



## PROYECTO DE LEY \_\_\_\_\_ DE 2019

### "Por medio de la cual se adoptan medidas para fomentar entornos alimentarios saludables y prevenir Enfermedades No Transmisibles y se adoptan otras disposiciones" (Entornos Alimentarios Saludables)

Congreso de Colombia  
DECRETA:

#### CAPÍTULO I Disposiciones Generales

**Artículo 1º. Objeto.** La presente ley adopta medidas que promueven entornos alimentarios saludables, garantizando el acceso a información clara, veraz, oportuna, visible, idónea y suficiente, sobre los productos comestibles y las bebidas que se ofrecen en el país, especialmente para niñas, niños y adolescentes, con el objetivo de prevenir la aparición de Enfermedades No Transmisibles relacionadas con los hábitos alimentarios inadecuados.

**Artículo 2º. Ámbito de aplicación.** Se aplicará en todo el territorio nacional y cobijará a todos los actores que participen en las actividades contempladas en la presente ley.

#### **Artículo 3º. Definiciones.**

**Aditivo alimentario:** cualquier sustancia que no se consume normalmente como alimento por sí mismo, ni se usa como ingrediente básico del alimento, tenga o no valor nutritivo, cuya adición intencional al alimento en la fabricación, elaboración, preparación, tratamiento, envasado o empaquetado, transporte o almacenamiento provoque, o pueda esperarse que provoque directa o indirectamente, el que ella misma o sus subproductos lleguen a ser un complemento del alimento o afecten sus características, incluidas las organolépticas. Esta definición no incluye los "contaminantes".

**Alimentos sin procesar y mínimamente procesados:** Estos alimentos se obtienen directamente de plantas o de animales; los alimentos sin procesar no sufren alteración alguna tras extraerse de la naturaleza; los alimentos mínimamente procesados son aquellos sometidos 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 aditivos alimentarios u otras sustancias. Estos alimentos son considerados alimentos naturales.

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

**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.

**Declaración de propiedades nutricionales:** Cualquier representación que afirme, sugiera o implique que un producto posee propiedades nutricionales particulares, que no se limitan a la indicación de su valor energético, incluyendo su contenido de proteínas, grasas, carbohidratos y fibra dietaria, así como, su contenido de vitaminas y minerales. No constituirán declaración de propiedades nutricionales: la mención de sustancias en la lista de ingredientes; la mención de nutrientes como parte obligatoria del rotulado nutricional, ni la declaración cuantitativa o cualitativa de algunos nutrientes o ingredientes en el rótulo o etiqueta.

**Declaración de propiedades de salud:** cualquier representación que declare, sugiera o implique que existe una relación entre un alimento o un constituyente/componente de dicho alimento o una porción de este, y la salud.

**Enfermedades No transmisibles-ENT:** Son las que no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y progresión generalmente lenta. Los cuatro (4) tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Las causas estructurales de ENT están vinculadas con los estilos de vida, los factores de riesgo medioambientales, la nutrición, la globalización, procesos de urbanización no planificados y el envejecimiento de la población. Los principales factores de riesgo comportamental de estas enfermedades son los patrones de alimentación no saludables, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol.

**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, sin adición de aditivos alimentarios. Se usan en las cocinas de los hogares y en cafeterías y restaurantes para condimentar y cocinar alimentos y para crear preparaciones culinarias variadas.

**Productos comestibles o bebibles procesados:** Los productos procesados son fabricados añadiendo sal, azúcar u otra sustancia de uso culinario sin adición de aditivos alimentarios, 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 comestibles o bebibles 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,

conservantes, resaltadores de sabor y diversos tipos de aditivos usados para dotar a los productos de propiedades sensoriales atractivas). Estos productos contienen un nivel elevado de azúcares, grasas y/o sodio, también se entiende por producto ultraprocesado aquel que tenga edulcorantes artificiales.

Para efectos de esta ley se considera que un producto comestible o bebible ultraprocesado o procesado contiene una cantidad excesiva de sodio, azúcares y grasas saturadas, cuando superan los siguientes umbrales:

Sodio	Azúcares libres	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 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, raíces, tubérculos y hortalizas.

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

## CAPÍTULO II

### De la comunicación para la prevención de ENT

**Artículo 4º.** El Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo no mayor a diez (10) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, diseñarán herramientas pedagógicas orientadas a mostrar los riesgos que tiene para la salud, el consumo de comestibles ultraprocesados y cuáles medidas podemos tomar para prevenir las ENT; herramientas tales como cartillas, páginas web, aplicaciones para dispositivos móviles y demás que sean de utilidad.

En el diseño de las herramientas pedagógicas y realización de campañas de prevención de que trata este artículo se deberá dar aplicación a lo dispuesto en los artículos 11 y 12 de la Ley 1437 de 2011 y demás normas concordantes en aras de evitar conflictos de interés que puedan afectar el objetivo de prevención de las ENT.

Todas las instituciones educativas deberán hacer uso de las herramientas pedagógicas de que trata este artículo.

En el marco de la semana de hábitos de vida saludable, se deberán realizar campañas de promoción del consumo de frutas, verduras y leguminosas, así como proporcionar información sobre prevención de las ENT.

**Artículo 5°.** Programas de comunicación para la salud en medios de comunicación a cargo de la Nación. La Autoridad Nacional de Televisión -ANTV o quien haga sus veces destinará en forma gratuita y rotatoria espacios para la utilización por parte de las entidades públicas y Organizaciones No Gubernamentales cuyo trabajo no entre en conflictos de intereses con los objetivos de la presente ley, con el propósito de emitir mensajes de promoción de hábitos de vida saludable en la franja infantil y horario triple A (horario AAA) 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, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social o quienes hagan sus veces reglamentarán esta materia.

### CAPÍTULO III

#### De la regulación a los productos comestibles y bebidas procesados y ultraprocesados

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

- a) Si el producto tiene azúcar, azúcares libres, y demás edulcorantes, sodio, grasas saturadas, grasas trans, y/o grasas totales.
- b) 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.
- c) Deberá declararse si sus ingredientes contienen organismos genéticamente modificados y especificar cuáles son estos ingredientes.
- d) 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, a excepción de los productos importados que por sus características deban ajustar sus etiquetas para cumplir con lo ordenado por esta ley.

**Parágrafo 1.** Sin excepción alguna, todo producto comestible o bebida deberá llevar la información de etiquetado nutricional dispuesta en este artículo.

**Parágrafo 2.** Contado un año a partir de la expedición de esta norma, el contenido de ácidos grasos trans de producción industrial en los productos comestibles, aceites y grasas, no podrá ser igual o

mayor al 1% del total de energía del producto. Estos límites no se aplican a las grasas provenientes de rumiantes, incluyendo la grasa láctea.

**Artículo 7º. Advertencias sanitarias.** Para todos los productos comestibles o bebibles ultraprocesados con cantidad excesiva de sodio, azúcares libres, grasas saturadas y edulcorantes 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 adviertan al consumidor de los contenidos excesivos de nutrientes críticos.

La advertencia sanitaria deberá ir en la parte frontal del producto cuando los componentes del mismo se encuentren por encima de los valores máximos establecidos en esta ley.

El rótulo consistirá en un símbolo octagonal de fondo color negro y borde blanco, y en su interior el texto “EXCESO de”, seguido de: “SODIO”, “AZÚCARES LIBRES”, y/o “GRASAS SATURADAS” en uno o más símbolos independientes, según corresponda. Cuando el producto contenga otros edulcorantes diferentes a los azúcares el símbolo octagonal incluirá el texto: “CONTIENE EDULCORANTES”.

El o los símbolos referidos se ubicarán en la cara principal del envase y abarcarán un 20 % 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 verificar los contenidos reportados por el fabricante, toda vez que haya duda sobre el contenido real del producto y los sellos incluidos por éste en el producto, y en caso de comprobar el incumplimiento, procederá a imponer las sanciones de que trata el artículo 577 de la Ley 9 de 1979.

Adicionalmente, todos los productos etiquetados con esta advertencia deberán incluir un rótulo adicional que contenga la frase: “Evite su consumo frecuente”.

**Parágrafo 2.** Para la expedición del registro sanitario el INVIMA, o la entidad que haga sus veces deberá contar con certificación internacional de calidad de análisis fisicoquímicos y bromatológicos de alimentos que garanticen la veracidad y confiabilidad de la información reportada.

**Parágrafo 3.** Los alimentos que tengan que incluir las advertencias sanitarias descritas en este artículo, no podrán incorporar declaraciones nutricionales ni declaraciones de salud en su etiqueta.

**Parágrafo 4.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo máximo de un año reglamentará las advertencias sanitarias de que trata el presente artículo.

## CAPÍTULO IV

### Publicidad dirigida a niñas, niños y adolescentes de productos comestibles o bebibles de alto contenido calórico y/o bajo valor nutricional

**Artículo 8°. Protección de niños y niñas frente a la publicidad.** Con el fin de salvaguardar los derechos de las niñas, niños y adolescentes, los productos comestibles que tengan al menos una de las advertencias sanitarias definidas en el artículo 7 o que superen los umbrales establecidos en el artículo 3 de la presente ley, no podrán ser publicitados, promocionados y/o entregados a título gratuito en la población menor de 18 años.

Quando se trate de publicidad de productos comestibles o bebibles dirigida a niños, niñas y adolescentes quedan prohibidas las siguientes actividades:

1. La publicidad de productos comestibles o bebibles ultraprocesados en las franjas infantil, adolescente y familiar por cualquier medio o entorno que pueda tener una audiencia de este grupo mayor al 20 %.
2. Toda forma de promoción y/o el uso de ganchos comerciales dirigidos a, o que atraigan la atención de la población infantil tal como el uso de juguetes, personajes, accesorios, adhesivos, incentivos u otros similares.
3. Toda forma de patrocinio y/o auspicio por parte de empresas a programas educativos, programas de salud, actividades deportivas, actividades culturales, entre otros, que implique la promoción y/o exhibición por cualquier medio de marcas y productos comestibles o bebibles ultraprocesados.
4. No se permitirá la distribución y/o comercialización en entidades educativas, bibliotecas públicas, instituciones de salud y espacios públicos de recreación y entretenimiento y/o cualquier lugar de presencia frecuente de niñas, niños y adolescentes.
5. Toda forma de publicidad y promoción que persuada o induzca a error respecto de supuestos beneficios nutricionales y/o sobre el valor nutricional o alimenticio de productos comestibles o bebibles ultraprocesados.

**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 las recomendaciones técnicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

**Artículo 9°. Régimen sancionatorio.** El incumplimiento de lo establecido en el artículo 8° de esta ley dará lugar al procedimiento y sanciones establecidas en los artículos 60, 61 y 62 de la Ley 1480 de 2011 y la Ley 1437 de 2011.

**Parágrafo 1.** El cincuenta por ciento (50%) de los recursos que se obtengan con la aplicación del régimen sancionatorio por el incumplimiento de la presente ley, se destinará a las acciones establecidas en el artículo 4° de esta ley.

## CAPÍTULO V

### De las acciones públicas en favor de entornos alimentarios saludables

**Artículo 10º. Entornos alimentarios saludables.** El Estado adelantará acciones para combatir los ambientes obesogénicos y promover entornos alimentarios saludables de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

**Artículo 11º. Entornos alimentarios saludables en instituciones educativas públicas y privadas de educación preescolar, básica primaria, y educación media.** En los entornos educativos públicos y privados de educación preescolar, básica primaria y educación media se deberá:

- a) Garantizar la oferta de alimentos saludables mínimamente procesados o sin procesar mediante la implementación de tiendas saludables,
- b) Realizar campañas informativas y estrategias pedagógicas que incentiven el consumo de alimentos saludables, como frutas, verduras y leguminosas.
- c) Abstenerse de exhibir, promocionar, publicitar, distribuir o vender productos que cumplan cualquiera de las siguientes características: i) que contengan sellos de advertencia sanitaria, y/o ii) tengan edulcorantes no calóricos.
- d) Abstenerse de recibir toda forma de patrocinio de parte de los productores de bienes que cumplan cualquiera de las siguientes características: i) que contengan sellos de advertencia sanitaria, y/o ii) tengan edulcorantes no calóricos.

**Parágrafo 1.** El plazo para la implementación de las medidas contenidas en este artículo será de seis meses (6) a partir de la entrada en vigencia de esta Ley.

**Parágrafo 2.** Las secretarías de educación de las entidades territoriales certificadas en educación serán las encargadas de adelantar la inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de las medidas anteriormente aludidas.

En caso de verificar un incumplimiento las medidas contenidas en este artículo en el marco de un procedimiento administrativo sancionatorio, podrá imponer las sanciones de que trata el artículo 168 de la Ley 115 de 1994.

**Parágrafo 3.** La oferta de alimentos en las tiendas saludables será definida y controlada por el comité institucional encargado de supervisar la implementación de los Programas de Alimentación Escolar (PAE).

**Artículo 12º. 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.

**Artículo 13º. Conflictos de intereses.** En el diseño de herramientas pedagógicas, reglamentación de las sanciones y cualquier otra definición de la política, reglamentación e implementación de esta norma se deberá dar aplicación a lo dispuesto en los artículos 11 y 12 de la Ley 1437 de 2011 y demás



normas concordantes en aras de evitar conflictos de intereses que puedan afectar el objetivo de prevención de las ENT.

## CAPÍTULO VI

### De las sanciones

**Artículo 14º. Sanciones.** El INVIMA sancionarán a cualquier persona que infrinja lo establecido en la presente ley en lo relativo a la implementación del etiquetado y las advertencias sanitarias. La Superintendencia de Industria y Comercio impondrá sanciones ante el incumplimiento en materia de publicidad y violaciones a los derechos de los consumidores.

**Artículo 15º.** El régimen sancionatorio, autoridades competentes y procedimiento será aplicable con fundamento en la normatividad que les confiere facultades sancionatorias a las entidades mencionadas en el artículo anterior, y lo dispuesto en la presente norma.

**Artículo 16º. Vigencia y derogatorias.** La presente ley entrará en vigencia a partir de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
Nombre:

\_\_\_\_\_  
Nombre:

\_\_\_\_\_  
Nombre:

\_\_\_\_\_  
Nombre:

\_\_\_\_\_  
Nombre:

\_\_\_\_\_  
Nombre:

---

Nombre:



---

Nombre:

---

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.

---

### **Objeto del Proyecto de Ley.**

El presente proyecto de ley busca establecer medidas de salud pública y garantías para el derecho a la alimentación y nutrición adecuadas, para el control de la obesidad y otras Enfermedades No Transmisibles (ENT) derivadas, en lo referente a información para la alimentación saludable, etiquetado de alimentos, amplia divulgación de información en salud pública, prevención de consumos nocivos desde la primera infancia a través de la restricción de la publicidad de ciertos productos dirigida a niños, niñas y adolescentes y fortalecimiento de la participación ciudadana. Estos objetivos se complementan con la promoción de entornos de vida saludable, garantías de acceso a la información, fomento de las acciones afirmativas para el autocuidado de la salud y la vida, la disminución de la morbilidad y la prevención de enfermedades derivadas del consumo de productos comestibles, con altas cantidades de calorías, sodio, azúcares, azúcares libres, grasas saturadas, grasas trans, aditivos y/o edulcorantes.

### **Justificación.**

El presente proyecto de ley garantiza derechos que están en la constitución y en el bloque de constitucionalidad como el derecho a la salud, los derechos de niñas, niños y adolescentes el derecho a la alimentación y nutrición adecuadas, el derecho a la información y los derechos de los consumidores.

La salud es un derecho fundamental autónomo, que comprende desde las acciones colectivas basadas en la salud pública, hasta acciones individuales relacionadas con el acceso a servicios de salud.

El derecho a la salud se encuentra consagrado en la Constitución Política de Colombia, en su artículo 49:

**“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 forma, la Constitución consagra 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 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”.*

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 a lo anterior, hoy la ley estatutaria en salud (Ley 1751 de 2015) señala claramente que los determinantes sociales de la salud tienen relación directa con el goce efectivo de esta, por eso la educación para la vida, el acceso a información clara sobre consumos nocivos y la promoción de la salud, son elementos claves en la generación de prácticas sociales saludables. 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 nutritiva y saludable y múltiples beneficios en salud.

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021<sup>1</sup> 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

---

<sup>1</sup>[www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf)

espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial.

El derecho a la alimentación y nutrición adecuadas por su parte, es un derecho protegido como derecho fundamental para niños y niñas en el artículo 44 de la Constitución y de la mujer en estado de embarazo en el artículo 43. En cuanto a la protección especial a la producción alimentaria y mecanismos para lograrlo, la Constitución establece en los artículos 64, 65, 66, 78, y 81 los deberes del Estado en esta materia.

El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, ha afirmado que el derecho a la alimentación implica la capacidad de tener acceso a alimentos sanos que aseguren una nutrición digna, e incluye en ello el derecho de los grupos vulnerables y discriminados a tener acceso a la tierra, a la producción en pequeña escala, a participar de los mercados locales y rurales, a las áreas tradicionales de pesca, entre otros. La garantía de esos derechos se realiza, además en el marco de la libre elección de prácticas de subsistencia de las comunidades<sup>2</sup>.

De igual manera el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General No. 12, estableció que el derecho a la alimentación adecuada se 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”. La Observación General, adicionalmente reconoce que para erradicar el problema del hambre y la malnutrición, no basta con incrementar la producción de alimentos, sino que también es necesario garantizar que la población más vulnerable tenga disponibilidad y acceso a ellos. Por eso, el Comité precisó que el derecho a la alimentación tiene cuatro aristas: i) la disponibilidad, b) la accesibilidad, c) la estabilidad y d) la utilización de los alimentos.

El presente proyecto de ley tiene como objetivo principal promover el acceso libre a la información que requieren los colombianos para prevenir enfermedades no transmisibles y promover entornos alimentarios saludables; acogiendo las recomendaciones que desde hace años ha dirigido la Organización Mundial de la Salud (OMS) a los diferentes Estados en este sentido. De ahí por ejemplo, que la ley que proponemos adopte en Colombia medidas tales como: i) un etiquetado frontal de advertencia, gracias al que toda persona, independientemente de la edad que tenga, pueda entender fácilmente si un producto comestible o una bebida tiene altos niveles de ciertos componentes que son riesgosos para la salud; ii) la orden a la instituciones estatales competentes de adelantar en todo el país campañas informativas sobre cómo prevenir las enfermedades no transmisibles, haciendo uso de medios de comunicación masivos y también promoviendo esta información en las instituciones educativas; iii) la regulación de la publicidad dirigida a niños, niñas y adolescentes, sobre productos comestibles o bebidas de comprobado riesgo para la salud; iv) el fomento de entornos alimentarios saludables en escuelas y colegios tanto públicos como privados; entre otras medidas.

Por otra parte, es importante resaltar que en el marco del Plan Nacional de Desarrollo “Pacto por Colombia – Pacto por la equidad 2018-2022” y en particular en las Bases del Plan existe la alusión expresa por parte del Gobierno Nacional a la necesidad de fomentar la implementación de medidas

---

<sup>2</sup> “Estudio del Comité Asesor del Consejo de Derechos Humanos sobre la discriminación en el contexto del derecho a la alimentación”. Versión virtual en el internet consultada por la Sala, en: [http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/16session/A.HRC.16.40\\_sp.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/16session/A.HRC.16.40_sp.pdf). Citado en Corte Constitucional, sentencia T-325 de 2017.

para modificar hábitos de vida de modo que permitan prevenir la ocurrencia de ENT, así tenemos que según las Bases del Plan: *“De manera especial para la promoción, se hará énfasis en alimentación saludable, actividad física, recreación y deporte, derechos sexuales y reproductivos, y salud mental. Para la prevención, el énfasis estará en enfermedades cardiovasculares, respiratorias y metabólicas; malnutrición; neoplasias; afectaciones en la salud mental; consumo de tabaco, y productos relacionados con tabaco (sistemas electrónicos de administración de nicotina [SEAN], los sistemas similares sin nicotina [SSSN] y los productos de tabaco calentado [PTC]), alcohol y sustancias psicoactivas; enfermedades transmisibles como malaria, tuberculosis, VIH; y otras condiciones como siniestros viales o situaciones de violencia; todo lo anterior de acuerdo con las necesidades por curso de vida y enfoque de interseccionalidad. Estas condiciones, y demás priorizadas por Minsalud, tendrán en cuenta medidas como impuestos saludables, etiquetado frontal de advertencias de azúcares libres, sodio y grasas saturadas, o copagos adicionales para personas que aumentan su riesgo (p. ej. fumadores).”*<sup>3</sup>

Continúa posteriormente el documento en mención, mencionando que desde el Gobierno Nacional:

*“Se promoverá la creación de entornos alimentarios saludables y sostenibles, a través de acciones tales como la educación alimentaria y nutricional, la implementación de guías alimentarias basadas en alimentos para la población mayor de 2 años, la tienda escolar saludable, la regulación de la publicidad, la promoción y patrocinio de alimentos dirigida a menores de 18 años de edad y el etiquetado de alimentos que permita la elección adecuada por parte de los consumidores (mediante la formulación e implementación de directrices normativas que permitan regular la oferta de alimentos altos en azúcares, grasas saturadas y sodio/sal en los diferentes programas de apoyo alimentario del Estado).”*<sup>4</sup>

### **¿Cuáles son los productos comestibles objeto de esta ley?**

Existen diferentes formas y sistemas para clasificar los alimentos, algunos de los sistemas más usados se basan en el contenido de nutrientes, lo cual da como resultado agrupaciones de alimentos fuente de carbohidratos complejos, proteínas o calcio, entre otros. Estas clasificaciones aunque son ampliamente utilizadas a nivel mundial, no permiten distinguir entre los alimentos de cada grupo, cuáles representan un riesgo para la salud, permitiendo que se consuman sin informar ni alertar a los consumidores sobre su riesgo.

Según Carlos Monteiro<sup>5</sup>, 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

---

<sup>3</sup> Bases del Plan Nacional de Desarrollo “Pacto por Colombia – Pacto por la equidad 2018 – 2022” Pág. 270.

<sup>4</sup> Ídem, Pág. 319.

<sup>5</sup> 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.

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 (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

Debido a esta debilidad en la clasificación de los alimentos y la dificultad que implica para los Estados dar recomendaciones a su población usando los sistemas de clasificación tradicionales, la Organización Panamericana de la Salud – OPS adoptó en su modelo de perfil de nutrientes del año 2016 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” (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

El sistema NOVA permite identificar fácilmente los alimentos saludables y los productos potencialmente nocivos para la salud; también, permite estudiar el suministro de alimentos y los patrones de alimentación en su conjunto a lo largo del tiempo y entre países.

NOVA comprende cuatro grupos que se mencionan a continuación:

1. Alimentos sin procesar y mínimamente procesados;
2. Ingredientes culinarios;
3. Productos comestibles o bebibles procesados y
4. Productos comestibles o bebibles ultraprocesados.

**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 aquellos sometidos 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. Estos alimentos son considerados alimentos naturales.

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

**Productos comestibles o bebibles procesados:** Los productos procesados son fabricados añadiendo sal, azúcar u otra sustancia de uso culinario, sin adición de aditivos alimentarios, 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 comestibles o bebibles 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). Estos productos contienen niveles elevados de azúcares, grasas y/o sodio; también se entiende por producto ultraprocesado aquel que tenga edulcorantes artificiales (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

**El consumo habitual de productos comestibles ultraprocesados se ha vinculado a la aparición de la obesidad y de otras enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares** (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

Por este motivo la Organización Panamericana de la Salud ha propuesto que los Estados regulen los productos 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.

### ¿Por qué regular los productos comestibles y bebibles ultraprocesados?

El consumo de productos ultraprocesados conlleva a diversos problemas nutricionales y metabólicos entre los que se encuentra la obesidad y otras enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Los problemas con estos productos para la salud radican en que:

- Tienen una calidad nutricional muy baja.
- Son extremadamente sabrosos, a veces generan respuestas biológicas similares a la adicción.
- Imitan los alimentos naturales y sanos y son percibidos erróneamente como saludables.
- Fomentan el consumo de snacks o productos de merienda por su fácil preparación o porque están listos para el consumo.

- Se anuncian y comercializan de manera masiva, agresiva y engañosa, especialmente para la infancia.
- Adicionalmente su consumo tiene repercusiones sociales, 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.

Cada año aumenta el consumo de productos comestibles ultraprocesados y las consecuencias de su consumo habitual se ven reflejadas en los más de 2100 millones de personas que tienen un índice de masa corporal (IMC) alto que los pone en riesgo de sufrir diabetes tipo 2 y otras enfermedades relacionadas con la dieta. (Freudenberg, 2016)

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.

Cuando revisamos la situación de nuestro país con relación a este tema, encontramos que Colombia es un país que se encuentra en una transición epidemiológica en donde según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN 2015) el 56% de la población adulta y el 24.4% de los niños de 5 a 12 años presentan exceso de peso (sobrepeso y obesidad) (ICBF, 2017).

A su vez, estas cifras de exceso de peso se encuentran relacionadas con el incremento del consumo de productos ultraprocesados que según Euromonitor<sup>6</sup> en el año 2013 llegó a un consumo per cápita de 92.2Kg/año, lo cual significó un aumento de 18.5Kg/año con relación al año 2000 y un 25% en términos porcentuales (Organización Panamericana de la Salud, 2015). En 2017 los productos ultraprocesados dirigidos a lactantes y niños pequeños tuvieron ventas por 673,8 mil millones de pesos, con un crecimiento del 8% con relación a 2016 (EUROMONITOR, 2018). Y en 2017 los productos ultraprocesados, en general, tuvieron un crecimiento en ventas de 5,1% y un valor de 34,441 billones de pesos (EUROMONITOR, 2018).

Estas cifras de consumo y exceso de peso guardan relación directa con la mortalidad que según el DANE fue en 2016 de 75.505 personas por enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta (DANE, 2017). Cifras que demuestran que el problema no es menor, máxime si son comparadas con las cifras de muertes por causas externas como los homicidios, los accidentes o los suicidios que sumaron 18.589 en el mismo año (DANE, 2017); apenas la cuarta parte de las muertes ocasionadas por enfermedades relacionadas al consumo de una alimentación inadecuada.

Ahora bien, el gasto en salud para atender enfermedades 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).

---

<sup>6</sup> 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.

La situación presentada en torno al riesgo del consumo de productos ultraprocesados, las cifras de morbi-mortalidad del país y los gastos del sistema de salud para atenderla, dan cuenta de la necesidad de regular esta clase de productos y ofrecerle a los consumidores la oportunidad de tener una información clara, veraz y completa que les permita tomar decisiones de consumo informadas y posiblemente más saludables.

### **Fundamento para regular los Organismos Genéticamente Modificados (OGM)**

En Colombia es cada vez más frecuente el uso de OGM en la elaboración de comestibles, algunos de los ingredientes utilizados para la producción de comestibles ultraprocesados y bebidas industrializadas provienen de fuentes que han sido objeto de procesos de modificación genética y es una consecuencia del derecho a la información que la población nacional pueda saber si los productos que les ofrece el mercado contienen o no OGM, no en vano en el año 2015 la honorable Corte Constitucional le ordenó al Congreso de la República incorporar la obligatoriedad que según el artículo 24 del estatuto del consumidor, tienen productores y distribuidores de bienes, de informar si los productos que ofrecen contienen OGM, en la Sentencia C-583 de 2015 la Corte ordenó al Congreso legislar sobre esta materia, y en razón de esa orden, el proyecto de ley bajo análisis propone que la información de las etiquetas de los bienes comestibles y bebidas incluya la declaración expresa sobre la presencia de OGM.

### **¿Qué son las enfermedades no transmisibles (ENT) y cuáles son los problemas de salud pública que afectan al país?**

Según el Ministerio de Salud y la Protección Social<sup>7</sup>, las enfermedades no transmisibles (o crónicas no transmisibles) 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, accidentes cerebrovasculares, hipertensión arterial o insuficiencia cardíaca).
- El cáncer.
- Las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma).
- Diabetes y las expresiones de desórdenes metabólicos.

Las enfermedades no transmisibles (ENT), son la causa de defunción más importante en el mundo, pues representan el 72,3% 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 los hábitos de vida, políticas públicas e intervenciones de salud, y requieren un abordaje intersectorial e integrado.

### **¿Cuál es la situación morbi-mortalidad por enfermedades no transmisibles en Colombia?**

Según el DANE, en 2016 se registraron 219.591 muertes no fatales y dentro de las 10 primeras causas de mortalidad con 75.505 casos, se registran las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares,

---

<sup>7</sup> <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Enfermedades-no-transmisibles.aspx>

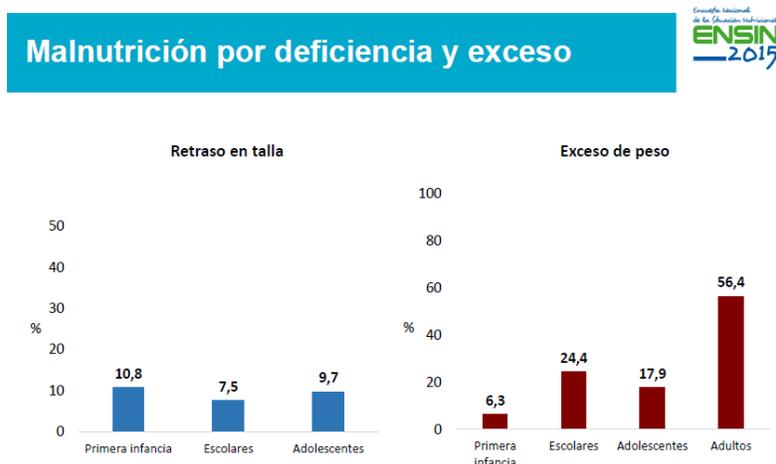
hipertensivas y la diabetes mellitus (DANE, 2017). Estas cifras son especialmente llamativas porque todas ellas guardan una estrecha relación con la alimentación y factores de riesgo como el exceso de peso.

De acuerdo con el ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) (2015) COLOMBIA<sup>8</sup>, 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 en ese periodo el 29,92% (529.190) de las defunciones y el 16,13% (7.016.833) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP).

Este mismo informe del instituto Nacional de salud muestra que a partir de los 5 años de vida la atención de enfermedades no transmisibles es la primera causa de consulta y por ende es el factor que más genera costos al sistema de salud.

### **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 más de la mitad de la población del país, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN 2015) (ICBF, 2017).



Fuente: MSPS 2017, ENSIN 2015.

El sobrepeso y la obesidad predisponen a enfermedades 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 2015 muestra que la inactividad física en el país ya no es la excepción, sino la regla. El 51.1% de los adultos entre 18 y 64 años hace la actividad física mínima recomendada por los expertos. Y sólo

<sup>8</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>

el 23.5% realiza actividad física en tiempo libre. Aún más grave, entre los adolescentes (de 13 a 17 años) cumplen con las recomendaciones de actividad física apenas el 13.4%; mientras que, el 76.6% pasan tiempo excesivo frente a pantallas (ICBF, 2017).

Estudios de la Organización Mundial de la Salud muestran que la obesidad puede ser señalada como causa del 58% de la diabetes mellitus 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.

### ***Enfermedades Cardiovasculares.***

Dentro de este grupo de enfermedades se destaca la isquémica cardíaca o infarto como responsable del mayor número de casos fatales. Para 2016 estas fueron las responsables de la muerte de 36.328 colombianos, afectado en su mayoría a los hombres, con 19.992 casos (DANE, 2017).

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).

### ***Diabetes Mellitus.***

Es claro que los problemas de intolerancia a los carbohidratos (los azúcares) están en aumento en la población. Solo basta con ver las últimas cifras publicadas por la Federación Internacional de Diabetes - FID en donde estiman que en el mundo 424.9 millones de personas viven con diabetes, 279.2 en zonas urbanas y 145.7 millones en zonas rurales (FID, 2018).

Las cifras son escandalosas y preocupantes, porque de esos más de 400 millones de enfermos, 26 millones viven en Sudamérica y el Caribe. Con un agravante adicional que comenta la FID y es que la tendencia es que esta cifra llegue en el año 2045 a 42 millones de enfermos en la región.

Se estima que en Colombia hay cerca de 4 millones de colombianos con diabetes; 2.671.000 con diabetes diagnosticada y de 950.000 a 1.300.000 colombianos que padecen la enfermedad sin saberlo (FID, 2018).

La diabetes a pesar de ser una enfermedad que se ha vuelto común en nuestra sociedad, sigue sin ser comprendida a cabalidad por el conjunto de la ciudadanía. Es indispensable saber que existen esencialmente 3 tipos de diabetes; la tipo 1, la diabetes gestacional y la tipo 2.

La diabetes tipo 1 se presenta usualmente en niños y es causada por una reacción autoinmune que ataca las células que producen la insulina en el páncreas o por factores que no son conocidos. Este tipo de diabetes representa entre el 5 y 10%.

La diabetes gestacional es un trastorno que suele ser transitorio, que se caracteriza porque durante el periodo de gestación se pueden elevar los niveles de azúcar en la sangre de la madre (hiperglicemia) y en caso de NO ser correctamente manejado puede traer graves complicaciones como, hipertensión o bebés macrosómicos (bebés grandes) para su edad gestacional, lo cual puede convertir un parto normal en uno riesgoso. Además, se estima que la mitad de las mujeres que padecieron diabetes gestacional sufren diabetes tipo 2 de 5 a 10 años después del parto.

Por su parte la diabetes tipo 2 es el resultado, bien sea de una producción inadecuada de la hormona insulina, encargada del correcto metabolismo de los azúcares, y/o la incapacidad del organismo de responder plenamente a dicha hormona, que se define como resistencia a la insulina. Sin embargo, esta anomalía ha sido señalada por parte de los expertos como una patología prevenible. Frente a esto la FID señala que “la diabetes tipo 2 a pesar de ser prevenible en gran medida, representa la mayoría de casos de diabetes”. La diabetes tipo 2 puede ser controlada si se reduce el exceso de peso y se vive con la práctica de hábitos saludables de dieta y actividad física, en combinación con medicación cuando sea necesario.

La diabetes tipo 2 se presenta con más frecuencia en adultos mayores, pero aparece cada vez con más frecuencia en niños, adolescentes y adultos jóvenes debido al aumento de los niveles de obesidad, a la falta de actividad física y a las deficiencias de la dieta. Los casos de diabetes tipo 2 en niños y adolescentes van en aumento en todos los países del mundo y Colombia no es la excepción. El más reciente estudio de la FID señala que aunque los datos reportados a nivel mundial sobre este fenómeno en niños no son suficientes, el aumento de los niveles de obesidad e inactividad física entre los niños y adolescentes hacen que la diabetes tipo 2 en la infancia, tenga el potencial de convertirse en un problema de salud pública mundial con graves consecuencias.

La diabetes tipo 2 tiene algunos factores de riesgo modificables como; “exceso de adiposidad (obesidad), malnutrición y dieta inadecuada, falta de actividad física, prediabetes o alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG), tabaquismo y antecedentes de diabetes gestacional con exposición del feto a un alto nivel de glucosa durante el embarazo. Entre los factores dietéticos, las pruebas recientes también sugieren que existe una asociación entre el elevado consumo de bebidas azucaradas y el riesgo de diabetes tipo 2” (Yarmolinsky J, 2015). Otros factores dietéticos son el inadecuado consumo de frutas y verduras y una dieta con un consumo predominante de productos ultraprocesados. La piedra angular del tratamiento es llevar una vida saludable con una alimentación sin azúcares adicionados, libre de productos comestibles ultraprocesados, dejar el hábito de fumar e incrementar los niveles de actividad física. De esto no ser posible, la persona con diabetes se verá más expuesta a complicaciones como, retinopatía (que puede llevar a la ceguera), complicaciones renales (insuficiencia renal) y las úlceras del pie (pie diabético) y por ende condenada a la medicación permanente e incluso insulino-dependencia. Todas estas condiciones significan para el diabético una merma significativa en su calidad de vida. Por el contrario, quienes controlan esta afección con una vida sana y medicación (de ser necesaria) pueden tener una vida larga y saludable.

La prevención de la diabetes tipo 2, está en definitiva relacionada con la alimentación sana desde el inicio de la vida.

En la actualidad colombiana esta recomendación no se puede pasar por alto, ya que, según la última Encuesta Nacional de Situación Nutricional –ENSIN 2015 se evidencia que los factores de riesgo de padecer diabetes se encuentran en aumento. Entre los colombianos más pequeños, menores de 6 meses, un factor protector de la obesidad como la práctica de la lactancia materna exclusiva bajó de 46.9% en 2005 a 36.1% en 2015. Adicionalmente, el 59% de las niñas y niños menores de 2 años reciben una alimentación inadecuada. Entre los niños y niñas escolares el exceso de peso pasó de 18.8% en 2010 a 24.4% en 2015. Y el exceso de peso entre los colombianos adultos pasó de 45.9% en el 2005 a 56.4% en 2015 (ICBF, 2017).

Se estima que la diabetes causó un promedio de 4 millones de muertes en 2017 alrededor del mundo, cifra que supera de lejos las muertes causadas por enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA que es de 1,1 millones, 1,8 millones por tuberculosis o 0,4 millones por malaria (FID, 2018).

La Federación Internacional de Diabetes señala que desde el 2007 el gasto en diabetes ha aumentado de 232.000 millones de dólares a 727.000 millones de dólares en 2015 en personas de 20 a 79 años. En Suramérica y el Caribe el promedio se gastan 10.6% del presupuesto en salud y en se estima que en el 2017 el gasto por persona ascendió a 1728 dólares (FID, 2018).

La diabetes además de la carga que representa en términos humanos sobre las personas por su comorbilidad y la muerte prematura, genera un enorme gasto para quien la padece, su familia y para los sistemas de salud en el mundo. En Colombia el costo promedio por persona para el sistema de salud es de 854 dólares (aproximadamente, 2.476.000.00/persona) (FID, 2018) o lo que equivale a 6,6 billones de pesos, el equivalente a lo que esperaba recoger el gobierno nacional con la pasada reforma tributaria.

### **¿Qué se ha planteado en el mundo para enfrentar esta clase de problemas?**

Dada la fuerte correlación de los ambientes obesogénicos (que propician la obesidad), con el consumo de productos comestibles y bebidas ultraprocesados y el sedentarismo; la OMS ha propuesto intervenciones tanto en el plano individual como en los ambientes que propician la obesidad y sus enfermedades asociadas.

Dentro de las recomendaciones de la OMS se encuentran:

1. Desde los gobiernos, apoyar a las personas en el proceso de realizar elecciones, de modo que la opción más sencilla sea la más saludable en materia de alimentos y actividad física periódica.
2. En el plano individual, las personas pueden: limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares; aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos; realizar actividad física de intensidad moderada o vigorosa en forma periódica (60 minutos diarios para los menores de edad y 150 minutos semanales para los adultos).
3. En el plano social es importante: dar apoyo a las personas en el cumplimiento de las recomendaciones ya mencionadas, mediante un compromiso político sostenido y la colaboración

de las múltiples partes interesadas públicas y privadas, y lograr que la actividad física periódica y los hábitos alimentarios más saludables sean económicamente asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular las personas más pobres.

4. Instar a los gobiernos a que contemplen la posibilidad de establecer políticas fiscales y mecanismos regulatorios entre los instrumentos de política a fin de reducir la obesidad infantil, dado que los enfoques voluntarios aún no han tenido éxito en reducir la obesidad en la niñez. Plan de Acción para la prevención de la Obesidad en la niñez y la Adolescencia OPS 2014 Línea de Acción 3 (OPS, 2014).
5. En el año 2016 la OMS generó con su panel de expertos de la Comisión de Finalización de la Obesidad, diversas estrategias entre las que se encuentran (Nishtar, 2016):
  - Implementar programas integrales que promuevan el consumo de alimentos saludables y reducir la ingesta de comestibles poco saludables y bebidas azucaradas por niños y adolescentes.
  - Implementar programas integrales que promuevan la actividad física y reduzcan las conductas sedentarias en niños y adolescentes.
  - Integrar y reforzar las guías de prevención de enfermedades no transmisibles con las guías de atención en la preconcepción y la atención prenatal para reducir el riesgo de la obesidad infantil.
  - Proporcionar orientación sobre, dieta saludable, descanso adecuado, y actividad física en la primera infancia para asegurar que los niños crezcan de manera adecuada y desarrollen hábitos saludables.
  - Implementar programas integrales que promuevan ambientes escolares saludables y conocimientos sobre nutrición y actividad física en los niños en edad escolar y adolescentes.
  - Proveer a las familias con niños y jóvenes obesos, servicios de manejo multidisciplinario, del peso y estilos de vida saludable.

Otros documentos que soportan estas recomendaciones son: La Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud de 2004. La Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles adoptada en septiembre de 2011 y el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. El Plan de acción contribuirá a avanzar en las 9 metas mundiales relacionadas con las enfermedades no transmisibles que deben haberse cumplido en 2025, entre las que cabe mencionar una reducción relativa de un 25% en la mortalidad prematura debida a enfermedades no transmisibles y la contención de los índices mundiales de obesidad.

A se vez, algunos estudios han demostrado que:

- I. Mejorar la calidad de la dieta está asociada a menor ganancia de peso (Fung T, 2015) (Reedy J, 2014). La mejora en la calidad de la dieta está relacionada con consumir una alimentación variada con alimentos mínimamente procesados o sin procesar, balanceada en la que haya un equilibrio entre los nutrientes consumidos y suficiente para cubrir las recomendaciones de Calorías y nutrientes.
- II. Se ha comprobado que, la enseñanza de hábitos alimentarios saludables y el control de los padres es el factor dominante que determina los patrones de consumo en niños al crear conciencia sobre la comida saludable, de una forma activa (escoger los alimentos) y a través del ejemplo (Battram, 2016). Por lo tanto, es importante fortalecer el papel de los padres en la crianza de los hijos.

### **El Etiquetado de productos y el 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.

Así las cosas, el presente proyecto de ley 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”, y/o “GRASAS SATURADAS” en uno o más símbolos independientes, según corresponda.

### **¿Por qué se necesita un etiquetado frontal interpretativo con advertencias sanitarias en productos comestibles y bebibles?**

El presente proyecto de ley tiene como uno de sus pilares la implementación de un etiquetado frontal con advertencias sanitarias porque es una de las medidas recomendadas por la OMS para combatir la obesidad. El sustento de esta afirmación está en que es creciente a oferta de productos comestibles y bebibles ultraprocesados, los cuales, en Colombia, gracias a los vacíos normativos son ampliamente comercializados e incluso algunos son percibidos por los consumidores como saludables.

Los vacíos normativos, el hecho de que los consumidores tardan alrededor de 10 segundos en tomar una decisión de compra, y el desequilibrio de información existente entre consumidores y

productores hacen que su consumo sea creciente como se expuso en un capítulo anterior, con las consecuencias negativas sobre la salud pública.

Colombia necesita dar el salto hacia un mejor etiquetado de alimentos y productos comestibles usando la mejor evidencia científica disponible. Se requiere de un etiquetado que responda a las necesidades de los consumidores frente al tiempo que disponen y a la facilidad de identificación y comprensión del mensaje.

Estudios independientes han demostrado que el etiquetado frontal interpretativo aumenta la comprensión y adecuada compra por parte de los consumidores. Pero no todos los sistemas de etiquetado frontal tienen los mismos efectos sobre los consumidores y sus decisiones de compra. Algunos sistemas han demostrado de forma unánime su ineficiencia. Tal es el caso del sistema CDO - Cantidades Diarias Orientativas o GDA por sus iniciales en inglés, el cual ya es utilizado en Colombia de forma voluntaria, es de difícil comprensión y requiere de conocimientos avanzados en nutrición para poder ser interpretado correctamente, lo cual lo hace incluso engañoso para los consumidores.

Otros sistemas de etiquetado han dado resultados parcialmente positivos debido a la imposibilidad de clasificar adecuadamente toda clase de productos. Este es el caso del etiquetado tipo semáforo que utilizan los ecuatorianos, con buena acogida por la población, pero con defectos como que con ciertas reformulaciones industriales termina mostrando como saludables productos que en realidad no lo son. Por su parte el sistema Nutri-score que mezcla colores y letras ofrece una amplia gama de combinaciones que pueden terminar siendo confusas para los consumidores porque no están acompañadas de ninguna clase de advertencia que refuerce la clasificación del producto.

A pesar de su poco tiempo de implementación, el etiquetado frontal con advertencia sanitaria “ALTO EN” ha dado buenos resultados especialmente en Chile, país pionero en su implementación con resultados interesantes como que tiene una aceptación por parte de la población superior al 90%, cambios en los patrones de consumo de más del 40% de la población o que la presencia de la advertencia sanitaria influye en las decisiones de compra de más del 90% de la población. Por tales razones este proyecto de ley adopta este esquema de etiquetado para Colombia y da un paso hacia adelante en la lucha contra la obesidad y las enfermedades no transmisibles.

### **¿Por qué es importante regular la publicidad de productos comestibles procesados y ultraprocesados dirigidos a niñas, niños y adolescentes?**

El Proyecto de Ley igualmente incluye medidas de regulación de la publicidad de estos productos cuando está dirigida a niñas, niños y adolescentes. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), existe “suficiente evidencia sobre el impacto que el mercadeo de alimentos no saludables, de alta densidad calórica y pobre contenido nutricional,

tiene sobre los niños no solo sobre su consumo al momento de la exposición a la publicidad, promoción o patrocinio, sino sobre los hábitos alimentarios en los años subsiguientes”<sup>9</sup>.

La publicidad de estos productos contribuye a la adopción de hábitos alimentarios no saludables pues mientras, por un lado, promueve su consumo con alto riesgo para la salud, por otro, oculta y minimiza dicho riesgo. En este contexto, niñas, niños y adolescentes y sus padres, madres y cuidadores, a través de técnicas de persuasión específicas, son un grupo al que está dirigida gran parte de la publicidad sin que existan estrategias públicas que informen adecuadamente sobre los efectos adversos sobre su salud.

En este sentido, las Recomendaciones de la Consulta de Expertos de la OPS sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños en la Región de las Américas, de 2011<sup>10</sup>, exhorta a los Estados a elaborar una política pública sobre la promoción y publicidad de alimentos dirigida a niñas, niños y adolescentes; la prohibición del uso de toda técnica de mercadotecnia por cualquier canal de comunicación para promocionar alimentos con alto contenido de grasas, azúcares o sal a niñas, niños y adolescentes a través de técnicas actuales y futuras, y la promoción de alimentos naturales a NNA.

La legislación actual (Ley 9ª de 1979, Ley 1355 de 2009, Ley 1480 de 2011 y Decreto 975 de 2014) si bien establece medidas de regulación, todavía es insuficiente para alcanzar la adecuada protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes en términos de limitar su exposición a estrategias publicitarias y de mercadeo en su vida cotidiana.

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

Los entornos escolares son de vital importancia para este proyecto porque como lo ha señalado la OMS, este es un espacio clave donde desde tempranas edades se puede intervenir para establecer hábitos alimentarios, bien sea positivos o negativos en términos de salud. Precisamente por esa oportunidad que se tiene en la infancia de crear hábitos, es que las industrias de productos ultraprocesados ponen en ellos sus mayores esfuerzos corporativos de publicidad y mercadeo; dirigiendo extensas campañas tratando de atraer a ese cliente potencial para generarle hábito de consumo, recordación y lealtad a su marca.

---

<sup>9</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Resúmenes de política: intervenciones poblacionales en factores de riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/intervenciones-poblacionales-factores-riesgo-enfermedades-no-transmisibles.PDF> Consultado el 20 de mayo de 2017.

<sup>10</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. 2010. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44422/1/9789243500218\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44422/1/9789243500218_spa.pdf) Consultado el 26 de mayo de 2017.

Estas estrategias se extienden a los entornos educativos en donde se encuentra tristemente con poca o nula resistencia por parte de las autoridades escolares y padres de familia.

Los entornos escolares son un espacio en donde las políticas públicas saludables también pueden tener mayor éxito al combinarse en un solo lugar la infancia y su capacidad de aprendizaje, la educación, la actividad física, y la enseñanza por medio del ejemplo dado por los docentes, las tiendas y restaurantes escolares. Un coctel necesario para prevenir los problemas de obesidad y las enfermedades no transmisibles.

En términos de garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes los entornos escolares deben estar libres de mensajes comerciales que puedan ser engañosos, de publicidad y mercadeo de productos potencialmente nocivos para la salud. Así mismo, los derechos de niñas, niños y adolescentes no deben verse vulnerados por presiones comerciales de ningún tipo. Por lo tanto, los entornos escolares deben tener las condiciones necesarias para que niñas, niños y adolescentes puedan llevar un estilo de vida saludable.

Por las razones anteriormente expuestas este proyecto de ley en su artículo 11, trata de proteger los entornos escolares de publicidad, promoción y patrocinio de productos comestibles y bebidas ultraprocesados; y garantiza el acceso a alimentos saludables y a información y educación nutricional adecuada.

### **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...<sup>11</sup>. "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

---

<sup>11</sup>ibid; p. 234.

forma de comportamiento, bien sea porque surjan o cambien los comportamientos, los afectos o las destrezas psicomotoras en la persona”<sup>12</sup>

En este orden de ideas, este proyecto de Ley se encamina a informar sobre los contenidos reales de los productos comestibles en cuanto a grasas, azúcares 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.

### **Bibliografía**

Battram, D. S. (Enero de 2016). Sugar-Sweetened Beverages: Children’s Perceptions, Factor Influence, and Suggestions for Reducing Intake. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 48(1), 27-35. Recuperado el 27 de enero de 2016

DANE. (2015). *Estadísticas Vitales*. Bogotá: Departamento Nacional de Estadística. Recuperado el 22 de julio de 2016

DANE. (2017). *Estadísticas Vitales de 2016*. Bogotá: Departamento Administrativo de Estadística.

EUROMONITOR. (2018). *Baby Food in Colombia 2017*. Passport.

EUROMONITOR. (2018). *Packaged Food in Colombia 2017*. Passport.

FID. (2018). *World Atlas Diabetes 2017*. Ginebra: Federación Internacional de Diabetes.

Freudenberg, N. (Mayo de 2016). Healthy-food procurement: using the public plate To reduce food insecurity and diet-related diseases. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4, 78. doi:10.1016/S2213-8587(16)00078-4

Fung T, P. A. (2015). Long-Term Change in Diet Quality Is Associated with Body Weight Change in Men and Women. *J. Nutr*, 145: 1850-1856; June 17. doi:10.3945/jn. 114.208785.

ICBF. (2017). *Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015*. Bogotá: MINSALUD. doi:ISBN978-958-623-112-1

MINSALUD. (2014). *Cuenta de Alto Costo SENT, RIPS 15 EAPB*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

MinSalud. (2015). *Informe Técnico Observatorio nacional de Salud. Quinta edición. Carga de Enfermedad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Discapacidad en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

---

<sup>12</sup>BERSH, citado por Leddy Susan Pepper, Mae. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 1989, p. 201.



Monteiro, C. (2009). Nutrition and health. The issue is not food, nor nutrients, so much as processing. *Public Health Nutrition*, 12(5), 729-31. Recuperado el 5 de Agosto de 2016

Nishtar, S. (27 de Febrero de 2016). Ending childhood obesity: a time for action. *The lancet*, 387, 825-27. Obtenido de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00140-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00140-9)

OPS. (2014). *Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la niñez y la Adolescencia*. Washinton USA: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 24 de Febrero de 2016

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Alimentos y bebidas ultraprocesados en America Latina: tendencias, efectos sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas*. Washington: OPS. doi:ISBN978-92-75-71864-3

Organización Pnamericana de la Salud. (2016). *Modelo de Perfil de Nutrientes*. Washington: OPS. doi:ISBN 978-92-75-11873-3

Reedy J, K.-S. S. (26 de Febrero de 2014). Higher Diet Quality Is Associated with Decreased Risk of All-Cause, Cardiovascular Disease, and Cancer Mortality among Older Adults. *J. Nutr*, 144, 881-889. doi:10.3945/jn.113.189407

Smith, A. F. (2007). *Encyclopedia of Junk and Fast Food* (Vol. 21). London, England: Emerald Group. Recuperado el 4 de Agosto de 2016

Yarmolinsky J, D. B. (09 de Diciembre de 2015). Artificially Sweetened Beverage Consumption Is Positively Associated with Newly Diagnosed Diabetes in Normal-Weight but Not in Overweight or Obese Brazilian Adults. *JN The journal of Nutrition J. Nutr. jn220194*.

Cordialmente,

---

Nombre:

---

Nombre:

---

Nombre:

---

Nombre:



\_\_\_\_\_  
Nombre:

\_\_\_\_\_  
Nombre: