Bogotá, D. C, 28 de agosto de 2020.

**Doctor**

**JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO**

**Secretario General**

**Cámara de Representantes del Congreso de la República de Colombia**

**ASUNTO: Radicación Proyecto de Ley**

Respetado Secretario General:

En concordancia con en el artículo 154 de la Constitución Política de Colombia y con el artículo 140 de la Ley 5ª de 1992, en nuestra condición de Congresistas de la República radicamos el presente Proyecto de Ley, me permito presentar ante la Secretaría General de la Cámara de Representantes el presente Proyecto de Ley ***“Por medio de la cual se adoptan medidas para promover la producción, distribución y consumo de los alimentos saludables de la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA'”***. El documento se encuentra estructurado de la siguiente manera:

1. Exposición de motivos
2. Fundamento Jurídico
3. Objeto de la iniciativa
4. Proposición
5. Bibliografía

Cordialmente,

|  |  |
| --- | --- |
| **JUAN LUIS CASTRO CÓRDOBA**  **Senador de la República** | **WILSON ARIAS CASTILLO**  **Senador de la República** |
| **GUSTAVO BOLÍVAR MORENO**  Senador de la República  Lista Decentes | **FABER ALBERTO MUÑOZ CERÓN**  Representante a la Cámara  Departamento del Cauca |
| **CÉSAR AUGUSTO PACHÓN ACHURY**  Representante a la Camara  Departamento de Boyacá | **FABIÁN DÍAZ PLATA**  Representante a la Cámara  Departamento de Santander |
| **DAVID RACERO**  Representante a la Cámara por Bogotá | **GLORIA BETTY ZORRO AFRICANO**  Representante a la Cámara por Cundinamarca |
| **ANTONIO SANGUINO PÁEZ**  Senador de la República | **JORGE ENRIQUE BURGOS LUGO**  Representante a la Cámara  Departamento de Córdoba |
| **ÁNGELA MARÍA ROBLEDO GÓMEZ**  **Representante a la Cámara** | IVÁN DARÍO AGUDELO ZAPATA  Senador de la República |
| **LEÓN FREDY MUÑOZ LOPERA**  Representante a la Cámara  Departamento de Antioquia | **VICTORIA SANDINO SIMANCA HERRERA**  Senadora de la República |
| **Jorge Eduardo Londoño Ulloa**  Senador de la República  Alianza Verde | **María José Pizarro Rodríguez**  **Representante a la Cámara** |
| **Jesús Alberto Castilla Salazar**  Senador de la República  Polo Democrático Alternativo | **ARMANDO BENEDETTI VILLANEDA**  Senador de la República |
| **Luis Fernando Velasco Chaves**  Senador de la República |  |

**PROYECTO DE LEY NÚMERO \_ DE 2020**

# **“Por medio de la cual se adoptan medidas para promover la producción, distribución y consumo de los alimentos saludables de la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA'”.**

# **EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA:**

## **TÍTULO I. CAPÍTULO ÚNICO. Disposiciones generales**

**ARTÍCULO 1. Objeto:** La presente ley adopta medidas que promueven la producción, distribución y consumo de los alimentos saludables de la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA' desde las instancias de la política alimentaria de Colombia, con el objetivo de promover su accesibilidad y asequibilidad a través del fomento de la agricultura campesina familiar y comunitaria, para prevenir la aparición de enfermedades no transmisibles relacionadas con los hábitos alimentarios inadecuados, promoviendo la alimentación saludable, sostenible y asequible para la población.

**ARTÍCULO 2. 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 3. Definiciones:** para efectos de la aplicación de la presente ley, se establecen las siguientes definiciones:

**Agricultura campesina familiar y comunitaria:** tal como la define el artículo 4 de la Ley 2046 de 2020, se entiende como el “sistema de producción y organización gestionado y operado por mujeres, hombres, familias, y comunidades campesinas, indígenas, negras, afrodescendientes, raizales y palenqueras que conviven en los territorios rurales del país. En este sistema se desarrollan principalmente actividades de producción, transformación y comercialización de bienes y servicios agrícolas, pecuarios, pesqueros, acuícolas y silvícolas; que suelen complementarse con actividades no agropecuarias. Esta diversificación de actividades y medios de vida se realiza predominantemente mediante la gestión y el trabajo familiar, asociativo o comunitario, aunque también puede emplearse mano de obra contratada. El territorio y los actores que gestionan este sistema están estrechamente vinculados y evolucionan conjuntamente, combinando funciones económicas, sociales, ecológicas, políticas y culturales”.

**Alimentos 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.

**Alimento saludable:** se entiende como aquel alimento sin procesar, mínimamente procesado, procesado o ingrediente culinario, tal como se definen en este artículo y cuyo consumo es nutritivo y permite mantener un buen estado de salud.

**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.

**Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’:** conjunto de alimentos sin procesar, mínimamente procesados, procesados e ingredientes culinarios de acuerdo con la clasificación por grupos de alimentos propuestos en el Modelo de Perfil de Nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud; que, en cantidades y calidades adecuadas, son saludables, sostenibles y asequibles.

**Circuitos cortos de comercialización:** forma de comercio basada en la venta directa de productos frescos o de temporada, sin intermediarios o reduciendo al mínimo la intermediación entre productores y consumidores.

**Código estándar de productos y servicios de Naciones Unidas:** the United Nations Standard Products and Services Code® o Código Estándar de Productos y Servicios de Naciones Unidas, es una metodología uniforme de codificación utilizada para clasificar productos y servicios fundamentada en un arreglo jerárquico y en una estructura lógica. Este sistema de clasificación permite codificar productos y servicios de forma clara ya que se basa en estándares acordados por la industria los cuales facilitan el comercio entre empresas y gobierno.

**Enfermedades no transmisibles:** 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 las enfermedades no transmisibles 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.

**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.

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

## **TÍTULO II. IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS QUE PROMUEVAN LA PRODUCCIÓN, DISTRIBUCIÓN Y CONSUMO DE LOS ALIMENTOS DE LA CANASTA BÁSICA DE SALUD ALIMENTARIA 'CABASA'**

### **CAPÍTULO I. De los estándares de goce efectivo de derechos humanos como fundamento de la política alimentaria de Colombia**

**ARTÍCULO 4. Estándares de goce efectivo de derechos humanos como fundamento de la política alimentaria:** el Gobierno Nacional a través de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional – CISAN o quien haga sus veces, y demás instancias de la política alimentaria de Colombia de que tratan los capítulos II en adelante, tendrán como fundamento para el cumplimiento de sus funciones los estándares de goce efectivo de los derechos humanos, en especial los derechos a la alimentación y nutrición adecuada, la salud, el ambiente sano y el acceso a la información.

La CISAN publicará cada año el reporte del cumplimiento de sus funciones con estándares de goce efectivo de derechos humanos, en especial los derechos a la alimentación y nutrición adecuada, la salud, el ambiente sano y el acceso a la información.

### **CAPÍTULO II. Del seguimiento técnico a los alimentos de la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA'**

**ARTÍCULO 5. Actualización de precios y cantidades de los bienes alimentarios de la Canasta Básica Familiar – CBF en función de sus respectivos canales de comercialización:** el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE monitoreará y reportará mensualmente el comportamiento del precio y cantidades transadas de los bienes alimentarios de la Canasta Básica Familiar en función de sus respectivos canales de comercialización, y otras variables de trazabilidad que caractericen su origen, destino y temporada de cosecha.

Se facultará al DANE para desarrollar directa o indirectamente todas las gestiones indispensables para realizar el seguimiento en debida forma.

En la realización del reporte de que trata este artículo, se deberá adoptar un enfoque territorial bajo normas específicas ya existentes.

El DANE hará publicación periódica mensual, en su página web.

**ARTÍCULO 6. Actualización del reporte de indicadores de pobreza y calidad de vida:** el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE actualizará anualmente el reporte de indicadores de pobreza y calidad de vida, necesarios para el monitoreo de la asequibilidad a la alimentación saludable y sostenible de la población.

En la realización del reporte de que trata este artículo, se deberán adoptar enfoques diferenciales y territoriales bajo normas específicas ya existentes.

El DANE hará publicación periódica anual, en su página web.

**ARTÍCULO 7. Actualización del reporte de indicadores de salud y nutrición:** el Gobierno Nacional a través de sus diferentes dependencias y agencias actualizará cada cinco años el reporte detallado de indicadores de salud y nutrición, sin perjuicio de los reportes que ya genera cada dependencia y agencia del Estado.

En la realización de los reportes de que trata este artículo, se deberán adoptar enfoques diferenciales y territoriales.

**ARTÍCULO 8. Priorización de investigación en nutrición orientada a la alimentación saludable, sostenible y asequible:** el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, priorizará y estimulará a través de incentivos la investigación en nutrición orientada a la alimentación saludable, sostenible y asequible de ciencia básica, médica y aplicada (incluyendo de políticas) para el desarrollo, implementación y evaluación de la política alimentaria nacional.

El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación reglamentará esta materia con base en normas relacionadas para evitar conflictos de interés.

### **CAPÍTULO III. De la educación sobre los alimentos saludables**

**ARTÍCULO 9. Inclusión de conocimientos en nutrición en los proyectos educativos institucionales:** el Ministerio de Educación en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, exigirá la inclusión de conocimientos en nutrición basados en alimentos saludables, en los proyectos educativos institucionales y hará seguimiento y monitoreo de su cumplimiento.

Las instituciones públicas y privadas de educación básica y secundaria implementarán la inclusión de conocimientos en nutrición basados en alimentos saludables, en los proyectos educativos institucionales.

El Ministerio de Educación en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, reglamentará esta materia con fundamento en recomendaciones técnicas de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud; y con base en normas relacionadas para evitar conflictos de interés.

**ARTÍCULO 10. Destinación de espacios televisivos y radiales a cargo del Estado para la promoción de los alimentos saludables:** la Comisión Nacional de Comunicaciones en coordinación con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud y Protección Social, destinará espacios en canales a cargo de la Nación para la emisión de programas televisivos o radiales, ordinarios o por suscripción, en franja infantil y horario triple A, que estarán a disposición del Estado y Organizaciones No Gubernamentales para promover mensajes que muestren los beneficios del consumo de los alimentos de que trata la presente ley para lograr una alimentación saludable, sostenible y asequible.

El Estado tomará como mínimo 30 minutos del espectro electromagnético en horario de alta sintonía para la difusión de estos mensajes.

El Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en coordinación con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará esta materia con fundamento en recomendaciones técnicas de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud; y con base en normas relacionadas para evitar conflictos de interés.

### **CAPÍTULO IV. De las compras públicas prioritarias de los alimentos saludables**

**ARTÍCULO 11. Establecimiento de los alimentos de la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA' en las condiciones e instrumentos de la Ley de compras públicas locales de alimentos:** el Gobierno nacional en el marco de la Mesa técnica nacional de compras públicas locales de alimentos en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá los alimentos de que trata la presente ley como base de referencia de las condiciones e instrumentos de abastecimiento alimentario dispuestos en la Ley 2046 de 2020.

Se priorizarán programas de asistencia alimentaria a cargo del Estado que involucran sujetos de especial protección constitucional.

**ARTÍCULO 12. Fijación de estándares mínimos de reporte de información de compras y contrataciones públicas de alimentos:** la Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente fijará estándares mínimos de obligatorio cumplimiento para el reporte de la información de compras y contrataciones públicas de alimentos que acoja plenamente el Código Estándar de Productos y Servicios de Naciones Unidas, que indiquen programas públicos de suministro o la entidad a la que va destinada la compra, y que indiquen la actividad económica principal del proponente.

Lo anterior tendrá aplicación para los procesos registrados en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública – SECOP.

### **CAPÍTULO V. Del fomento a la comercialización de los alimentos de la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA'**

**ARTÍCULO 13. Rotulado en los puntos de exhibición de los alimentos de la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA':** el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, reglamentará el rotulado que deberá ser implementado en los puntos de exhibición de los alimentos de que trata la presente ley, con frases alusivas a los beneficios del consumo de estos alimentos para lograr una alimentación saludable, sostenible y asequible.

Este rótulo se incluirá en las plataformas físicas y/o virtuales de establecimientos donde se ofrezcan estos alimentos, sean públicos o privados, y su implementación estará a cargo de los oferentes. El Gobierno nacional en el término de 6 meses a partir de la entrada en vigencia de esta ley deberá reglamentar esta materia.

**ARTÍCULO 14. Sello de 'promotor de alimentos saludables':** el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, reglamentará un sello distintivo de 'promotor de alimentos saludables' para aquellos establecimientos donde se ofrezcan exclusivamente los alimentos de que trata la presente ley.

Este sello se incluirá en las plataformas físicas y/o virtuales de establecimientos donde se ofrezcan estos alimentos, sean públicos o privados, y su implementación estará a cargo de los oferentes. El Gobierno nacional en el término de 6 meses a partir de la entrada en vigencia de esta ley deberá reglamentar esta materia.

**ARTÍCULO 15. Sello de 'promotor de la agricultura campesina familiar y comunitaria':** el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, reglamentará un sello distintivo de 'promotor de la agricultura campesina familiar y comunitaria' para aquellos establecimientos donde se ofrezcan exclusiva y directamente sin intermediarios los alimentos de que trata la presente ley provenientes de la agricultura campesina familiar y comunitaria.

Este sello se incluirá en las plataformas físicas y/o virtuales de establecimientos donde se ofrezcan estos alimentos, sean públicos o privados, y su implementación estará a cargo de los oferentes. El Gobierno nacional en el término de 6 meses a partir de la entrada en vigencia de esta ley deberá reglamentar esta materia.

**ARTÍCULO 16. Lineamientos para la priorización y estímulo de mercados campesinos de los alimentos de la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA':** el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, dará lineamientos a las entidades territoriales para que prioricen y estimulen el fortalecimiento y descentralización de mercados campesinos que promuevan la inclusión de los alimentos provenientes de la agricultura campesina familiar y comunitaria, como circuitos cortos de comercialización saludables y justos.

El Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará esta materia con fundamento en recomendaciones técnicas de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, en el término de 6 meses a partir de la entrada en vigencia de esta ley.

### **CAPÍTULO VI. De los incentivos fiscales a los alimentos de la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA'**

**ARTÍCULO 17. Exclusión del IVA a los alimentos de la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA':** se excluirán del impuesto sobre las ventas – IVA los alimentos de que trata la presente ley, como bienes corporales muebles, que sean enajenados dentro del territorio nacional, en establecimientos comerciales físicos o virtuales y al por mayor o al detal.

Aquellos bienes que se enmarquen en la definición de alimentos saludables y que se encuentran excluidos del IVA de conformidad con el Estatuto Tributario, mantendrán dicha condición.

Los alimentos de que trata la presente ley y que hacen parte de la Canasta Básica Familiar - CBF reportada por el DANE (actualizada a 2018), que quedarán cubiertos por la exclusión del IVA, se señalan a continuación según subpartida arancelaria de referencia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código Subclase DANE (COICOP)** | | **Código Subpartida Arancelaria de referencia** | **Gravamen IVA vigente** |
| 1110101 | Arroz para seco | 1006.30.00.10 | Exento |
| 1110201 | Pasta para sopa | 1902.11.00.00 | 5% |
| 1110202 | Pasta para seco | 1902.11.00.00 | 5% |
| 1110301 | Avena hojuelas | 1104.12.00.00 | 5% |
| 1110501 | Harina de trigo | 1101.00.00.00 | 5% |
| 1110601 | Harina de maíz | 1102.20.00.00 | 5% |
| 1110602 | Harina precocida | 1102.20.00.00 | 5% |
| 1119801 | Harina para tortas | 1901.20.00.00 | 19% |
| 1120101 | Carne de res sin hueso | 0201.30.00.10 | Exento |
| 1120102 | Carne de res con hueso | 0201.10.00.00 | Exento |
| 1120103 | Carne molida de res | 0201.30.00.95 | Exento |
| 1120104 | Vísceras - hígado | 0206.10.00.00 | Exento |
| 1120201 | Carne de cerdo sin hueso | 0203.19.10.00 | Exento |
| 1120202 | Carne de cerdo con hueso | 0203.12.00.00 | Exento |
| 1120203 | Tocino - nuevo | 0203.19.30.00 | Exento |
| 1120301 | Pollo despresado por libra | 0207.13.00.10 | Exento |
| 1120302 | Pollo entero por libra | 0207.13.00.90 | Exento |
| 1130301 | Pescado de río | 0302.11.00.00 | Exento |
| 1130302 | Pescado de mar | 0302.19.00.00 | Exento |
| 1140101 | Leche pasteurizada | 0401.20.00.00 | Exento |
| 1140201 | Queso campesino | 0406.10.00.00 | Exento |
| 1140202 | Queso crema | 0406.10.00.00 | Exento |
| 1140203 | Mozarella | 0406.10.00.00 | Exento |
| 1140501 | Huevos | 0407.21.90.00 | Exento |
| 1149901 | Crema de leche | 0402.91.90.00 | Exento |
| 1149903 | Suero | 0403.90.10.00 | 19% |
| 1150101 | Aceite de soya o de maíz | 1507.90.10.00 | 19% |
| 1150102 | Aceite de girasol | 1512.19.10.00 | 19% |
| 1150201 | Mantequilla | 0405.10.00.00 | 19% |
| 1160301 | Maní | 1202.42.00.00 | 19% |
| 1171102 | Harinas de yuca y/o plátano | 1106.30.10.00 | 19% |
| 1171607 | Revuelto verde | 2001.90.90.00 | 19% |
| 1180101 | Azúcar refinada | 1701.99.90.00 | 5% |
| 1180102 | Azúcar natural o morena | 1701.14.00.00 | 5% |
| 1180201 | Panela | 1701.13.00.00 | Exento |
| 1190802 | Canela | 0906.11.00.00 | 19% |
| 1190803 | Cilantro (semilla) | 0909.21.90.00 | 19% |
| 1210101 | Café molido | 0901.21.20.00 | 5% |
| 1210201 | Chocolate en pasta | 1806.32.00.10 | 19% |
| 1210301 | Aromáticas secas | 2106.90.90.00 | 19% |

**Parágrafo 1:** se extenderá gradualmente la exclusión del IVA a los bienes que se enmarquen en la definición de alimentos saludables y no estén incluidos en este listado, con el objetivo de que la totalidad de los alimentos de que trata esta ley ofertados en el territorio nacional queden cubiertos por esta medida.

Para lograr esta extensión gradual, las gobernaciones departamentales a través de sus Secretarías de Agricultura y Salud, deberán remitir al Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN el listado de alimentos propios de su región, que se enmarquen en la definición de alimentos saludables y no estén incluidos en este listado; con el objetivo de que la totalidad de los alimentos que componen la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA' queden registrados por el DANE.

Las gobernaciones contarán con el término de 5 meses para el cumplimiento de esta disposición, y una vez el DANE reciba esta información contará con 6 meses para completar el listado de alimentos que componen la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA' y remitirlo a la DIAN.

La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN, una vez haya recibido la información registrada por el DANE, deberá aplicar la exclusión del IVA sobre la totalidad de alimentos que componen la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA' de conformidad con lo aquí ordenado.

**Parágrafo 2**: en el término de 2 meses contados a partir de la entrada en vigencia de esta ley, el Ministerio de Salud y Protección Social se encargará de dar los lineamientos para que las gobernaciones clasifiquen los alimentos saludables cuyo listado deben remitir al DANE, con fundamento en las definiciones establecidas en esta ley.

## **TÍTULO III. VIGENCIA Y DEROGATORIAS**

**ARTÍCULO 18. Vigencia y derogatorias:** la presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

|  |  |
| --- | --- |
| **JUAN LUIS CASTRO CÓRDOBA**  **Senador de la República** | **WILSON ARIAS CASTILLO**  **Senador de la República** |
| **GUSTAVO BOLÍVAR MORENO**  Senador de la República  Lista Decentes | **FABER ALBERTO MUÑOZ CERÓN**  Representante a la Cámara  Departamento del Cauca |
| **CÉSAR AUGUSTO PACHÓN ACHURY**  Representante a la Camara  Departamento de Boyacá | **FABIÁN DÍAZ PLATA**  Representante a la Cámara  Departamento de Santander |
| **DAVID RACERO**  Representante a la Cámara por Bogotá | **GLORIA BETTY ZORRO AFRICANO**  Representante a la Cámara por Cundinamarca |
| **ANTONIO SANGUINO PÁEZ**  Senador de la República | **JORGE ENRIQUE BURGOS LUGO**  Representante a la Cámara  Departamento de Córdoba |
| **ÁNGELA MARÍA ROBLEDO GÓMEZ**  **Representante a la Cámara** | IVÁN DARÍO AGUDELO ZAPATA  Senador de la República |
| **LEÓN FREDY MUÑOZ LOPERA**  Representante a la Cámara  Departamento de Antioquia | **VICTORIA SANDINO SIMANCA HERRERA**  Senadora de la República |
| **Jorge Eduardo Londoño Ulloa**  Senador de la República  Alianza Verde | **María José Pizarro Rodríguez**  **Representante a la Cámara** |
| **Jesús Alberto Castilla Salazar**  Senador de la República  Polo Democrático Alternativo | **ARMANDO BENEDETTI VILLANEDA**  Senador de la República |
| **Luis Fernando Velasco Chaves**  Senador de la República |  |

# **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

## **1.** **OBJETIVO DE LA LEY**

La presente ley adopta medidas que promueven la producción, distribución y consumo de los alimentos saludables de la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA' desde las instancias de la política alimentaria de Colombia, con el objetivo de promover su accesibilidad y asequibilidad a través del fomento de la agricultura campesina familiar y comunitaria, para prevenir la aparición de enfermedades no transmisibles relacionadas con los hábitos alimentarios inadecuados, promoviendo la alimentación saludable, sostenible y asequible para la población.

## **2.** **JUSTIFICACIÓN DESDE EL MARCO JURÍDICO VIGENTE**

¿Qué derechos se protegen y con qué normas concuerda?

Los derechos humanos están reconocidos como un conjunto de prerrogativas en favor de todo ser humano, que requiere la garantía de unas condiciones indispensable para vivir dignamente, deben ser interpretados con la consciencia de que todos los derechos hacen parte de un sistema universal que los protege y en la mayoría de los casos están directamente interrelacionados unos con otros.

Respecto de cada derecho humano se reconocen tres tipos generales de obligaciones, que están en cabeza de los Estados: i) **respetar**, esto es, ningún agente del Estado tiene licencia para violar los derechos de la población, los agentes del Estado y las instituciones públicas deben actuar en todo momento respetando los derechos humanos de cada individuo; ii) **proteger**, es decir que el Estado debe llevar a cabo acciones para los individuos no violen los derechos de los demás y iii) **realizar**, es decir que el Estado debe adoptar todas las medidas más idóneas para lograr el cumplimiento de los derechos, para establecer un ambiente en el cual toda la población pueda ejercer a plenitud los derechos humanos.

Las medidas propuestas en el proyecto de ley bajo análisis, “Por medio de la cual se adoptan medidas para promover la producción, distribución y consumo de los alimentos saludables de la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA'” permiten que el Congreso de Colombia legisle dando cumplimiento al marco de protección de los derechos humanos, y en particular, promueve condiciones para que Colombia garantice los derechos a la alimentación adecuada, la salud, el ambiente sano y el mínimo vital.

Respecto al derecho a la alimentación y nutrición adecuadas debemos tener presente que su contenido básico comprende *la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada* y *la accesibilidad de esos alimentos* *en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos[[1]](#footnote-1).* Lo que se busca en otras palabras, es que los Estados adopten medidas para que ninguna persona bajo su protección padezca hambre, para que todos los habitantes puedan acceder a alimentos sanos y de calidad que ayuden a garantizar una buena nutrición y el aprovechamiento biológico de los alimentos, y que no pongan en riesgo otros derechos al acceder a los alimentos; este derecho, busca también que en el proceso de alimentación se respeten las tradiciones y prácticas culinarias de cada región y que se garantice que las mismas sean sostenibles en el tiempo, para poder brindar alimentación a las generaciones futuras.

Por su parte, el concepto de derecho a la salud desarrollado por el Comité DESC establece que *la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud[[2]](#footnote-2).* Para hablar del derecho a la salud, se le debe garantizar a cada persona la posibilidad de controlar su salud y su cuerpo, el derecho a no padecer injerencias en sus decisiones y el derecho a contar con un sistema de protección de la salud que brinde a las personas igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Así mismo, el máximo intérprete de este derecho, el Comité DESC ha reconocido que existen unos factores determinantes de la salud, entre los que sin lugar a dudas se encuentra, el factor de la nutrición; para poder gozar de buena salud, es indispensable contar con una óptima nutrición. Por último, se menciona que los elementos esenciales del derecho en mención son: la disponibilidad (que hace referencia al sistema de salud y a los establecimientos o instituciones de salud con que se debe contar para poder prestar atención sanitaria a todo el que lo requiera); la accesibilidad (que se refiere a la posibilidad de que todos puedan acceder tanto física como económicamente a los servicios de salud, sin discriminación alguna y contando con la debida información en todo momento); la aceptabilidad (que se busca garantizar el respeto de la ética médica y la confidencialidad) y la calidad (relacionada con el hecho que los servicios de atención en salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico).

El proyecto también da cumplimiento a las directrices presentes en el Documentos CONPES 113 de 2018 que adopta la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN), en particular en los siguientes temas:

El CONPES 113 establece que “La disponibilidad permanente de alimentos es una condición necesaria para la seguridad alimentaria y nutricional. La disponibilidad hace referencia directa a la oferta o suministro de alimentos de la canasta básica. Las dos principales características que debe tener la oferta de alimentos de la canasta básica son la *suficiencia* y la *estabilidad* **de al menos todos los grupos** de alimentos definidos en ésta”[[3]](#footnote-3).

Y así mismo, el CONPES establece dentro de sus acciones que una de las formas en el Estado puede cumplir sus opciones de garantía del derecho a la alimentación es:

“**Garantía de Acceso a los Alimentos**

Se encamina a la protección de la canasta básica, mediante la creación de las condiciones para que exista una libre competencia (sana y justa), la adopción de medidas que disminuyan el efecto de los impuestos indirectos y otras contribuciones sobre los precios de los alimentos, y la implementación de sistemas de información y orientación al consumidor sobre composición óptima de la dieta al menor costo”[[4]](#footnote-4).

En este punto es preciso recordar que el derecho a la alimentación en nuestro ordenamiento jurídico interno está 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[[5]](#footnote-5).

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.

La lectura del proyecto de ley permite constatar que las medidas en él propuestas están directamente dirigidas a mantener una oferta suficiente y estable de alimentos sanos y nutritivos, que son la amplia gama de alimentos que conforman la CABASA, e igualmente, el proyecto busca que a través de

Ahora bien, en lo que respecta al derecho a la salud, el proyecto de ley está en concordancia con el artículo 49 de la Constitución Política que establece lo siguiente:

*“****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”.* (Subrayado agregado al texto original)*.*

Cuando comprendemos que el derecho a la salud incluye también acciones que permitan prevenir la ocurrencia de enfermedades, y que para ello la alimentación basada en comida que nutra y que no ponga en riesgo el bienestar físico y mental es fundamental, vemos el vínculo que existe entre la salud y poder acceder a los productos de la CABASA con garantías de que estos estén al alcance de todos.

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, la alimentación, sea ella buena o deficiente, es un factor determinante en la salud y el Estado debe emprender acciones que le ayuden a garantizar un acceso a buena alimentación para todas y todos, por eso las medidas propuestas en este proyecto de ley guardan relación con el derecho a la salud, puesto que le permiten al gobierno adoptar medidas que incentivan el consumo de alimentos reales, que promuevan la creación y protección de una Canasta Básica de Salud Alimentaria – CABASA que llegaría a más colombianos y colombianas.

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[[6]](#footnote-6) 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.

En cuanto al derecho al ambiente sano es preciso resaltar que la CABASA, el fomento de la misma y su protección conlleva a la par una acción de promover el consumo local de alimentos, puesto que la CABASA se compone de todos los alimentos del campo que se producen en las diversas regiones de nuestro país, promueve el consumo local de los mismos y esto repercute de forma directa en un menor empleo de los medios de transporte necesarios para llevar los alimentos de un lado a otro y esto repercute de manera positiva evitando que la huella de carbono aumente.

Protección de los derechos de las y los consumidores

Con las acciones propuestas en este proyecto de ley también se garantizan los derechos de los consumidores, en particular el derecho a la información y el derecho a estar protegido de productos que puedan afectar la salud.

En Colombia, el marco jurídico que reivindica los derechos de las personas en su calidad de consumidoras de bienes y servicios, está determinado principalmente por 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) de la Constitución Política y por la Ley 1480 de 2011 que es el Estatuto del Consumidor. El objetivo principal de tal normatividad es 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.

Teniendo en cuenta que entre los proveedores de bienes o servicios y los consumidores existe una relación inequitativa, en la cual la parte débil son estos últimos, el Estado busca otorgarles prerrogativas a los consumidores para tratar de equilibrar dicha relación, y con ello garantizar que no sufran prejuicios. 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. El marco jurídico relacionado con este proyecto es el 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”.*

De este artículo se deriva entonces un mandato inequívoco para el legislador con el objetivo que a través de la ley adopte medidas efectivas para controlar la calidad y la información que debe ser suministrada a los consumidores, sobre los bienes y servicios que les ofrece el mercado. A su vez, aclara que quienes con sus productos pongan en riesgo la salud, la seguridad y el bienestar de los consumidores, deberán responder por ello. Y por último la Constitución consagra que a los consumidores y usuarios se les debe garantizar el derecho a participar en las decisiones que los afecten.

Ahora bien, 20 años después de la expedición de la Constitución Política de Colombia, el legislador promulgó la Ley 1480 de 2011 o “Estatuto del Consumidor” regulando en él varios de los aspectos relativos al ejercicio de los derechos de los consumidores. Según este estatuto los consumidores tienen los siguientes derechos:

1.1. Derecho a recibir productos de calidad: en otras palabras, que el producto sí cumpla con las condiciones anunciadas y esté respaldado con la garantía legal.

1.2. Derecho a la seguridad e indemnidad: es decir, que los productos ofrecidos no pongan en riesgo ni perjudiquen a quien los consume.

1.3. Derecho a recibir información; sobre este derecho es necesario resaltar las características que según la ley, debe tener la información, a saber: “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”[[7]](#footnote-7).

1.4. Derecho a recibir protección contra la publicidad engañosa, la cual se entiende como “Aquella cuyo mensaje no corresponda a la realidad o sea insuficiente, de manera que induzca o pueda inducir a error, engaño o confusión”[[8]](#footnote-8). De acuerdo con nuestro ordenamiento jurídico, para hacer efectivo el derecho de estar protegidos contra la publicidad engañosa, el Estado debe adoptar medidas idóneas al respecto.

Y continúa el Estatuto del Consumidor con el reconocimiento de otros derechos, pero para el proyecto de ley que hoy nos convoca los 4 derechos antes mencionados son los que guardan relación directa con la CABASA toda vez que, al implementar las medidas propuestas en la ley, se le estaría permitiendo a la población acceder a alimentos saludables, de buena calidad, que no pondrán en riesgo su salud, y además se estará garantizando también acceso a información sobre los productos que componen la Canasta Básica de Salud Alimentaria y las propiedades que estos tienen.

## **3.** **ALIMENTOS COBIJADOS POR LA LEY**

El presente proyecto protege alimentos de producción agrícola con altos contenidos nutricionales y bajos impactos sobre la salud pública. Estos alimentos son clasificados por el sistema NOVA utilizado por la Organización Panamericana de la Salud – OPS como Alimentos sin procesar y mínimamente procesados, ingredientes culinarios sin adición de aditivos alimentarios y alimentos procesados sin adición de aditivos alimentarios. Este proyecto excluye los productos comestibles/bebibles ultraprocesados por los altos riesgos de salud asociados a su consumo.

### **3.1.** **Clasificación de alimentos**

Existen muchas formas de clasificar los alimentos, bien sea por la cantidad de nutrientes que aportan, por su clasificación taxonómica, su función en el organismo o recientemente por su nivel de procesamiento y beneficio/nocividad. Ésta última es llamada el sistema NOVA de clasificación de alimentos, que gracias a su fácil aplicación ha sido adoptado por la Organización Panamericana de la Salud – OPS (OPS, 2016). Dicho modelo devela cómo el cuarto grupo de alimentos (productos comestibles/bebibles ultraprocesados) debe ser objeto de regulación y medidas que desincentiven su consumo, porque que hay evidencia fuerte de la relación del consumo de productos comestibles/bebibles ultraprocesados con la aparición temprana de enfermedades no transmisibles como la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer (OPS, 2019).

La clasificación NOVA es un complemento perfecto a las guías alimentarias creadas por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, ya que contribuye a fortalecer sus recomendaciones al permitir que de los grupos de alimentos propuestos por el ICBF se seleccionen los alimentos que realmente contribuirán a una buena salud.

La Organización Panamericana de la Salud – OPS presenta los siguientes parámetros para clasificar los alimentos:

**Grupo 1. Alimentos sin procesar y mínimamente procesados:** *“Los alimentos sin procesar son partes comestibles de plantas (semillas, frutos, hojas, tallos, raíces) o animales (músculos, despojos, huevos, leche), y también de hongos y algas, así como el agua, después de separarlos de la naturaleza. Los alimentos mínimamente procesados son alimentos sin procesar alterados por procesos como la remoción de partes no comestibles o no deseadas, o bien como el secado, trituración, molienda, desmenuzamiento, filtración, tostado, ebullición, pasteurización, refrigeración, congelación, colocación en recipientes, envasado al vacío o fermentación no alcohólica. En ninguno de estos procesos se agregan sustancias como sal, azúcar, aceites o grasas a los alimentos originales”* (OPS, 2019)*.*

**Grupo 2. Alimentos ingredientes culinarios:** “*Se trata de sustancias obtenidas directamente de los alimentos del grupo 1 o de la naturaleza por medio de procesos como el prensado, refinado, trituración, molienda y secado por atomización. Normalmente no se consumen por sí solos, sino que se usan principalmente como ingredientes para preparar, sazonar y cocinar los alimentos del grupo 1 y para que los platos, sopas, panes, ensaladas, bebidas, postres y otras preparaciones culinarias hechas a mano tengan un sabor agradable y sean variados, nutritivos y placenteros”* (OPS, 2019)*.*

**Grupo 3. Alimentos procesados:** “*Son los productos relativamente sencillos preparados añadiendo azúcar, aceite, sal u otras sustancias del grupo 2 a los alimentos del grupo 1. La mayoría de los alimentos procesados contienen dos o tres ingredientes. Los procesos a los que se someten incluyen diversos métodos de preservación o cocción y, en el caso de los panes y el queso, la fermentación no alcohólica”* (OPS, 2019).

**Grupo 4. Productos comestibles y bebibles ultraprocesados:** *“Son formulaciones industriales que suelen estar compuestas por cinco o más ingredientes. Además de la sal, azúcar, aceites y grasas, entre los ingredientes de los alimentos ultraprocesados se incluyen sustancias alimentarias que generalmente no se emplean en las preparaciones culinarias, como la proteína hidrolizada, los almidones modificados y los aceites hidrogenados o interesterificados, y los aditivos usados para imitar las cualidades sensoriales de los alimentos sin procesar o mínimamente procesados y sus preparaciones culinarias o para esconder cualidades indeseables del producto final, como colorantes, aromatizantes, edulcorantes sin azúcar, emulsificantes, humectantes, secuestrantes, reafirmantes, aumentadores de volumen, antiespumantes, antiaglomerantes y agentes de recubrimiento. Los alimentos sin procesar o mínimamente procesados representan una pequeña proporción de la lista de ingredientes de los productos ultraprocesados, o bien incluso no forman parte de dicha lista. En la elaboración de productos ultraprocesados se usan diversos procesos industriales sin equivalentes domésticos, como la extrusión y el moldeado, así como el preprocesado para freír”* (OPS, 2019).

### **3.2.** **Incentivos a la producción, distribución y consumo de los alimentos saludables**

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido: un aumento en la ingesta de productos ultraprocesados con alto contenido energético y bajo aporte nutricional, ricos en grasa, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales, fibra y otros micronutrientes. Dichos productos suelen ser los más baratos y disponibles, en especial en las comunidades más pobres. Los consumos nocivos se suman al descenso de la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización (OMS, 2015).

Según la clasificación de alimentos de la OPS y la evidencia científica acumulada se ha comprobado que el consumo de productos comestibles/bebibles ultraprocesados está relacionado con la aparición de enfermedades como la obesidad (Kevin D. Hall, 2019) y sus enfermedades relacionadas; incluso su consumo es aceptado como un indicador de la mala calidad de la dieta (Leonie Elizabeth, 2020). Por lo tanto, es claro que el consumo de productos ultraprocesados debe ser desincentivado para contribuir a mejorar los indicadores de salud pública.

La medida más costo efectiva para desincentivar los consumos nocivos son los impuestos acompañados de incentivos fiscales a sus sustitutos saludables. Para el caso particular de este proyecto de ley se trata de prevenir los ambientes obesogénicos y promover ambientes alimentarios saludables, privilegiando los grupos de alimentos que no se han vinculado con la aparición de enfermedades no transmisibles y que hacen parte de la cultura alimentaria de nuestro país.

Para entender mejor los ambientes obesogénicos es necesario conocer el concepto de ambientes alimentarios. Los ambientes alimentarios son: el colectivo físico, económico, político y entorno socio-cultural, oportunidades y condiciones que influyen en el estado nutricional de las personas y su elección de alimentos y bebidas (Swinburm B F. E., 1999) (Swinburm B S. G., 2013).

Por lo tanto, los ambientes obesogénicos, son los ambientes alimentarios dominados por productos ultraprocesados, los cuales son ampliamente disponibles, baratos y fuertemente promocionados. Por esta razón, hay un consenso generalizado en varios sectores de la sociedad sobre la necesidad de tomar acciones para mejorar los ambientes obesogénicos, posiblemente como la medida más costo efectiva para reducir la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles (Swinburm B S. G., 2013).

Es decir que, el sobrepeso y la obesidad son causados por muchos factores que contribuyen o dificultan su prevención y se encuentran en sectores ajenos al sector salud como el comercio, la planeación urbana, la seguridad y las políticas fiscales. Según Margaret Chan para combatir la obesidad “ninguna intervención aislada o unidireccional dará resultado” (OMS, 2015).

Las intervenciones individuales se ha visto que son necesarias para tratar el exceso de peso, pero no suficientes para reducirlo porque la gente tiene que luchar contra un ambiente que está promoviendo la ingesta de productos comestibles ultraprocesados. El argumento de que la obesidad es el resultado de estilos de vida escogidos por cada persona, no puede usarse para evadir la intervención sobre los ambientes obesogénicos, que como se ha visto, escapan al resorte de los individuos. Un ejemplo claro es el caso de la obesidad infantil, que no surge de estilos de vida escogidos por los niños y las niñas, sino de entornos creados por la sociedad y respaldados por políticas públicas (OMS, 2015).

Es reiterativo el hallazgo sobre la fuerte influencia que tiene el ambiente sobre la aparición y mantenimiento del exceso de peso. Es decir, una persona con exceso de peso encuentra en su entorno alimentos ricos en energía, grasas y azúcares como snacks, comida chatarra y bebidas azucaradas – BBAA a muy bajo costo, en lugar de sustitutos saludables como frutas y verduras, y agua potable. Es claro que los ambientes obesogénicos deben ser intervenidos, así lo demuestra la evidencia científica y las recomendaciones de la OMS (Swinburm B S. G., 2013).

Como es poco probable que los individuos puedan cumplir por sí solos las recomendaciones de la OMS, es necesario que los gobiernos estén empeñados en tomar decisiones saludables para su población, como la imposición de impuestos y restricciones en la publicidad (The Lancet, 2015).

### **3.3.** **Panorama de la obesidad a nivel mundial y regional**

Desde 1980 el sobrepeso y la obesidad se han más que duplicado en todo el mundo (OMS, 2015). En 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso. Según el Banco Mundial, en los países de bajos y medianos ingresos el incremento porcentual del sobrepeso y la obesidad en los niños ha sido un 30% superior al de los países desarrollados (OMS, 2015).

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Además, de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos negativos (OMS, 2015).

“La obesidad infantil puede reducir los beneficios que el progreso social y económico trae consigo. Debe admitirse que la obesidad infantil constituye un riesgo significativo y apremiante para la salud, de importancia para todos los países” (OMS, 2015).

En 2014, más de 1900 millones de adultos tenían exceso de peso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos (OMS, 2015). En Latinoamérica ha aumentado el índice de masa corporal – IMC, entre 1980 y 2008, dos veces el promedio de incremento global, con un incremento del sobrepeso y obesidad en la niñez de un 25% (The Lancet, 2014).

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles (OMS, 2015). Se ha estimado que el IMC de los latinoamericanos ha aumentado 1kg/m2 por década entre 1980 y 2008, dos veces el promedio del incremento global.

Paralelamente con el incremento del exceso de peso se ha visto un incremento en la diabetes y un aumento en la enfermedad cardiovascular. Para 2035 la cantidad de personas con diabetes en Centro y Suramérica pasará de 24,1 a 38,5 millones, un incremento del 60%. Inclusive algunas poblaciones indígenas han adoptado dietas y estilos de vida más sedentarios, haciéndolos cada vez más vulnerables a la obesidad y sus complicaciones (The Lancet, 2014).

Las cifras de mortalidad son alarmantes y desde el punto de vista de la alimentación deben ser analizadas a la luz de la evidencia científica, que hoy ha comprobado que la ingesta excesiva de azúcares adicionados está relacionada con el exceso de peso y tiene efectos adversos sobre la salud cardiometabólica, primera causa de mortalidad por enfermedades no transmisibles – ENT (Popkin B, 2015). De las tasas de mortalidad también podemos notar que 4 de las 6 primeras causas de muerte por ENT tienen relación directa e indirecta con la alimentación, los estilos de vida, el sobrepeso y la obesidad.

En Colombia el exceso de peso y sus patologías asociadas representan 5 de las 10 primeras causas de mortalidad reportadas en Colombia en 2019, enfermedad isquémica cardiaca, diabetes, accidente cerebrovascular, enfermedad hipertensiva cardiaca y cáncer (MinSalud, 2015) (DANE, 2019).

### **3.4.** **Situación nutricional en Colombia**

Colombia atraviesa por una situación de salud pública que amerita la acción decidida del Estado para frenar la pandemia de la obesidad y las enfermedades no transmisibles.

Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional - ENSIN de 2015 en Colombia, los índices de sobrepeso y obesidad han aumentado en los últimos años. Ese aumento se ha visto marcado en el grupo poblacional de 18 a 64 años en quienes el índice de exceso de peso se encuentra en el 56,4% y ha aumentado alrededor de 5 puntos porcentuales entre 2010 y 2015. Aunque, la tendencia de aumento de peso se acentúa en personas con mayores ingresos económicos, la situación es preocupante en toda la población (ICBF, 2017).

Las cifras son contundentes, el 56,4% de la población adulta y el 24,4% de la población infantil se encuentran en sobrepeso u obesidad (ICBF, 2017). En 2018 hubo según el DANE 228.156 muertes de las cuales 76.167 están relacionadas con la alimentación (DANE, 2019).

En Colombia los patrones de alimentación no saludables son el segundo factor de riesgo vinculado a mortalidad y el cuarto a carga de enfermedad en el país (Lancet, 2017). El 76,82% de las muertes ocurridas en Colombia en 2016, se debieron a enfermedades crónicas no transmisibles, el 70,05% de la carga de enfermedad (años de vida saludables perdidos) ocurrida en Colombia en 2016, se debieron a enfermedades crónicas no transmisibles (Estudio de carga global de enfermedad, 2018).

Las perspectivas no son alentadoras porque según el Ministerio de Salud, el 74% de niñas y niños escolares consumen 1 o más veces al día bebidas azucaradas (MinSalud, 2018). El 71,5% de los colombianos mayores de 4 años consumen bebidas azucaradas habitualmente (DANE, 2017), el 84,9% de los jóvenes entre 14 y 18 años consumen bebidas azucaradas habitualmente y de estos el 29,9% lo hace 1 o más veces al día (DANE, 2017) y 9 de cada 10 escolares (86,9%) no cumplen con el requerimiento de consumo de frutas y verduras recomendado por la OMS (MinSalud, 2018).

### **3.5.** **Acciones recomendadas por la Organización Mundial de la Salud - OMS**

La OMS ha realizado recomendaciones a sus miembros para que frenen la pandemia de la obesidad con medidas dirigidas a los individuos y medidas poblacionales. Colombia, como país miembro de la OMS, ha suscrito documentos como el Plan de Acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia de OPS en 2014, en dónde la OPS insta 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, como parte de la Línea de Acción 3 (OPS, 2014).

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 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.

Teniendo en cuenta que todas estas medidas son complementarias unas con otras, es necesario también concentrar esfuerzos en incentivar el consumo de los alimentos reales a través de su promoción. En primer lugar, se requiere diferenciar y priorizar los alimentos reales; tarea para la que la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ se ofrece como referente metodológico para acercar esos alimentos a la población colombiana. Y, en segundo lugar, se requiere incentivar el consumo de estos alimentos teniendo como referente las medidas recomendadas y aplicadas en el mundo con ese propósito.

## **4.** **PRIORIZACIÓN DE LOS ALIMENTOS COBIJADOS POR LA PRESENTE LEY**

Un primer paso para lograr una alimentación saludable, sostenible y asequible requiere de diferenciar, seleccionar y priorizar -en cantidades y calidades adecuadas- los alimentos reales que protegen la salud de las personas, la sostenibilidad del planeta y son más asequibles para las familias de menores ingresos facilitando su disponibilidad y acceso; sin descuidar sus necesidades nutricionales básicas y particularidades de los sujetos.

En esta indispensable tarea, la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ es un punto de referencia guía para lograr una alimentación saludable, sostenible y asequible para la población.

### **4.1. Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’**

La Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ es el conjunto de alimentos sin procesar, mínimamente procesados, procesados e ingredientes culinarios de acuerdo con la clasificación por grupos de alimentos propuestos según el Modelo de Perfil de Nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud; que, en cantidades y calidades adecuadas, son saludables, sostenibles y asequibles.

Los alimentos de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ se caracterizan por ser:

* + 1. Acordes a los patrones alimentarios de la población, porque se parte de los bienes alimentarios más consumidos actualmente; y se incluyen otros alimentos de uso significativo.
    2. Acordes a la oferta nacional porque se trata principalmente de alimentos que provienen de la producción local desde la agricultura campesina familiar y comunitaria.
    3. Suficientes nutricionalmente porque se construyen dietas que cubran los requerimientos nutricionales de los sujetos de referencia, con el soporte de instrumentos de referencia nutricional vigentes en el país como son las guías alimentarias basadas en alimentos.
    4. Saludables porque se excluyen los productos comestibles y bebibles ultraprocesados que son nocivos para la salud y sólo se priorizan alimentos sin procesar, mínimamente procesados, procesados e ingredientes culinarios que sí son benéficos para la salud; y porque se reduce el peso de alimentos con altos contenidos de nutrientes críticos como azúcares que resulten excesivos en comparación a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud - OMS.
    5. Sostenibles con el medio ambiente porque por ejemplo se aumenta el peso de grupos de alimentos más respetuosos del medio ambiente con menor emisión de gases de efecto invernadero.
    6. Asequibles porque, aunque se prefieren alimentos de calidad, se aumenta el peso de grupos de alimentos menos costosos; al mismo tiempo que se excluyen los productos comestibles y bebibles ultraprocesados que en su conjunto son incluso más costosos que los alimentos reales.

Entonces, la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ recoge una metodología alternativa de construcción de dietas saludables y sostenibles asequibles.

Se requiere diferenciar, seleccionar y priorizar los alimentos (sin procesar, mínimamente procesados, procesados e ingredientes culinarios) que son saludables y construir con ellos una alimentación saludable, sostenible y asequible para la población. Esta construcción va en línea con metodologías que están avanzando en el mundo para hacer frente a la inseguridad alimentaria, que ha aumentado en la población mundial, a pesar de que la producción de alimentos es suficiente para todos.

Precisamente a mediados de 2020, en conjunto la Organización Mundial de la Salud – OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura – FAO, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos – PMA, plantearon la necesidad de lograr una alimentación saludable, sostenible y asequible para hacerle frente al preocupante estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo actual.

### **4.2. Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ de Colombia en 2019, con enfoque de género y generacional**

Colombia cuenta con una Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ de referencia, construida y costeada por la organización EDUCAR CONSUMIDORES en 2019, que tiene representatividad para el territorio nacional.

Dicha canasta parte de la Canasta Básica Alimentaria – CBA, que recoge el conjunto de bienes alimentarios más consumidos en Colombia. Según la Encuesta Nacional de Presupuesto de los Hogares - ENPH publicada por el DANE en 2018, la CBA se compone de 124 bienes alimentarios. Sin embargo, la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ sólo cuenta con los alimentos que cumplen los criterios de inclusión expuestos en el punto anterior (EDUCAR CONSUMIDORES, 2019).

Así, la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ de Colombia se compone del conjunto de 78 alimentos sin procesar, mínimamente procesados, procesados e ingredientes culinarios, que se obtienen al excluir los 43 productos ultraprocesados de la CBA, incluir otros 9 alimentos de uso significativo y excluir otros 11 alimentos repetidos en su presentación comercial y aporte nutricional.

Esta Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ cubre las necesidades nutricionales de un niño/a de 6 a 9 años, mujer de 18 a 69 años y hombre de igual rango de edad; hasta constituir un hogar de referencia de 4 individuos[[9]](#footnote-9); cuyo listado se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Caso de Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ propuesta para la alimentación mensual de los sujetos de un hogar de referencia con enfoque de género y generacional, por porciones. Colombia. 2019.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Alimento** | **Peso (g) Porción** | **N° de porciones** | | | **N°** | **Alimento** | **Peso (g) Porción** | **N° de porciones** | | |
| **Niños (as)** | **Mujeres** | **Hombres** | **Niños (as)** | **Mujeres** | **Hombres** |
| 1 | Almidón de maíz | 25 | 4 | 3 | 3 | 40 | Papaya | 128 | 3 | 5 | 10 |
| 2 | Arepa de maíz blanco trillado | 56 | 25\* | 30\* | 30\* | 41 | Piña | 115 | 3 | 5 | 10 |
| 3 | Arracacha | 96 | 4 | 4 | 4 | 42 | Repollo morado | 120 | 2 | 4 | 4 |
| 4 | Arroz blanco | 80 | 40 | 45 | 45 | 43 | Tomate de árbol | 172 | 1 | 1 | 1 |
| 5 | Arroz integral | 81 | 5 | 5 | 5 | 44 | Tomate rojo | 126 | 4 | 10 | 10 |
| 6 | Avena en hojuelas | 24 | 4 | 3 | 3 | 45 | Uva blanca | 135 | 1 | 1 | 1 |
| 7 | Cebada perlada | 72 | 3 | 3 | 3 | 46 | Zanahoria | 58 | 6 | 14 | 14 |
| 8 | Cubios o ullucos | 155 | 4 | 4 | 4 | 47 | Kumis | 150 | 14 | 15 | 15 |
| 9 | Harina de maíz blanco trillado | 25 | 20 | 30 | 30 | 48 | Leche de vaca líquida entera pasteurizada | 200 | 30 | 45 | 90 |
| 10 | Harina de plátano | 24 | 2 | 2 | 2 | 49 | Queso campesino | 20 | 12 | 22 | 25 |
| 11 | Harina de trigo refinada fortificada | 25 | 20 | 20 | 20 | 50 | Queso mozzarella de leche entera | 28 | 4 | 8 | 20 |
| 12 | Mazorca | 60 | 2 | 2 | 2 | 51 | Bocachico | 65 | 2 | 2 | 2 |
| 13 | Ñame | 78 | 7 | 7 | 7 | 52 | Carne de cerdo | 60 | 2 | 4 | 4 |
| 14 | Pan blanco | 22 | 14 | 10 | 20 | 53 | Carne de res | 60 | 4 | 8 | 8 |
| 15 | Papa común | 83 | 25 | 30 | 40 | 54 | Carne de res con hueso | 60 | 1 | 4 | 4 |
| 16 | Papa criolla | 108 | 10 | 10 | 15 | 55 | Fríjol seco | 25 | 6 | 10 | 14 |
| 17 | Pasta corta | 64 | 1 | 2 | 2 | 56 | Garbanzo | 25 | 6 | 12 | 16 |
| 18 | Pasta larga | 64 | 10 | 10 | 13 | 57 | Habas | 20 | 1 | 2 | 4 |
| 19 | Plátano hartón maduro | 66 | 25 | 30 | 40 | 58 | Huevo de gallina | 50 | 60\* | 60\* | 60\* |
| 20 | Yuca blanca | 62 | 10 | 10 | 12 | 59 | Lenteja | 25 | 8 | 14 | 18 |
| 21 | Ahuyama o Zapallo | 68 | 4 | 8 | 8 | 60 | Maní sin sal | 10 | 6 | 6 | 8 |
| 22 | Arveja verde | 42 | 2 | 4 | 4 | 61 | Muslo de pollo | 60 | 8 | 16 | 18 |
| 23 | Banano común | 65 | 6 | 11 | 16 | 62 | Pechuga de pollo | 60 | 8 | 16 | 16 |
| 24 | Cebolla cabezona | 54 | 2 | 4 | 4 | 63 | Trucha arco iris | 60 | 2 | 4 | 6 |
| 25 | Coco | 14 | 1,5 | 2 | 2 | 64 | Vísceras - hígado | 60 | 4 | 6 | 6 |
| 26 | Curuba | 198 | 1 | 1 | 1 | 65 | Aceite de soya | 5 | 54 | 83 | 111 |
| 27 | Fresas | 161 | 2 | 2 | 2 | 66 | Aguacate | 30 | 8 | 8 | 8 |
| 28 | Fríjol fresco | 15 | 4 | 4 | 4 | 67 | Crema de leche líquida entera | 20 | 8 | 8 | 8 |
| 29 | Guayaba común | 100 | 2 | 2 | 2 | 68 | Mantequilla | 6 | 15 | 15 | 15 |
| 30 | Habichuelas | 80 | 4 | 8 | 8 | 69 | Queso crema | 13 | 4 | 2 | 4 |
| 31 | Lechuga | 300 | 1 | 2 | 2 | 70 | Suero | 50 | 4 | 4 | 4 |
| 32 | Limones | 105 |  | 1 | 1 | 71 | Azúcar | 23 | 3 | 6 | 10 |
| 33 | Lulo | 150 | 2 | 2 | 2 | 72 | Bocadillo de guayaba | 30 | 4 | 6 | 15 |
| 34 | Mandarina | 105 | 4 | 7 | 12 | 73 | Chocolate en pasta | 20 | 5 | 10 | 10 |
| 35 | Mango | 112 | 4 | 9 | 14 | 74 | Panela | 29 | 4 | 8 | 10 |
| 36 | Manzana | 112 | 4 | 4 | 4 | 75 | Ajo |  |  |  |  |
| 37 | Maracuyá | 97 | 3 | 3 | 3 | 76 | Café |  |  |  |  |
| 38 | Moras de castilla | 216 | 1 | 1 | 1 | 77 | Cebolla larga |  |  |  |  |
| 39 | Naranja | 147 | 3 | 5 | 10 | 78 | Sal |  |  |  |  |

Fuente: Elaboración propia a partir de información de EDUCAR CONSUMIDORES (2019).

El costo de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ de Colombia se calculó actualizando el precio por producto en pesos colombianos al mes de marzo de 2020 (a partir de 3 metodologías de sondeo de precios en plazas de mercado, almacén de proximidad residencial y varias plataformas incluyendo grandes superficies) y se indagó por el gravamen de Impuesto al Valor Agregado – IVA vigente por producto para el mismo periodo. El resultado es que un hogar de referencia de 4 integrantes en Colombia a marzo de 2020 requiere de 0,9 SMLMV al mes para cubrir una alimentación con los requerimientos calóricos mínimos consumiendo los alimentos reales saludables, sostenibles y asequibles de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ y comprándolos en plazas de mercado (EDUCAR CONSUMIDORES, 2019).

Hay que resaltar que comprar la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ en plazas de mercado es más asequible. En cambio, para un hogar de referencia, su costo sube en un 24% en almacenes de proximidad residencial (como el sondeado) y en un 41% en otras plataformas que incluyen grandes superficies comerciales. Lo que hace que facilitar circuitos cortos de comercialización saludables y justos, con mínima o nula intermediación entre pequeños productores y consumidores, amplíe el poder adquisitivo de los hogares para alimentarse saludablemente y mejorar su calidad de vida (EDUCAR CONSUMIDORES, 2019).

Entonces la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ ofrece beneficios no sólo en términos de salud, sino también económicos. En la práctica es menos costosa, más asequible para los hogares colombianos en comparación a la Canasta Básica Alimentaria – CBA oficial: Para un hogar de referencia, la Canasta Básica Alimentaria – CBA oficial es un 67% más costosa que la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ en plazas de mercado y hasta un 76% más cara en otras plataformas comerciales (EDUCAR CONSUMIDORES, 2019).

Sin embargo, a pesar de las trascendentes bondades que ofrece garantizar una alimentación saludable para la sociedad colombiana, los incentivos tributarios que el Estado ha otorgado para la producción y el consumo de alimentos saludables estratégicos, siguen siendo insuficientes. El 42% de los alimentos de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ están gravados con IVA del 5% o 19% o están exentos. Mientras que aún productos ultraprocesados continúan excluidos de IVA, exentos de éste o con un gravamen preferencial de sólo 5% (EDUCAR CONSUMIDORES, 2019).

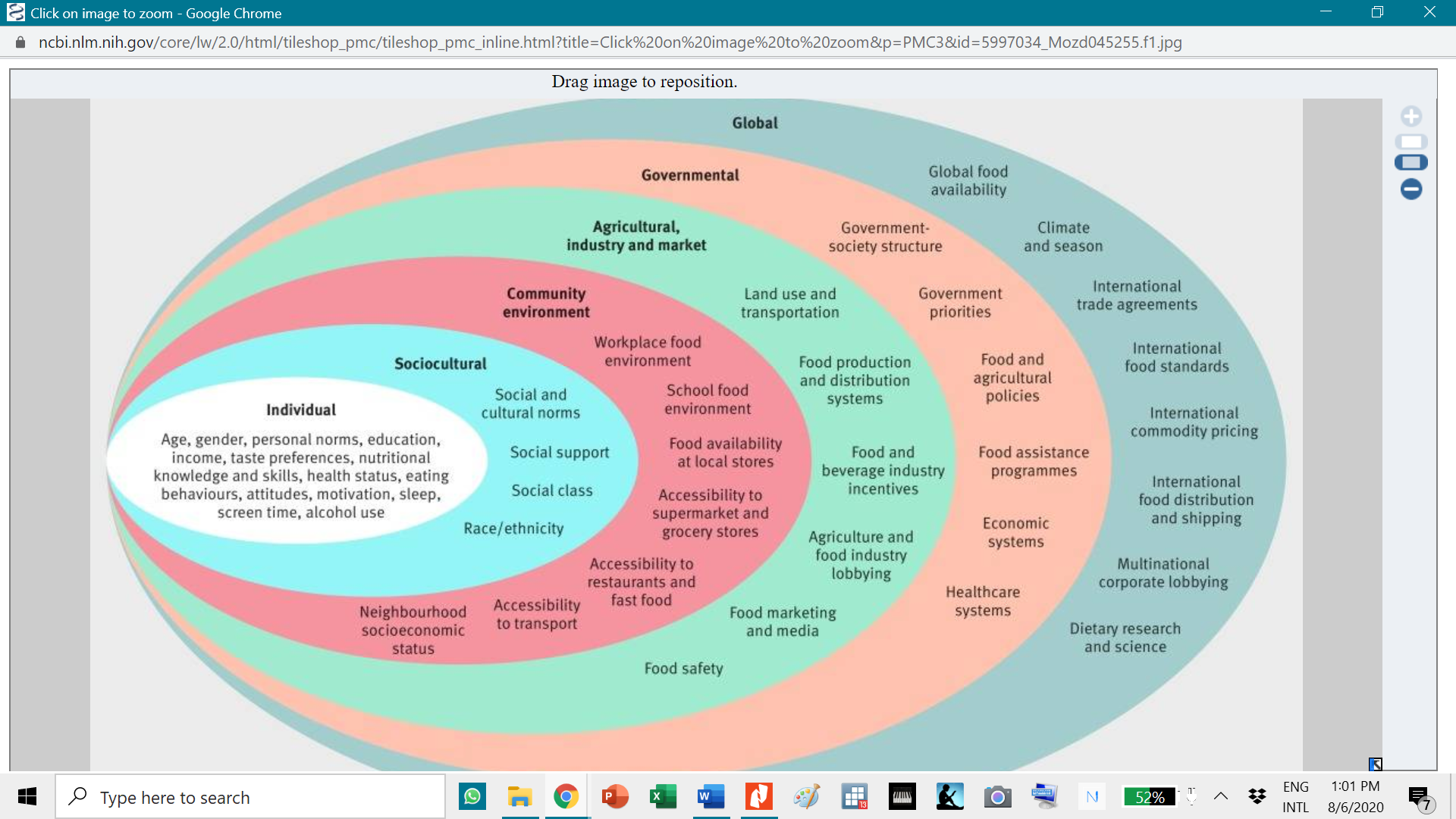
## **5.** **PROMOCIÓN DE LOS ALIMENTOS COBIJADOS POR LA LEY: MEDIDAS MULTIFACTORIALES DE POLÍTICA ALIMENTARIA, APLICABLES EN COLOMBIA**

Un segundo paso para lograr una alimentación saludable, sostenible y asequible requiere de promover los alimentos reales saludables de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’, en cantidades y calidades adecuadas, a través de medidas de política alimentaria multifactoriales, aplicables en Colombia a partir de la experiencia en el mundo.

### **5.1. Una aproximación multifactorial de la política alimentaria**

A partir de evidencia creciente, se ha demostrado que son múltiples los factores complejos que van más allá de las decisiones personales e influyen las opciones y patrones alimentarios (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018). Como se recoge en la ilustración 1, “incluso a nivel individual, los hábitos alimentarios están determinados por las preferencias personales y también por la edad, el género, la cultura, la educación, los ingresos, el estado de salud y los conocimientos y habilidades nutricionales y culinarias. Las influencias psicológicas incluyen actitudes hacia la alimentación y la salud, incentivos, motivación y valores. Las preferencias alimentarias también pueden verse influenciadas por exposiciones en la vida temprana, incluida la dieta de la madre durante el embarazo, las prácticas de alimentación del lactante y los alimentos consumidos en la primera infancia. Los determinantes socioculturales más amplios de las elecciones personales incluyen patrones de estilo de vida en el hogar como ver televisión y dormir, normas familiares y comunitarias, presiones sociales, clase social, redes sociales y raza/etnia. El entorno local también juega un papel importante” (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018).

Ilustración 1. Factores que influyen las elecciones y patrones alimentarios de las personas más allá de las decisiones personales.



Fuente: Tomado de (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018).

Como lo sugieren los expertos, el gobierno puede considerar dentro de sus herramientas de acción esas influencias que también alteran las opciones y patrones alimentarios y abarcan otras capas más allá de las condiciones personales. Esas influencias, descoordinadas, pueden introducir inequidades en salud, y mantener o profundizar las ya existentes. Sin embargo, con una política comprehensiva y basada en la evidencia, “cada uno de estos factores también brinda una oportunidad a los gobiernos para apoyar mejoras en la dieta, la salud, el bienestar y la equidad, [de manera que] pueden considerarse como potenciales objetivos, barreras, facilitadores y modificadores de los efectos de las políticas alimentarias” (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018).

Así pues, “por su naturaleza, las preocupaciones de salud pública como la nutrición son multifactoriales” (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018).

Al centrarse en aquellas políticas que se dirigen directamente a la nutrición más que en sus mecanismos indirectos (como el comercio, la agricultura, el desperdicio de alimentos, la educación en general y el empoderamiento económico), los expertos ofrecen una clasificación de las diferentes intervenciones de política alimentaria según niveles, objetivos, dominios y mecanismos que deben considerarse y definirse en el diseño de toda política; como se recoge en la tabla 2, con adaptaciones para el caso de Colombia.

Tabla 2. Clasificación de intervenciones de política alimentaria.

|  |  |
| --- | --- |
| **Criterios de clasificación** | **Ejemplos** |
| Niveles | Local, regional, nacional, internacional |
| Objetivos | Consumidores individuales e institucionales privados o públicos  Productores agropecuarios e industriales (incluyendo distribuidores), desde pequeños hasta grandes |
| Dominios | Educación de la población  Información en punto de venta  Políticas fiscales  Estándares de calidad de los alimentos  Cambio de los ambientes construidos  Investigación  Innovación |
| Mecanismos | Influencia sobre las preferencias/elecciones de los consumidores  Formulaciones de alimentos  Disponibilidad y accesibilidad de alimentos |

Fuente: Adaptado de (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018).

A partir de estos criterios de clasificación y la revisión por parte de expertos de estrategias que los gobiernos en el mundo han usado y pueden usar para mejorar la nutrición y la salud de su población, se concluye que se requiere de políticas alimentarias multifactoriales que mejoren la nutrición y la salud y aborden diferentes niveles, objetivos, dominios y mecanismos:

“Ninguna intervención por sí sola puede abordar las complejidades del sistema alimentario actual, y diferentes enfoques pueden ser complementarios y sinérgicos. Por ejemplo, la política comercial tradicionalmente hace hincapié en la inversión extranjera directa, la liberalización del comercio y la privatización para fomentar la inversión del sector privado, pero la influencia de tales acciones en el entorno alimentario también puede tener efectos positivos y negativos en la salud. Estas interconexiones respaldan la importancia de una estrategia gubernamental integrada que utilice y adapte las estructuras y sistemas existentes. Idealmente, las acciones deben coordinarse entre ministerios, agencias y a nivel local, nacional e internacional. Las medidas agrícolas, comerciales, de investigación y de la industria ascendentes se pueden integrar con la escuela intermedia, el lugar de trabajo, la atención médica y otros enfoques ambientales, así como con los esfuerzos de los consumidores posteriores. Tales políticas de ‘nutrición y salud en todos’ podrían mejorar enormemente los sistemas alimentarios y la salud, la productividad nacional, la equidad y los ahorros para la salud. Un liderazgo gubernamental sólido es esencial para ayudar a ofrecer un enfoque integral, sostenido, de objetivos múltiples y de niveles múltiples”. (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018)

### **5.2. Medidas multifactoriales de política alimentaria aplicadas en el mundo para incentivar los alimentos reales**

A partir de la revisión por parte de expertos de estrategias que los gobiernos han usado alrededor del mundo y pueden usar para mejorar la nutrición y la salud de su población, es posible diferenciar las que se orientarían a incentivar directamente la producción, distribución y consumo de alimentos reales de aquellas que se orientarían por el contrario a desincentivar el uso de productos comestibles y bebibles ultraprocesados; como se recoge en la tabla 3.

Tabla 3. Tipos de estrategias y ejemplos de medidas de política alimentaria para mejorar la calidad de la dieta en el mundo, según orientación a incentivar alimentos reales o desincentivar productos ultraprocesados.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Estrategia de política** | **Ejemplos de medidas aplicadas** | **Orientación** | |
| **Incentivo a alimentos reales** | **Desincentivo a ultraprocesados** |
| Educación de la población | Pautas dietéticas nacionales. | ✓ |  |
| Programa de medios de comunicación "5 al día para una mejor salud". | ✓ |  |
| Componentes de educación demográfica del proyecto Karelia del Norte. | ✓ |  |
| Uso de influencers culturales. | ✓ |  |
| Cursos escolares enfocados en nutrición y habilidades culinarias. | ✓ |  |
| Etiquetado en punto de venta | Paneles de información nutricional del paquete de alimentos, declaraciones de propiedades saludables. | ✓ |  |
| Etiquetado de calorías del menú en restaurante. |  | ✓ |
| Semáforo en la parte delantera del paquete. |  | ✓ |
| Etiquetas de advertencia de "recuadro negro" en Chile. |  | ✓ |
| Incentivos y desincentivos fiscales | Impuestos a la comida chatarra y la soda nacional. |  | ✓ |
| Subvenciones para frutas y verduras en los programas nacionales de asistencia alimentaria. | ✓ |  |
| Incentivos agrícolas para la producción de bayas. | ✓ |  |
| Programas de asistencia alimentaria | Transferencias monetarias o vales de alimentos según ingreso u otras condicionales | ✓ |  |
| Comidas escolares | ✓ |  |
| Programas de suplementación | ✓ |  |
| Fijación de estándares nutricionales | Estándares de nutrición para la compra de alimentos para oficinas gubernamentales, escuelas públicas, el ejército, programas de asistencia alimentaria y otras organizaciones financiadas por el gobierno. | ✓ |  |
| Estándares industriales de calidad | Límites y estándares obligatorios o recomendados por el gobierno sobre el uso de aditivos, como grasas trans, sal y azúcar (por ejemplo, límites sobre el uso de grasas trans industriales, programa de reducción de sal del Reino Unido, incluida la conciencia pública). |  | ✓ |
| Escuelas, después de la escuela y cuidado de la primera infancia | Normas nutricionales de comidas. | ✓ |  |
| Estándares de nutrición para alimentos competitivos (productos disponibles fuera de los tiempos de comida regulares). | ✓ |  |
| Provisión/suministro gratis / precio reducido de frutas y verduras. | ✓ |  |
| Huertos escolares, programas de granja a la escuela. | ✓ |  |
| Educación nutricional. | ✓ |  |
| Bienestar en el lugar de trabajo | Normas de adquisición para cafeterías y expendedoras. | ✓ |  |
| Programas integrales de bienestar. | ✓ |  |
| Nuevas plataformas tecnológicas e incentivos para una alimentación más saludable. | ✓ |  |
| Cambios de entorno construidos para fomentar cambios de comportamiento. | ✓ |  |
| Sistemas de salud | Intervenciones integradas de estilo de vida por equipos multidisciplinarios (p. Ej., Programa de prevención de diabetes). | ✓ |  |
| Comidas médicamente personalizadas para pacientes con enfermedades complejas. | ✓ |  |
| Recetas/prescripción de frutas y verduras. | ✓ |  |
| Asesoría nutricional durante el embarazo y la primera infancia. | ✓ |  |
| Métricas de calidad y sistemas de reembolso que recompensan el compromiso de la comunidad para abordar las causas iniciales de la mala salud. | ✓ |  |
| Integración de la asistencia sanitaria con la salud pública. | ✓ |  |
| Bienestar en el lugar de trabajo y liderazgo comunitario. | ✓ |  |
| Estándares de comercialización / marketing de alimentos | Limitar la comercialización/marketing a los niños de productos y bebidas que no cumplen con los estándares de nutrición. |  | ✓ |
| Ambientes locales construidos | Restricciones de zonificación en establecimientos de comida rápida alrededor de las escuelas. |  | ✓ |
| Construcción de supermercados en desiertos alimentarios. | ✓ |  |
| Expansión de los mercados de agricultores y vendedores móviles | ✓ |  |
| Investigación e innovación | Investigación en ciencia básica, médica y aplicada de nutrición (incluyendo política). | ✓ |  |
| Incentivos de investigación y desarrollo para productores agrícolas y fabricantes de alimentos. | ✓ |  |
| Coordinación de acciones entre ministerios, agencias y a nivel local, nacional e internacional. | Coordinación de los estándares de comidas escolares, después de la escuela y de cuidado de la primera infancia con guías dietéticas nacionales. | ✓ |  |
| Integración de programas de asistencia alimentaria con atención médica para los pobres. | ✓ |  |
| Programas de almuerzo y desayuno en escuelas públicas para mejorar la preparación militar y la seguridad nacional. | ✓ |  |
| Política agrícola y comercial vinculada a la nutrición y la salud. | ✓ |  |
| Establecimiento de pautas de nutrición, acciones de política y objetivos de país por parte de instituciones económicas y políticas mundiales como el Banco Mundial, las Naciones Unidas y la Organización Mundial del Comercio. | ✓ |  |

Fuente: Adaptado de (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018).

### 

### **5.3. Medidas multifactoriales de política alimentaria aplicables en Colombia para incentivar los alimentos reales**

Para el caso de Colombia, teniendo en cuenta que ya están en trámite de discusión diversas iniciativas legislativas que se orientan a desincentivar el consumo de productos comestibles y bebibles ultraprocesados, y que el objeto de la presente ley es incentivar directamente el consumo de los alimentos reales saludables, sostenibles y asequibles de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’; en la tabla 4 se recogen los tipos de estrategias y medidas multifactoriales que se propone implementar desde las diferentes instancias de la política alimentaria de Colombia, acogiendo la evaluación disponible de la experiencia mundial existente y la experiencia de construcción de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ para Colombia.

Tabla 4. Tipos de estrategias y medidas de política alimentaria propuestas en la ley aplicables en Colombia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estrategia de política** | | **Medida aplicable** |
| I | Estándares de goce efectivo de derechos humanos como fundamento de la política alimentaria de Colombia | Estándares de goce efectivo de derechos humanos como fundamento de la política alimentaria |
| II | Seguimiento técnico a los alimentos de la CABASA | Actualización de precios y cantidades de los bienes alimentarios de la Canasta Básica Familiar – CBF en función de sus respectivos canales de comercialización |
| Actualización del reporte de indicadores de pobreza y calidad de vida |
| Actualización del reporte de indicadores de salud y nutrición |
| Priorización de investigación en nutrición orientada a la alimentación saludable, sostenible y asequible |
| III | Educación sobre los alimentos saludables | Inclusión de conocimientos en nutrición en los proyectos educativos institucionales |
| Destinación de espacios televisivos y radiales a cargo del Estado para la promoción de los alimentos saludables |
| IV | Compras públicas prioritarias de los alimentos saludables | Establecimiento de los alimentos de la CABASA en las condiciones e instrumentos de la Ley de compras públicas locales de alimentos |
| Fijación de estándares mínimos de reporte de información de compras y contrataciones públicas de alimentos |
| V | Fomento de la comercialización de los alimentos de la CABASA | Rotulado en los puntos de exhibición de los alimentos de la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA' |
| Sello de 'promotor de alimentos saludables' |
| Sello de 'promotor de la agricultura campesina familiar y comunitaria' |
| Lineamientos para la priorización y estímulo de mercados campesinos de los alimentos de la Canasta Básica de Salud Alimentaria 'CABASA' |
| VI | Incentivos fiscales a los alimentos de la CABASA | Exclusión de IVA a los alimentos de la CABASA |

Fuente: Elaboración propia a partir de información de (EDUCAR CONSUMIDORES, 2019) y (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018).

Éstas son estrategias y medidas que se proponen para consolidar una política alimentaria multifactorial en Colombia que, centrada en la promoción de los alimentos reales saludables, sostenibles y asequibles de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’, se oriente a mejorar la nutrición y la salud desde el abordaje de diferentes niveles, objetivos, dominios y mecanismos. Entendiendo que “el enfoque de ‘nutrición y salud en todos’ podría mejorar enormemente los sistemas alimentarios y los resultados sanitarios, con grandes beneficios en la productividad, la equidad y los costos de salud. [Al tiempo que se] utilizan y adaptan las estructuras y sistemas gubernamentales existentes” (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018).

A continuación, se abordan las estrategias y medidas multifactoriales que se propone implementar desde las diferentes instancias de la política alimentaria de Colombia, de manera que se promueva la producción, distribución y consumo de los alimentos reales saludables, sostenibles y asequibles de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’.

#### **5.3.1. De los estándares de goce efectivo de derechos humanos como fundamento de la política alimentaria de Colombia**

Construir una política alimentaria en Colombia que se oriente a mejorar la nutrición y la salud desde el abordaje multifactorial requiere desde su base que haya coordinación de las diferentes instancias gubernamentales que la atraviesan, con fundamento en estándares de goce efectivo de los derechos humanos, en especial los derechos a la alimentación y nutrición adecuada, la salud, el ambiente sano y el acceso a la información.

Ante las crecientes condiciones de desigualdad y empobrecimiento endémicos en el mundo y el país, cada vez más personas han visto vulnerados sus derechos hasta el punto de no tener ni siquiera asegurada su propia existencia. Satisfacer una necesidad tan vital como es la alimentación y nutrición adecuada constituye el primer elemento de la cadena, máxime cuando los patrones y sistemas alimentarios actuales son dictados por multinacionales del ramo, que a través de avasallantes estrategias de publicidad, promoción y patrocinio privilegian productos ultraprocesados nocivos y desplazan los alimentos reales, jugando en contra de la salud humana y ambiental. De ahí que no pueda separarse el goce efectivo del derecho a la alimentación y nutrición adecuada, de los derechos a la información, la salud y el ambiente sano.

Y a su vez se requiere que las personas cuenten con la garantía de medios de subsistencia que les permita acceder a una alimentación saludable y sostenible. Así que ligar el mínimo vital a la garantía de la soberanía alimentaria, el fomento de la agricultura campesina familiar y comunitaria, entre otras medidas, constituye no solo un reconocimiento al derecho a la vida digna, sino que también es un elemento mitigador frente a los enormes desafíos que en la materia plantea el cambio climático.

Sólo si las diferentes instancias que atraviesan la política alimentaria se coordinan bajo un enfoque de derechos humanos fundamentales, se posibilita que se adopten acciones técnicas e investigativas, educativas, comerciales, fiscales que fomenten la alimentación saludable, sostenible y asequible para la población; con fundamento técnico en instrumentos disponibles basados en evidencia y sin conflictos de interés como son: las Guías Alimentarias Nacionales vigentes, el Modelo de Perfil de Nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud – OPS y recomendaciones para dietas saludables y sostenibles asequibles de Organización Mundial de la Salud – OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura – FAO, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos – PMA. En atención a la apremiante necesidad de lograr dietas saludables, sostenibles y asequibles para hacerle frente al preocupante estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo actual.

En esta tarea de coordinación, “se necesita una posición de liderazgo ministerial o de gabinete con autoridad de supervisión y presupuestal para que haya una política de alimentación y nutrición entre agencias” (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018), que hoy se encuentra en cabeza de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional – CISAN pero que requiere de involucrar a las demás instancias desde estándares de goce efectivo de derechos fundamentales.

#### **5.3.2. Del seguimiento técnico a los alimentos de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’**

A partir del ejercicio de construcción de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ para Colombia, se hizo clara la falta de información en cantidad y calidad que diera cuenta de las particularidades territoriales de la población, el comportamiento del mercado de estos alimentos desde su trazabilidad e indicadores comparables de calidad de vida y salud. Y fue claro que mucho menos existe un sistema de información articulador de la información necesaria para hacer seguimiento y proposición técnica frente a la política alimentaria de Colombia. Motivo que justifica priorizar esta línea estratégica del accionar del Estado en esta materia.

La inestabilidad de los precios de los alimentos en el ámbito tanto internacional como nacional vulneran no sólo el acceso real de la población a los alimentos sino también la garantía de ingresos dignos para los agricultores. De ahí que monitorear e identificar anomalías en los precios de los alimentos sea necesario para “asegurar el buen funcionamiento de los mercados de productos básicos alimentarios y sus derivados y facilitar el acceso oportuno a la información sobre los mercados, incluso sobre las reservas de alimentos, a fin de ayudar a limitar la extrema volatilidad de los precios de los alimentos” (FAO, 2020), como se recoge en la Meta 2.c del ODS 2 de hambre cero. Precisamente, en 2019, Colombia ya calificaba con un indicador de anomalías de los precios anormalmente alto para el maíz y moderadamente alto para el arroz, que en ambos casos empeoró en comparación a 2018 (FAO, 2020).

Particularmente bajo la emergencia generada por la pandemia del COVID19 y la subsiguiente medida de aislamiento preventivo, fue clara la presión que ésta ejercía sobre la demanda de los hogares para adquirir productos de primera necesidad que influiría en el alza de los precios de los mismos, existiendo riesgos eventuales de conductas de acaparamiento y especulación; lo que motivó el seguimiento estadístico a productos de primera necesidad en medio de la emergencia sanitaria a cargo de la autoridad estadística nacional, como una medida extraordinaria con el fin de evitar precios significativamente altos y proteger a los consumidores más vulnerables (Presidencia de la República, 2020). Sin embargo, se trata de una medida necesaria de mantener en el largo plazo, pues la situación de inseguridad alimentaria de cada vez más población y de precariedad de ingresos en el campo, se acrecienta bajo progresivas crisis sanitarias, económicas, ambientales.

Es necesario retomar y mantener el seguimiento de precios de los bienes alimentarios de la canasta básica familiar que el DANE realizó hasta inicios de 2018 en diferentes plataformas comerciales y con nuevos parámetros como motivó la reciente emergencia sanitaria, de manera que por un lado se recojan los costos administrativos y logísticos en transporte y almacenamiento en que deben incurrir los hogares para acceder a alimentos en plataformas más próximas a los consumidores que son distintos a los de los mayoristas, y que por otro lado permitan constatar el costo real de acceder a la canasta básica alimentaria a partir de precios promedio más cercanos a la realidad que tomen en cuenta esos sobrecostos para los hogares en plataformas más próximas a sus lugares de residencia.

En esa misma línea, el reporte oficial de indicadores de pobreza y calidad de vida que entrega la autoridad estadística permanece desactualizada desde hace más de 1 año. Cuando es a partir de la información de umbrales de pobreza que se realiza una primera aproximación del costo del conjunto de bienes y servicios que se consideran esenciales para la subsistencia y bienestar de los integrantes de una familia: mientras “la línea de pobreza es el costo per cápita mínimo de una canasta básica de bienes y servicios (alimentarios y no alimentarios) en un área geográfica determinada, […] la línea de pobreza extrema es el costo per cápita mensual mínimo necesario para adquirir únicamente una canasta de bienes alimentarios” (DANE, 2019b).

Y ambos tipos de información que se requiere actualizada (de precios de los bienes alimentarios en diferentes canales de comercialización y de umbrales de pobreza aproximados del costo de la CBA o total), se hacen aún más necesarios si se tiene en cuenta que la CBA o canasta de bienes alimentarios es un instrumento económico que se utiliza como referencia también en la fijación del salario mínimo y la estimación de necesidades nacionales de alimentos básicos (INCAP, 2006); y es necesario contrastar una información con otra de manera que se tengan presentes esos otros costos administrativos y logísticos que actualmente no se contabilizan:

Inicialmente a partir de la información de umbrales de pobreza extrema y pobreza del DANE a 2018 se infiere que, en Colombia, para acceder a una CBA, una persona requeriría de $117.605 pesos y un hogar de 4 personas requeriría $470.420 pesos al mes; y para acceder a una CBT que incluyera esos bienes alimentarios y otros no alimentarios, una persona requeriría de $257.433 pesos y el mismo hogar requeriría de $1.029.732 pesos al mes (DANE, 2019b). Así las cosas, a 2020 ese hogar requeriría alrededor de medio salario mínimo legal mensual vigente – SMLMV al mes para cubrir su alimentación y un poco más de 1 SMLMV al mes para cubrir otras necesidades básicas.

Sin embargo, esta información oficial disponible ofrece una aproximación insuficiente del nivel de ingresos y de acceso mínimos que en realidad se requieren para garantizar la subsistencia de la población colombiana.

Pues resultado del sondeo de precios realizado por EDUCAR CONSUMIDORES desde 2019, un hogar de referencia de 4 integrantes en Colombia a 2020 requiere de 1,6 SMLMV al mes para cubrir una alimentación con los requerimientos calóricos mínimos consumiendo los bienes alimentarios incluidos los ultraprocesados que componen la CBA y comprándolos en plazas de mercado. En cambio, ese mismo hogar requiere de 0,9 SMLMV al mes para cubrir una alimentación con los requerimientos calóricos mínimos consumiendo los alimentos reales, saludables, sanos, nutritivos y propios de la cultura alimentaria colombiana que componen la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ y comprándolos en plazas de mercado[[10]](#footnote-10). (EDUCAR CONSUMIDORES, 2019)

De la misma forma que se debe contar con la información actualizada de indicadores de salud y nutrición que actualmente las entidades encargadas entregan sin un compromiso explícito de actualización y reporte periódicos.

Y se requiere de investigación en nutrición orientada a la alimentación saludable, sostenible y asequible de ciencia básica, médica y aplicada (incluyendo de políticas) para el desarrollo, implementación y evaluación de la política alimentaria nacional. Según expertos, “el gobierno debería aumentar sustancialmente y mantener la financiación para la investigación sobre alimentación, nutrición, salud y [además] se necesita la implementación y evaluación de políticas” (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018).

#### **5.3.3. De la educación sobre los alimentos de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’**

Se ha evidenciado que las estrategias de educación a la población “pueden ser útiles si se acompañan de otras medidas y si cuenta con el respaldo de organismos gubernamentales o semioficiales con influencia. Influenciadores culturales (por ejemplo, celebridades, atletas, chefs) pueden ayudar a cambiar las normas sociales. Las directrices deben ser coherentes con otros mensajes oficiales sobre alimentación y salud” (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018).

Los entornos escolares son de vital importancia para promover una alimentación saludable, sostenible y asequible en la población porque como lo ha señalado la OMS, éste 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. 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 efecto, por las comidas recibidas en los programas de apoyo alimentario y los programas de cuidado de la primera infancia, éstos son lugares naturales para promover una alimentación más saludable en los niños (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018).

#### **5.3.4. De las compras públicas prioritarias de los alimentos de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’**

Precisamente las compras públicas se vienen posicionado como una parte integral de las políticas de seguridad/soberanía alimentaria y nutricional en los países de América Latina, por su potencial para garantizar el derecho a la alimentación, mejorando la vida de los más desprotegidos y promoviendo el desarrollo local. Sobre todo, los programas de compras públicas de alimentos de la agricultura familiar son una herramienta novedosa que genera beneficios para todos pues permiten crear un círculo virtuoso entre la agricultura familiar, los mercados locales y los programas de asistencia del gobierno (EDUCAR CONSUMIDORES, 2019a): “bien diseñados, estos programas permiten mejorar la participación social, fortalecer la agricultura familiar y diversificar la producción de alimentos, potenciando los ingresos y calidad de vida de los pequeños agricultores y mejorando la diversidad y calidad de alimentos frescos que son distribuidos a programas públicos como la alimentación escolar, los hospitales y otras instituciones del Estado’’ (FAO, 2015).

Urge replantear las compras estatales que impulsan la producción y el consumo de productos ultraprocesados y, en cambio, sí establecer y expandir aquellas que impulsen no sólo el consumo saludable sino también su producción, a través de mecanismos de fácil y preferencial acceso a campesinos y pequeños transformadores de alimentos a los procesos de contrataciones públicas (incluidas licitaciones) de abastecimiento de alimentos (EDUCAR CONSUMIDORES, 2019a).

Recientemente fue sancionada la Ley 2046 del 6 de agosto del 2020, con el propósito de que todos los programas públicos de suministro y distribución de alimentos promuevan la participación de pequeños productores locales y productores locales agropecuarios cuyos sistemas productivos pertenezcan a la agricultura campesina familiar y comunitaria o de sus organizaciones legalmente constituidas (Congreso de la República, 2020).

Para asegurar que también desde esta instancia se fomente la alimentación saludable, sostenible y asequible proveniente de la agricultura campesina familiar y comunitaria, es necesario que los alimentos saludables de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’ cobijados en el presente proyecto de ley sean la base de referencia de las condiciones e instrumentos de abastecimiento alimentario definidas en esa reciente ley de compras públicas locales de alimentos[[11]](#footnote-11): particularmente en las líneas de pedagogía y seguimiento territorial, diseño y adecuación de minutas alimentarias y menús, y con mayor preocupación en las especificaciones técnicas que deben cumplir los alimentos procesados y no procesados de origen agropecuario (Congreso de la República, 2020), de manera que se diferencien y seleccionen correctamente los alimentos procesados.

Así pues, “estándares nutricionales deben guiar todas las compras de alimentos para las oficinas gubernamentales, las escuelas públicas, el ejército, los programas de asistencia alimentaria y otras organizaciones financiadas por el gobierno. Los programas nacionales de asistencia alimentaria se pueden utilizar para mejorar la calidad de la dieta y la nutrición. […] Todos los programas gubernamentales de asistencia alimentaria deben tener mecanismos, estándares e incentivos para opciones saludables, nutritivas y culturalmente apropiadas, y también deben estar alineados con la promoción de la salud y los programas de atención médica. [De manera tal,] en los casos de programas de asistencia alimentaria de alta cobertura, los estándares nutricionales pueden mejorar la alimentación en grandes proporciones de la población, incluidos los grupos desfavorecidos. [Y] son de bajo costo y sostenibles” (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018).

Sin embargo, ninguna política de seguimiento, control y fomento de las compras públicas es posible si no se da el primer paso real: contar con información oficial confiable, certera y útil que debe ser el derrotero de cualquier política pública. No contar con ella es una falencia del aparato estatal que vulnera el derecho al acceso a información como derecho fundamental consagrado en la Constitución Colombiana (EDUCAR CONSUMIDORES, 2019a).

En Colombia, se creó el Sistema Electrónico de Contratación Pública – SECOP por la Ley 1150 de 2007, bajo la administración de la Agencia Nacional de Contratación Pública conocida como Colombia Compra Eficiente – CCE, como un sistema único e integrado de registro de la información de compras públicas para avanzar hacia el alcance de transparencia en la gestión pública en Colombia. Pero su aplicación se queda corta pues “basta con ingresar al inventario de bases de datos disponibles virtualmente al público en general para entrever la carencia de organización y consolidación clara que caracteriza el resumen de datos existentes, su publicación y mantenimiento” (EDUCAR CONSUMIDORES, 2019a).

Este sistema se caracteriza por la falta de precisión en la categorización de sus procesos que dificulta un análisis certero de la actuación estatal en la provisión de alimentos. Por ejemplo, no sólo las variables de información a reportar difieren entre las 3 plataformas del SECOP, sino que incluso existen casos en que se desconoce el tipo de programa estatal en cuyo marco proceden las compras y no se distingue la actividad principal de proveedores que permitiría visibilizar si es acorde al servicio ofertado o desborda su operación. Y en particular, llama la atención que tampoco es posible aproximarse a clasificar si el producto asociado a la compra o contratación pública de alimentos es más saludable o no, cuando sí se podría deducir esta información a partir del Código Estándar de Productos y Servicios de Naciones Unidas – UNSPSC de 8 dígitos que para ciertos productos llega a indicar si se trata de un producto procesado o mínimamente procesado con o sin aditivos; pero su reporte es insuficiente e incompleto hasta máximo 6 dígitos (EDUCAR CONSUMIDORES, 2019a). Deficiencias que exigen mejoras en el reporte, sistematización, ejecución y vigilancia a las compras y contrataciones públicas de alimentos por parte de la autoridad encargada Colombia Compra Eficiente.

#### **5.3.5. De la comercialización promocional de los alimentos de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’**

Es prioritario fortalecer y promover la agricultura campesina familiar y comunitaria, saludable y justa, la real proveedora (de alrededor del 70%) de los alimentos reales saludables, sostenibles y asequibles que han alimentado históricamente a la población colombiana. Es prioritario conectar unos y otros mediante circuitos de comercialización cortos de proximidad, saludables y justos, que democraticen las actividades de abastecimiento alimentario y pongan al alcance de la mano la salvaguarda del derecho fundamental al mínimo vital de subsistencia de toda la población empezando por su alimentación y nutrición adecuada. Definitivamente la alimentación basada en alimentos sin procesar y mínimamente procesados, provenientes de la agricultura campesina familiar-comunitaria y de pequeños productores de alimentos sanos, son el contrapeso ideal a los ambientes alimentarios obesogénicos que hoy prevalecen en nuestras sociedades a causa de estrategias de avasallante publicidad/promoción/patrocinio de productos comestibles ultraprocesados o “comida chatarra”, que además condenan a cada vez más población a la malnutrición (empezando por los más jóvenes).

“Los circuitos de proximidad o circuitos cortos son una forma de comercio basada en la venta directa de productos frescos o de temporada sin intermediario -o reduciendo al mínimo la intermediación- entre productores y consumidores. Los circuitos de proximidad acercan a los agricultores al consumidor, fomentan el trato humano, y sus productos, al no ser transportados a largas distancias ni envasados, generan un impacto medioambiental más bajo” (CEPAL, 2014). A pesar de las diversas definiciones, existe un consenso general de que la baja o nula intermediación, la cercanía geográfica y la confianza y fortalecimiento del capital social están entre sus principales características; las mismas que van ampliándose bajo el contexto de nuevas tendencias que influyen su desarrollo y funcionamiento (FAO, 2016).

Es favorable que estas plataformas vengan adquiriendo importancia en las agendas públicas y privadas de diversas regiones del mundo e “incentivando la implementación de políticas públicas al respecto. [Por ejemplo] en Estados Unidos, desde el 2009 el Departamento de Agricultura de Estados Unidos – USDA empezó a incluir los sistemas de comida local y regional en la programación de políticas públicas convirtiéndolos en uno de los cuatro pilares para una nueva economía rural” (FAO, 2016).

En esa dirección, la dotación de infraestructura que promueva esos circuitos cortos de comercialización, saludables y justos, “puede promover objetivos de equidad [pues] las inversiones en infraestructura contrarrestan las disparidades históricas en la carga de enfermedad y las inversiones. […] Éste es un enfoque prometedor. Reubica la acción de la dieta dentro de la salud pública ecológica y se reconecta con la planificación urbana. Se necesita más investigación, incluida la investigación de implementación y evaluación” (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018).

De otro lado, las estrategias relacionadas con proveer información a los consumidores en el punto de venta, a través de declaraciones nutricionales y de salud también “pueden ser útiles cuando los consumidores tienen conocimientos o están más conscientes o motivados debido a circunstancias personales (por ejemplo, embarazo, edad avanzada, diabetes)” (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018).

#### **5.3.6. De los incentivos fiscales a los alimentos de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’**

El Estado puede hacer uso de sus facultades impositivas para impulsar y hacer accionable el consumo de los alimentos reales saludables, sostenibles y asequibles de la Canasta Básica de Salud Alimentaria ‘CABASA’. Es necesario extender la exclusión del IVA a alimentos saludables sobre los que se aplican gravámenes vigentes de 19% o 5% o están exentos porque desestimulan a los consumidores a través de precios más altos en el primer caso, y porque además desestimulan a los productores a través de procedimientos administrativos innecesarios en el segundo caso (EDUCAR CONSUMIDORES, 2019).

Se requieren instrumentos de política que incentiven a los consumidores a mejorar sus patrones de consumo de alimentos como la exclusión de impuestos a los alimentos reales a la par que se gravan los no saludables, pues estudios han demostrado cómo los precios bajos de frutas y vegetales se asocian con resultados de menor peso corporal entre niños y adultos de bajos ingresos, sugiriendo que subsidios que redujeran el costo de frutas y verduras para la población de más bajo nivel socioeconómico pueden ser efectivos para reducir la obesidad (Powell, Chriqui, Khan, Wada, & Chaloupka, 2013). De ahí, en coherencia con la defensa de una alimentación saludable, sostenible y asequible se propone que el Estado excluya de IVA a todos estos alimentos saludables, empezando por aquellos que actualmente hacen parte de la Canasta Básica Familiar colombiana y que aún están gravados con tarifas de 19%, 5% o están exentos; mientras que, es cuestionable que algunos productos ultraprocesados estén excluidos o con gravamen preferencial a pesar de su conocida nocividad (EDUCAR CONSUMIDORES, 2019).

En esa misma línea, en el mundo se han implementado subvenciones a agricultores por vender alimentos reales y a población beneficiaria de programas de asistencia social por comprarlos, y transferencias monetarias o vales de alimentos según ingreso u otras condicionales, dado que “éstos mejoran el poder adquisitivo y el acceso de los grupos de bajos ingresos, lo que ayuda a abordar las disparidades. [Además de que permiten utilizar] los sistemas existentes para mejorar la nutrición y alinean la reducción de la pobreza con los programas de salud y promoción de la salud” (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018).

Este tipo de medidas fiscales afectan más directa o indirectamente el precio de los alimentos, que es un factor de gran influencia sobre las personas a la hora de elegir qué consumen y tiene mayor incidencia para los grupos de menores ingresos. Lo que hace a los incentivos fiscales unos eficaces instrumentos gubernamentales que ayudan a “reducir disparidades en salud y nutrición. [Desde] la publicidad en torno a los incentivos y desincentivos de precios [se] pueden generar cambios adicionales en las actitudes y la ingesta. [Además] este enfoque basado en el mercado ayuda a acercar el precio de los productos a su verdadero costo social, incluidos los costos directos e indirectos sobre la salud (y potencialmente el medio ambiente). [Se recomienda que] desincentivos [se combinen] con incentivos para reducir la regresividad financiera, maximizar los beneficios para la salud y ayudar a reducir la oposición de la industria” (Mozzaffarian, Angell, Lang, & Rivera, 2018).

En medio de esta emergencia sanitaria y económica agravada por la pandemia del COVID19, se hace más claro que alimentarnos saludablemente nos protege de sufrir sobrepeso-obesidad y las enfermedades asociadas a una mala alimentación como la hipertensión arterial, enfermedades cardiacas o diabetes que -según la OMS- hacen que las personas que las padecen desarrollen casos graves de la enfermedad COVID19 con más frecuencia que otras. Por eso, este momento crítico para la salud global nos recuerda que es indispensable reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad con medidas de política de salud pública que le permitan a la población garantizar una alimentación que contribuya a su salud humana y ambiental y su economía.

**Referencias**

CEPAL. (2014). Agricultura familiar y circuitos cortos. Nuevos esquemas de producción, comercialización y nutrición: Memoria del seminario sobre circuitos cortos.

Congreso de la República. (6 de agosto de 2020). Ley 2046 del 6 de agosto del 2020 "Por la cual se establecen mecanismos para promover la participación de pequeños productores locales agropecuarios y de la agricultura campesina, familiar y comunitaria en los mercados de compras públicas de alimentos".

DANE. (2017). *Encuesta de Calidad de Vida.* Bogotá: Departamento Administrativo de Estadística.

DANE. (2019). *Estadísticas Vitales.* Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

DANE. (2019). *Estadísticas vitales 2018.* Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

DANE. (2019b). Pobreza monetaria en Colombia - Año 2018. Bogotá.

EDUCAR CONSUMIDORES. (2019). *Canasta Básica de Salud Alimentaria – CABASA familiar colombiana.* Obtenido de https://educarconsumidores.org/publicacionesprensa/cabasa-2019/

EDUCAR CONSUMIDORES. (2019a). *Compras públicas de alimentos en Colombia, dirigidas a la alimentación infantil.*

FAO. (2015). *Las compras públicas a la agricultura familiar y la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe; Lecciones aprendidas y experiencias.*

FAO. (14 de abril de 2016). Circuitos Cortos de Comercialización: una mirada desde el enfoque territorial.

FAO. (marzo de 2020). Objetivos de Desarrollo Sostenible - Indicadores.

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 la Situación Nutricional en Colombia ENSIN 2015.* Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

INCAP. (2006). *La Canasta Básica de Alimentos en Centroamérica.* Guatemala.

Kevin D. Hall, A. A. (2019). Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. *Cell Metabolism*, 67-77.

Lancet. (2017). Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 1084-1150.

Leonie Elizabeth, P. M. (2020). Ultra-processed Foods and Health Outcomes: A Narrative Review. *Nutrients*, 1-12.

MinSalud. (18 de septiembre de 2015). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado el 18 de enero de 2016, de Minsalud: www.minsalud.gov.co

MinSalud. (2018). *Encuesta Nacional de Salud Escolar - ENSE 2018.* Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Mozzaffarian, D., Angell, S., Lang, T., & Rivera, J. (2018). Role of government policy in nutrition - barriers to and opportunities for healthier eating. *BMJ*.

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

OMS. (16 de enero de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Nota descriptiva Nª 311: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

OMS. (22 de junio de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Discurso de la Directora General Margaret Chan: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

OMS. (22 de junio de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 16 de febrero de 2016, de OMS: http://www.who.int/es/

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

OPS. (2016). *Modelo de perfil de Nutrientes.* Washington: Organización panamericana de la Salud.

OPS. (2019). *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina, ventas, fuentes, perfiles de nutrientes e implicaciones normativas.* Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Popkin B, H. C. (1 de diciembre de 2015). Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses. *The Lancet*, 1-13. Recuperado el 10 de enero de 2016, de http://dx.doi.org/10.1016/

Powell, L., Chriqui, J., Khan, T., Wada, R., & Chaloupka, F. (2013). Assessing the Potential Effectiveness of Food and Beverage Taxes and Subsidies for Improving Public Health: A Systematic Review of Prices, Demand and Body Weight Outcomes. *Obesity Reviews*.

Presidencia de la República. (abril de 2020). Decreto 507 de 2020 "Por el cual se adoptan medidas para favorecer el acceso de los hogares más vulnerables a los productos de la canasta básica, medicamentos y dispositivos médicos, en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica. Colombia.

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

Swinburm B, F. E. (1999). Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity. *Preventive Medicine, 29*, 563-570. doi: pmed.1999.0585

Swinburm B, S. G. (Octubre de 2013). INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles. *Obesity Reviews, 14*(1), 1 - 12. doi:10.1111/obr.12087

The Lancet. (Abril de 2014). Editorial, Obesity prevention in Latin America: now is the time. *The Lancet, 2*, 263. Recuperado el 21 de enero de 2016

The Lancet. (mayo de 2015). Editorial, Sugar intake: lowering the bar. *The Lancet, 3*, 305. Recuperado el 21 de enero de 2016

Cordialmente,

|  |  |
| --- | --- |
| **JUAN LUIS CASTRO CÓRDOBA**  **Senador de la República** | **WILSON ARIAS CASTILLO**  **Senador de la República** |
| **GUSTAVO BOLÍVAR MORENO**  Senador de la República  Lista Decentes | **FABER ALBERTO MUÑOZ CERÓN**  Representante a la Cámara  Departamento del Cauca |
| **CÉSAR AUGUSTO PACHÓN ACHURY**  Representante a la Camara  Departamento de Boyacá | **FABIÁN DÍAZ PLATA**  Representante a la Cámara  Departamento de Santander |
| **DAVID RACERO**  Representante a la Cámara por Bogotá | **GLORIA BETTY ZORRO AFRICANO**  Representante a la Cámara por Cundinamarca |
| **ANTONIO SANGUINO PÁEZ**  Senador de la República | **JORGE ENRIQUE BURGOS LUGO**  Representante a la Cámara  Departamento de Córdoba |
| **ÁNGELA MARÍA ROBLEDO GÓMEZ**  **Representante a la Cámara** | IVÁN DARÍO AGUDELO ZAPATA  Senador de la República |
| **LEÓN FREDY MUÑOZ LOPERA**  Representante a la Cámara  Departamento de Antioquia | **VICTORIA SANDINO SIMANCA HERRERA**  Senadora de la República |
| **Jorge Eduardo Londoño Ulloa**  Senador de la República  Alianza Verde | **María José Pizarro Rodríguez**  **Representante a la Cámara** |
| **Jesús Alberto Castilla Salazar**  Senador de la República  Polo Democrático Alternativo | **ARMANDO BENEDETTI VILLANEDA**  Senador de la República |
| **Luis Fernando Velasco Chaves**  Senador de la República |  |

1. Comité DESC. Observación General No. 12 “El derecho a una alimentación adecuada”. Ginebra 1999. Párr. 8. Pág 3. [↑](#footnote-ref-1)
2. Comité DESC, Observación General No. 14 Ginebra, 2000, Párr, 9. Pág 3. [↑](#footnote-ref-2)
3. Documento CONPES 113 de 2018 pág. 9. [↑](#footnote-ref-3)
4. Ídem. Pág. 35. [↑](#footnote-ref-4)
5. “Estudio del Comité Asesor del Consejo de Derechos Humanos sobre la discriminación en el contexto del derecho a la alimentación”. Versión virtual internet consultado por la Sala, en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/16session/A.HRC.16.40\_sp.pdf. Citado en Corte Constitucional, sentencia T-325 de 2017. [↑](#footnote-ref-5)
6. www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf [↑](#footnote-ref-6)
7. Artículo 3, Ley 1480 de 2011. [↑](#footnote-ref-7)
8. Artículo 5, numeral 13 de la Ley 1480 de 2011. [↑](#footnote-ref-8)
9. Teniendo en cuenta que la unidad de gasto para el total nacional en Colombia se compone de 3,3 personas promedio, igual número en las cabeceras y 3,5 promedio en los centros poblados y rural disperso (DANE, 2019b), se asume un hogar de referencia compuesto por 4 integrantes: 2 adultos (1 mujer y 1 hombre) y 2 niños/as. [↑](#footnote-ref-9)
10. De entrada, el costeo resultante de este sondeo de precios de la organización EDUCAR CONSUMIDORES es necesariamente mayor en comparación al inferido a partir de la información de umbrales de pobreza, pues al calcular esta última se excluyen los costos asociados al gasto de combustible y demás asociados con la elaboración y el consumo de los alimentos (EDUCAR CONSUMIDORES, 2019). [↑](#footnote-ref-10)
11. En los Artículos 5 a 13 de esta Ley se refieren las siguientes como condiciones e instrumentos de abastecimiento alimentario: i) Creación de la Mesa técnica nacional de compras públicas locales de alimentos; ii) Pedagogía y seguimiento territorial; iii) Porcentajes mínimos de compra local a pequeños productores y productores de la ACFC; iv) Diseño y adecuación de minutas alimentarias y menús; v) Especificaciones técnicas que deben cumplir los alimentos procesados y no procesados de origen agropecuario y criterios que promuevan la compra de alimentos provenientes de sistemas de producción agroecológica; vi) Pago de compras realizadas a productores de la ACFC; vii) Sistema público de información alimentaria de pequeños productores locales y de productores de la ACFC y sus organizaciones; viii) Informes de cumplimiento al Congreso de la República; iv) Monitoreo y vigilancia. [↑](#footnote-ref-11)