

091/22

Bogotá D.C, 3 de Agosto de 2022

Doctor

GREGORIO ELJACH PACHECO

Secretario General

Senado de la República

Ciudad

Asunto: Radicación de proyecto de ley “Por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 1355 de 2009, se adicionan artículos nuevos y se dictan otras disposiciones”.

Respetado Secretario General,

En nuestra calidad de congresistas de la República y en uso de las atribuciones que nos han sido conferidas constitucional y legalmente, nos permitimos respetuosamente radicar el proyecto de ley de referencia y, en consecuencia, le solicitamos se sirva dar inicio al trámite legislativo respectivo.

Cordialmente,



PEDRO HERNANDO FLOREZ PORRAS

Senador de la República

PROYECTO DE LEY _____ DE 2022

“Por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 1355 de 2009, se adicionan artículos nuevos y se dictan otras disposiciones”

EL CONGRESO DE COLOMBIA,

DECRETA:

Artículo 1. Modifíquese el artículo 3 de la Ley 1355 de 2009, el cual quedará así:

Artículo 3. Promoción. El Estado a través de los Ministerios de Salud y Protección Social, Cultura, Educación, Deporte, Transporte, Ambiente y Vivienda y Desarrollo Territorial y Agricultura y Desarrollo Rural, ICBF, Departamento Nacional de Planeación, las Secretarías de Salud Distritales, Municipales y Departamentales, y las que tengan incidencia en el tema, y los Comités de Seguridad Alimentaria y Nutricional, deberán promover políticas de seguridad alimentaria y nutricional que garanticen el derecho humano a la alimentación y, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para el desarrollo de las mismas. Estas políticas se complementarán con estrategias de comunicación, educación e información. En un plazo no mayor a 6 (seis) meses, el Gobierno Nacional reglamentará lo relacionado con la financiación de las mencionadas actividades de promoción.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, el ICBF y el Ministerio de Educación, de manera conjunta direccionarán técnicamente los contenidos de dichas actividades de promoción de cada entidad. Así mismo los entes de control vigilarán el cumplimiento de las disposiciones aquí contenidas.

Parágrafo 2. Para el caso de las Secretarías de Salud Distritales, Municipales y Departamentales, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en un plazo no mayor a 6 meses desde la entrada en vigencia de la presente Ley, el contenido de este artículo para su implementación.

Artículo 2. Modifíquese el artículo 4 de la Ley 1355 de 2009, el cual quedará así:

Artículo 4. Estrategias para promover una alimentación balanceada y saludable. Los diferentes sectores de la sociedad impulsarán una alimentación balanceada y saludable en la población colombiana, a través de las siguientes acciones:

- a) Los establecimientos educativos y de salud públicos y privados del país en donde se ofrezcan alimentos para el consumo deberán garantizar la disponibilidad de frutas, verduras y alimentos de alto contenido nutricional.

- b) Los centros educativos públicos y privados del país deberán adoptar un Programa de Educación Alimentaria siguiendo los lineamientos y guías que desarrollen el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para promover una alimentación balanceada y saludable, de acuerdo con las características culturales de las diferentes regiones de Colombia.
- c) El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, deberá establecer mecanismos para fomentar la producción y comercialización de frutas y verduras, con participación de los entes territoriales, la empresa privada y los gremios de la producción agrícola.

Parágrafo. No se permitirá la distribución, comercialización, promoción y publicidad de productos comestibles ultraprocesados, en los colegios e institutos públicos y privados de educación preescolar, básica primaria, básica secundaria y media, bibliotecas públicas e instituciones de salud.

Parágrafo Transitorio. En los Municipios, Distritos y/o Departamentos donde al momento de la expedición de la presente Ley se hayan implementado o estén en proceso de implementación políticas públicas en el sentido de lo descrito en el presente artículo, tendrán un plazo máximo de un año para adecuar dicha regulación a lo establecido en la presente Ley.

Artículo 3. Modifíquese el artículo 7 de la Ley 1355 de 2009, el cual quedará así:

Artículo 7. Regulación de productos comestibles con grasas trans y grasa saturada. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Invima reglamentará y controlará los contenidos y requisitos de grasas trans y grasa saturada con base en lo establecido en el artículo 5 de la resolución 2508 de 2012 del Ministerio de Salud y, en relación con los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional, deberá regirse por lo que establece el artículo 6 de la misma norma, en todos los productos comestibles, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estas, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

Artículo 4. Adiciónese el artículo 8A a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:

Artículo 8A. Regulación de productos comestibles con sodio. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos máximos de sodio y los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional de los productos comestibles con altos niveles de sodio de acuerdo con el modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud, con el fin de prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esto, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

1. The first part of the report is a general introduction to the subject of the study. It discusses the importance of the study and the objectives of the research.

2. The second part of the report is a detailed description of the methodology used in the study. It includes information about the sample size, the data collection methods, and the statistical analysis techniques.

3. The third part of the report is a discussion of the results of the study. It presents the findings of the research and compares them with the previous studies in the field.

4. The fourth part of the report is a conclusion and a list of references. The conclusion summarizes the main findings of the study and provides recommendations for future research. The references list the sources of information used in the study.

5. The fifth part of the report is a list of appendices. These appendices contain additional information that is relevant to the study but is not included in the main text.

6. The sixth part of the report is a list of abbreviations. These abbreviations are used throughout the report to simplify the text and to avoid repetition.

7. The seventh part of the report is a list of symbols. These symbols are used throughout the report to represent mathematical concepts and to simplify the text.

8. The eighth part of the report is a list of figures. These figures are used throughout the report to illustrate the results of the study and to provide a visual representation of the data.

9. The ninth part of the report is a list of tables. These tables are used throughout the report to present the results of the study in a structured and organized manner.

10. The tenth part of the report is a list of footnotes. These footnotes provide additional information about the study and the sources of information used in the research.

11. The eleventh part of the report is a list of references. These references list the sources of information used in the study and provide a way for readers to find the original sources of the information.

12. The twelfth part of the report is a list of symbols. These symbols are used throughout the report to represent mathematical concepts and to simplify the text.

13. The thirteenth part of the report is a list of figures. These figures are used throughout the report to illustrate the results of the study and to provide a visual representation of the data.

14. The fourteenth part of the report is a list of tables. These tables are used throughout the report to present the results of the study in a structured and organized manner.

15. The fifteenth part of the report is a list of footnotes. These footnotes provide additional information about the study and the sources of information used in the research.

16. The sixteenth part of the report is a list of references. These references list the sources of information used in the study and provide a way for readers to find the original sources of the information.

17. The seventeenth part of the report is a list of symbols. These symbols are used throughout the report to represent mathematical concepts and to simplify the text.

18. The eighteenth part of the report is a list of figures. These figures are used throughout the report to illustrate the results of the study and to provide a visual representation of the data.

19. The nineteenth part of the report is a list of tables. These tables are used throughout the report to present the results of the study in a structured and organized manner.

20. The twentieth part of the report is a list of footnotes. These footnotes provide additional information about the study and the sources of information used in the research.

21. The twenty-first part of the report is a list of references. These references list the sources of information used in the study and provide a way for readers to find the original sources of the information.

22. The twenty-second part of the report is a list of symbols. These symbols are used throughout the report to represent mathematical concepts and to simplify the text.

23. The twenty-third part of the report is a list of figures. These figures are used throughout the report to illustrate the results of the study and to provide a visual representation of the data.

24. The twenty-fourth part of the report is a list of tables. These tables are used throughout the report to present the results of the study in a structured and organized manner.

25. The twenty-fifth part of the report is a list of footnotes. These footnotes provide additional information about the study and the sources of information used in the research.

Artículo 5. Adiciónese el artículo 8B a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:

Artículo 8B. Regulación de productos comestibles con azúcares y edulcorantes. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos máximos de azúcares y edulcorantes y los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional de los productos comestibles con elevados niveles de azúcares y edulcorantes, de acuerdo con el modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estos, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

Artículo 6. Adiciónese el artículo 8C a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:

Artículo 8C. Regulación de productos comestibles con colorantes, saborizantes, preservantes y resaltadores de sabor y otros aditivos nocivos para la salud. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos y requisitos de los productos comestibles con colorantes, saborizantes, preservantes y resaltadores del sabor, y en general de todos los aditivos cuya evidencia científica demuestre que tienen efectos nocivos para la salud, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

Artículo 7. Adiciónese el artículo 10A a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:

Artículo 10A. Toda reglamentación y modificación en las regulaciones establecidas por esta Ley, deberá estar soportada por estudios científicos y evidencia técnica libre de conflicto de intereses y priorizar los estudios y recomendaciones vigentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Unicef.

Artículo 8. Adiciónese el artículo 10B a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:

Artículo 10B. Empaquetado. El empaquetado de productos comestibles ultraprocesados no podrá contener mensajes publicitarios o promocionales dirigidos a niños, niñas y adolescentes o ser especialmente atractivos para estos, ni sugerir que su consumo contribuye al éxito atlético o deportivo, la popularidad, al éxito profesional o al mejoramiento de la salud o las capacidades cognitivas.

Parágrafo. El Ministerio Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentará lo necesario para el cumplimiento de esta disposición, respetando un plazo máximo de un (1) año a partir de la expedición de la reglamentación para aplicar el contenido del presente artículo.

Artículo 9. Adiciónese el artículo 11A a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:

Artículo 11A. Se prohíbe el ofrecimiento o entrega a título gratuito a niños, niñas y adolescentes de productos comestibles ultraprocesados.

En ningún caso podrá inducirse su consumo por parte de niños, niñas y adolescentes. La venta de productos comestibles ultraprocesados no podrá efectuarse mediante ofrecimientos comerciales no relacionados con la promoción propia del producto.

Artículo 10. Adiciónese el artículo 12A a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:

Artículo 12A. Prohibición de patrocinio. Prohíbese el patrocinio de eventos deportivos y culturales por parte de las empresas productoras, importadoras o comercializadoras de productos comestibles ultraprocesados a nombre de sus corporaciones, fundaciones o cualquiera de sus marcas, cuando este patrocinio implique la promoción directa o indirecta del consumo de productos comestibles ultraprocesados.

Artículo 11. Adiciónese el artículo 12B a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:

Artículo 12B. Sanciones. El Invima y la Superintendencia de Industria y Comercio sancionarán a cualquier persona que infrinja lo establecido en la presente ley en lo relativo a la implementación del empaquetado y las regulaciones de contenido de los productos comestibles. La Superintendencia de Industria y Comercio impondrá sanciones ante el incumplimiento de las disposiciones en materia de publicidad y patrocinio de las que trata la presente Ley, así como por las violaciones a los derechos de los consumidores en los casos en los que no exista regulación especial.

Parágrafo. El régimen sancionatorio, autoridades competentes y procedimiento será aplicable con fundamento en la normatividad que les confiere facultades sancionatorias a las entidades mencionadas en este artículo, y lo dispuesto en la presente norma.

Artículo 12. Vigencia. Esta ley rige a partir de su promulgación y deroga toda disposición que se sea contraria.

Cordialmente,



PEDRO HERNANDO FLOREZ PORRAS

Senador de la República

Secretaría General (Art. 139 y siguientes de la Constitución)

El día 03 del mes Ago del año 2022
se radicó en este despacho el proyecto de ley
Nº. 91 Acto Legislativo Nº. _____, con _____ y
cada uno de los requisitos constitucionales y legales
por: H. S. Pedro Hernando Florez Pomas


SECRETARIO GENERAL

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de ley busca dar las facultades necesarias a las entidades correspondientes para que se logre establecer medidas de salud pública que busquen el fomento de políticas para la garantía del Derecho Humano a la Alimentación y Nutrición adecuadas en todos sus componentes, incluida la Seguridad Alimentaria, Nutricional y que se complementan con medidas dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros que son determinantes de la salud; además de otorgar facultades tendientes a regular la comercialización, promoción y publicidad de productos comestibles altos en nutrientes de interés en salud pública. Todo con el propósito de fortalecer la lucha contra de la obesidad y otras Enfermedades No Transmisibles (ENT) derivadas.

2. JUSTIFICACIÓN

A partir de la expedición de la ley estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, se reconoce que la salud es un derecho fundamental autónomo, que comprende desde las acciones colectivas basadas en la salud pública, hasta acciones individuales que tienen que ver con el acceso a los servicios de salud, el diagnóstico, tratamiento, promoción y prevención.

Esto resulta importante para los efectos del proyecto de ley que aquí se presenta, en tanto que en el marco de la salud pública se requiere la formulación de políticas y normativas que logren transformar y generar cambios; por lo que la regulación es un instrumento que permite que el Estado garantice no solo recursos sino los derechos de las personas. En este caso, el derecho a la salud y el bienestar.

a. Salud como derecho fundamental:

El derecho a la salud se encuentra consagrado en la Constitución Política de Colombia:

“Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principio de eficiencia y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud

por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

(...)

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”

De igual, la Constitución reza dentro de su Capítulo III De los derechos colectivos y del ambiente lo siguiente:

“Artículo 78. La ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización.

Serán responsables, de acuerdo con la ley, quienes en la producción y en la comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios.

El Estado garantizará la participación de las organizaciones de consumidores y usuarios en el estudio de las disposiciones que les conciernen. Para gozar de este derecho las organizaciones deben ser representativas y observar procedimientos democráticos internos”.

b. Desarrollo jurisprudencial

Con respecto a la jurisprudencia, en Sentencia T-260 de 2008 el tribunal constitucional consagra por primera vez el derecho a la salud como un derecho fundamental a la vida y refiere que la tutela es un mecanismo idóneo para garantizar su cumplimiento; Al respecto dicha jurisprudencia refirió:

“Como lo ha señalado la propia Corte Constitucional, su postura respecto a qué es un derecho fundamental “(...) ha oscilado entre la idea de que se trata de derechos subjetivos de aplicación inmediata y la esencialidad e inalienabilidad del derecho para la persona.” Aunque la Corte ha coincidido en señalar que el carácter fundamental de un derecho no se debe a que el texto constitucional lo diga expresamente, o a que ubique el artículo correspondiente dentro de un determinado capítulo, no existe en su jurisprudencia un consenso respecto a qué se ha de entender por derecho fundamental. Esta diversidad de posturas, sin embargo, sí sirvió para evitar una lectura textualista y restrictiva de la carta de derechos, contraria a la concepción generosa y expansiva que

la propia Constitución Política demanda en su artículo 94, al establecer que no todos los derechos están consagrados expresamente en el texto, pues no pueden negarse como derechos aquellos que 'siendo inherentes a la persona humana', no estén enunciados en la Carta".

Posteriormente, en sentencia T-184 de 2011 refirió el aludido tribunal:

"Esta Corporación ha establecido en su jurisprudencia que la salud es un derecho fundamental. Por tanto, es obligación del Estado y de los particulares comprometidos con la prestación del servicio público de salud, desarrollar un conjunto de tareas, actividades o actuaciones encaminadas a garantizar el debido amparo de este derecho. El derecho fundamental a la salud ha sido definido como "la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser". Esta concepción responde a la necesidad de abarcar las esferas mentales y corporales de las personas, en consecuencia, garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales".

Sucesivamente, y en sentencia más reciente, la Corte Constitucional por medio de sentencia T-010 de 2019 reiteró jurisprudencia frente a las dimensiones que alcanza del derecho fundamental a la salud y que la garantía de este derecho también se debe ver reflejado en las condiciones de vida de cada persona.

"El derecho fundamental a la salud no puede ser entendido como el simple goce de unas ciertas condiciones biológicas que aseguren la simple existencia humana o que esta se restrinja a la condición de estar sano. Por el contrario, tal derecho supone la confluencia de un conjunto muy amplio de factores de diverso orden que influye sobre las condiciones de vida de cada persona, y que puede incidir en la posibilidad de llevar el más alto nivel de vida posible". De ahí, que su protección trascienda y se vea reflejada sobre el ejercicio de otros derechos fundamentales inherentes a la persona, como son los derechos fundamentales a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, y por su puesto a la vida. Preciso esta Corporación mediante el precitado fallo que *"(...) el derecho a la salud además de tener unos elementos esenciales que lo estructuran, también encuentra sustento en principios igualmente contenidos en el artículo 6° de la Ley 1751 de 2015, dentro de los que de manera especial sobresalen los de pro homine, universalidad, equidad, oportunidad, integralidad, prevalencia de derechos, progresividad, libre elección, solidaridad, eficiencia, e interculturalidad, entre otros"* (subraya fuera de texto).

Ahora bien, teniendo en cuenta los criterios jurisprudenciales anteriormente referidos, se expide la ley estatutaria de salud 1751 de 2015, la cual consagra dentro de su normativa en su artículo 15 la obligación de garantizar el derecho a la salud a través de la prevención así: *“El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.”* Adicional a ello, la referida norma consagra que los determinantes sociales en salud tienen relación directa con el goce efectivo del derecho a la salud, por eso la educación para la vida y la promoción de la salud, son elementos claves en la generación de nuevos imaginarios colectivos en torno al autocuidado.

Igualmente se ha señalado claramente que los determinantes sociales en salud tienen relación directa con el goce efectivo del derecho a la salud, por eso la educación para la vida y la promoción de la salud, son elementos claves en la generación de nuevos imaginarios colectivos en torno al autocuidado. La soberanía alimentaria, la disponibilidad de alimentos y su consumo, su calidad, beneficios y seguridad, son los que corresponde legislar ante los graves riesgos para la salud que conlleva la falta de controles y las carencias de disponibilidad de información veraz, de la mano de la evidencia técnico científica que muestre una relación entre alimentación saludable y salud.

c. Ley 1751 de 2015

La Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) señala que los determinantes sociales en salud mantiene una relación directa con el goce efectivo del derecho a la salud. Es por esto que se considera que la promoción de la salud, entre otros aspectos, es un factor del autocuidado. En este sentido, la calidad de los alimentos, sus beneficios y la seguridad en torno a ellos son aspectos fundamentales sobre los que se debe legislar, pues su omisión -que sin duda es un desconocimiento de la relación entre salud y alimentación saludable-, conlleva a graves riesgos para la salud y la calidad de vida de las personas.

d. El derecho humano a la alimentación

El derecho humano a la alimentación está protegido en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos entre los que cabe destacar: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, (artículo 25.1), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (artículo 11.2), la Declaración de los Derechos del Niño (principio 4), Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (artículos 27.3), Declaración sobre el Derecho al Desarrollo (artículo 8), Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer e incluso en la Convención de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales I y II de

1977 sobre el derecho internacional humanitario y la protección de los alimentos en tiempos de guerra.

Uno de los instrumentos internacionales con vigencia más antigua en Colombia sobre el tema, es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), aprobado mediante ley 74 de 1968, el cual integra el bloque de constitucionalidad de conformidad con lo previsto en el artículo 93 de la Constitución¹ y en el cual se establece:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento.

2. Los Estados Partes en el presente Pacto, reconociendo el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre, adoptarán, individualmente y mediante la cooperación internacional, las medidas, incluidos los programas concretos, que se necesitan para:

- a) Mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos mediante la plena utilización de los conocimientos técnicos y científicos, la divulgación de principios sobre nutrición y el perfeccionamiento o la reforma de los regímenes agrarios de modo que se logren la explotación y la utilización más eficaces de las riquezas naturales;
- b) Asegurar una distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades, teniendo en cuenta los problemas que se plantean tanto a los países que importan productos alimenticios como a los que los exportan.” (Artículo 11)

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas como organismo autorizado de interpretación del PIDESC, ha proferido también varias Observaciones en las que se ha referido al alcance del derecho a la alimentación, entre las cuales cabe destacar las Observaciones Generales número 3 y la número 12. En esta última se define el derecho a la alimentación adecuada como aquel que:

“Se ejerce cuando ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea sólo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla. El Derecho a la Alimentación adecuada no debe interpretarse, por consiguiente, en forma estrecha o restrictiva asimilándolo a un conjunto de calorías, proteínas y otros elementos nutritivos concretos. El Derecho a la Alimentación adecuada tendrá que

¹ Constitución Política, artículo 93: “Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno.”

alcanzarse progresivamente. No obstante, los Estados tienen la obligación básica de adoptar las medidas necesarias para mitigar y aliviar el hambre tal como se dispone en el párrafo 2 del artículo 11, incluso en caso de desastre natural o de otra índole”.

A nivel regional, la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José” suscrito el 22 de noviembre de 1969 y el Protocolo de San Salvador de 1988 reconocen también obligaciones de los Estados en el tema al afirmar que:

“Toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual.

Con el objeto de hacer efectivo este derecho y a erradicar la desnutrición, los Estados partes se comprometen a perfeccionar los métodos de producción, aprovisionamiento y distribución de alimentos, para lo cual se comprometen a promover una mayor cooperación internacional en apoyo de las políticas nacionales sobre la materia.” (Protocolo de San Salvador, artículo 12)

A nivel de la normativa interna, la Constitución Política de Colombia protege en forma especial la producción de alimentos y otorga prioridad al desarrollo de las actividades productoras de alimentos, al establecer en su artículo 65 que:

“Artículo 65. La producción de alimentos gozará de la especial protección del Estado. Para tal efecto, se otorgará prioridad al desarrollo integral de las actividades agrícolas, pecuarias, pesqueras, forestales y agroindustriales, así como también a la construcción de obras de infraestructura física y adecuación de tierras. De igual manera, el Estado promoverá la investigación y la transferencia de tecnología para la producción de alimentos y materias primas de origen agropecuario, con el propósito de incrementar la productividad”.

Así mismo en la Constitución el derecho a la alimentación está reconocido como un derecho fundamental de los niños y niñas (art.44), al igual que la protección alimentaria de la mujer embarazada y lactante. Al respecto también se ha pronunciado la Corte Constitucional, que en diversas sentencias ha hablado sobre el derecho a la alimentación de los niños y niñas, la garantía de este derecho para personas privadas de la libertad,² su realización en entornos educativos³, la importancia de la alimentación para comunidades rurales⁴, entre otros.

3. AVANCES EN EL PAÍS

² Ver entre otras sentencias: T-388/2013, T-762/2015 y T-260/2019.

³ Ver sentencia T-457/2018 sobre programa de alimentación escolar.

⁴ Ver sentencias T-606/2015 sobre pescadores y T-622/2016 sobre comunidades negras del río Atrato.

100

100

100

100

100

100

100

100

a. Ley 1355 de 2009

Colombia ha venido avanzando en la prevención de la obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles y su tratamiento como una prioridad de salud pública.

En ese sentido, se expidió la Ley 1355 de 2009, que definió que el Estado a través de los Ministerios de Salud, Cultura, Educación, Transporte, Ambiente y Vivienda, Agricultura y Desarrollo Rural y de las Entidades Nacionales Públicas de orden nacional Coldeportes (hoy Ministerio del Deporte), ICBF y Departamento Nacional de Planeación, promovería políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para el desarrollo de las mismas, debiéndose complementar estas políticas con estrategias de comunicación, educación e información.

Adicionalmente, le dio facultades al Ministerio de Salud y al Invima para reglamentar y controlar los contenidos y requisitos de las grasas trans y grasas saturadas; y reglamentar el etiquetado de los productos alimenticios, con el fin de mejorar el conocimiento de la población en general referente a los contenidos nutricionales y calóricos.

Otro de los puntos más importantes de la Ley es la creación una sala especializada del Invima dirigida a regular, vigilar y controlar la publicidad de los alimentos y bebidas, propendiendo a la protección de la salud en los usuarios y en especial de la primera infancia y la adolescencia, teniendo en cuenta lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con respecto a la comercialización de alimentos en población infantil.

Sin embargo, esta legislación dejó de lado otros elementos de interés en salud pública, como lo son los aceites parcialmente hidrogenados, el sodio y los edulcorantes. Motivo por el cual se hace necesaria la aprobación del presente proyecto de Ley, además de las disposiciones adicionales que contiene en materia de comercialización, etiquetado, empaquetado, publicidad, promoción y patrocinio.

b. Reglamentación del Ministerio de Salud

En virtud de lo anterior, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 2508 de 2012, en la cual se estableció que, en relación con las grasas trans, los requisitos de contenido serían los siguientes:

- El contenido en las grasas, aceites vegetales y margarinas para untar y esparcibles que se venden directamente al consumidor no superará 2 gramos de ácidos grasos trans por 100 gramos de materia grasa.

- El contenido en las grasas y aceites utilizadas como materia prima en la industria de alimentos, o como insumo en panaderías, restaurantes o servicios de comidas pueden contener hasta 5 gramos de ácidos grasos trans por 100 gramos de materia grasa.
- El contenido presente naturalmente en grasas animales provenientes de carnes de rumiantes y sus derivados y/o productos lácteos no está sujeto de las exigencias mencionadas anteriormente.
- La cantidad de grasa trans debe expresarse con el número de gramos más cercano a la unidad en una porción del alimento para contenidos mayores a 5 g y expresarse de 0,5 en 0,5 g para contenidos menores a 5 g. Si el contenido total de grasa trans por porción de alimento es menos de 0,5 g, la declaración se expresa como cero (0).

Frente a las grasas saturadas, se establecieron los siguientes requisitos de contenido:

- En todo alimento envasado para consumo humano cuyo contenido de ácidos grasos saturados sea igual o mayor a 0,5 g por porción declarada en la etiqueta, deberá presentarse de manera obligatoria en la tabla de información nutricional para grasa saturada.

En materia de rotulado o etiquetado nutricional, la Resolución establece que todos los alimentos envasados que contengan grasas trans y/o saturadas deberán declarar y presentar la tabla de información nutricional, de acuerdo a los siguientes requisitos:

- El contenido de grasas trans sea igual o superior a 0,5 g por porción declarada en la etiqueta, independientemente del origen de la grasa.
- El contenido de grasa saturada sea igual o superior mayor a 0,5 g por porción declarada en la etiqueta, independientemente del origen de la grasa.

c. Antecedentes de Proyectos de Ley

Anteriormente se han presentado algunas iniciativas legislativas para intentar frenar el consumo de alimentos que deterioran la salud. Es así, que para el año 2017 se radicó en cámara el proyecto de ley 019 del año 2017, el cual tenía como objeto establecer “medidas de salud pública para el control de la obesidad y otras Enfermedades No Transmisibles (ENT) derivadas, en lo referente a etiquetado de alimentos, información para la alimentación saludable, información en salud pública y participación ciudadana.

Posteriormente en el año 2018, donde se radicó el proyecto de Ley 214 de 2018, conocido como la ‘Ley de Comida Chatarra’ que indicaba que el Estado Colombiano, en aras de proteger el derecho a la información de los consumidores, debía adoptar medidas para que el etiquetado de los productos contengan información clara, completa, veraz y a la vez que advierta sobre los riesgos que pueden representar dichos productos. Este proyecto no alcanzó a pasar el primer debate y se hundió en la Comisión Séptima de la Cámara por falta de trámite.

4. PRODUCTOS A REGULAR

a. Azúcar y edulcorantes

Lo primero que resulta importante señalar es que desde el punto de vista alimentario, nutricional y metabólico, existen diferencias sustanciales entre los azúcares adicionados y la fructosa presente de manera natural en frutas y vegetales, donde está ligada a nutrientes como la fibra, vitaminas y minerales. Por el contrario, los azúcares adicionados no son propios del alimento o preparación, sino que se adicionan durante el procesamiento; y, dado que el azúcar adicionado está “libre”, su proceso de digestión, absorción y metabolismo es más rápido, contribuyendo así a la formación rápida de triglicéridos (TG) y colesterol LDL, que están asociados a la obesidad y la enfermedad cardiovascular⁵. Además, varios estudios han demostrado que la fructosa proveniente de azúcares adicionados es más tendiente a favorecer la formación de TG en comparación con la glucosa en el estado posterior a ser ingerida⁶.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la recomendación es una ingesta reducida de azúcares libres a lo largo de toda la vida, tanto en adultos como en niños, a menos del 10% de la ingesta calórica total, es decir menos del 10% de todas las calorías/kilojulios consumidos diariamente a partir de los alimentos y bebidas⁷. Esta recomendación se hace para la ingesta de “azúcares libres, es decir los monosacáridos y los disacáridos añadidos a los alimentos por los fabricantes, los cocineros o los consumidores, así como los azúcares presentes de forma natural en la miel, los jarabes, los jugos de fruta y los concentrados de jugo de fruta; como no existen pruebas científicas que adviertan que el consumo de azúcares intrínsecos tenga efectos adversos para la salud, esta recomendación no se aplica al consumo de los azúcares intrínsecos presentes en frutas y verduras.

En palabras del Dr. Douglas Bettcher, Director del Departamento de Prevención de Enfermedades No Transmisibles de la OMS, “la ingesta de azúcares libres, entre ellos los contenidos en productos como las bebidas azucaradas, es uno de los principales factores que está dando lugar a un aumento de la obesidad y la diabetes en el mundo”. Así mismo, según explica el Dr. Francesco Branca, director del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS, “el azúcar no es necesario desde el punto de vista nutricional. La OMS recomienda que, si se ingieren azúcares libres, aporten menos del 10% de las necesidades energéticas totales;

⁵ Bray, A. G., & Popkin, B. (2013). *Calorie-sweetened beverages and fructose: what have we learned 10 years later*. *Pediatric Obesity*, 242-248.

⁶ Havel, P. D. (2005). *Dietary Fructose: Implications for Dysregulation of Energy Homeostasis and Lipid/Carbohydrate Metabolism*. *Nutrition Reviews*, 133-157.

⁷ Organización Mundial de la Salud – OMS. (2015). Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños. Ginebra, Suiza. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154587/WHO_NMH_NHD_15.2_spa.pdf?sequence=2

además, se pueden observar mejoras en la salud si se reducen a menos del 5%. Esta proporción equivale a menos de un vaso de 250 ml de bebida azucarada al día”.

De otro lado, por edulcorante, se entiende toda aquella sustancia diferente del azúcar que confieren a un alimento un sabor dulce. Aquí se incluyen los edulcorantes artificiales no calóricos (por ejemplo, aspartame, sucralosa, sacarina y potasio de acesulfamo), los edulcorantes naturales no calóricos (por ejemplo, estevia) y los edulcorantes calóricos tales como los polialcoholes (por ejemplo, sorbitol, manitol, lactitol e isomalt)⁸.

Los datos más recientes presentados por la OMS, tras una revisión de 56 estudios sobre los efectos de los endulzantes sin azúcar, aseguran que no existe evidencia sólida para afirmar que los sustitutos del azúcar generen beneficios para la salud, e incluso que pueden llegar a tener efectos metabólicos similares al azúcar refinada.

Es importante destacar que en el Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social no cuenta con facultades para reglamentar y controlar los contenidos y requisitos de los alimentos con elevados niveles de azúcares y edulcorantes, en el propósito de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estos.

b. Grasas Trans, grasas saturadas y aceites parcialmente hidrogenados

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se entiende por grasas saturadas las moléculas de grasa sin enlaces dobles entre las moléculas de carbono. Los ácidos grasos saturados que más se usan actualmente en productos alimenticios son C14, C16 y C18. Sin embargo, en el caso de la leche y el aceite de coco, los ácidos grasos saturados que se usan van del C4 al C18⁹.

Por su parte, las grasas trans son las resultan de la hidrogenación de ácidos grasos insaturados o que ocurre naturalmente en la leche y la carne de ciertos animales. Actualmente, los ácidos grasos trans más comunes en los productos alimenticios son los isómeros derivados de la hidrogenación parcial de aceites vegetales¹⁰.

Los aceites parcialmente hidrogenados, de otro lado, son la principal fuente de grasas trans en los alimentos procesados. Pueden encontrarse en muchos alimentos procesados, tales como los

⁸ Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2016). Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, Estados Unidos. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18622/9789275318737_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

⁹ Ibídem.

¹⁰ Ibídem.

productos horneados y congelados y suelen usarse como ingredientes para aumentar el tiempo de conservación de los alimentos procesados y estabilizar su sabor.

En relación con la ingesta de estos productos, la OMS sugiere que esta debería representar menos del 10% de la ingesta calórica total, y la ingesta de grasas trans, menos del 1%; para ello, el consumo de grasas se debería modificar a fin de reducir las grasas saturadas y trans, en favor de grasas no saturadas, con el objetivo final de suprimir las grasas trans producidas industrialmente:

Menos del 30% de la ingesta calórica diaria procedente de grasas. Las grasas no saturadas (presentes en pescados, aguacates, frutos secos y en los aceites de girasol, soja, canola y oliva) son preferibles a las grasas saturadas (presentes en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la nata, el queso, la mantequilla clarificada y la manteca de cerdo), y las grasas trans de todos los tipos, en particular las producidas industrialmente (presentes en pizzas congeladas, tartas, galletas, pasteles, obleas, aceites de cocina y pastas untables), y grasas trans de rumiantes (presentes en la carne y los productos lácteos de rumiantes tales como vacas, ovejas, cabras y camellos). Se sugiere reducir la ingesta de grasas saturadas a menos del 10% de la ingesta total de calorías, y la de grasas trans a menos del 1%. En particular, las grasas trans producidas industrialmente no forman parte de una dieta saludable y se deberían evitar”¹¹.

Es importante destacar que las grasas trans se usan en la industria alimenticia porque tienen un tiempo de conservación más largo que otras grasas, por lo que es posible emplear alternativas más saludables que no afectan al sabor ni al costo de los alimentos.

c. Sodio

La Organización Panamericana de la Salud define el sodio como “Sodio: Elemento blando, de color blanco plateado, que se encuentra en la sal; 1 g de sodio equivale a alrededor de 2,5 g de sal”¹².

En noviembre de 2009, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lanzó la “Declaración de la Política para reducir el consumo de sal en las Américas”, que estableció como meta un descenso gradual y sostenido en el consumo de sal en la dieta con el fin de alcanzar los objetivos

¹¹ Organización Mundial de la Salud – OMS (2018). *Alimentación Sana*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

¹² Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2016).

nacionales o en su ausencia, la meta internacionalmente recomendada de un valor inferior a 5g/día/persona para el año 2020¹³.

De acuerdo con el Ministerio de Salud, “el aporte de sodio de la dieta proviene en mayor proporción, de los alimentos preparados, alimentos industrializados y de la sal agregada¹⁴; sin embargo la mayoría de personas no son conscientes de la cantidad de sal que consumen en los alimentos y de los efectos adversos para la salud de una ingesta excesiva, siendo particularmente vulnerables los niños y los adultos mayores”¹⁵.

La reducción de la ingesta de sal alimentaria contribuye a la disminución de la tensión arterial tanto en las personas hipertensas como en las normotensas y constituye la estrategia más costo-efectiva para la reducción de las enfermedades cardiovasculares¹⁶. De esta manera, si la reducción en la ingesta de sal se implementa como hábito desde edades tempranas se previene la hipertensión arterial asociada con el aumento de la edad¹⁷.

En palabras del Ministerio de Salud: “Es muy importante reducir el consumo de sal/sodio para disminuir el riesgo de hipertensión, enfermedades cerebro-vasculares y enfermedades renales a nivel individual y poblacional, ya que la calidad de vida de las personas con estas enfermedades es baja y los costos de su tratamiento elevados”¹⁸. Sin embargo, es necesario aclarar que en el Colombia el Ministerio de Salud actualmente no cuenta con facultades para reglamentar y controlar los contenidos y requisitos de los alimentos con elevados niveles de sodio, en el propósito de prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a su consumo.

5. PROBLEMÁTICA

a. Enfermedades crónicas no transmisibles asociadas y la obesidad

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son aquellas que no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y progresión generalmente lenta. Existen 4 tipos principales de ENT: i) Enfermedades cardiovasculares; ii) Cáncer; iii) Enfermedades respiratorias crónicas; y,

¹³ Organización Mundial de la Salud –OMS. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra.

¹⁴ World Health Organization (2006). *Reducing salt intake in populations: Report of a WHO Fórum and Technical Meeting*.

¹⁵ Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Estrategia nacional para la reducción del consumo de sal/sodio en Colombia 2012 – 2021*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Estrategia-reduccion-sal-2012-2021.pdf>

¹⁶ He FJ, Campbell NRC; Mac Gregor GA (2012). *Reducing salt intake to prevent hypertension and cardiovascular disease*. Rev Panam Salud Pública. 32 (4): pp.293-300.

¹⁷ Ministerio de Salud y Protección Social (2015).

¹⁸ Ibídem.

iv) Diabetes. En ocasiones, las ENT tienen su origen en factores biológicos inevitables, pero a menudo son causadas por hábitos como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, una alimentación poco sana y la falta de actividad física.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁹, las ENT representan una “importante amenaza para la salud humana y el desarrollo socioeconómico”, en tanto que se estima que las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes causan al rededor de 35 millones de defunciones cada año, ubicándose el 80% de ellas en países de ingresos bajos y medios.

La OMS y el *World Cancer Research Fund* (WCRF) coinciden en que los factores más importantes que promueven el aumento de peso y la obesidad, así como las ENT, son el aumento en el consumo de productos de bajo valor nutricional y alto contenido en azúcares adicionados, grasas y sal, tales como los snacks y la comida rápida; la ingesta habitual de bebidas azucaradas, y la disminución en la actividad física. Todos estos en su conjunto son parte de un ambiente obesogénico²⁰.

En este sentido, la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen una prioridad de la salud pública; están apareciendo a edades más tempranas, relacionadas con los procesos de transición demográfica y epidemiológica, con el sedentarismo, consumo de tabaco y deterioro de los hábitos alimentarios de la población. La enfermedad cardiovascular, como parte de las enfermedades no transmisibles, tiene como principal factor de riesgo, el aumento en la presión arterial que se constituye en la causa probable de muerte y el segundo de discapacidad por enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal.

En el mundo la hipertensión es la causa del 6% de los accidentes cerebrovasculares y del 49% de las cardiopatías coronarias.

Los datos disponibles indican que, en términos generales, de 20% a 25% de los menores de 19 años de edad se ven afectados por el sobrepeso y la obesidad. En América Latina, se calcula que 7% de los menores de 5 años de edad (3,8 millones) tienen sobrepeso u obesidad. En la población escolar (de 6 a 11 años), las tasas varían desde 15% (Perú) hasta 34,4% (México), y en la población adolescente (de 12 a 19 años de edad), de 17% (Colombia) a 35% (México). En los Estados Unidos, 34,2% de la población infantil de 6 a 11 años y 34,5% de la población

¹⁹ Organización Mundial de la Salud (2010). *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*. Ginebra, Suiza. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44422/9789243500218_spa.pdf;jsessionid=145523BE2D2F836436A9371EAE7F4D71?sequence=1

²⁰ World Cancer Research Fund –WCRF- (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*.

adolescente de 12 a 19 años presenta sobrepeso u obesidad, mientras que en Canadá 32,8% de los niños de 5 a 11 años y 30,1% de la población adolescente de 12 a 17 años de edad se ve afectada²¹. Los factores causantes del sobrepeso y obesidad se relacionan con el consumo excesivo de alimentos procesados con altos contenidos en sodio, azúcares, calorías y grasas, así como la falta de actividad física²².

Además el abuso de productos altos en niveles de sodio, azúcar, endulcorantes, grasas trans, grasas saturadas y aceites no hidrogenizados provoca 7,6 millones de muerte prematuras (cerca del 14% del total mundial) y la pérdida de 92 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (6% del total mundial). En América Latina y el Caribe las tasas anuales son de hasta 77,5 defunciones por 100.000 mujeres en Santa Lucía.

En este contexto, es necesario tener en cuenta –como lo dice la OMS²³–, que una dieta malsana es un factor de riesgo clave de las enfermedades no transmisibles que puede modificarse. Por el contrario, si no se combate, la mala alimentación –junto con otros factores de riesgo– aumenta la prevalencia de ENT en las poblaciones por mecanismos tales como un aumento de la presión arterial, una mayor glucemia, alteraciones del perfil de lípidos sanguíneos, y sobrepeso u obesidad. Aunque las muertes por ENT se dan principalmente en la edad adulta, los riesgos asociados a las dietas malsanas comienzan en la niñez y se acumulan a lo largo de la vida.

En el caso de Colombia, la prevalencia del exceso de peso actual en menores de 18 años de 17,53% que se traduce en alrededor de 2.7 millones de afectados²⁴. Así mismo, entre 2005 y 2015 este flagelo ha crecido alrededor del 70%, de acuerdo con las últimas mediciones hechas en el país²⁵. No en vano, los niños y adolescentes tienen una gran preferencia por los alimentos procesados. El 79,3% de esta población consume embutidos al menos una vez al mes, el 51,9% comidas rápidas, el 83,7% gaseosas, 85% alimentos de paquete y 89,3% dulces y golosinas. Este consumo dista abismalmente de las recomendaciones nutricionales del país y de la OMS²⁶.

De acuerdo con los expertos, “este elevado consumo está influido por el sabor de estos productos, su alta disponibilidad en el mercado, el bajo precio, el poco conocimiento que tienen los consumidores acerca de estos alimentos y el volumen y contenidos persuasivos de la

²¹ Ministerio de Salud y Protección Social (2014).

²² Organización Panamericana de la Salud –OPS– (2015). *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=28899(=en

²³ Organización Mundial de la Salud (2010).

²⁴ Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015*. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). *Series de Población*. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/series-de-poblacion>

²⁵ *Ibíd.*

²⁶ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2015).

publicidad. Es así como, 5 de cada 10 niños expuestos a publicidad consumen alimentos procesados²⁷.

Finalmente, es importante señalar que en 2014 murieron 89.529 personas por enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta²⁸. Mientras que, de acuerdo con la información del DANE, las muertes por causas externas como los homicidios, los accidentes o los suicidios sumaron 28.071. Esta cifra solo representa la tercera parte de las muertes ocasionadas por enfermedades relacionadas a una alimentación inadecuada.

b. Problema de salud pública para el país

Colombia en los últimos años ha presentado altos índices de sobrepeso y obesidad, sobretodo en la población infantil, lo anterior se encuentra relacionado con la comercialización y consumo de productos con altos niveles de sodio, azúcar, edulcorantes, grasas trans, grasas saturadas y aceites parcialmente hidrogenados.

Asimismo se presentan altos registros de enfermedades cardíacas y diabetes, lo que representa para el sistema de salud gran congestión y altísimos costos para el sistema.

Por su parte, el *Institute for Health Metrics and Evaluation* (INHE) estima que el 15,8% del total de las muertes no fatales registradas en Colombia durante 2013 se debieron a enfermedades isquémicas del corazón. El 72,86% de estas muertes (23.570), así como el 57,74% de las causadas por enfermedades cerebrovasculares, se atribuyen a una alimentación no saludable. Del mismo modo, el INHE estima que 8,61% de las defunciones por diabetes se atribuyen a una dieta alta en bebidas azucaradas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

De 59.347 muertes reportadas y ajustadas para el 2017, según cifras del DANE, 11.565 se encuentran relacionadas con obesidad y sobrepeso.

En este sentido, como lo señala el Ministerio de Salud (2016)²⁹, “prevenir el aumento de personas con exceso de peso es fundamental como medida de salud pública, ya que este es un factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como la diabetes, diversos tipos de cáncer (endometrio, ovarios, mama y próstata, entre otros), accidentes cerebrovasculares y cardiopatías. Muchas de estas patologías están entre las 10 principales causas de muerte en Colombia”.

²⁷ Vallejo, Pamela. et. al. (2019). *Obesidad infantil: una amenaza silenciosa*. Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/resumen-politica-obesidad-infantil-amenaza-silenciosa.pdf>

²⁸ Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Análisis de Situación en Salud. Colombia 2015*.

²⁹ Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Impuesto a la bebidas azucaradas*. En: Papeles en Salud, edición No. 05. Bogotá, Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/papeles-salud-n5.pdf>

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, estas constituyen la principal causa de muerte en el grupo de edad 18 y 69 años en Colombia³⁰. Según el estudio de carga de enfermedad realizado por el Ministerio de Protección Social en el año 2008, la cardiopatía hipertensiva fue la primera causa de enfermedad según Años de Vida Saludables (AVISAS) en ambos sexos y en todas las edades³¹.

En la Encuesta Nacional de Salud del 2007 se encontró que el 22,82% de la población de adultos de 18 a 69 años presentó cifras de presión arterial elevadas; se consideraron como cifras hipertensivas las medidas de presión arterial sistólica mayor a 140 y/o diastólica mayor a 90. La proporción de personas con hipertensión en las regiones Atlántica, Oriental, Central y Bogotá fue similar al país y entre sí; la región de menor prevalencia fue la Orinoquia y Amazonia (14.6%) y la región del Pacífico presentó la prevalencia más alta (28%)³²; asimismo el 62% de las personas que presentaron cifras tensionales normales y el 85% de las que mostraron cifras compatibles con hipertensión arterial, refirieron haber sido diagnosticadas como hipertensas en dos o más consultas médicas³³. Se ha evidenciado un incremento proporcional del 10% entre las tasas de mortalidad por Enfermedad Cardiovascular (ECV) en Colombia para el periodo comprendido entre 1998 y 2008.

c. Costos para el sistema de salud

Los costos estimados de la hipertensión van del 5% al 15% del PIB en los países de altos ingresos y del 2.5% al 8% del PIB en América Latina y el Caribe.

Según el ex Ministro de Salud Alejandro Gaviria en 2016, en promedio cada caso de obesidad y diabetes atribuidas a una dieta no balanceada, le costó al sistema de salud 733.751 pesos al mes, lo que alcanzaría en 2020, a más de 1.1 billones en costos para el sistema de salud.

Si bien en Colombia no existe un estudio de carga de enfermedad que permita cuantificar el costo social y económico de factor de riesgo que conduzca al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, las encuestas nacionales de salud y los registros de muerte apuntan a estas como prioridad de salud pública y, en este contexto, el Estado tiene la obligación de ejecutar acciones de intervención que conduzcan a reducir el consumo de productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública en la población.

³⁰ Ministerio de Salud y Protección Social (2015).

³¹ Ministerio de Salud y Protección Social- Cendex (2008). *Estudio de carga de enfermedad en Colombia 2005*. Bogotá D.C.

³² Ministerio de Salud y Protección Social- Colciencias (2007). *Encuesta Nacional de Salud ENS*. Bogotá D.C.

³³ *Ibíd*em

6. DISPOSICIONES DEL PROYECTO

a. Ejes temáticos del articulado

i. Promoción del derecho humano a la alimentación y nutrición adecuadas y actividad física.

El **artículo 1** propuesto en este Proyecto de Ley modifica el artículo 3 de la Ley 1355 de 2009 “por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención”, incluyendo al Ministerio del Deporte y las Secretarías de Salud Distritales, Municipales y Departamentales y otras instancias que en los entes territoriales tienen a su cargo la política pública de alimentación saludable y el deber de promoción de políticas de garantía del Derecho Humano a la Alimentación y Nutrición Adecuadas, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para su desarrollo. Para garantizar el cumplimiento de esta disposición, el Gobierno tendrá un plazo de seis meses para reglamentar la financiación de estas actividades.

Igualmente, en este artículo se adicionan tres párrafos. El primero establece que los ministerios de Salud, Educación y el ICBF direccionarán técnicamente los contenidos de dichas actividades de promoción; El segundo, señala que el Ministerio de Salud reglamentará la implementación de lo establecido en este artículo para su implementación desde las Secretarías de Salud; Y, finalmente, el tercero dispone que la Comisión de Regulación de Comunicaciones destinará espacios en la franja infantil y horario triple A, en televisión y radio, para que las entidades públicas emitan mensajes de promoción de hábitos de vida y alimentación saludable, actividad física y respeto por el derecho humano a la alimentación.

ii. Comercialización

Los artículos 2 y 10 establecen disposiciones en materia de comercialización de productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública.

El **artículo 2** prohíbe la distribución, comercialización, promoción y publicidad de productos comestibles ultraprocesados, en los colegios e institutos públicos y privados de educación bibliotecas públicas, instituciones de salud y espacios públicos de recreación y entretenimiento.

De esta forma se reconoce de manera especial la situación de los colegios públicos y privados como un lugar donde los niños, niñas y adolescentes constituyen un público objetivo clave y que la función de promoción de la salud que compete al Ministerio de Educación y más específicamente a las escuelas son factores que deben atenderse. El bienestar nutricional de los

niños en las instituciones educativas es de vital importancia pues establece los cimientos para el bienestar de los menores en etapa formativa.

Adicionalmente se otorga un plazo de un año para que los Municipios, Distritos y/o Departamentos donde se hayan implementado o estén en proceso de implementación políticas públicas en el sentido del párrafo anterior, adecúen dicha regulación a lo establecido en la presente Ley.

Por su parte, el **artículo 9** adiciona un artículo a la Ley 1355 de 2009 que prohíbe la entrega gratuita de productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública a niños, niñas y adolescentes y la publicidad dirigida particularmente a ellos. Igualmente prohíbe que se induzca el consumo de estos alimentos mediante ofrecimientos no relacionados con la promoción del producto.

iii. Regulación de alimentos

Los artículos 3, 4, 5, 6 y 7 se enfocan en la regulación de productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública.

En particular, el **artículo 3** le adiciona al Ministerio de Salud la facultad de reglamentar y controlar los contenidos y requisitos de las grasas hidrogenadas, en los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de la Ley.

Y, en los **artículos 4 y 5** se le otorgan facultades al Ministerio de Salud y al Invima para, en seis meses, reglamentar y controlar los contenidos y requisitos de los alimentos con altos niveles de sodio y con altos niveles de azúcar y edulcorantes, respectivamente.

En este punto es importante tener en cuenta la recomendación expresada por la OMS al respecto: “Alentar la reformulación de productos alimentarios a fin de reducir los contenidos de grasas saturadas, grasas trans, azúcares libres y sal/sodio, con miras a suprimir las grasas trans de producción industrial”³⁴.

El artículo 6 le otorga facultades al Ministerio de Salud para reglamentar y controlar los contenidos y requisitos de los productos alimenticios con colorantes, saborizantes, preservantes y resaltadores del sabor, y en general de todos los aditivos cuya evidencia científica demuestre que tienen efectos nocivos para la salud.

En el **artículo 7** se establece que todas las modificaciones futuras en la regulaciones establecidas en esta Ley en materia de productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública

³⁴ Organización Mundial de la Salud – OMS. (2017).

deberán estar soportadas en estudios científicos y evidencia técnica libre de conflicto de intereses y atender las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Unicef.

v. Empaquetado

El **artículo 8** de este proyecto añade una disposición a la Ley 1355 de 2009, en el sentido que los empaques de los productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública no podrán estar dirigidos a niños, niñas y adolescentes, ni sugerir que su consumo contribuye al éxito o la popularidad. En este sentido, le otorga al Ministerio de Salud un plazo de 6 meses para reglamentar este tema, teniendo en cuenta un plazo máximo de un año para dicha reglamentación empiece a regir.

De esta manera se busca reducir el efecto que ejerce sobre los niños, niñas y adolescentes los mensajes publicitarios que promocionan productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública, teniendo en cuenta que la eficacia de la promoción depende de la exposición y el poder del mensaje, por lo que resulta conveniente reducir su exposición.

Esta disposición –junto con las relativas a los temas de publicidad, promoción y patrocinio– le apunta a garantizar que los niños, niñas y adolescentes estén protegidos contra el impacto de las diferentes formas de mercadotecnia, permitiéndoles crecer y desarrollarse en un entorno favorable para su alimentación, que fomente y aliente opciones dietéticas saludables y ayude a mantener un peso adecuado.

vii. Patrocinio

Con el **artículo 10** de esta iniciativa quedará prohibido el patrocinio de eventos deportivos y culturales por parte de empresas productoras, importadoras o comercializadoras de productos alimenticios altos en nutrientes de interés en salud pública o cualquiera de sus marcas, cuando este patrocinio implique la promoción, directa o indirecta de su consumo.

viii. Sanciones

De acuerdo con el **artículo 11**, el Invima y la Superintendencia de Industria y Comercio serán las autoridades competentes para sancionar a cualquier persona que infrinja lo establecido en la presente ley. El Gobierno nacional tendrá un plazo de 6 meses para precisar el régimen sancionatorio su procedimiento.

ix. Vigencia

Finalmente, el **artículo 12** establece que esta iniciativa entrará a regir a partir de su promulgación y deroga toda disposición que contraria.

b. Cuadro comparativo

A continuación se presenta el cuadro comparativo entre la legislación existente sobre el tema (Ley 1355 de 2009) y la propuesta contenida en este proyecto de ley:

Legislación Actual (Ley 1355 de 2009)	Propuesta Proyecto de Ley
<p>Artículo 3. Promoción. El Estado a través de los Ministerios de la Protección Social, Cultura, Educación, Transporte, Ambiente y Vivienda y Desarrollo Territorial y Agricultura y Desarrollo Rural y de las Entidades Nacionales Públicas de orden nacional Coldeportes, el ICBF y Departamento Nacional de Planeación, promoverá políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para el desarrollo de las mismas. Estas políticas se complementarán con estrategias de comunicación, educación e información.</p>	<p>Artículo 1. Modifíquese el artículo 3 de la Ley 1355 de 2009, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 3. Promoción. El Estado a través de los Ministerios de Salud y Protección Social, Cultura, Educación, <u>Deporte</u>, Transporte, Ambiente y Vivienda y Desarrollo Territorial y Agricultura y Desarrollo Rural, ICBF, Departamento Nacional de Planeación, <u>las Secretarías de Salud Distritales, Municipales y Departamentales, y las que tengan incidencia en el tema, y los Comités de Seguridad Alimentaria y Nutricional, deberán promover</u> políticas de seguridad alimentaria y nutricional <u>que garanticen el derecho humano a la alimentación</u> y, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para el desarrollo de las mismas. Estas políticas se complementarán con estrategias de comunicación, educación e información. <u>En un plazo no mayor a 6 (seis) meses, el Gobierno Nacional reglamentará lo relacionado con la financiación de las mencionadas actividades de promoción.</u></p> <p>Parágrafo 1. <u>El Ministerio de Salud y Protección Social, el ICBF y el Ministerio de Educación, de manera conjunta direccionarán técnicamente los contenidos de dichas actividades de promoción de cada entidad. Así mismo los entes de control vigilarán el cumplimiento de las disposiciones aquí contenidas.</u></p> <p>Parágrafo 2. <u>Para el caso de las Secretarías de Salud Distritales, Municipales y Departamentales, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en un plazo no mayor a 6 meses desde la entrada en vigencia de la presente Ley, el contenido de este artículo para su implementación.</u></p>

<p>Artículo 4. Estrategias para promover una alimentación balanceada y saludable. Los diferentes sectores de la sociedad impulsarán una alimentación balanceada y saludable en la población colombiana, a través de las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Los establecimientos educativos públicos y privados del país en donde se ofrezcan alimentos para el consumo de los estudiantes deberán garantizar la disponibilidad de frutas y verduras. – Los centros educativos públicos y privados del país deberán adoptar un Programa de Educación Alimentaria siguiendo los lineamientos y guías que desarrollen el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para promover una alimentación balanceada y saludable, de acuerdo con las características culturales de las diferentes regiones de Colombia. – El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, deberá establecer mecanismos para fomentar la producción y comercialización de frutas y verduras, con participación de los entes territoriales, la empresa privada y los gremios de la producción agrícola. 	<p>Artículo 2. Modifíquese el artículo 4 de la Ley 1355 de 2009, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 4. Estrategias para promover una alimentación balanceada y saludable. Los diferentes sectores de la sociedad impulsarán una alimentación balanceada y saludable en la población colombiana, a través de las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Los establecimientos educativos <u>y de salud</u> públicos y privados del país en donde se ofrezcan alimentos para el consumo deberán garantizar la disponibilidad de frutas, verduras y <u>alimentos de alto contenido nutricional.</u> b) Los centros educativos públicos y privados del país deberán adoptar un Programa de Educación Alimentaria siguiendo los lineamientos y guías que desarrollen el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para promover una alimentación balanceada y saludable, de acuerdo con las características culturales de las diferentes regiones de Colombia. c) El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, deberá establecer mecanismos para fomentar la producción y comercialización de frutas y verduras, con participación de los entes territoriales, la empresa privada y los gremios de la producción agrícola. <p><u>Parágrafo. No se permitirá la distribución, comercialización, promoción y publicidad de productos comestibles ultraprocesados, en los colegios e institutos públicos y privados de educación preescolar, básica primaria, básica secundaria y media, bibliotecas públicas e instituciones de salud.</u></p> <p><u>Parágrafo Transitorio. En los Municipios, Distritos y/o Departamentos donde al momento de la expedición de la presente Ley se hayan implementado o estén en proceso de implementación políticas públicas en el sentido de lo descrito en el presente artículo, tendrán un plazo máximo de un año para adecuar dicha regulación a lo establecido en la presente Ley.</u></p>

<p>Artículo 7. Regulación en grasas trans. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos, y requisitos de las grasas trans en todos los alimentos, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estas, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley</p>	<p>Artículo 3. Modifíquese el artículo 7 de la Ley 1355 de 2009, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 7. Regulación de productos comestibles con grasas trans y grasa saturada. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Invima reglamentará y controlará <u>los contenidos</u> y requisitos de grasas trans y grasa saturada con base en lo establecido en el artículo 5 de la resolución 2508 de 2012 del Ministerio de Salud y, en relación con los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional, <u>deberá regirse por lo que establece el artículo 6 de la misma norma, en todos los productos comestibles,</u> con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estas, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.</p>
<p>Artículo Nuevo</p>	<p>Artículo 4. Adiciónese el artículo 8A a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 8A. Regulación de productos comestibles con sodio. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos máximos de sodio y los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional de los productos comestibles con altos niveles de sodio <u>de acuerdo con el modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud,</u> con el fin de <u>prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esto, para lo cual</u> contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.</p>
<p>Artículo Nuevo</p>	<p>Artículo 5. Adiciónese el artículo 8B a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p>Artículo 8B. Regulación de productos comestibles con azúcares y edulcorantes. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos máximos de azúcares y edulcorantes y los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional de los productos comestibles con elevados niveles</p>

	<p>de azúcares y edulcorantes, de acuerdo con el modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estos, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.</p>
Artículo Nuevo	<p>Artículo 6. Adiciónese el artículo 8C a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p><u>Artículo 8C. Regulación de productos comestibles con colorantes, saborizantes, preservantes y resaltadores de sabor y otros aditivos nocivos para la salud.</u> El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos y requisitos de los productos comestibles con colorantes, saborizantes, preservantes y resaltadores del sabor, y en general de todos los aditivos cuya evidencia científica demuestre que tienen efectos nocivos para la salud, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.</p>
Artículo Nuevo	<p>Artículo 7. Adiciónese el artículo 10A a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p><u>Artículo 10A.</u> Toda reglamentación y modificación en las regulaciones establecidas por esta Ley, deberá estar soportada por estudios científicos y evidencia técnica libre de conflicto de intereses y priorizar los estudios y recomendaciones vigentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Unicef.</p>
Artículo Nuevo	<p>Artículo 8. Adiciónese el artículo 10B a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</p> <p><u>Artículo 10B. Empaquetado.</u> El empaquetado de productos comestibles ultraprocesados no podrá contener mensajes publicitarios o promocionales dirigidos a niños, niñas y adolescentes o ser especialmente atractivos para</p>

	<p><u>estos, ni sugerir que su consumo contribuye al éxito atlético o deportivo, la popularidad, al éxito profesional o al mejoramiento de la salud o las capacidades cognitivas.</u></p> <p>Parágrafo. <u>El Ministerio Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentará lo necesario para el cumplimiento de esta disposición, respetando un plazo máximo de un (1) año a partir de la expedición de la reglamentación para aplicar el contenido del presente artículo.</u></p>
Artículo Nuevo	<p>Artículo 9. <u>Adiciónese el artículo 11A a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</u></p> <p>Artículo 11A. <u>Se prohíbe el ofrecimiento o entrega a título gratuito a niños, niñas y adolescentes de productos comestibles ultraprocesados.</u></p> <p><u>En ningún caso podrá inducirse su consumo por parte de niños, niñas y adolescentes. La venta de productos comestibles ultraprocesados no podrá efectuarse mediante ofrecimientos comerciales no relacionados con la promoción propia del producto.</u></p>
Artículo Nuevo	<p>Artículo 10. <u>Adiciónese el artículo 12A a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</u></p> <p>Artículo 12A. Prohibición de patrocinio. <u>Prohíbese el patrocinio de eventos deportivos y culturales por parte de las empresas productoras, importadoras o comercializadoras de productos comestibles ultraprocesados a nombre de sus corporaciones, fundaciones o cualquiera de sus marcas, cuando este patrocinio implique la promoción directa o indirecta del consumo de productos comestibles ultraprocesados.</u></p>
Artículo Nuevo	<p>Artículo 11. <u>Adiciónese el artículo 12B a la Ley 1355 de 2009, el cual tendrá el siguiente tenor:</u></p> <p>Artículo 12B. Sanciones. <u>El Invima y la Superintendencia de Industria y Comercio</u></p>

	<p>sancionarán a cualquier persona que infrinja lo establecido en la presente ley en lo relativo a la implementación del empaquetado y las regulaciones de contenido de los productos comestibles. La Superintendencia de Industria y Comercio impondrá sanciones ante el incumplimiento de las disposiciones en materia de publicidad y patrocinio de las que trata la presente Ley, así como por las violaciones a los derechos de los consumidores en los casos en los que no exista regulación especial.</p> <p>Parágrafo. El régimen sancionatorio, autoridades competentes y procedimiento será aplicable con fundamento en la normatividad que les confiere facultades sancionatorias a las entidades mencionadas en este artículo, y lo dispuesto en la presente norma.</p>
-	<p>Artículo 12. Vigencia. Esta ley rige a partir de su promulgación y deroga toda disposición que se sea contraria.</p>

7. EXPERIENCIA INTERNACIONAL

a. Implementación en otros países

i. Chile

En 2012 Chile expidió la Ley de etiquetados de alimentos, la cual no solo incluye advertencias acerca del exceso de algunos nutrientes, sino además medidas para restringir la promoción de productos comestibles no saludables y limitar la oferta de los mismos en entornos alimentarios³⁵.

La reglamentación posterior de esta ley estableció límites para kilocalorías, azúcares, sodio y grasas saturadas. Los productos que exceden los límites permitidos de estos componentes, tienen en su cara frontal uno o varios octágonos negros con la advertencia “ALTO EN...”. Los

³⁵ Mora, M. et. al. *¿Por qué es prioritario implementar un adecuado etiquetado frontal en productos comestibles en Colombia?*. Convenio N° 5103721 Pontificia Universidad Javeriana - Universidad de Carolina del Norte. Disponible en: <https://medicina.javeriana.edu.co/documents/3185897/0/Etiquetado.pdf/8a8bc91d-413a-4eb6-881d-fc1fcf2a17a3>

alimentos no procesados o mínimamente procesados, como frutas, verduras, leguminosas y leche entera, no tienen este tipo de advertencias³⁶.

La ley chilena establece además, que los productos que tengan la advertencia sanitaria no podrán ser publicitados u ofertados en entornos escolares, en población infantil menor de 14 años.

ii. Francia

En 2001, el Programa Nacional de Salud Nutricional del Gobierno francés planteó la necesidad de generar un sistema de etiquetado frontal que permitiera orientar a las personas en el consumo de alimentos, de acuerdo a las recomendaciones nutricionales. A partir de esta propuesta se diseñó el sistema NUTRI-SCORE, el cual fue implementado en 2017³⁷.

Este sistema permite identificar la calidad de los alimentos y comestibles, utilizando 5 discos de colores (verde oscuro, verde claro, amarillo, anaranjado y rojo), que están acompañados de las letras mayúsculas A, B, C, D y E, respectivamente. Los alimentos etiquetados con el color verde y la letra A corresponden a los más saludables y deben ser parte del patrón habitual de alimentación, entre los cuales se encuentran las frutas, verduras y leguminosas. Por el contrario, los comestibles etiquetados con el color rojo y la letra E son productos que deben tener un consumo limitado, entre los que se encuentran la mayoría de los productos de paquetes y comidas rápidas y la totalidad de las bebidas azucaradas.

iii. Uruguay

En agosto de 2018, el presidente de Uruguay firmó el decreto para el rotulado de alimentos a los que se les hayan agregado sodio, azúcares o grasas y en cuya composición final el contenido de esos elementos o grasas saturadas exceda los valores establecidos.

Dicho rotulado se incorpora en la cara frontal del producto y tiene un diseño octagonal de fondo negro y letras blancas, con la expresión “exceso de...” y el elemento que corresponda, de manera independiente para cada nutriente que exceda los límites establecidos.

Para el caso de sodio, el límite es de 500 miligramos por cada 100 gramos; para azúcares, es de 3 gramos cada 100 gramos; para grasas el límite es el 35% del valor calórico total; y, para grasas saturadas, es el 12% del valor calórico total.

El plazo de implementación y adecuación de los productos es de 18 meses.

³⁶ Scapini V, Vergara C. (2017). *El impacto de la nueva ley de etiquetados de alimentos en la venta de productos en Chile*. Perfiles Económicos; 3: 7-33.

³⁷ Mora, M. et. al. *¿Por qué es prioritario implementar un adecuado etiquetado frontal en productos comestibles en Colombia?*. Convenio N° 5103721 Pontificia Universidad Javeriana - Universidad de Carolina del Norte. Disponible en: <https://medicina.javeriana.edu.co/documents/3185897/0/Etiquetado.pdf/8a8bc91d-413a-4eb6-881d-fc1fcf2a17a3>

iv. Perú

El 17 de junio de 2019 entró en vigencia en Perú el Manual de Advertencias Publicitarias que establece las disposiciones para la aplicación y cumplimiento de la Ley de Alimentación Saludable.

Aquí se establece que los productos alimenticios y bebidas con alto contenido de sodio, azúcar y grasas saturadas, deberán tener en la parte frontal de su empaque unos octógonos con el texto “alto en...” seguido de “azúcar”, “sodio” o “grasas saturadas”, cuando se superen los siguientes parámetros:

- Sodio
 - Alimentos sólidos: Mayor o igual a 800 mg / 100g.
 - Bebidas: Mayor o igual a 100 mg/100 ml.
- Azúcar
 - Alimentos sólidos: Mayor o igual a 22,5g/100g.
 - Bebidas: Mayor o igual a 6g/100 ml.
- Grasas saturadas
 - Alimentos sólidos: Mayor o igual a 6g/100g.
 - Bebidas: Mayor o igual 3g/100ml.
- Grasas Trans: según la norma vigente)

Adicionalmente se establece una leyenda adicional en los siguientes casos:

- Los alimentos procesados que superen los parámetros técnicos de sodio, azúcar y grasas saturadas deberán consignar: “evitar su consumo excesivo”
- Los alimentos procesados que superen los parámetros técnicos de las grasas trans deberán incluir el texto "Evitar su consumo".
- Cuando el producto tiene 2 o 3 advertencias referidas a sodio, azúcar o grasa saturada, se considerará una sola leyenda “Evitar su consumo excesivo”, que deberá ubicarse al pie de los octógonos.
- Si el producto contiene 4 advertencias referidas a sodio, azúcar, grasa saturada y contiene grasas trans, se considerarán ambas leyendas.

v. España

En 2018, España adoptó el sistema NUTRI-SCORE, tal y como se explica en el punto relativo al caso francés.

vi. Dinamarca

En 2011, Dinamarca aprobó un “impuesto de la grasa”, que grava a los alimentos con 16 coronas danesas por kilogramo de grasas saturadas (2,14 euros/kilo aproximadamente) y que se aplica en aquellos productos alimenticios cuyo contenido en este tipo de grasas sea superior al 2,3%.

Adicional a esto, en Dinamarca están prohibidas las grasas trans.

vii. Estados Unidos

En 2015, la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) prohibió el uso de grasas trans y estableció un periodo gradual de tres años para que los productores de alimentos las eliminaran completamente de sus recetas.

b. Evaluaciones y resultados de las implementaciones

i. Chile

De acuerdo con la investigación realizada por Mercedes Mora, Luis Fernando, Wilson Jalabe, Lindsey Smith y Barry Popkin de la Universidad Javeriana y la Universidad Carolina del Norte³⁸, algunas conclusiones sobre la implementación de Ley de etiquetados de alimentos chilena son las siguientes:

- Un estudio llevado a cabo un mes después de la implementación de la ley, estimó que el 41% de las personas adultas modificó sus patrones de alimentación. Adicionalmente, el 63% de los participantes consideró relevante o muy relevante, la presencia de los octágonos para orientar la decisión de compra³⁹.
- Otro estudio encontró que el 48,1% de los encuestados consideraba que el nuevo esquema de etiquetado les ayudó a tomar decisiones de alimentación más saludables⁴⁰.
- El estudio de percepción ciudadana encontró que el 92,4% de los encuestados tenía una percepción buena o muy buena del etiquetado. El 91,6% consideró que la presencia de las advertencias a través del uso de los octágonos, influyó en la decisión de compra⁴¹.
- La investigación llevada a cabo por Scapini y Vergara, encontró que después de la entrada en vigencia de la ley, se observó una disminución de las ventas de los productos que tenían las advertencias “ALTO EN..”. Adicionalmente, el número de advertencias estuvo relacionado significativamente, con una menor venta de los productos⁴².

ii. Francia

La aplicación del etiquetado frontal en Francia arroja las siguientes conclusiones preliminares:

³⁸ Mora, M. et al. *¿Por qué es prioritario implementar un adecuado etiquetado frontal en productos comestibles en Colombia?*. Convenio N° 5103721 Pontificia Universidad Javeriana - Universidad de Carolina del Norte. Disponible en: <https://medicina.javeriana.edu.co/documents/3185897/0/Etiquetado.pdf/8a8bc91d-413a-4eb6-881d-fc1fcf2a17a3>

³⁹ INSITU (2016). *Sondeo de etiquetados de alimentos. Estudio cuantitativo Santiago de Chile*. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/56014872/sondeo-ley-de-etiquetados-de-alimentos>

⁴⁰ CERET. Centro de Estudios del Retail (2016). *Medición de calidad de servicio en la industria del Retail supermercados*. Disponible en: http://www.ceret.cl/wp-content/uploads/2016/09/CalidadServicioSupermercadosMayo16_General_Lite.pdf

⁴¹ MINSALUD (2017). *Informe de evaluación de la implementación de la ley sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad. Gobierno de Chile*. Disponible en: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/05/Informe-Implementaci%C3%B3n-Ley-20606-junio-2017-PDF.pdf>

⁴² Scapini V, Vergara C. (2017). *El impacto de la nueva ley de etiquetados de alimentos en la venta de productos en Chile*. Perfiles Económicos; 3: 7-33.

- Una evaluación llevada a cabo por Julia et al⁴³, encontró que este sistema de etiquetado permite discriminar la calidad nutricional de los diferentes grupos de alimentos y comestibles ofertados en Francia. Adicionalmente, NUTRI-SCORE vincula el sistema de etiquetado con las recomendaciones nutricionales formuladas por la autoridad de Salud Pública de ese país.
- En un estudio llevado a cabo para evaluar el perfil nutricional de cereales de desayuno ofertados en el mercado francés, el sistema NUTRI-SCORE mostró una adecuada capacidad de discriminar la calidad nutricional entre los diferentes productos⁴⁴.

iii. Otros casos

- Un estudio experimental realizado en Nueva Zelanda demostró que las personas disminuyen sus preferencias relacionadas con el consumo y adquisición de un producto, cuando existe una advertencia nutricional en su etiquetado⁴⁵.

Cordialmente,

PEDRO HERNANDO FLOREZ PORRAS

Senador de la República

⁴³ Julia C, Ducrot P, Péneau S, Deschamps V, Méjean C, Fézeu L, et al. (2015). *Discriminating nutritional quality of foods using the 5-Color nutrition label in the French food market: consistency with nutritional recommendations*. Nutrition journal;14(1):100

⁴⁴ Julia C, Kesse-Guyot E, Touvier M, Mejean C, Fezeu L, Hercberg S. (2014). *Application of the British Food Standards Agency nutrient profiling system in a French food composition database*. The British journal of nutrition;112(10):1699- 705.

⁴⁵ Bollard T, Maubach N, Walker N, Mhurchu CN (2016). *Effects of plain packaging, warning labels, and taxes on young people's predicted sugar-sweetened beverage preferences: an experimental study*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity; 13 (1): 95.

SENADO DE LA REPUBLICA

V. Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5^a de 1982)

El día 03 del mes Agosto del año 2022

se radicó en este despacho el proyecto de ley

Nº. 91 Acto Legislativo Nº. _____, con todos y

cada uno de los requisitos constitucionales y legales

por: H. S. Pedro Hernando Flores Porras



SECRETARIO GENERAL