos y bebidas, de manera particular la dirigida al público infantil, además de impulsar políticas fiscales que disminuyan el consumo de alimentos con escaso valor nutricional.</p> <p>Ejes estratégicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reformas en materia de publicidad de alimentos y bebidas. 2. Reformas en materia de etiquetado de alimentos y bebidas. 3. Medidas fiscales para disminuir el consumo de alimentos y bebidas de escaso valor nutricional.
Organismos involucrados	<p>Secretaría de Educación Pública (SEP); Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE); Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación. (SAGARPA); Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL); Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS); Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP); Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO); Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano (SEDATU); Comisión Nacional del Agua (Conagua); Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF); Red Mexicana de Municipios por la Salud.</p>
Legislación	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Ley General de Salud; Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; Ley de Planeación; Ley Federal de Protección al Consumidor; Ley Federal de Radio y Televisión; Ley General de Educación; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad;</p>
Financiamiento	

Evaluación de las políticas	
Impacto	
Fortalezas	<p>Los esfuerzos de capacitación y desarrollo de unidades específicas para control y tratamiento de obesidad y sobrepeso.</p> <p>Las modificaciones a la MIR en 2015 incluyeron modificaciones a los indicadores para tomar en cuenta tanto obesidad como diabetes e hipertensión, lo cual es congruente con el nuevo nombre y enfoque del programa: "Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes".</p> <p>El programa está enfocado a atender un problema de alta relevancia para la salud pública en México y no se limita a atender a los pacientes que llegan al sistema de salud, sino que también se enfocan en la detección.</p>
Debilidades	<p>Se recomienda desarrollar indicadores de fin que midan prevalencias del problema que el programa busca cambiar, por ejemplo, prevalencia de obesidad o diabetes.</p> <p>Se recomienda hacer una evaluación sobre el impacto que tienen proveedores capacitados en resultados de salud de la población atendida.</p> <p>Se recomienda desarrollar indicadores que transparenten la forma de cálculo de lo programado o modificar la forma en que se calculan los indicadores.</p> <p>Se recomienda mejorar la forma en que se calculan las diferentes poblaciones para facilitar la consistencia y el análisis de datos.</p> <p>Se sugiere la elaboración de un Marco Lógico que ayudaría a fijar objetivos así como a definir indicadores y poblaciones.</p> <p>El programa tiene el reto del establecimiento de Reglas de Operación que aclaren las acciones vinculadas al programa.</p>
Otros	

País	México	
Continente	América del Norte.	
Nombre Política	Programa Nacional “México Sin Hambre”.	
Año de Publicación	2013	
Año de Vigencia	2014 - a la fecha.	
Año de Implementación	2014	
Link Web	http://plataformacelac.org/es/politica/7 http://sinhambre.gob.mx/ http://sinhambre.gob.mx/basicos-3/	
Principal Eje Conceptual	Disponibilidad; Acceso; Utilización; Estabilidad.	
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Medio Alto (Banco Mundial, 2015).	Medio Alto (Banco Mundial, 2014).
PIB per cápita	8.115€ (2015).	7.791€ (2014).
Nivel de desarrollo ³³	IDH 0,756 (2014); puesto 74/167 en ranking de Desarrollo Humano.	IDH 0,756 (2014); puesto 70/167 en ranking de Desarrollo Humano.
Perfil Epidemiológico		
Estado Nutricional		
Sistema de Salud		
Criterios de Focalización		
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Estrategia.	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que sí, ¿Cuál/es?	Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria.	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial.	
Los componentes de la política:		
Organismo ejecutor	Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).	
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Las acciones de apoyo buscarán atender a 7.2 millones de personas en pobreza extrema y que además se encuentren en un estado de inseguridad alimentaria.	

³³ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Actores relevantes en la implementación	Gobierno Federal; Sociedad Civil; Sector Privado.
Funciones esenciales de salud pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP [Implícitas en estrategias de intervención 3]. 2. Promoción de la salud [Implícitas en estrategias de intervención 4 y 5]. 3. Participación de los ciudadanos en la salud [Asambleas barriales; comités comunitarios y otras instancias de participación social para efectos de diseño e implementación].
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	Implícitas en estrategias de intervención 3 y 4.
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	Implícitas en estrategias de intervención 4.
Enfoques de la FAO	<p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema y carencia de acceso a la alimentación. 2. Disminuir la desnutrición infantil aguda y crónica, y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez. 3. Aumentar la producción de alimentos y el ingreso de los campesinos y pequeños productores agrícolas. 4. Minimizar las pérdidas post-cosecha y de alimentos durante su almacenamiento, transporte, distribución y comercialización. 5. Promover el desarrollo económico y el empleo de las zonas de mayor concentración de pobreza extrema de alimentación. 6. Promover la participación comunitaria para la erradicación del hambre.
Intersectorialidad	
Compromisos gubernamentales a los que responde	Erradicar el Hambre de la población mexicana, al año 2018.
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).
Instrumentos para la implementación	Disponibles en: http://sinhambre.gob.mx/wp-content/uploads/2014/03/Elementos-Metodo%C3%B3gicos-0512.pdf
Estrategias de intervención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ingreso: Para proteger el poder adquisitivo y el ingreso, se fomentan políticas de empleo y se fortalecerán los programas de transferencias.

	<p>2. Aumento de la oferta de alimentos: Con el objetivo de mejorar la disponibilidad, el acceso físico a los alimentos y la producción rural se apoya la economía campesina.</p> <p>3. Acceso a los alimentos: Se eleva el acceso a alimentos en localidades estratégicas a través de la comercialización y fortalecimiento de las redes de abasto populares; fomentemos acciones conjuntas con otros actores sociales, como las cocinas comunitarias, comedores populares, cupones de alimentos y la entrega de despensas.</p> <p>4. Inclusión productiva: Se fomentan acciones de apoyo a la producción en zonas que sufren de poca disponibilidad de alimentos: capacitación, fortalecimiento de la economía solidaria, emprendedurismo, cesiones de microcrédito productivo orientado a combatir el hambre, y la generación de apoyos productivos a grupos prioritarios como los indígenas y las mujeres.</p> <p>5. Movilización y contraloría social: Todas las acciones de la CNCH están sujetas a esquemas de transparencia y rendición de cuentas que definan de forma clara responsabilidades de los actores involucrados.</p>
Organismos involucrados	Comisión Intersectorial para la Instrumentación de la Cruzada Contra el Hambre; Consejo Nacional de la Cruzada contra el Hambre (CNCCH).
Legislación	Ley General de Desarrollo Social; Art. 178 de la Ley de Desarrollo Rural Sustentable.
Financiamiento	
Evaluación de las políticas	
Impacto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2,3 millones de personas con pobreza extrema de alimentación son apoyadas por PROSPERA. ▪ 824.000 personas apoyadas por el Programa de Apoyo Alimentario. ▪ 448.00 apoyados por el Programa Abasto Social de Leche. ▪ Firma de convenios para la producción de bancos de alimentos.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concurrencias de programas e instituciones ha permitido focalizar en la población más pobre. ▪ Apoyo a las zonas más pobres del país, especialmente a los pequeños productores agrícolas. ▪ Fortalecimiento al acceso a programas de apoyo al empleo a la población en situación de pobreza extrema en alimentación. ▪ Consolidación de mecanismos de participación.
Debilidades	
Otros	

Ficha: Nueva Zelanda

País	Nueva Zelanda	
Continente	Oceanía.	
Nombre Política	"Alimentación saludable - actuar saludable: Oranga Kai - Oranga Pumau". Plan de Implementación: 2004-2010 ³⁴ correspondiente a la política y estrategia del mismo nombre.	
Año de Publicación	2003	
Año de Vigencia	2004 - 2010	
Año de Implementación	2004	
Link Web	https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/8061 http://www.health.govt.nz/publication/healthy-eating-healthy-action-oranga-kai-oranga-pumau-implementation-plan-2004-2010 http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/healthyeating_healthyactionimplementationplan.pdf	
Principal Eje Conceptual	Disponibilidad; Acceso; Utilización; Estabilidad.	
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Alto (Banco Mundial, 2015).	Alto (Banco Mundial, 2004).
PIB per cápita	33.406€ (2015).	21.839€ (2005).
Nivel de desarrollo ³⁵	IDH 0,913 (2014); puesto 9/167 en ranking de Desarrollo Humano.	IDH 0,894 (2005); puesto 5/167 en ranking de Desarrollo Humano.
Perfil Epidemiológico		
Estado Nutricional		
Sistema de Salud		
Criterios de Focalización		Población indígena; población de NSE bajo; clase trabajadora.
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Plan de implementación.	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional.	

³⁴ Título original: "Healthy Eating - Healthy Action: Oranga Kai - Oranga Pumau Implementation Plan: 2004-2010"

³⁵ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que sí, ¿Cuál/es?	New Zealand Health Strategy (Minister of Health 2000). Plan que responde a 13 de los principales puntos de la Estratega de Salud para Nueva Zelanda. He Korowai Oranga the Maori Health Strategy (Minister of Health and Associate Minister of Health 2002).
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial.
Los componentes de la política:	
Organismo ejecutor	Gobierno de Nueva Zelanda, a través de su Ministerio de Salud.
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población general, con énfasis en grupos vulnerables, población indígena e infantojuvenil.
Actores relevantes en la implementación	Gobierno central y local; Sector público; ONGs; centros de investigación; sector productivo; sector empresarial; sociedad civil.
Funciones esenciales de salud pública	1. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP. 2. Promoción de la salud. 3. Participación de los ciudadanos en la salud [Énfasis en población Maorí].
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	Asegurar el acceso a opciones de alimentación saludable, asequible, costeables, además de promover el aumento de consumo de frutas y vegetales.
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	
Enfoques de la FAO	
Intersectorialidad	
Compromisos gubernamentales a los que responde	Se mencionan, pero no se especifican en documentación oficial estudiada.
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	Ministerio de Salud.
Instrumentos para la implementación	1. Construir una política pública saludable. 2. Crear ambientes que sustenten una vida saludable y una nutrición adecuada. 3. Fortalecer el rol activo de la comunidad. 4. Desarrollar habilidades a nivel individual, con respecto al autocuidado nutricional y seguridad alimentaria. 5. Reorientación del servicio de Salud.

	<p>6. Monitorear, investigar y evaluar.</p> <p>7. Comunicación.</p> <p>8. Salud y actividad física en la Clase Trabajadora (mano de obra).</p>
Estrategias de intervención	<p>Objetivo 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Trabajar en colaboración y de manera coordinada para mejorar la nutrición, aumentar la actividad física y reducir la obesidad en la población. 1.2 Aumentar la información y la comprensión por parte de la población, acerca de las alternativas y políticas públicas para mantener un estilo de vida saludable y una nutrición balanceada. 1.3 Generar políticas públicas saludables en las áreas de actividad física y nutrición, acompañado de ambientes saludables que las sustenten 1.4 Promover la lactancia hasta los 6 meses de vida como mínimo. <p>Objetivo 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Promover un perfil de alimentación saludable y actividad física, a través de la publicidad, los medios de comunicación y campañas. 2.2 Mejorar el acceso a alimentación saludable en establecimientos educacionales de todo tipo. 2.3 Reducir la sal, el azúcar y las grasas saturadas en alimentos envasados y de distribución comercial. 2.4 Generar ambientes que promuevan el deporte y la alimentación sana. 2.5 Generar ambientes que promuevan la actividad física y alimentación adecuada en personas mayores y en personas con alguna discapacidad. <p>Objetivo 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Generar estrategias para que la comunidad adopte actitud más activa frente a su propio estilo de vida y a la de otras comunidades. <p>Objetivo 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Implementar actividades que aumenten el nivel de conocimiento de la población, con respecto a nutrición y seguridad alimentaria. 4.2 Implementar actividades que aumenten el nivel de conocimiento de trabajadores, administrativos y sostenedores de instituciones a cargo del cuidado de personas, con respecto a nutrición y seguridad alimentaria. 4.3 Implementar actividades que aumenten el nivel de conocimiento de profesionales de la educación con respecto a nutrición y seguridad alimentaria, vinculándolo a su desarrollo curricular. 4.4 Implementar actividades que aumenten el nivel de conocimiento de trabajadores de la industria alimentaria, con respecto a nutrición y seguridad alimentaria.

	<p>Objetivo 5:</p> <p>5.1 Mejorar la disponibilidad y el acceso a programas para bajar de peso, a sectores sociales más vulnerables.</p> <p>5.2 Integrar la estrategia HEHA (salud Maorí) con sistema de salud general.</p> <p>5.3 Aumentar la promoción de alimentación y vida saludable, en establecimientos de atención primaria en Salud.</p> <p>Objetivo 6:</p> <p>6.1 Aumentar y mejorar disponibilidad de investigaciones y datos, con respecto al estado nutricional y alimentario de la población.</p> <p>6.2 Implementar un programa de seguimiento y monitoreo permanente al estado de salud de la población.</p> <p>6.3 Mejorar las evaluaciones en salud y actividad física.</p> <p>Objetivo 7:</p> <p>7.1 Lograr que la población reconozca los mensajes clave de la estrategia "Comer sano-Actuar sano" y los incorpore a su vida cotidiana.</p> <p>Objetivo 8:</p> <p>Generar programas educativos y de capacitación para la clase trabajadora del país, con respecto a los beneficios de una dieta saludable y los riesgos de una alimentación alta en grasas saturadas, azúcares y sal.</p>
Organismos involucrados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sector Salud: Ministerio de Salud; Juntas Distritales de Salud; ONGs; Organizaciones y proveedores provenientes de la comunidad; profesionales de la salud. ▪ Sector Actividad Física: Deporte y Recreación de Nueva Zelanda; proveedores deportivos regionales; proveedores de actividad física; proveedores comunitarios y organizaciones. ▪ Sector Educacional: Ministerio de Educación; académicos e investigadores; instituciones terciarias; establecimientos escolares. ▪ Otros sectores: Agencias del Gobierno Central; gobiernos locales; Industria de producción de alimentos y de alimentación, incluyendo comida rápida, productores de frutas y verduras, y restaurantes; industria de pérdida de peso; publicidad y medios de comunicación; empleadores/sector privado.
Legislación	
Financiamiento	No se especifica en documentación oficial estudiada.
Evaluación de las políticas	
Impacto	
Fortalezas	
Debilidades	
Otros	

Ficha: Países Nórdicos

País	Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia³⁶	
Continente		
Nombre Política	Plan de Acción Nórdico para una mejor salud y calidad de vida a través de dieta y actividad física.	
Año de Publicación	2006	
Año de Vigencia		
Año de Implementación	2006	
Link Web	http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:701231/FULLTEXT01.pdf http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:701045/FULLTEXT01.pdf http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:702622/FULLTEXT01.pdf	
Principal Eje Conceptual	Disponibilidad; Utilización; Estabilidad.	
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Dinamarca: Alto (Banco Mundial, 2015). Finlandia: Alto (Banco Mundial, 2015). Islandia: Alto (Banco Mundial, 2015). Noruega: Alto (Banco Mundial, 2015). Suecia: Alto (Banco Mundial, 2015).	Dinamarca: Alto (Banco Mundial, 2006). Finlandia: Alto (Banco Mundial, 2006). Islandia: Alto (Banco Mundial, 2006). Noruega: Alto (Banco Mundial, 2006). Suecia: Alto (Banco Mundial, 2006).
PIB per cápita	Dinamarca: 46.800€ (2015). Finlandia: 38.200€ (2015). Islandia: 45.700€ (2015). Noruega: 67.100€ (2015). Suecia: 45.600€ (2015).	Dinamarca: 41.500€ (2006). Finlandia: 32.800€ (2006). Islandia: 44.800€ (2006). Noruega: 59.100€ (2006). Suecia: 36.900€ (2006).
Nivel de desarrollo³⁷	Dinamarca: IDH 0,923 (2014); puesto 4/167 en ranking de Desarrollo Humano. Finlandia: IDH 0,883 (2014); puesto 24/167 en ranking de Desarrollo Humano.	Dinamarca: IDH 0,891 (2005); puesto 7/167 en ranking de Desarrollo Humano. Finlandia: IDH 0,869 (2005); puesto 16/167 en ranking de Desarrollo Humano.

³⁶ Esta política corresponde a una iniciativa de tipo subregional, elaborada por el Concilio Nórdico de Ministros (The Nordic Council of Ministers) para sus países miembros (Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia) y sus respectivos territorios autogobernados (Islas Feroe, Groenlandia e Islas Aland).

³⁷ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

	<p>Islandia: IDH 0,899 (2014); puesto 16/167 en ranking de Desarrollo Humano.</p> <p>Noruega: IDH 0,944 (2014); puesto 1/167 en ranking de Desarrollo Humano.</p> <p>Suecia: IDH 0,907 (2014); puesto 14/167 en ranking de Desarrollo Humano.</p>	<p>Islandia: IDH 0,888 (2005); puesto 11/167 en ranking de Desarrollo Humano.</p> <p>Noruega: IDH 0,935 (2005); puesto 1/167 en ranking de Desarrollo Humano.</p> <p>Suecia: IDH 0,887 (2005); puesto 13/167 en ranking de Desarrollo Humano.</p>
Perfil Epidemiológico		
Estado Nutricional		<p>Población general de países y territorios nórdicos (NORDEN, 2006):</p> <p>El 50% de la población no alcanza a cumplir los requerimientos mínimos de actividad física diaria.</p> <p>El 40% de la población adulta, presenta sobrepeso.</p> <p>La cifra de niños, niñas y jóvenes con sobrepeso ha ido en aumento, tendiente al 15%-20%.</p>
Sistema de Salud		
Criterios de Focalización		
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Estrategia o Plan de Acción.	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Regional, con expresión nacional en cada uno de los países miembros del Concejo Nórdico de Ministros.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que si, ¿Cuál/es?	Política de la "Cerradura Verde" (the Green keyhole); Etiquetado de grasas trans en alimentos.	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial.	
Otros	<p>Nombres con los que se le conoce en cada país miembro del Concilio Nórdico:</p> <p>Dinamarca: "The Nordic plan of action on better health and quality of life through diet and physical activity".</p> <p>Finlandia: "The Nordic plan of action on better health and quality of</p>	

	<p>life through diet and physical activity".</p> <p>Islandia: "The Icelandic National health plan to the year 2010".</p> <p>Noruega: "A better life through diet and physical activity: Nordic plan of action on better health and quality of life through diet and physical activity".</p> <p>Suecia: "A better life through diet and physical activity: Nordic plan of action on better health and quality of life through diet and physical activity".</p>
Los componentes de la política:	
Organismo ejecutor	El Concilio Nórdico de Ministros para la Pesca y la Acuicultura, Agricultura, Alimentación y Silvicultura; y el Concilio Nórdico de Ministros para la Salud y los Asuntos Sociales ³⁸ .
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población general, con énfasis en: Niños, niñas y jóvenes; sectores vulnerables; y minorías étnicas de cada país.
Actores relevantes en la implementación	Sociedad civil, ONGs, inversionistas privados, autoridades locales y estatales, así como acción a nivel internacional (NORDEN, 2006).
Funciones esenciales de salud pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP [El Consejo Nórdico de Ministros decidió implementar a nivel regional un sistema de seguimiento de los avances y falencias de la política regional, mediante la generación de bases de datos cuya información sea estadísticamente confiable, se mantenga actualizada cada 2 años y que permita la comparación entre países nórdicos. Para ello, el levantamiento de información dentro de cada país se haría utilizando indicadores e instrumentos comunes]. 2. Promoción de la salud [Se menciona de modo general la realización de campañas educativas e incorporación del tema en las mallas curriculares escolares].
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	Este plan de acción incluye el desarrollo de mecanismos para facilitar a los y las consumidores, comprender la información nutricional correspondiente a los diversos alimentos que tienen a disposición. Esto, con el objetivo de hacer que la toma de decisiones saludable sea más sencillo para toda la población.
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	

³⁸ Originalmente "The Nordic Council of Ministers for Fisheries and Aquaculture, Agriculture, Food and Forestry (MR-FJLS) and The Nordic Council of Ministers for Health and Social Affairs (MR-S)".

Enfoques de la FAO	Esta política regional busca conseguir lo siguiente (NORDEN, 2006): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una mejora sustantiva en la dieta de la población nórdica; ▪ Que la mayoría de los/as adultos/as y ancianos/as cumplan con los requerimientos mínimos de actividad física y que los/as niños/as y jóvenes sean físicamente activos; ▪ Avanzar en la reducción de las cifras de sobrepeso y obesidad en los países nórdicos, especialmente entre niños, niñas y adolescentes; ▪ Una baja tolerancia en cuanto a desigualdad social vinculada con alimentación y actividad física.
Intersectorialidad	NORDFORSK (2005), institución creada y vinculada al Consejo Nórdico de Ministros, para el desarrollo de investigación científica respecto de las temáticas de urgencia. Con la publicación del Plan de Acción Nórdico, Nordforsk comprometió dedicar los siguientes cinco años (2006-2011) a investigar sobre "Alimentación, Nutrición y Salud", recibiendo un financiamiento anual de 1,5 millones de euros.
Compromisos gubernamentales a los que responde	
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité de Altos Mandos para Pesca y Acuicultura, Agricultura, Alimentación y Silvicultura (NORDEN). ▪ Comité de Altos Mandos para Salud y Asuntos Sociales (NORDEN). ▪ Grupo Nórdico de Trabajo sobre Régimen Alimenticio, Alimentos y Toxicología (NORDEN).
Instrumentos para la implementación	
Estrategias de intervención	De acuerdo a la documentación oficial de NORDEN (2006), los principales ejes de intervención son: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habilitar/permitir que niños, niñas y jóvenes tomen decisiones saludables y protegerles de ambientes que promuevan alternativas no saludables; ▪ Hacer de la toma de decisiones saludables, algo más sencillo para toda la población; y ▪ Utilizar acciones focalizadas para llegar a los grupos más vulnerables de la población.
Organismos involucrados	
Legislación	
Financiamiento	
Evaluación de las políticas *(Evaluación de Noruega)	
Impacto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento del conocimiento sobre nutrición y salud en la población en general. ▪ Reducción del consumo de grasas (principalmente saturadas),

	<p>pero continua siendo alto.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento del consumo de vegetales, frutas y cereales. ▪ Disminución a la mitad, en relación a las últimas tres décadas, de las enfermedades cardiacas, aunque los niveles de obesidad se mantienen altos. ▪ Disminución de azúcar añadida, pero continúa alto. ▪ Aumento de consumo de fibra, pero continúa bajo.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan noruego es considerado una herramienta de apoyo para actividades locales por parte de las autoridades, profesionales de la salud, el sector privado y la sociedad civil. ▪ Estrategias de comunicación, incluida la traducción de información nutricional en distintos lenguajes.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambio en los patrones de consumo y dieta, especialmente entre los más jóvenes. ▪ Perdida de terreno de las campañas de salud pública en relación a la publicidad agresiva de alimentos altos en grasas, sal y azúcar. ▪ Continúa el desafío de comprometer e involucrar a todos los ministerios involucrados en el plan. ▪ Falta de plazos, presupuestos, fondos designados y metas claras para las medidas del plan. ▪ Falta de lenguaje preciso en la descripción de medidas. ▪ Falta de herramientas, presupuesto y de experticia en el sector educación para el desarrollo de actividades locales para la promoción de la alimentación y nutrición.
Otros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El foro de dialogo es una herramienta clave para el trabajo intersectorial, especialmente entre el trabajo del Ministerio de Salud y el sector privado. ▪ Se considera esencial el trabajo de los nutricionista en la atención primaria. ▪ Necesidad de enfocarse en la desigualdad social en la dieta, especialmente en la población de bajos ingresos y minorías étnicas.

Ficha: Reino Unido

País	Reino Unido	
Continente	Europa.	
Nombre Política	Estrategia de la Agencia de Estándares Alimenticios, Plan 2015-2020.	
Año de Publicación	2015	
Año de Vigencia	2015-2020	
Año de Implementación	2015	
Link Web	https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/8333 https://www.food.gov.uk/sites/default/files/Strategy%20FINAL.pdf https://www.food.gov.uk/sites/default/files/FSA%20strategy%20document%202015-2020_April%202015_interactive%20(2).pdf Disponibilidad; Acceso; Utilización; Estabilidad.	
Principal Eje Conceptual		
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Alto (Banco Mundial, 2015).	Alto (Banco Mundial, 2015).
PIB per cápita	39.600€ (2015)	39.600€ (2015)
Nivel de desarrollo ³⁹	IDH 0,907 (2014); puesto 14/167 en ranking de Desarrollo Humano.	IDH 0,907 (2014); puesto 14/167 en ranking de Desarrollo Humano.
Perfil Epidemiológico		
Estado Nutricional		
Sistema de Salud		
Criterios de Focalización		
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Estrategia.	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que sí, ¿Cuál/es?	"Eligiendo una dieta saludable: Plan de Acción para Comida y Salud" (2005).	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial.	
Los componentes de la política:		
Organismo ejecutor	Gobierno del Reino Unido, a través de su Agencia de Estándares Alimenticios.	

³⁹ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población general.
Actores relevantes en la implementación	Gobierno del Reino Unido; Industria Alimentaria; sociedad civil.
Funciones esenciales de salud pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud [Contemplado en eje de intervención “Asegurar que los consumidores puedan realizar decisiones informadas con respecto a su alimentación”]. 2. Participación de los ciudadanos en la salud [se hace mención a la idea de generar instancias de empoderamiento de la ciudadanía con respecto a su seguridad alimentaria y nutricional].
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	Contemplado en ejes de intervención “Asegurar que los alimentos sean lo que dicen ser” y “Asegurar que los consumidores puedan realizar decisiones informadas con respecto a su alimentación.” Y “Asegurar que los consumidores puedan acceder a una dieta saludable, ahora y en el futuro”.
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	Contemplado en eje de intervención “Asegurar que los alimentos sean seguros”.
Enfoques de la FAO	<p>Ejes de acción diseñados en función de asegurar los derechos de los consumidores;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Derecho a ser protegidos de niveles de riesgo inaceptables; 2. Derecho a tomar decisiones de manera informada; 3. Derecho a tener la mejor alimentación posible.
Intersectorialidad	
Compromisos gubernamentales a los que responde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar la producción de investigación e información basada en datos científicos, con respecto a las temáticas de nutrición y seguridad alimentaria. ▪ Generar una legislación que permita proteger y asegurar el cumplimiento de los objetivos trazados en esta estrategia. ▪ Empoderar a los y las consumidores, tanto en proceso de creación de política como durante su implementación, así también como con respecto a su relación con la industria alimentaria. ▪ Crear un ambiente en el cual los múltiples actores políticos sean capaces y contribuyan efectivamente a proteger, informar y empoderar a los consumidores.
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	Agencia de Estándares Alimenticios.
Instrumentos para la implementación	No se especifican en la documentación oficial disponible.
Estrategias de intervención	A partir de los derechos identificados mediante metodologías

	<p>participativas en las que se recogieron las opiniones de las y los consumidores, la AEA propuso los siguientes ejes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar que los alimentos sean seguros; 2. Asegurar que los alimentos sean lo que dicen ser; 3. Asegurar que los consumidores puedan realizar decisiones informadas con respecto a su alimentación; 4. Asegurar que los consumidores puedan acceder a una dieta saludable, ahora y en el futuro. <p>Estos ejes de intervención corresponden también a los productos que se esperan conseguir por medio de la implementación de esta estrategia.</p>
Organismos involucrados	No aparecen detalladas en los documentos oficiales estudiados.
Legislación	Ley de la Agencia de Estándares Alimenticios (1999).
Financiamiento	No aparece detallado en la documentación oficial estudiada.
Evaluación de las políticas	
Impacto	
Fortalezas	
Debilidades	
Otros	

Ficha: República Checa

País	República Checa	
Continente	Europa.	
Nombre Política	Estrategia de Nutrición y Seguridad Alimentaria ⁴⁰ .	
Año de Publicación	2010	
Año de Vigencia	2010–2013	
Año de Implementación	2010	
Link Web	https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/8351 http://eagri.cz/public/web/file/44930/Strategie_BP_EN.pdf	
Principal Eje Conceptual		
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Alto (Banco Mundial, 2015).	Alto (Banco Mundial, 2010).
PIB per cápita	15.800€ (2015).	14.900€ (2010).
Nivel de desarrollo ⁴¹	IDH 0,870 (2014); puesto 28/167 en ranking de Desarrollo Humano.	IDH 0,858 (2010); puesto 28/167 en ranking de Desarrollo Humano.
Perfil Epidemiológico		
Estado Nutricional		
Sistema de Salud		
Criterios de Focalización		
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Estrategia.	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que sí, ¿Cuál/es?	Instituciones existentes e integradas en la Estrategia: Sistema de Seguridad Alimentaria; Centro de Información de Seguridad Alimentaria.	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial	
Los componentes de la política:		
Organismo ejecutor	Gobierno de República Checa, principalmente mediante sus Ministerios de Agricultura y de Salud.	
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población general.	

⁴⁰ Título original: "Food safety and nutrition strategy"⁴¹ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Actores relevantes en la implementación	Gobierno; asesores no-gubernamentales; ONGs; industria de alimentación y alimentos; consumidores (sociedad civil).
Funciones esenciales de salud pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la SP [Previas a esta estrategia: 2. Encuesta Nacional sobre Consumo Individual de Alimentos⁴², creada en 2004 por el Ministerio de Salud]. 3. Promoción de la salud [Eje 3: Comunicación de los factores de riesgo]. 4. Participación de los ciudadanos en la salud [Eje 3: Comunicación de los factores de riesgo].
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	Eje 2: Administración y gestión de factores de riesgos.
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	No se mencionan en documentación estudiada.
Enfoques de la FAO	Política basada en un análisis de riesgos con tres elementos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de factores de riesgo; 2. Administración y gestión de factores de riesgos; 3. Comunicación de los factores de riesgo.
Intersectorialidad	Planificación, Salud, Economía y Sectores Productivos, Economía, Educación.
Compromisos gubernamentales a los que responde	
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	Primer Ministro (interino) y Ministro de Defensa; Ministros de Medio Ambiente, Agricultura, Interior, Hacienda, Economía, Salud, Educación, Cultura y Deporte; y Director del Alto Mando para Seguridad Nuclear.
Instrumentos para la implementación	No se detallan en documentación estudiada.
Estrategias de intervención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguridad Alimentaria: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de factores de riesgo, basada en evidencia científica. ▪ Plan para el manejo y gestión de factores de riesgo. ▪ Desarrollo de comunicación y educación en relación a factores de riesgo. 2. Cooperación con la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria.

⁴² Título original: "The National Survey of Individual Food Consumption – SISP 2004"

	<p>3. Nutrición:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de factores de riesgo, basada en evidencia científica. ▪ Plan para el manejo y gestión de factores de riesgo. ▪ Comunicación y educación sobre factores de riesgo nutricional.
Organismos involucrados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Sistema de Seguridad Alimentaria es coordinado por los Ministerios de Agricultura y Salud, en cooperación con otras secretarías de Estado. ▪ La Evaluación de indicadores de riesgo es realizada y dirigida por institutos de investigación no gubernamentales y universidades. ▪ En el proceso de comunicación de factores de riesgo, participan ONGs, profesionales y asociaciones de consumidores.
Legislación	<p>Regulation (EC) No 178/2002 of the European Parliament and of the Council;</p> <p>Regulation (EC) No 882/2004 of the European Parliament and of the Council of 29 April 2004.</p>
Financiamiento	No se detalla en documentación estudiada.
Evaluación de las políticas	
Impacto	
Fortalezas	
Debilidades	
Otros	

Ficha: Suiza

País	Suiza	
Continente	Europa.	
Nombre Política	Política Suiza de Nutrición para 2013-2016 ⁴³ .	
Año de Publicación	2013	
Año de Vigencia	2013 - a la fecha.	
Año de Implementación	2013	
Link Web	https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/CHE%202013-2016%20Swiss%20Nutrition%20Policy%20EN.pdf	
Principal Eje Conceptual	Disponibilidad, Utilización; Estabilidad.	
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico	Alto (Banco Mundial, 2015).	Alto (Banco Mundial, 2013).
PIB per cápita	73.000€ (2015).	63.700€ (2015).
Nivel de desarrollo⁴⁴	IDH 0,930 (2014); puesto 3/167 en ranking de Desarrollo Humano.	IDH 0,917 (2013); puesto 3/167 en ranking de Desarrollo Humano.
Perfil Epidemiológico		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedades cardiovasculares constituyen la causa de muerte más frecuente en la población. ▪ Entre el 5% y el 6% de Hombres y entre el 4% y 5% de Mujeres, presentan Diabetes Mellitus. De esas proporciones, casi el 90% de los casos con Tipo 2 de Diabetes Mellitus, son atribuibles al sobrepeso y a la obesidad. ▪ El Cáncer es la segunda causa de muerte más frecuente en la población. ▪ Alrededor de 300 mil habitantes suizos, presentan Osteoporosis.
Estado Nutricional		Población adulta: 46% Hombres y 29% Mujeres presentan sobrepeso u obesidad.

⁴³ Título original: "Swiss Nutrition Policy for 2013-2016"⁴⁴ Datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Sistema de Salud		
Criterios de Focalización		
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	Política	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Nacional.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que si, ¿Cuál/es?	No se detalla en documentación estudiada.	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)	Intersectorial.	
Otros	<p>Basada en principales hallazgos del 6º Reporte Nutricional Suizo.</p> <p>A la fecha de elaboración de esta política, Suiza no contaba con ninguna base de datos nacional, representativa y de buena calidad, on respecto a hábitos alimenticios individuales. Esto puede afectar la estimación realizada con respecto a las proporciones de consumo de azúcares, sal, grasas saturadas, fibras, vegetales y frutas.</p>	
Los componentes de la política:		
Organismo ejecutor	Gobierno Federal, a través de su Oficina Federal de Salud Pública.	
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	Población general, con énfasis en población infantojuvenil, en población migrante y en población socioeconómicamente vulnerable.	
Actores relevantes en la implementación	Gobierno federal y municipalidades; sector privado y ONGs. También se requiere de un trabajo interministerial con Agricultura y Educación.	
Funciones esenciales de salud pública	1. Promoción de la salud.	
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)		
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	Se menciona, pero no se detalla en documentación estudiada.	
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	Se menciona, pero no se detalla en documentación estudiada.	
Enfoques de la FAO	<p>Política con un Enfoque dual.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Prevención sobre el comportamiento</u>: Reforzar la responsabilidad personal del público y su alfabetización en Salud; y ▪ <u>Prevención ambiental</u>: Crear un contexto u escenario que facilite un estilo de vida saludable. 	
Intersectorialidad	Sector público, sector privado, ONGs.	
Compromisos gubernamentales a los que responde	No se detalla en documentación estudiada.	

Implementación													
Responsabilidades en la ejecución e implementación	Oficina Federal de Salud Pública.												
Instrumentos para la implementación	No se detalla en documentación estudiada.												
Estrategias de intervención	<p>Se identifican 6 áreas problemáticas, para las cuales se definieron campos de acción:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Sobrepeso y enfermedades secundarias</td> <td>Proteger la salud y prevenir enfermedades</td> </tr> <tr> <td>Situación nutricional</td> <td>Disponibilidad de comida saludable, producida de forma segura y sustentable</td> </tr> <tr> <td>Recomendaciones dietéticas y alfabetización nutricional</td> <td>Apuntar hacia la igualdad de oportunidades entre grupos poblacionales</td> </tr> <tr> <td>Un ambiente saludable</td> <td>Coordinación, cooperación y enfoque multisectorial/intersectorial</td> </tr> <tr> <td>Información para consumidores</td> <td>Información y comunicación</td> </tr> <tr> <td>Evidencia científica y eficacia</td> <td>Potenciar la investigación en Nutrición y la disponibilidad de taos con base científica</td> </tr> </tbody> </table>	Sobrepeso y enfermedades secundarias	Proteger la salud y prevenir enfermedades	Situación nutricional	Disponibilidad de comida saludable, producida de forma segura y sustentable	Recomendaciones dietéticas y alfabetización nutricional	Apuntar hacia la igualdad de oportunidades entre grupos poblacionales	Un ambiente saludable	Coordinación, cooperación y enfoque multisectorial/intersectorial	Información para consumidores	Información y comunicación	Evidencia científica y eficacia	Potenciar la investigación en Nutrición y la disponibilidad de taos con base científica
Sobrepeso y enfermedades secundarias	Proteger la salud y prevenir enfermedades												
Situación nutricional	Disponibilidad de comida saludable, producida de forma segura y sustentable												
Recomendaciones dietéticas y alfabetización nutricional	Apuntar hacia la igualdad de oportunidades entre grupos poblacionales												
Un ambiente saludable	Coordinación, cooperación y enfoque multisectorial/intersectorial												
Información para consumidores	Información y comunicación												
Evidencia científica y eficacia	Potenciar la investigación en Nutrición y la disponibilidad de taos con base científica												
Organismos involucrados	Se menciona, pero no se detalla en documentación estudiada.												
Legislación	Se menciona, pero no se detalla en documentación estudiada.												
Financiamiento	No se detalla en documentación estudiada.												
Evaluación de las políticas													
Impacto													
Fortalezas													
Debilidades													
Otros													

Ficha: Unión Europea

País	Unión Europea	
Continente	Europa.	
Nombre Política	Plan de Acción Europeo sobre Alimentación y Nutrición 2015-2020 ⁴⁵ .	
Año de Publicación	2014	
Año de Vigencia		
Año de Implementación	2015	
Link Web	http://www.sennutricion.org/es/2014/11/18/european-food-and-nutrition-action-plan-2015-2020-oms-2014 http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/1._Joao_Presentation_NAOS_4-NOV_2014.pdf	
Principal Eje Conceptual	Disponibilidad; Acceso; Utilización; Estabilidad.	
Contexto actual y al momento de la Implementación		
	Actual	Al momento de la Implementación
Nivel Socioeconómico		
PIB per cápita		
Nivel de desarrollo		
Perfil Epidemiológico		Europa presenta un aumento radical en las enfermedades no contagiosas como primera causa de mortalidad en su población, directamente asociadas con estilos de vida sedentarios y poco saludables. La alimentación y la falta de actividad física son los principales ejes a intervenir para revertir esta situación, haciendo énfasis sobretudo en la población infantil, juvenil y aquellos grupos poblacionales económicamente vulnerables.
Estado Nutricional		Según los datos recopilados por la OMS, respecto a los 53 países del continente europeo: <ul style="list-style-type: none"> 46 países de la región europea presentan sobrepeso en más del 50% de su población y la prevalencia de la obesidad es cercana al 20%, respectivamente.

⁴⁵ Título original: "European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020"

		<p>También se informa que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los países de la región europea, exceden la dosis diaria recomendada de sal (5 gr al día, máximo); ▪ 48 de los 53 países de la región, exceden la recomendación de que las grasas saturadas no formen más del 10% del total de calorías diarias; ▪ Con respecto al consumo recomendado de azúcares por día (5% del total de calorías diarias), en 24 de los 53 países de la región se detecta que un 25% de los jóvenes de 15 años consumen bebidas azucaradas de forma diaria.
Sistema de Salud		
Criterios de Focalización		Población infantojuvenil, especialmente población adolescente y joven adulta (entre los 15 y los 24 años).
La forma en que se expresa la política o plan:		
Nivel dentro de la lógica de la planificación social (política, plan, programa)	<p>Guía para que cada país adopte estrategias y planes de acción.</p> <p>Los principios rectores de esta guía, son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducir las desigualdades en el acceso a comida saludable; ▪ Asegurar los Derechos Humanos y el Derecho al Alimento; ▪ Empoderar a las personas y a las comunidades mediante ambientes que promuevan la vida saludable; ▪ Promover una perspectiva de vida de largo plazo; ▪ Utilizar estrategias basadas en datos científicos. 	
Nivel territorial explicitado (Nacional, regional, municipal)	Continental.	
¿Explícita o implícita en otros planes o políticas? En caso de que sí, ¿Cuál/es?	<p>Estrategia Europea para la Actividad Física y la Salud;</p> <p>Todas las políticas de seguridad alimentaria y nutrición, desarrolladas por países miembros de la Unión Europea, anteriores y posteriores al periodo 2015-2020.</p>	
Alcance de la política (Sectorial/Intersectorial)		
Otros	<p>Entre 2012 y 2013, los países de la UE impulsaron iniciativas gubernamentales para mejorar los índices de nutrición y seguridad alimentaria, así también como los de actividad física. Este plan de acción constituye un intento por integrar los principales aprendizajes de esas experiencias, para estandarizar guías de acción aplicables a toda la región.</p>	

Los componentes de la política:	
Organismo ejecutor	
Beneficiarios y énfasis en grupos específicos	
Actores relevantes en la implementación	
Funciones esenciales de salud pública	
Iniciativas de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	
Iniciativas de Seguridad Alimentaria	
Iniciativas de Inocuidad de los alimentos	
Enfoques de la FAO	
Intersectorialidad	
Compromisos gubernamentales a los que responde	
Implementación	
Responsabilidades en la ejecución e implementación	
Instrumentos para la implementación	
Estrategias de intervención	
Organismos involucrados	
Legislación	
Financiamiento	
Evaluación de las políticas	
Impacto	
Fortalezas	Se considera una base sólida para la acción para la creación de planes de acción a nivel nacional.
Debilidades	No todos los planes que se han creado a partir de esta iniciativa se han diseñado de manera detallada ni en el mismo nivel de planificación social.
Otros	