Bogotá, D. C., Octubre de 2017

**Doctor**

**OSCAR DE JESÚS HURTADO**

**PRESIDENTE COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL**

**CÁMARA DE REPRESENTANTES**

**ASUNTO:** Ponencia positiva para segundo debate al proyecto de ley No 019 de 2017 cámara “*Por medio de la cual se establecen medidas de salud pública para el control de la obesidad y otras enfermedades no transmisibles derivadas y se dictan otras disposiciones”.*

Respetado Doctor**,**

Cumpliendo el honroso encargo que nos hiciera la Mesa Directiva de la Comisión VII de la Honorable Cámara de Representantes, nos permitimos rendir Ponencia positiva para segundo debate al **Proyecto de Ley *No 019 de 2017 Cámara*** *“Por medio de la cual se establecen medidas de salud pública para el control de la obesidad y otras Enfermedades No Transmisibles derivadas y se dictan otras disposiciones”.*

Atentamente,

**OSCAR OSPINA QUINTERO RAFAEL ROMERO PIÑEROS**

**Representante a la Cámara Representante a la Cámara**

**(Coordinador Ponente)**

**ARGENIS VELÁSQUEZ RAMÍREZ**

**Representante a la Cámara**

**INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY *NO 019 DE 2017 CÁMARA***

***“****POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA PARA EL CONTROL DE LA OBESIDAD Y OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DERIVADAS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.*

Nos ha correspondido el honroso encargo de rendir ponencia positiva para segundo debate Cámara al **Proyecto de Ley *No 019 de 2017 Cámara*** *“Por medio de la cual se establecen medidas de salud pública para el control de la obesidad y otras Enfermedades No Transmisibles derivadas y se dictan otras disposiciones”.*

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.**

1. **Antecedentes del proyecto de ley.**

 El proyecto de ley objeto de estudio fue radicado en la anterior legislatura por iniciativa de los H. Representantes Oscar Ospina Quintero y Mauricio Salazar Peláez, el día 17 de agosto de 2016 en la Secretaria General de la Cámara de Representantes, donde le fue asignado el número 108 de 2016 y fue publicado en la Gaceta del Congreso No. 631 de 2016.

 Por disposición de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representante el proyecto de ley 108 de 2016 *“Por medio de la cual se establecen medidas de salud pública para el control de la obesidad y otras Enfermedades No Transmisibles derivadas y se dictan otras disposiciones”* fue acumulado con el proyecto de ley 07 de 2016 Senado *“Por medio de la cual se establecen normas sobre la información nutricional, el etiquetado de las bebidas azucaradas y se dictan otras disposiciones”.*

 El proyecto de ley fue retirado por decisión de los H. Representantes Oscar Ospina Quintero y Mauricio Salazar Peláez, autores del proyecto de ley 108 de 2016, de conformidad al artículo 155 de la ley 5ª de 1992.

 El proyecto de ley fue presentado nuevamente a iniciativa de los H. Representantes Oscar Ospina Quintero, Mauricio Salazar Peláez, Víctor Javier Correa, Rafael Romero Piñeros, Ana Cristina Paz y los H. Senadores [Jorge Eliécer Prieto Riveros](http://www.camara.gov.co/jorge-eliecer-prieto-riveros), Luis Evelis Andrade, Nadia Blel Scaf, Jorge Iván Ospina y Marco Aníbal Avirama, el día 25 de julio de 2017 ante la Secretaria General de la Cámara de Representantes, asignándosele el número 019 de 2017 y siendo publicado en Gaceta del Congreso No. 610 de 2017.

 La Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representante designó como ponentes para primer debate a los H. Representantes Oscar Ospina Quintero (Coordinador ponente), Rafael Romero Piñeros, Argenis Velázquez Ramírez, Guillermina Bravo Montaño y German Bernardo Carlosama. Sin embargo, la H. Representante Guillermina Bravo Montaño presentó renuncia como ponente del proyecto de ley, la cual fue aceptada por la H. Mesa Directiva de la Comisión Séptima.

El texto propuesto para primer debate fue aprobado sin modificaciones en sesión del 12 de septiembre de 2017 en Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes.

La Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representante designó como ponentes para segundo debate a los H. Representantes Oscar Ospina Quintero (Coordinador ponente), Rafael Romero Piñeros, Argenis Velázquez Ramírez, y German Bernardo Carlosama.

1. **Objeto del proyecto**

El presente proyecto de ley busca 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, a través de la promoción de hábitos de vida saludable, fomento de las acciones afirmativas por el autocuidado de la salud y la vida, la disminución de la morbimortalidad y la prevención de enfermedades derivadas del consumo de productos perjudiciales, con grandes cantidades de calorías, sodio, azúcares, azúcares libres, grasas totales, grasas saturadas, grasas trans, aditivos y/o edulcorantes.

1. **Justificación**

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.

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 principios de eficiencia, universalidad 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.*

*Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.*

*La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.*

*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:

***“Articulo******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”.*

Ahora bien, la Honorable Corte Constitucional en Sentencia T-184 de 2011, manifestó:

*“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 la 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”.*

Así, pese a haberse consagrado el derecho a la salud, dentro de los derechos sociales, económicos y culturales, la Corte Constitucional, le ha reconocido el carácter de derecho fundamental, atribuyéndole un mandato al Estado, en lo relativo a la prevención, promoción y protección de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de los administrados.

Aunado lo anterior, hoy la ley estatutaria en salud (ley 1751 de 2015) ha señalado claramente que los determinantes sociales tienen relación directa con el goce efectivo del derecho a la salud, por eso la educación para los buenos hábitos 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, seguridad y beneficios, son temas sobre 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, conforme a la evidencia científica que muestra la relación entre alimentación saludable y salud.

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021[[1]](#footnote-1) define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial.

**¿Que son los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional?**

Son aquellos productos comestibles o bebibles con un nivel elevado Calorías, de azúcares, grasas y/o sodio, además de edulcorantes y cuyo aporte nutricional es bajo o incluso nulo. Son bajos en fibra alimentaria, proteínas, diversos micronutrientes y otros compuestos bioactivos, por ejemplo, snacks salados, golosinas, goma de mascar, la mayoría de los postres dulces, comida rápida y bebidas azucaradas.

La Organización Panamericana de la salud (OPS) le ha dado a esta definición otro matiz. Se ha basado en el sistema NOVA de clasificación de alimentos el cual no está basado en la cantidad de nutrientes. “El sistema NOVA agrupa los alimentos según la naturaleza, la finalidad y el grado de procesamiento” (Organizaciòn Panamericana de la Salud, 2015). Comprende cuatro grupos que se mencionan a continuación:

1. Alimentos sin procesar o mínimamente procesados;

2. Ingredientes culinarios procesados;

3. Alimentos procesados, y

4. Productos ultraprocesados.

El sistema NOVA permite estudiar el suministro de alimentos y los patrones de alimentación en su conjunto a lo largo del tiempo y entre países. También permite estudiar los grupos de alimentos individuales dentro del sistema.

La Organización Panamericana de la Salud ha propuesto que los estados regulen los productos procesados y ultraprocesados que cumplan los siguientes criterios.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sodio** | **Azúcares libres** | **Otros edulcorantes** | **Total de grasas** | **Grasas saturadas** | **Grasas trans** |
| Mayor o igual a 1mg de sodio por cada Caloría del producto. | Mayor o igual al 10% del total de energía del producto, proveniente de azúcares libres | Cualquier cantidad de edulcorantes diferentes a azúcares. | Mayor o igual al 30% del total de energía del producto, proveniente del total de grasas. | Mayor o igual al 10% del total de energía del producto, proveniente del total de grasas saturadas. | Mayor o igual al 1% del total de energía del producto, proveniente del total de grasas trans. |

**Alimentos sin procesar o mínimamente procesados.**

Los alimentos sin procesar son partes de plantas o animales que no han experimentado ningún procesamiento industrial. Los alimentos mínimamente procesados son alimentos sin procesar que se modifican de manera que no agregan ni introducen ninguna sustancia nueva (como grasas, azúcares o sal), pero que pueden implicar que se eliminen ciertas partes del alimento. Incluyen frutas frescas, secas o congeladas; verduras, granos y leguminosas; nueces; carnes, pescados y mariscos; huevos y leche. Las técnicas de procesamiento mínimo prolongan la duración de los alimentos, ayudan en su uso y preparación, y les dan un sabor más agradable

**Alimentos procesados**.

Aquellos que se elaboran al agregar grasas, aceites, azúcares, sal y otros ingredientes culinarios a los alimentos mínimamente procesados, para hacerlos más duraderos y, por lo general, más sabrosos.

**Productos ultraprocesados.**

“Los productos ultraprocesados son formulaciones industriales elaboradas a partir de sustancias derivadas de los alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas. En sus formas actuales, son inventos de la ciencia y la tecnología de los alimentos industriales modernas. La mayoría de estos productos contienen pocos alimentos enteros o ninguno. Vienen listos para consumirse o para calentar y, por lo tanto, requieren poca o ninguna preparación culinaria (…). Numéricamente, la gran mayoría de los ingredientes en la mayor parte de los productos ultraprocesados son aditivos (aglutinantes, cohesionantes, colorantes, edulcorantes, emulsificantes, espesantes, espumantes, estabilizadores, “mejoradores” sensoriales como aromatizantes y saborizantes, conservadores, saborizantes y solventes). A los productos ultraprocesados a menudo se les da mayor volumen con

aire o agua. Se les puede agregar micronutrientes sintéticos para “fortificarlos”” (Organizaciòn Panamericana de la Salud, 2015).

**¿Por qué regular los productos comestibles y bebibles de alto contenido calórico y bajo valor nutricional?**

 Cerca de 800 millones de personas alrededor del mundo están desnutridas y 2.1 billones tienen un índice de masa corporal (IMC) que los pone en riesgo de sufrir diabetes tipo2 y otras enfermedades crónicas relacionadas con la dieta. (Freudenberg, 2016)

 En Colombia según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN 2010) el 51.2% de la población adulta y el 17.5% de los niños presentan sobrepeso y obesidad (ICBF, 2011). El gasto en salud para atender enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta aumentó 755%, entre 2005 y 2012, pasó de 22.500 millones a 192.730 millones en 2012 (MINSALUD, 2014).

En 2014 murieron 89.529 personas por enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta (MinSalud, 2015). Mientras que, las muertes por causas externas como los homicidios, los accidentes o los suicidios sumaron 28.071 (DANE, 2015). Esta cifra es solo la tercera parte de las muertes ocasionadas por enfermedades relacionadas al consumo de una alimentación inadecuada.

Las recomendaciones y las acciones relativas a la nutrición y la salud se han basado convencionalmente en determinados nutrientes (por ejemplo, sodio y grasas saturadas) o en determinados tipos de alimentos (por ejemplo, frutas y verduras y carnes rojas). Según Carlos Monteiro[[2]](#footnote-2), estos enfoques para abordar y clasificar los distintos tipos de alimentación son inadecuados y engañosos puesto que se basan en una visión estrecha de la nutrición, en la cual los alimentos se conciben como la mera suma de sus nutrientes, y pasan por alto el papel del procesamiento industrial moderno de los alimentos y su impacto sobre la alimentación (Monteiro, 2009). El procesamiento industrial de los alimentos ha transformado el sistema alimentario mundial, y hoy en día afecta en particular a los países de ingresos medianos y bajos (Organizaciòn Panamericana de la Salud, 2015).

El cambio radica en el desplazamiento de los patrones de alimentación basados en comidas y platos preparados a partir de alimentos sin procesar o mínimamente procesados por otros que se basan cada vez más en productos ultraprocesados. El resultado es una alimentación caracterizada por una densidad calórica excesiva, alta en azúcares libres, grasas no saludables, sal, y baja en fibra alimentaria, lo que aumenta el riesgo de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) relacionadas con la alimentación (Organizaciòn Panamericana de la Salud, 2015).

El consumo de productos ultraprocesados conlleva a diversos problemas nutricionales y metabólicos, tienen repercusiones sociales y culturales, económicas y ambientales como el desestimulo de la producción campesina y su subsecuente empobrecimiento y abandono del campo; la contaminación de las fuentes de agua, entre otras. Los problemas con estos productos para la salud radican en lo siguiente:

* Tienen una calidad nutricional muy baja.
* Son extremadamente sabrosos, a veces hasta adictivos.
* Imitan los alimentos y se los ve erróneamente como saludables.
* Fomentan el consumo de snacks por su fácil preparación.
* Se anuncian y comercializan de manera agresiva y engañosa.

A nivel mundial, las ventas de productos ultraprocesados aumentaron en un 43,7% durante el periodo de 2000-2013 (de 328.055 kilo-toneladas en el 2000 a 471.476 kilo-toneladas en el 2013). En América latina el aumento fue de 48% pasando de 53.458 Kilo-toneladas a 79.108 kilo-toneladas. Lo cual ha significado un aumento en el consumo per cápita que pasó en ese periodo de 102.3Kg/año a 129.6Kg/año.

Según Euromonitor[[3]](#footnote-3) en el año 2013, Colombia acumuló un consumo per cápita de productos ultraprocesados de 92.2Kg/año, lo cual significó un aumento de 18.5Kg/año con relación al año 2000 y un 25% en términos porcentuales. Es de aclarar que esta medición no contempla el consumo de comidas rápidas, los panes industriales, sopas y fideos envasados, quesos procesados, salchichas y nuggets de pollo o pescado, los cuales pueden aumentar la cifra citada. (Organizaciòn Panamericana de la Salud, 2015)

 Las tendencias de aumento de consumo de ultraprocesados en la población se han visto incentivadas por los mismos Estados que, al contrario de lo esperado, referente a la regulación de esta clase de productos, ha promovido su consumo por medio de las compras estatales. Por ejemplo en los Estados Unidos más del 50% de los alimentos comprados por el Departamento de Agricultura son comprados a compañías a las cuales se le permite agregar grasa, azúcar o sodio antes de ser entregados a las escuelas y como resultado estos alimentos tienen el mismo valor nutricional que los productos ultraprocesados (Freudenberg, 2016).

 La compra de alimentos que está a cargo del sector público se ha dirigido hacia alimentos de “alta calidad”, los cuales son proveídos por una industria mundial de alimentos ultra procesados que dominan el suministro mundial de alimentos y contribuyen al aumento de la carga de las enfermedades relacionadas con la dieta.

La adquisición de comida saludable es una de las pocas intervenciones nutricionales que puede dirigirse a combatir dos problemas mundiales relacionados con la dieta, la desnutrición y el exceso de peso. La obtención de alimentos sanos, tiene el potencial para reunir a muchos grupos que pueden convertirse en una fuerza más amplia para la promoción de una alimentación sana. Los éxitos en el mejoramiento de la alimentación institucional pueden traer cambios más profundos en la sociedad (Freudenberg, 2016).

**¿Qué son las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y cuáles son los problemas de Salud Pública que afectan al país?**

Según el Ministerio de Salud y la Protección Social[[4]](#footnote-4), las enfermedades no transmisibles (o crónicas) son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta.

Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son:

* Las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares)
* El cáncer
* Las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma)
* Diabetes

Las enfermedades no transmisibles (ENT), representan con diferencia la causa de defunción más importante en el mundo, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales. Estas enfermedades comparten factores de riesgo comunes que incluyen el tabaquismo, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y la dieta no saludable.

Las ENT se pueden prevenir y controlar a través de cambios en el estilo de vida, políticas públicas e intervenciones de salud, y requieren un abordaje intersectorial e integrado.

En el 2014 el Ministerio de Salud hizo un llamado a la población en general para que adopte hábitos saludables como no fumar, realizar actividad física, reducir el consumo de sal y de alcohol, controlar el peso corporal y comer al menos 400 gramos diarios de frutas y verduras con el ánimo de prevenir la enfermedades cardiovasculares (ECV) y la Diabetes.

**Situación morbimortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia.**

El infarto, la trombosis, la hipertensión y la diabetes están en la lista de las 10 principales causas de mortalidad en Colombia, lo cual pone al país frente a una epidemia de las enfermedades cardiovasculares causados por hábitos de vida no saludables como sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol y sal, así como sobrepeso u obesidad.

De acuerdo con el ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) (2015) COLOMBIA[[5]](#footnote-5), entre 2005 y 2013 la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio, y aunque han seguido una tendencia descendente en el tiempo pasando de 166,43 a 144,65 muertes por cada 100.000 habitantes, causaron el 29,92% (529.190) de las defunciones y el 16,13% (7.016.833) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). El grupo de las demás causas que se consolida como una agrupación de diagnósticos residuales, conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes mellitus, las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado, entre otras, produjo el 24,26% (429.122) de las muertes y el 20,42% (8.881.858) del total de AVPP.

“La OMS, en la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, aprobada en mayo del 2004, se refiere a la Alimentación Saludable como aquella que cumple con las siguientes características: 1) lograr un equilibrio energético y un peso normal; 2) limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituye las grasas saturadas por grasas insaturadas y trata de eliminar los ácidos grasos trans; 3) aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos; 4) limitar la ingesta de azúcares libres, y 5) limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia y consume sal yodada” [[6]](#footnote-6)

Según lo dispuesto en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) (2015) La ENSIN 2005 encontró que el 40,6% de la población consumía más del 65% de las calorías provenientes de los carbohidratos. En la ENSIN 2010 se afirma que el 10% de la población consume arroz o pasta tres veces o más en el día y el 5% consume pan, arepa o galletas con esta misma frecuencia; el 27% consume tubérculos y plátanos dos veces al día; y el 57,4% consume azúcar, panela o miel tres veces o más en el día. Por su parte, el consumo diario de frutas y verduras es bajo, y el consumo diario de hortalizas y verduras es muy bajo. Estos resultados son consecuentes con el incremento actual del sobrepeso y la obesidad en el país.

 ***La obesidad.***

Este es uno de los problemas de salud más graves en el planeta. En Colombia, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad está alcanzando niveles alarmantes, pues afectan a cerca de la mitad de la población del país, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN).

El sobrepeso y la obesidad predisponen a enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, dislipidemia o aumento del colesterol, apoplejía, osteoartritis y degeneraciones articulares, apnea del sueño y varios tipos de cáncer (útero, seno, próstata, colon, etc.), entre otras. La Organización Mundial de la Salud muestra que entre 2% y 7% de los costos nacionales de asistencia sanitaria pueden imputarse al tratamiento y control del sobrepeso y la obesidad en el mundo. En términos relativos, la obesidad aumenta los costos de atención de salud en 36% y los de medicación en 77%, frente a los de una persona de peso normal.

La ENSIN muestra que el sedentarismo en el país ya no es la excepción, sino la regla. Apenas el 46,4% de los adultos entre 18 y 64 años hace la actividad física mínima recomendada por los expertos. Aún más grave, entre los adolescentes (de 13 a 17 años) el hábito de la actividad física apenas es conservado por el 24,2%. Los malos hábitos están poniendo en riesgo la salud de los colombianos. Cifras de la FAO (la organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) muestran cómo el consumo de grasa diario por persona en Colombia mantiene una fuerte tendencia de crecimiento de largo plazo.

Estudios de la Organización Mundial de la Salud muestran que la obesidad puede ser señalada como causa del 58% de la diabetes mellitus (insulino dependiente e incurable) en el mundo; el 21% de las enfermedades cardíacas relacionadas con la obstrucción de las arterias; y en diferentes tipos de cáncer puede explicar entre el 8% y el 42% de los casos. Colombia se está ubicando entre los países de América Latina con mayores índices de obesidad y también de muertes causadas por afecciones cardíacas.

En Colombia, la obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha tendido al incremento; la prevalencia para 2010 es un 20% mayor que en 2005, pasando de 13,70 a 16,50 casos por cada 100 personas. En esta población la obesidad es un 75% mayor en mujeres que en hombres, con una diferencia absoluta de 8,6 mujeres obesas más por cada 100 personas; un 19% mayor en el área urbana que en la rural, con una diferencia absoluta de 2,8 obesos más por cada 100 personas; un 11% mayor entre las personas que se autorreconocen como afro comparado con el grupo de los otros, para una diferencia absoluta de 1,8 obesos más; y finalmente, es un 26% mayor en las personas sin ningún nivel educativo con respecto a los de grado superior, para una diferencia absoluta de 3,6 personas obesas más. (Ver barras 1)

**Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según gradientes. Colombia, 2005-2010 (barras 1)**



**Fuente:** ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) COLOMBIA, 2015

En todo sentido la obesidad de 2005 a 2010 ha sobrepasado el índice porcentual, siendo más alto en las mujeres que en los hombres, además cabe anotar que quienes tienen mayor obesidad de acuerdo al nivel educativo son los niños y niñas de primaria.

Por otra parte vemos que a mayor edad mayor índice de obesidad se ha reportado en Colombia:

**Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según edad. Colombia, 2005-2010 Barras 2)**



**Fuente:** ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) COLOMBIA, 2015

La obesidad es más frecuente en los adultos entre 53 y 64 años. Se observa que durante el periodo 2005- 2010 las personas entre 33 y 37 experimentaron un incremento de 3,20 puntos porcentuales siendo el grupo con más rápido crecimiento. Los jóvenes de 18 a 22 años también sufrieron un incremento de 1,80 puntos porcentuales durante el mismo lapso.

***El infarto.***

Dentro de este grupo de enfermedades se destaca la isquémica cardiaca o infarto como responsable del mayor número de casos fatales. Para 2011 este fue el responsable de la muerte de 29.000 colombianos, afectado en su mayoría a los hombres, con 16.000 casos.

Las tasas de mortalidad por 100 mil habitantes de infarto entre 2005 y 2010 más elevadas se registraron en los departamentos de Tolima (84,53), Caldas (81,72), Quindío (74,53), Risaralda (70,50), Huila (68,17), Cundinamarca (64,74), Antioquia (63,58), Santander (62,44), Valle del Cauca (59,72), Meta (59,43), Magdalena (58,82), Atlántico (54,83), Norte de Santander (54,54), Cesar (53,03), Arauca (52,43), Sucre (52,28), Boyacá (52,18) y Caquetá (49,51).

***La diabetes.***

En cuanto a la diabetes, el comportamiento de la morbimortalidad ha logrado prender las alarmas de las autoridades sanitarias del país.  De acuerdo a datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007 (ENS 2007), su prevalencia en Colombia en la población entre 18 a 69 años era de 3,5%.

En el año 2010, murieron en Colombia 6.859 personas por esta causa, cifra que representó el 3,4% del total de muertes en el país y ubica a esta entidad como una de las primeras diez causas de muerte en el país. La mortalidad por esta enfermedad es mayor en la zona central del país.

Finalmente, de acuerdo a la información de la Cuenta de Alto Costo para el año 2012, el número de casos de diabetes en Colombia era de dos millones de personas, con proyecciones al alza para los próximos años.

**¿Por qué son importantes los Entornos Educativos en el Proyecto de Ley?**

Se requieren programas para garantizar la alimentación sana en los entornos educativos para que los estudiantes adquieran hábitos de vida saludable. De igual manera, se necesita un compromiso de parte del sector industrial y comercial de alimentos, y de los medios de comunicación para promover buenos hábitos alimenticios y físicos.

Para la OMS la promoción de dietas y modos de vida saludables para reducir la carga mundial de enfermedades crónicas no transmisibles requiere un enfoque multisectorial y, en consecuencia, la participación de los diversos sectores de la sociedad.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son el reflejo de distintas exposiciones acumuladas durante toda la vida a entornos físicos y sociales perjudiciales, por lo tanto su abordaje preventivo debe iniciar desde el vientre materno hasta la adultez y dado que cada vez son más evidentes los efectos de los entornos fabricados por el hombre y los entornos naturales (y la interacción entre ellos) en la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles, es menester que el tema alimentario sea considerado como uno de los factores determinantes más claves a intervenir.

Existen intervenciones costo-efectivas, basadas en la "evidencia", para prevenir y controlar la amenaza de las enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial regional, nacional y local. Factores de riesgo modificables, como el tabaco, el consumo nocivo de alcohol, los hábitos a poco saludable, la insuficiente actividad física, la obesidad, así como la hipertensión, la hiperglucemia y la hipercolesterolemia, son reconocidos como factores de riesgo principales, que contribuyen a la patogenia subyacente de las enfermedades cardiovasculares. Por medio de cambios en el estilo de vida y los hábitos de alimentación se obtiene una disminución de los mismos. Se sabe que, globalmente, los nueve factores de riesgo cardiovascular medibles y modificables (tabaquismo, hipertensión arterial, sobrepeso corporal, perímetro abdominal mayor de 90 cm, hiperlipidemias por aumento de colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL y triglicéridos, e hiperglucemia) representan el 90 % del riesgo atribuible a la población para hombres y el 94 % para mujeres, con estimaciones similares en la mayoría de las regiones del mundo, incluyendo a Colombia, India, China y otras partes de Asia , sin embargo, es importante vigilar, caracterizar y estimar en cada país o región, los riesgos más prevalentes, los índices y los puntos de corte de algunos factores de riesgo, porque el efecto de las estrategias de intervención podría variar en función de factores socioeconómicos, ambientales y culturales particulares.

La aplicación e implementación del plan de acción de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, la estrategia mundial sobre régimen alimentario, la actividad física y la salud y la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, son iniciativas globales que establecen líneas de acción estratégicas para poner en marcha intervenciones integrales de salud pública que detengan el avance de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Los años 2012- 2022, se han definido como el decenio de las Naciones Unidas de la lucha contra las enfermedades no transmisibles, para garantizar que el 85 % de la población mundial tenga acceso a la información, a la educación y a los servicios de salud, para reducir la vulnerabilidad y las tasas de mortalidad asociadas a las enfermedades crónicas

Así las cosas, se busca suministrar herramientas para que el consumo resulte informado, de manera tal que se genere la consecución de hábitos saludables y de conciencia en el autocuidado, de manera particular a los consumidores de productos alimenticios quienes a la fecha se han visto engañados respecto al contenido real de los productos procesados que ingieren en el día a día, por tal motivo conscientes de la importancia que tienen las advertencias para alertar e informar al público en general sobre el contenido de estos, el presente proyecto de ley busca el fortalecimiento de políticas públicas en procura de avances en la garantía y goce efectivo del derecho fundamental a la salud y al bienestar en su más alto nivel contribuyendo a que los Colombianos conozcan mejor lo que consumen para que de esta manera, tomen decisiones más acertadas y consientes al momento de escoger sus alimentos, alertándoseles del contenido de estos por medio de un símbolo octagonal de fondo color negro y borde color blanco, y en su interior el texto “ALTO EN”, seguido de: “SODIO”, “AZUCARES”, “AZUCARES LIBRES”, “GRASAS TOTALES”, “GRASAS SATURADAS”, “GRASAS TRANS”, y/o “EDULCORANTES” en uno o más símbolos independientes, según corresponda.

De igual manera se busca incentivar campañas de autocuidado encaminadas a generar conciencia del cuidado propio, así como la creación de programas de salud y educación tendientes a contribuir a la disminución del consumo excesivo de Calorías, asi como de grasas, azúcares y sodio, previniendo con ello el desarrollo de algunas enfermedades crónicas no transmisibles tales como obesidad, diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemias, y algunos tipos de cánceres entre otras.

**El autocuidado y el consumo responsable.**

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos...[[7]](#footnote-7). “Cualquier cosa que una persona pueda aprender, conduce a cambios en uno de los tres campos siguientes del comportamiento: cognitivo, afectivo y psicomotor; todo aprendizaje equivale a obtener el desarrollo de una forma de comportamiento, bien sea porque surjan o cambien los comportamientos, los afectos o las destrezas psicomotoras en la persona”[[8]](#footnote-8)

En este orden de ideas, este proyecto de Ley se encamina a informar sobre los contenidos reales de los alimentos procesados en cuanto a grasas, azucares y sodio (sal) y edulcorantes, de manera que al consumirlos se esté frente a una decisión informada y por lo tanto el consumidor pueda optar con elementos que le permitan tomar una decisión consciente de lo que consume.

**El Etiquetado de productos, desarrollo del derecho a la información de los consumidores.**

En Colombia, la Constitución Política reivindica los derechos de las personas en su calidad de consumidoras de bienes y servicios, principalmente a través de los artículos 13 (derecho a la igualdad), 78 (potestad de vigilancia y control estatal sobre los bienes y servicios prestados a la comunidad) y 334 (intervención estatal en la producción, distribución, utilización y consumo de los bienes). Por su parte, la Ley 1480 de 2011 que expidió el Estatuto del Consumidor concreta los preceptos constitucionales con el objetivo principal de establecer prerrogativas y reconocer derechos a los consumidores para que los bienes y servicios que consumen no les vayan a causar algún tipo de daño o perjuicio. El 7 de Abril de 2017 la corte suprema de Justicia señaló que son los consumidores quienes “en la satisfacción de sus necesidades vitales, sociales y comerciales, ancladas necesariamente en el marco de la relación obligatoria como compradores, tienen derecho a exigir, recibir y difundir información e ideas, acerca de los riesgos a los que se halla expuesta su salud, en caso de así serlo, frente a los fabricantes, productores o distribuidores”.

Teniendo en cuenta que entre los proveedores (entiéndase: productores, distribuidores, prestadores, entre otros) de bienes o servicios y los consumidores no existe una relación equitativa, el Estado busca otorgar prerrogativas a los consumidores para tratar de equilibrar dicha relación, y con ello garantizar que no sufran algún tipo de perjuicio. La inequidad en la relación de consumo se manifiesta en que por lo general, si una persona requiere algún servicio o bien, está sometida a consumir aquel disponible en el mercado, sin que haya mediado entre el consumidor y el proveedor acuerdo de voluntades ni fijación previa de condiciones sobre el producto objeto de consumo, es decir, el consumidor debe adherirse a las condiciones establecidas por el proveedor, o puede decidir no consumir el bien o usar el servicio, pero queda expuesto a no obtener o satisfacer lo que requiere.

Es así como el Estado busca proteger a su población frente a los riesgos en salud o seguridad, y frente a la inequidad en la relación de consumo, garantizando derechos como: recibir productos de calidad, acceder a información completa y veraz sobre los productos objeto de consumo; derecho de reclamación ante productos o servicios defectuosos, derecho a informar a los demás sobre el ejercicio de estos derechos y recibir protección contra la publicidad engañosa, entre otros.

Ahora bien, uno de los mecanismos para brindar información a la población es el etiquetado de los productos que consume, al respecto el artículo 3 de la Ley 1480 de 2011 establece lo siguiente:

*Artículo 3. Derechos y deberes de los consumidores y usuarios. Se tendrán como derechos y deberes generales de los consumidores y usuarios, sin perjuicios de los que les reconozcan leyes especiales, los siguientes: (…)*

*1.3. Derecho a recibir información: Obtener información completa, veraz, transparente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea respecto de los productos que se ofrezcan o se pongan en circulación, así como sobre los riesgos que puedan derivarse de su consumo o utilización, los mecanismos de protección de sus derechos y las formas de ejercerlos.*

De lo anterior se concluye entonces que el Estado Colombiano, en aras de proteger el derecho a la información de los consumidores, debe adoptar medidas para que el etiquetado de los productos contenga información clara, completa, veras y a la vez que advierta sobre los riesgos que pueden representar dichos productos. Por ende, el etiquetado y las advertencias sanitarias propuestas en este proyecto de ley, son la forma de respetar, proteger y garantizar el derecho a la información de la población colombiana, con relación a los productos comestibles que se ofertan en el país.

1. **PLIEGO DE MODIFICACIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| **TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE CÁMARA** | **TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE CÁMARA** |
| **Artículo 10º. Hábitos de vida saludable en entornos educativos públicos y privados de educación prescolar, básica primaria, y educación media.** En los entornos educativos públicos y privados de educación preescolar, básica primaria y educación media se deberá:1. Garantizar la oferta de alimentos saludables y naturales, mediante la implementación de tiendas saludables,
2. Prohibir la promoción o publicidad de los productos de alto contenido calórico y/o bajo valor nutricional y,
3. Realizar campañas informativas y educativas incentivando al consumo de alimentos saludables.

**Parágrafo 1.** El plazo para la implementación las medidas contenidas en este artículo será de (1) un año a partir de la sanción de la Ley. **Parágrafo 2.** Las secretarias de salud departamentales y municipales serán las encargadas de sancionar a quienes incumplan las medidas contenidas en este artículo. **Parágrafo 3.** La oferta de alimentos en las tiendas saludables será definida, planeada, supervisada y controlada por un comité institucional o sectorial idóneo en el tema y que de ninguna manera presente conflicto de intereses con la industria para realizar estas actividades; por ende, no formará parte del comité de tiendas saludables ninguna persona o entidad encargada o vinculada con entidades productoras de alimentos provenientes de la industria. | **Artículo 10º. Hábitos de vida saludable en entornos educativos públicos y privados de educación prescolar, básica primaria, y educación media.** En los entornos educativos públicos y privados de educación preescolar, básica primaria y educación media se deberá:1. Garantizar la oferta de alimentos saludables y naturales, mediante la implementación de tiendas saludables,
2. Prohibir la promoción o publicidad de los productos de alto contenido calórico y/o bajo valor nutricional y,
3. Realizar campañas informativas y educativas incentivando al consumo de alimentos saludables.

**Parágrafo 1.** El plazo para la implementación las medidas contenidas en este artículo será de (1) un año a partir de la sanción de la Ley. **Parágrafo 2.** Las secretarias de salud departamentales y municipales serán las encargadas de sancionar a quienes incumplan las medidas contenidas en este artículo. **Parágrafo 3.** La oferta de alimentos en las tiendas saludables será definida, planeada, supervisada y controlada por un comité institucional o sectorial idóneo en el tema y que de ninguna manera presente conflicto de intereses con la industria para realizar estas actividades; por ende, no formará parte del comité de tiendas saludables ninguna persona o entidad encargada o vinculada con entidades productoras de alimentos provenientes de la industria. |
| **Artículo 14º.** Adiciónese un literal al numeral 4 del artículo 2 de la ley 1150 de 2007, el cual quedará así:~~k)~~ La compra de alimentos saludables a organizaciones campesinas, pequeños productores del campo y similares, que fomenten los cultivos de frutas y verduras y otros productos agrícolas, por parte de establecimientos públicos que provean o financien programas de alimentación a la niñez, adolescencia, mujeres, población de la tercera edad, reclusa, u hospitalizada | **Artículo 14º.** Adiciónese un literal al numeral 4 del artículo 2 de la ley 1150 de 2007, el cual quedará así:a) La compra de alimentos saludables a organizaciones campesinas, pequeños productores del campo y similares, que fomenten los cultivos de frutas y verduras y otros productos agrícolas, por parte de establecimientos públicos que provean o financien programas de alimentación a la niñez, adolescencia, mujeres, población de la tercera edad, reclusa, u hospitalizada |

1. **PROPOSICIÓN**

Por las razones expuestas, solicitamos a la plenaria de la H. Cámara de Representantes **dar segundo debate al Proyecto de Ley No 019 de 2017 Cámara** “*Por medio de la cual se establecen medidas de salud pública para el control de la obesidad y otras Enfermedades No Transmisibles derivadas y se dictan otras disposiciones*”.

De los honorables Representantes,

**OSCAR OSPINA QUINTERO RAFAEL ROMERO PIÑEROS**

**Representante a la Cámara Representante a la Cámara**

**(Coordinador Ponente)**

**ARGENIS VELÁSQUEZ RAMÍREZ**

**Representante a la Cámara**

**TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE**

**AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 019 DE 2017 CÁMARA.**

“*Por medio de la cual se establecen medidas de salud pública para el control de la obesidad y otras enfermedades no transmisibles derivadas y se dictan otras disposiciones”.*

**El Congreso de Colombia**

**DECRETA:**

**CAPITULO I**

**Disposiciones Generales**

**Artículo 1º. Objeto.** La presente ley establece 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.

**Artículo 2º. Definiciones.**

**Alimentos Sin Procesar y Mínimamente Procesados:** Estos alimentos se obtienen directamente de plantas o de animales. Los alimentos sin procesar no sufren ninguna alteración tras extraerse de la naturaleza. Los alimentos mínimamente procesados son los que se han sometido a un proceso de limpieza, remoción de partes no comestibles o indeseables, fraccionamiento, molienda, secado, fermentación, pasteurización, refrigeración, congelación y procesos similares sin añadir al alimento original sal, azúcar, aceites, grasas ni otras sustancias.

**Ambiente Obesogenico:** Aquel ambiente que promueve y apoya la obesidad de los seres humanos a través de factores físicos, económicos, y/o socioculturales.

**Azúcar:** Para efectos de declaración de nutrientes se entenderá el término “azúcar” como la sacarosa obtenida de la caña de azúcar o la remolacha.

**Azúcares:** Carbohidratos tipo monosacáridos y disacáridos presentes naturalmente en los alimentos o adicionados a los mismos.

**Azúcares libres**: Son 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.

**Densidad de nutrientes**: Cantidad de nutrientes aportada por un alimento o un producto comestible por cada 1000 kcal consumidas.

**Densidad energética:** Es la cantidad de energía o calorías por gramo de alimento. Los alimentos con baja densidad energética aportan menor energía por gramo de alimento.

**Edulcorantes:** Sustancias diferentes del azúcar que confieren a un alimento un sabor dulce.

**Enfermedades No transmisibles-ENT-** Son las que no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y progresión generalmente lenta. Los 4 tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. En ocasiones, las ENT tienen su origen en factores biológicos inevitables, pero a menudo son causadas por ciertos hábitos como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, una alimentación poco sana y la falta de actividad física.

**Ingrediente.**  Sustancia(s) que se emplea(n) en la fabricación o preparación de un alimento presente en el producto final, aunque posiblemente en forma modificada, incluidos los aditivos alimentarios.

**Ingredientes culinarios:** Son productos extraídos de alimentos sin procesar o de la naturaleza por procesos como prensado, molienda, trituración, pulverización y refinado. Se usan en las cocinas de los hogares y en cafeterías y restaurantes para condimentar y cocinar alimentos y para crear preparaciones culinarias variadas.

**Organismos Genéticamente Modificados:** Organismos cuyo material genético ha sido alterado usando técnicas de ingeniería genética.

**Productos comestibles o bebibles de alto contenido calórico y/o bajo valor nutricional:** Son aquellos productos comestibles o bebibles con un nivel elevado de azúcares, grasas y/o sodio, cuyo aporte nutricional es bajo o incluso nulo, y además pueden contener otros edulcorantes. Son bajos en fibra alimentaria, proteínas, micronutrientes y otros compuestos bioactivos.

Para efectos de esta ley se considera que un producto comestible o bebible de alto contenido calórico y/o bajo valor nutricional es el que se encuentra por encima de los siguientes rangos.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sodio** | **Azúcares libres** | **Grasas Totales** | **Grasas Saturadas** | **Grasas Trans** | **Otros Edulcorantes** |
| Mayor o igual a 1mg de sodio por cada Caloría del producto. | Mayor o igual al 10% del total de energía del producto, proveniente de azúcares libres | Mayor o igual al 30% del total de energía del producto, proveniente del total de grasas. | Mayor o igual al 10% del total de energía del producto, proveniente del total de grasas saturadas. | Mayor o igual al 1% del total de energía del producto, proveniente del total de grasas trans. | Cualquier cantidad de edulcorantes diferentes a azúcares. |

Quedan excluidos de esta definición las carnes frescas sin procesamiento o adición de otras sustancias, la leche fresca sin procesamiento o adición de otras sustancias, huevos frescos sin procesamiento, frutas, verduras, legumbres y hortalizas.

**Productos procesados:** Los productos procesados son fabricados añadiendo sal, azúcar u otra sustancia de uso culinario, a alimentos sin procesar o mínimamente procesados con el fin de hacerlos durables y más agradables al paladar. Son productos derivados directamente de alimentos y se reconocen como versiones de los alimentos originales.

**Productos ultraprocesados:** Formulaciones industriales fabricadas íntegra o mayormente con sustancias extraídas de alimentos (aceites, grasas, azúcar, almidón, proteínas), derivadas de constituyentes de alimentos (grasas hidrogenadas, almidón modificado) o sintetizadas en laboratorios a partir de materias orgánicas como petróleo y carbón (colorantes, aromatizantes, resaltadores de sabor y diversos tipos de aditivos usados para dotar a los productos de propiedades sensoriales atractivas).

**Publicidad abusiva:** Se entiende por publicidad abusiva la publicidad discriminatoria, que incite a la violencia, que explote el miedo o superstición, se aproveche de la inmadurez en el razonamiento y la falta de experiencia de los niños, infrinja valores ambientales, o que pueda inducir al consumidor a comportarse de manera perjudicial o peligrosa para su salud o seguridad.

**Rotulado o información de contenido:** Toda descripción impresa en el rótulo o etiqueta de un producto destinado a informar al consumidor sobre su contenido.

**CAPITULO II**

**De la comunicación para la salud**

**Artículo 3º.** El Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, en coordinación con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud y Protección Social, diseñaran herramientas pedagógicas tales como cartillas, páginas web, aplicaciones para dispositivos móviles y demás herramientas que brinden las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), con información sobre las causas y la prevención de las ENT.

Todas las instituciones educativas, tanto públicas como privadas, deberán hacer uso de las herramientas pedagógicas de que trata este artículo; y en el marco de la semana de hábitos de vida saludable, se deberán realizar campañas de prevención de las ENT.

En el diseño de las herramientas pedagógicas y realización de campañas de prevención de que trata este artículo se prohibirá la interferencia de la industria productora de comestibles procesados y ultra-procesados, en aras de evitar conflictos de interés que puedan afectar el objetivo de prevención de las ENT.

En el término de 6 meses, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, los ministerios de Educación, salud y protección social, y tecnologías de la información y las comunicaciones, deberán diseñar herramientas pedagógicas que incluya información sobre las causas y la prevención de las ENT, y propenderán por la difusión de éstas en el territorio nacional.

**Artículo 4°. Programas de comunicación para la salud en medios de comunicación a cargo de la Nación.** La Autoridad Nacional de Televisión destinará en forma gratuita y rotatoria espacios para la utilización por parte de las entidades públicas y Organizaciones No Gubernamentales, con el propósito de emitir mensajes de promoción de hábitos de vida saludable en la franja infantil y horario triple A en televisión por los medios ordinarios y canales por suscripción. De igual manera se deberá realizar la destinación de espacios que estén a cargo de la Nación para la difusión del mismo tipo de mensajes por emisoras radiales.

**Parágrafo.** El Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones o quien haga sus veces vigilará el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo.

**Artículo 5º. Ambientes Obesogénicos.** El Estado adelantará acciones para que en los ambientes obesogénicos se cumplan con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

**CAPITULO III**

**De la regulación a los productos comestibles y bebibles de alto contenido calórico y/o bajo valor nutricional**

**Artículo 6º. Etiquetado.** Con el objetivo de informar de manera clara y suficiente, sobre los componentes que hacen parte de los productos comestibles o bebibles, los productores deberán declarar en el etiquetado la siguiente información:

1. La cantidad de azúcar, azucares libres, y demás edulcorantes, sodio, grasas totales, saturadas o trans que contenga el producto por porción declarada en el etiquetado, expresado en gramos o miligramos según sea el caso.
2. La lista de ingredientes debe incluir todos los aditivos que cumplan o no función tecnológica en el producto, tal como está definida en la normatividad nacional.
3. Deberá declararse si sus ingredientes contienen organismos genéticamente modificados y especificarse cuales son estos ingredientes.
4. La información en el rótulo deberá estar en castellano, y eventualmente podrá repetirse en otro idioma. Los datos deberán señalarse con caracteres visibles, indelebles y fáciles de leer. No se permitirá sobreimpresión o cualquier modificación de la información contenida en el rótulo original.

**Parágrafo.** Sin excepción alguna, todo producto comestible o bebible deberá llevar la información de etiquetado nutricional dispuesta en este artículo.

**Artículo 7º. Advertencias sanitarias.** Para todos los productos comestibles o bebibles de alto contenido calórico y/o bajo valor nutricional se deberá implementar un etiquetado frontal donde se incorpore una advertencia sanitaria. Dicha advertencia será de alto impacto preventivo, claro, visible, legible, de fácil identificación y comprensión para los consumidores, con mensajes inequívocos que alerten al consumidor de los contenidos reales de estos, que prevengan el consumo elevado y promuevan su uso correcto.

Dicha advertencia sanitaria deberá incorporarse al etiquetado del producto cuando los componentes del mismo mencionados en el Artículo 6, numeral a), se encuentren por encima de los valores máximos establecidos en esta ley, determinados con base en los criterios presentados por La Organización Panamericana de la Salud; en estos casos los productos deberán tener un rotulo que contendrá un símbolo octagonal de fondo color negro y borde blanco, y en su interior el texto “EXCESO DE”, seguido de: “SODIO”, “AZUCARES”, “AZUCARES LIBRES”, “GRASAS TOTALES”, “GRASAS SATURADAS”, “GRASAS TRANS”, y/o “EDULCORANTES” en uno o más símbolos independientes, según corresponda. El o los símbolos referidos se ubicarán en la cara principal y abarcarán un 50 % de la etiqueta de los productos.

**Parágrafo 1.** El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) o la entidad que haga sus veces a nivel nacional deberá, antes de expedir el registro sanitario o autorización respectiva para comercializar productos comestibles o bebibles, verificar los contenidos reportados por el fabricante y en caso de que no cumpla con los contenidos máximos permitidos de sodio, azúcares, azúcares libres, grasas totales, grasas saturadas, y grasas trans, o presencia de edulcorantes señalados en esta ley, deberá especificar las advertencias sanitarias que debe llevar su etiquetado, donde quede expresamente señalado que su composición conlleva un riesgo para la salud, para lo cual debe exigirse un rótulo adicional que contenga la frase: **“Su consumo frecuente es nocivo para la salud”.**

**Parágrafo 2.** La verificación de los contenidos del producto reportados por el fabricante por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) o la entidad que haga sus veces a nivel nacional deberá contar con certificación internacional de calidad de análisis físico-químicos y bromatológicos de alimentos que garanticen la veracidad y confiabilidad de la información reportada.

**Parágrafo 3**. Es de estricto cumplimiento que las entidades encargadas de la verificación de los contenidos del producto reportados por el fabricante no podrán tener ningún tipo de conflicto de interés en la toma de la decisión de dicha verificación; para ello, no podrá formar parte del equipo de verificación o de la entidad encargada de la misma ninguna persona vinculada con entidades productoras de alimentos provenientes de la industria.

**Parágrafo 4.** Los alimentos que tengan que incluir las advertencias sanitarias descritas en éste artículo, no podrán incorporar declaraciones nutricionales ni declaraciones de salud en su etiqueta.

**Parágrafo 5.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo máximo de un año reglamentará las advertencias sanitarias de que trata el presente artículo.

**Artículo 8º. Reducción de los niveles de contenido calórico y/o bajo valor nutricional.** Se establece un período de transición de un (1) año a partir de la sanción de esta ley, para que la industria de alimentos y bebidas, disminuya los altos contenidos de sodio, azucares, azucares libres, grasas totales, grasas saturadas, grasas trans, y/o edulcorantes y aditivos en sus productos, reduzca

 la densidad energética o el tamaño de las porciones de sus productos, de acuerdo a lo establecido por las autoridades de salud como consumo máximo calórico sugerido.

**Artículo 9º. Publicidad, patrocinio y promoción de productos comestibles o bebibles de alto contenido calórico y/o bajo valor nutricional.** Se entiende por publicidad, toda forma y contenido de comunicación, incluido el etiquetado, que tengan un fin comercial y esté dirigida a influir en las decisiones de consumo. Se entiende por promoción y/o patrocinio, toda forma de exhibición, comunicación, recomendación o acción comercial con el fin, el efecto o la posibilidad de promover directa o indirectamente el consumo de productos comestibles o bebibles de alto contenido calórico y/o bajo valor nutricional.

Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones-MINTIC- o quien haga sus veces, en coordinación con la Superintendencia de Industria y Comercio, en el marco de la CISAN, o quien haga sus veces, señalar la regulación de la publicidad, promoción y patrocinio de productos comestibles o bebibles. Esta regulación deberá contener lineamientos sobre patrocinios, embalaje, puntos de promoción, mercadeo y marketing digital y en general, los medios tradicionales y/o virtuales usados por la industria de alimentos y bebidas para fomentar la venta y consumo de productos comestibles o bebibles dealto contenido calórico y/o bajo valor nutricional.

La regulación derivada de esta Ley debe basarse en la obligatoriedad de hacer énfasis en los contenidos nutricionales de los productos y no en las virtudes subjetivas de estos.

Con el ánimo de fomentar hábitos de alimentación saludable y desestimular el consumo de productos comestibles o bebibles de alto contenido calórico y/o bajo valor nutricional, se prohíbe toda publicidad abusiva.

**Parágrafo 1.** Toda la política pública relacionada con publicidad de alimentos y promoción de hábitos de vida saludable para el control de las ENT, se hará con fundamento en los estudios y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y UNICEF.

**Parágrafo 2**. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y demás entidades responsables de velar por la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, deberán vigilar el tipo, calidad y contenido de la publicidad de la industria de alimentos y bebidas, de tal manera que su enfoque sea la salud, el consumo de alimentos saludables y agua potable.

**Parágrafo 3**. La Autoridad Nacional de Televisión o quien haga sus veces reglamentará en el término de 6 meses, las condiciones para que las entidades del gobierno encargadas de la salud alimentaria, en asocio con la sociedad civil organizada, utilicen el espectro electromagnético para hacer mercadeo social que fomente la alimentación saludable. De igual manera el Gobierno Nacional establecerá mecanismos para que la industria de alimentos y bebidas suscriba compromisos por la alimentación saludable.

**Parágrafo 4**. Es de estricto y total cumplimiento que las entidades encargadas de señalar la regulación de la publicidad y promoción de productos comestibles o bebibles favorecedores de la malnutrición, no podrán tener de conflicto de interés con la definición y señalización de dicha regulación. De igual manera es de estricto y total cumplimiento que no formará parte del equipo de la señalización de la regulación o de la entidad encargada de la misma, ninguna persona vinculada con entidades productoras de alimentos provenientes de la industria.

**CAPITULO IV**

**De las acciones públicas en favor de los hábitos de vida saludable**

**Artículo 10º. Hábitos de vida saludable en entornos educativos públicos y privados de educación prescolar, básica primaria, y educación media.** En los entornos educativos públicos y privados de educación preescolar, básica primaria y educación media se deberá:

1. Garantizar la oferta de alimentos saludables y naturales, mediante la implementación de tiendas saludables,
2. Prohibir la promoción o publicidad de los productos de alto contenido calórico y/o bajo valor nutricional y,
3. Realizar campañas informativas y educativas incentivando al consumo de alimentos saludables.

**Parágrafo 1.** El plazo para la implementación las medidas contenidas en este artículo será de (1) un año a partir de la sanción de la Ley.

**Parágrafo 2.** Las secretarias de salud departamentales y municipales serán las encargadas de sancionar a quienes incumplan las medidas contenidas en este artículo.

**Parágrafo 3.** La oferta de alimentos en las tiendas saludables será definida, planeada, supervisada y controlada por un comité institucional o sectorial idóneo en el tema y que de ninguna manera presente conflicto de intereses con la industria para realizar estas actividades; por ende, no formará parte del comité de tiendas saludables ninguna persona o entidad encargada o vinculada con entidades productoras de alimentos provenientes de la industria.

**Artículo 11º. Bebederos de agua potable.** En los entornos educativos públicos y privados deberá haber por lo menos un bebedero de agua potable por cada 100 estudiantes.

Las autoridades territoriales establecerán planes que garanticen la provisión pública de bebederos de agua potable en lugares de alta circulación de población y en especial en los lugares frecuentados por niños, niñas y adolescentes.

**Artículo 12º. Actividad física.** Con la finalidad de promover hábitos de vida saludable en los niños, niñas y adolescente, el Ministerio de Educación diseñará programas en los centros educativos públicos y privados de educación preescolar, básica primaria, y educación media en los que como mínimo se realice actividad física de 30 minutos diarios a los estudiantes dentro de la jornada escolar.

**Parágrafo 1.** Las instituciones educativas, centros educativos públicos y privados de educación preescolar, básica primaria, y educación media deberán diseñar estrategias para promover que el recreo o los recreos establecidos sean un espacio para realizar actividad física moderada o intensa por parte de los estudiantes de la institución. Estas actividades incluyen ejercicio de fuerza con su propio peso y de resistencia aeróbica. Estas estrategias deben ser diseñadas por profesores idóneos y capacitados para tal fin.

**Artículo 13º.** La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional-CISAN o quien haga sus veces, debe priorizar dentro de las políticas públicas sobre alimentación y nutrición, aquellas que garanticen la asequibilidad a alimentos saludables y los mecanismos para incentivar su consumo. En todo caso, dará recomendaciones sobre medidas impositivas respecto de los productos comestibles o bebibles favorecedores de la malnutrición e incentivos al cultivo, comercialización y consumo de frutas y verduras y puntos dispensadores de agua potable; estos deberán ser considerados en toda política pública sobre seguridad alimentaria y nutricional.

Los pequeños comerciantes y tenderos, los espacios asociativos campesinos, las tiendas veredales y barriales tendrán prioridad en la determinación de los incentivos por venta de alimentos saludables.

**Parágrafo 1.** Corresponde a la CISAN establecer estrategias de apoyo técnico y económico para incentivar la producción local de alimentos y bebidas saludables. El apoyo técnico debe incluir además de técnicas efectivas de producción de alimentos, buenas prácticas de manufactura y técnicas adecuadas de conservación de alimentos. Es de estricto cumplimiento que no formará parte de la CISAN ninguna persona vinculada con entidades productoras de alimentos provenientes de la industria.

**Artículo 14º.** Adiciónese un literal al numeral 4 del artículo 2 de la ley 1150 de 2007, el cual quedará así:

a) La compra de alimentos saludables a organizaciones campesinas, pequeños productores del campo y similares, que fomenten los cultivos de frutas y verduras y otros productos agrícolas, por parte de establecimientos públicos que provean o financien programas de alimentación a la niñez, adolescencia, mujeres, población de la tercera edad, reclusa, u hospitalizada.

**CAPITULO V**

**De los sistemas de información y veeduría ciudadana**

**Artículo 15°.** Declarar a la obesidad y demás ENT derivadas, como de interés en salud pública por su origen multicausal, su alto costo, su impacto en la morbimortalidad del país, la eficacia de las medidas para su prevención y su relación con el autocuidado.

**Parágrafo 1.** El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Instituto Nacional de Salud-INS- reglamentará todo lo necesario para que la obesidad y demás ENT derivadas, hagan parte del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud -SIVIGILA-

**Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Instituto Nacional de Salud –INS-, definirán en el término de 6 meses a partir de la vigencia de esta ley, todas las funciones que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS- deben cumplir para garantizar el funcionamiento armónico del SIVIGILA y de la gestión integral del riesgo en obesidad y demás ENT derivadas.

**Parágrafo 3.** El Observatorio de seguridad alimentaria y nutricional incorporará en sus obligaciones todo lo relacionado a la implementación de la gestión integral del riesgo y sistema de información para la obesidad y demás ENT derivadas. Además, implementará la medición periódica del Índice de Alimentación Saludable para Colombia como un indicador que nos permitirá conocer la evolución de la calidad de alimentación de los colombianos.

**Artículo 16º. Informe anual.** El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el INS dispondrá de información anual sobre la situación de morbimortalidad por obesidad y demás ENT derivadas, lo cual hará parte integral del Análisis anual de la Situación de Salud en Colombia.

**Artículo 17º. Veeduría ciudadana.** Para efectos del seguimiento al cumplimiento de la presente ley, así como de las disposiciones y reglamentaciones posteriores que se relacionen con ella, el Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la participación de la sociedad civil, facilitando el ejercicio de la participación ciudadana, el respeto y garantía del derecho a la información y a la comunicación, así como el acceso a la documentación pública requerida en el ejercicio del control social y la veeduría ciudadana.

**Parágrafo 1.** Las organizaciones de la sociedad civil convocadas a participar en los términos de este artículo, deberán acreditar experiencia mínima de tres (3) años. La selección de éstas organizaciones se hará previo proceso de inscripción y selección que reglamentará el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social liderará un encuentro anual entre la industria de alimentos y bebidas y organizaciones de la sociedad civil y entidades del Estado para suscribir acuerdos ciudadanos por la salud alimentaria.

**CAPITULO VI**

**De las sanciones**

**Artículo 18º.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 etiquetado, la publicidad y las advertencias sanitarias.

**Artículo 19º.** El régimen sancionatorio, autoridades competentes y procedimiento deberán ser determinados y precisados por el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.

**Artículo 20º. Vigencia y derogatorias**. La presente ley entrará en vigencia contados seis (6) a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

**OSCAR OSPINA QUINTERO RAFAEL ROMERO PIÑEROS**

**Representante a la Cámara Representante a la Cámara**

**(Coordinador Ponente)**

**ARGENIS VELÁSQUEZ RAMÍREZ**

**Representante a la Cámara**

1. www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf [↑](#footnote-ref-1)
2. Profesor de Nutrición y Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil y Jefe del Centro de la Universidad de Estudios Epidemiológicos en Salud y Nutrición. [↑](#footnote-ref-2)
3. Euromonitor International es el líder mundial de investigación de mercado estratégica independiente. Análisis de productos y servicios de manera cuantitativa y cualitativa en todo el mundo. [↑](#footnote-ref-3)
4. https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Enfermedades-no-transmisibles.aspx [↑](#footnote-ref-4)
5. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf> [↑](#footnote-ref-5)
6. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Colombia, 2010. [↑](#footnote-ref-6)
7. Ibid; p. 234. [↑](#footnote-ref-7)
8. BERSH, citado por Leddy Susan Pepper, Mae. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 1989, p. 201. [↑](#footnote-ref-8)