

## **INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY 185 DE 2016 CÁMARA.**

por medio de la cual se expide la Ley General para el Manejo Integral al Sobrepeso y la Obesidad.

Honorable Representante

ÁLVARO LÓPEZ GIL

Presidente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Cámara de Representantes

Ciudad

**Referencia: Informe de ponencia para primer debate - Proyecto de ley número 185 de 2016 Cámara,** *por medio de la cual se expide la Ley General para el Manejo Integral al Sobrepeso y la Obesidad.*

Honorables Representantes:

Dando cumplimiento al encargo que nos hiciera la Honorable Mesa Directiva, con el fin de rendir ponencia para primer debate al proyecto de la referencia, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 150, 153 y 156 de la Ley 5ª de 1992, de manera atenta sometemos a su consideración el presente informe en los siguientes términos:

### **I. ANTECEDENTES DEL PROYECTO**

La presente iniciativa fue radicada el 26 de octubre de 2016 por los honorables Representantes a la Cámara Margarita María Restrepo Arango y Cristóbal Rodríguez Hernández.

Le correspondió el número 185 de 2016 en la Cámara de Representantes y se publicó en la *Gaceta del Congreso* número 940 de 2016. Por disposición de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, los Representantes *Margarita María Restrepo Arango* (Coordinadora) y *Cristóbal Rodríguez Hernández* (Ponente) fueron designados para rendir informe de ponencia para primer debate ante esta célula legislativa.

### **II. OBJETO**

El presente proyecto de ley, de acuerdo con su artículo 1º, tiene por objeto ¿establecer los criterios legales para la actuación del Estado y en todas las jurisdicciones descentralizadas en el territorio nacional bajo la premisa constitucional del derecho a la salud y la ejecución de las políticas públicas para el Sistema Nacional de Salud en materia de manejo integral del sobrepeso y la obesidad de la población colombiana, en concordancia con las finalidades del derecho a la protección integral de la salud, el trabajo y la educación en todo el territorio nacional.

### **III. CONTENIDO DE LA INICIATIVA**

El presente proyecto de ley, además del título, cuenta con treinta y seis (36) artículos, incluido el de la vigencia.

Contempla disposiciones relacionadas con

- La prevención del sobrepeso y la obesidad
- La educación nutricional en la casa, la escuela y el trabajo

- La actividad física y escuelas de estilos de vida y hábitos saludables
- La acción estatal para la erradicación de alimentos obesógenos de los hábitos alimenticios de la población
- La atención integral del sobrepeso y la obesidad
- La vigilancia epidemiológica
- El Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Sobrepeso y la Obesidad
- El Consejo Nacional para la Coordinación del Manejo Integral del Sobrepeso y la Obesidad
- La vigilancia estatal para el debido cumplimiento de la presente ley
- El Programa de Rescate Integral para la Obesidad y el Sobrepeso (RIOS)
- Medidas de seguridad y sanciones
- Disposiciones transitorias

#### **IV. ASPECTOS GENERALES**

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

Los valores de IMC considerados „normales“ son de entre 18,5 y 25 y es el ideal de toda persona. Quienes se encuentran debajo de esos márgenes presentan delgadez severa ( $>16$ ), moderada (16-17) o leve (17-18,5). Los que están entre 25 y 30 de IMC tienen sobrepeso; más de 30, obesidad; y más de 40, obesidad mórbida.

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación:

- Sobrepeso: IMC igual o superior a 25.
- Obesidad: IMC igual o superior a 30.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

En el caso de los niños, es necesario tener en cuenta la edad al definir el sobrepeso y la obesidad así:

Niños menores de 5 años

En el caso de los niños menores de 5 años:

- El sobrepeso es el peso para la estatura con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y
- La obesidad es el peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Niños de 5 a 19 años

En el caso de los niños de 5 a 19 años, el sobrepeso y la obesidad se definen de la siguiente manera:

- El sobrepeso es el IMC para la edad con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y

- La obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se calcula que en 2010 hay 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo.

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. Por consiguiente, hay que dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil.

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Sin embargo, además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.

La obesidad aumenta la probabilidad de diabetes, hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular y ciertos tipos de cáncer. ¿A nivel mundial, la obesidad casi se ha duplicado desde 1980?, indicó la OMS. En 2014, la media mundial indicó que el 10% de los hombres y el 14% de las mujeres de 18 años o más eran obesos.

#### DATOS Y CIFRAS SOBRE EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

- Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo.

- En 2014, más de 1.900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales más de 600 millones eran obesos.

- En 2014, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas.

- La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.

- En 2014, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos.

A continuación se presentan algunas estimaciones recientes de la OMS a nivel mundial.

- En 2014, más de 1.900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales más de 600 millones eran obesos.

- En general, en 2014 alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos.

- En 2014, el 39% de los adultos de 18 o más años (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso.

- Entre 1980 y 2014, la prevalencia mundial de la obesidad se ha más que doblado.

En el año 2014, según las estimaciones, unos 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. Si bien el sobrepeso y la obesidad se consideraban antes un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos aumentan en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En África, el número de niños con sobrepeso u obesidad prácticamente se ha duplicado: de 5,4 millones en 1990 a 10,6 millones en 2014. En ese mismo año, cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad vivían en Asia y América del Sur.

A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal. En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. Ello ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África subsahariana y Asia.

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. A nivel mundial ha ocurrido lo siguiente:

- Un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa; y
- Un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización.

A menudo, los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación.

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes:

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012;
- La diabetes;
- Los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy incapacitante), y
- Algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon).

El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC.

Actualmente, muchos países de ingresos bajos y medianos están afrontando una *¿doble carga¿* de morbilidad.

Mientras estos países continúan encarando los problemas de las enfermedades infecciosas y la desnutrición, también experimentan un rápido aumento en los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, como la obesidad y el sobrepeso, sobre todo en los entornos urbanos. No es raro encontrar la desnutrición y la obesidad coexistiendo en el mismo país, la misma comunidad y el mismo hogar.

En los países de ingresos bajos y medianos, es más probable que la nutrición prenatal, del lactante y del niño pequeño sea inadecuada. Al mismo tiempo, los niños están expuestos a alimentos de alto contenido calórico ricos en grasa, azúcar y sal y pobres en micronutrientes, que suelen costar menos, pero también tienen nutrientes de calidad inferior.

Estos hábitos alimentarios, junto con un nivel inferior de actividad física, dan lugar a un aumento drástico de la obesidad infantil, al tiempo que los problemas de la desnutrición continúan sin resolverse.

El sobrepeso y la obesidad, así como las enfermedades no transmisibles vinculadas, pueden prevenirse en su mayoría. Son fundamentales unos entornos y comunidades favorables que permitan influir en las elecciones de las personas, de modo que la opción más sencilla (la más accesible, disponible y asequible) sea la más saludable en materia de alimentos y actividad física periódica, y en consecuencia prevenir el sobrepeso y la obesidad. En el plano individual, las personas pueden optar por

- Limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares;
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos; y
- Realizar una actividad física periódica (60 minutos diarios para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos).

La responsabilidad individual solo puede tener pleno efecto si las personas tienen acceso a un modo de vida sano. Por consiguiente, en el plano social, es importante ayudar a las personas a seguir las recomendaciones mencionadas mediante la ejecución sostenida de políticas demográficas y basadas en pruebas científicas que permitan que la actividad física periódica y las opciones alimentarias más saludables estén disponibles y sean asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular para las personas más pobres.

Un ejemplo de una política de ese tipo es un impuesto sobre las bebidas azucaradas.

La industria alimentaria puede desempeñar un papel importante en la promoción de dietas sanas del siguiente modo:

- Reduciendo el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos procesados;
- Asegurando que las opciones saludables y nutritivas estén disponibles y sean asequibles para todos los consumidores;
- Limitando la comercialización de alimentos ricos en azúcar, sal y grasas, sobre todo los alimentos destinados a los niños y los adolescentes; y
- Asegurando la disponibilidad de opciones alimentarias saludables y apoyando la práctica de actividades físicas periódicas en el lugar de trabajo.

En la *¿Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud¿*, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004, se describen las medidas necesarias para respaldar las dietas sanas y la actividad física periódica. En la Estrategia se exhorta a todas las partes interesadas a que adopten medidas a nivel mundial, regional y local para mejorar las dietas y los hábitos de actividad física en la población.

En 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, de septiembre de 2011, se reconoce la importancia crucial de reducir la dieta malsana y la inactividad física. En dicha Declaración se asume el compromiso de promover la aplicación de la *¿Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud¿*, entre otros medios, según proceda, introduciendo políticas y medidas encaminadas a promover dietas sanas y a aumentar la actividad física de toda la población.

Asimismo, la OMS ha creado el *Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020*, que tiene por objeto cumplir los compromisos de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades No Transmisibles, que recibió el respaldo de los Jefes de Estado y de Gobierno en septiembre de 2011. El Plan de Acción Mundial contribuirá a realizar avances en nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles que deben alcanzarse no más tarde de 2025, incluidas una reducción relativa del 25% en la mortalidad prematura a causa de dichas enfermedades para 2025 y una detención del aumento de la obesidad mundial para coincidir con las tasas de 2010.

En 2016, la Asamblea Mundial de la Salud acogió con satisfacción el informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil y sus seis recomendaciones a fin de dar respuesta al entorno obesogénico y los periodos cruciales en el ciclo de vida de manera que se combatiera la obesidad infantil.

La Asamblea pidió a la Directora General que elaborara un plan de ejecución para orientar la adopción de nuevas medidas. Ahora bien, la experiencia demuestra que una correcta alimentación previene los problemas de sobrepeso y obesidad.

La obesidad se puede prevenir y tratar buscando el equilibrio en la ingesta de calorías con una dieta balanceada teniendo en cuenta los aportes calóricos de los alimentos. Se sabe que cada 250 gramos de grasa equivalen a 2.250 calorías, y cada gramo de grasa equivale a 9 kilocalorías. Si existe un exceso de grasa corporal, se debe calcular la energía (medida en calorías) que representan y disminuirla en la ingesta alimentaria durante un período adecuado.<sup>2</sup>

Un método se basa en estimar el aporte de energía de la dieta (energía de metabolización) a partir de su contenido en macronutrientes (y de etanol, en el caso de incluir bebidas alcohólicas). Esta energía de metabolización se calcula a partir de los factores de Atwater, que solo son válidos para la dieta y no para alimentos particulares. Estos factores se recogen en la tabla siguiente:

Nutriente / compuesto energía (kilocalorías/g).

Grasa 9,0

Alcohol 7,0

Proteína 4,0

Carbohidrato 4,03

Así, una dieta diaria que aporte un total de 100,6 gramos (g) de proteínas, 93,0 g de grasa y 215,5 g de carbohidratos proporcionará una energía de aproximadamente 2101 kilocalorías/g.

También se puede conocer la energía que aportarían los alimentos a través de un dispositivo denominado *bomba calorimétrica*. Con este sistema se calculan los valores de energía que habitualmente se recogen en la mayoría de las tablas de composición de alimentos.

En la tabla siguiente se reflejan algunos ejemplos:

Producto energía (kcal).

Leche entera (un vaso) 156

Yogur entero (124 g) 69 Manzana (una pieza mediana) 77

Taza de té con dos cucharaditas de azúcar 673

El sobrepeso estrictamente es el aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla. Un exceso de peso no siempre indica un exceso de grasa (obesidad), así esta

sea la causa más común, ya que puede ser resultado de exceso de masa ósea, músculo (hipertrofia muscular).

Debido al sobrepeso y obesidad, la actual generación de niños corre el riesgo de presentar infartos o enfermedades vasculares cerebrales a la edad de 20 o 30 años. En Colombia, entre 27 y 77 por ciento de los pequeños ya tienen alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos como hiperinsulinismo, intolerancia a la glucosa, glucosa alterada de ayuno o diabetes; dislipidemias (elevación de colesterol y triglicéridos en sangre), e hipertensión arterial, que implican alto riesgo cardiovascular.

El exceso de peso también desencadena hígado graso, litiasis vesicular, alteraciones ortopédicas, asma, apnea del sueño, ciertos tipos de cáncer, depresión, ansiedad y mala calidad de vida.

Si se desarrolla la diabetes tipo 2, la más grave expresión de las alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, en un lapso de 10 a 20 años presentarán insuficiencia renal, amaurosis (pérdida de la vista por daño en la retina) y neuropatías (lesiones en las vías nerviosas), causantes de amputaciones.

En la actualidad, gran parte de los casos nuevos de diabetes infantil corresponden a ese tipo, cuando antes solo representaba el dos por ciento; en lugar de manifestarse a los 40 años de edad, ya se observa hasta en pequeños de ocho.

Con el paso del tiempo, la obesidad también ocasiona problemas ortopédicos en la columna vertebral, la pelvis y las rodillas, condición que no permite hacer ejercicio, o explica el agotamiento.

El impacto será grave porque en los jóvenes de 20 a 30 años de edad se podría presentar incapacidad que afecte su ámbito laboral.

Además, a nivel nacional se tendrá que destinar mayor presupuesto para enfrentar este tipo de padecimientos; lamentablemente, el país no cuenta con las condiciones necesarias para enfrentar esta situación a futuro.

En Colombia, hemos pasado abruptamente por un proceso en el cual se ha dejado de practicar la lactancia materna hasta los 6 meses de vida y se han modificado las dietas y hábitos alimentarios, todo ello debido al crecimiento económico, urbanización (disminución de las actividades primarias y descenso de la población rural), mayor esperanza de vida, incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, masificación de la producción de alimentos, invención de la refrigeración y conservación industrial de alimentos (enlatado, alto vacío, pasteurización, etcétera), abaratamiento de los precios relativos de los alimentos procesados versus los frescos por economías de escala, transporte, conservación y almacenaje.

La OMS recomienda que los niños sean alimentados exclusivamente al seno materno durante los primeros seis meses de vida. La evidencia científica demuestra que recibir alimentación del pecho materno disminuye el riesgo de sobrepeso y obesidad en la edad adulta y que las mujeres que dan esa alimentación tienen menor riesgo de desarrollar obesidad posterior al embarazo.

Sin embargo, en Colombia la lactancia materna exclusiva es practicada por un porcentaje sumamente bajo de madres. Muchas mujeres inician la alimentación complementaria a edades tempranas y sin la orientación alimentaria correcta para iniciar la ablactación en el momento adecuado ni con los alimentos y bebidas no alcohólicas adecuados, incluyendo aquellas que favorecen la habituación a los sabores dulces, con su potencial contribución a la obesidad infantil.

Durante las últimas décadas, la urbanización y los cambios socioeconómicos ocurridos en Colombia han contribuido a una marcada disminución en la actividad física, tanto en el entorno laboral como en el recreativo.

En Colombia, solo 25 por ciento de las personas de entre 10 y 19 años de edad son activas. Más de la mitad de estos adolescentes pasan 14 horas semanales o más frente a la televisión, y una cuarta parte de ellos pasa hasta tres horas diarias en promedio 6,7%. Entre los adolescentes y adultos jóvenes (de 12 a 29 años de edad) tan solo 30 por ciento practica algún tipo de actividad física, y el sedentarismo es mayor en mujeres que entre hombres.

La escasez de entornos adecuados y seguros para la actividad física ¿como parques y jardines¿ explica parcialmente la situación descrita, especialmente para grupos vulnerables como mujeres, ancianos y niños. De hecho, hoy en día las clases de educación física y el recreo, durante la jornada escolar, son las únicas oportunidades que tienen muchos niños colombianos para realizar actividades físicas.

Sin embargo, esas oportunidades tampoco suelen ser aprovechadas suficientemente. En las escuelas, por ejemplo, se dedican únicamente 60 minutos semanales a la actividad física moderada o vigorosa, incluyendo las clases de educación física y el recreo. Ello equivale a solo una quinta parte del mínimo de actividad recomendado para niños en edad escolar, que es de 45 minutos diarios.

Más aún, la mayor parte del recreo es dedicada a comprar y consumir alimentos, y no suele haber organización para promover la actividad física.

El número de horas dedicadas al deporte es inferior a la recomendación de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco), las instalaciones son inadecuadas y falta el equipo necesario. Asimismo, las clases de educación física son deficientes y los maestros insuficientes.

En países como Dinamarca, España, Francia y Suecia los programas de salud pública, además de un enfoque preventivo en la atención médica de primer contacto, promueven que la industria alimentaria mejore sus productos para reducir el contenido de grasa y sodio, disminuir la densidad energética y limitar al mínimo los ácidos grasos. También establecen la responsabilidad de la industria de proporcionar información adecuada y accesible a todos los niveles educativos sobre el contenido nutrimental de sus productos.

En todos estos países se reconoce la importancia de las escuelas y del ambiente escolar para la política nutricional, y como eje prioritario para la prevención del sobrepeso y la obesidad, incluyen incentivos económicos, prestaciones laborales y fondos públicos, entre otros.

Los Ministerios del Gobierno que pueden contribuir a estos objetivos son las de Salud, Agricultura, Educación Pública, Hacienda y Crédito Público, Cultura, Medio Ambiente y Transportes. También será útil la contribución de otras dependencias descentralizadas que incentiven el deporte y la recreación, así como la alimentación y nutrición en nuestro Estado. De la misma manera, deberán participar organizaciones no gubernamentales, fundaciones de reconocida trayectoria sin ánimo de lucro, corporaciones, sindicatos, medios de comunicación, el sector académico y, por supuesto, la industria alimentaria, bajo el legítimo derecho de la participación ciudadana.

Otro aspecto que se busca regular con esta iniciativa es la publicidad de los productos alimenticios, en virtud de que la población no cuenta con la suficiente información nutricional en la publicidad o empaques de los productos, o tal vez muchas veces no se entiende.

Lamentablemente el exceso de publicidad de productos altos en grasas, azúcares y sal ha conllevado que Colombia se convierta en el primer lugar de obesidad infantil. Asimismo, se considera que se debe regular y modificar el etiquetado en los alimentos y bebidas a fin de saber cuántas calorías se consumen.

Hoy en día, Colombia ocupa el séptimo lugar de prevalencia mundial de obesidad, después de Estados Unidos de América, México, Uruguay, Argentina, Venezuela y Chile. Esta alta prevalencia de sobrepeso y obesidad representa un problema de salud pública prioritario que exige la puesta en marcha de una política nacional que reconozca el origen multifactorial del problema. La epidemia implica costos significativos para el sistema de salud pública, para la sustentabilidad del régimen de pensiones y para la estabilidad económica y social de la población, especialmente de los sectores más pobres.

El costo directo estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad (enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, hipertensión, algunos cánceres, atención de diabetes mellitus tipo 2) se incrementó en 49 por ciento en el periodo 2004-2015 (valor presente).

Para 2017 se estima que dicho gasto alcance las cifras insostenibles para el Sistema General de Seguridad Social que ahondarán las crisis del sector ya que el costo para 2015 representó el 39.9 por ciento del gasto público en servicios de salud a la persona con enfermedades directas o derivadas de la obesidad o los trastornos de sobrepeso en Colombia.

El costo indirecto por la pérdida de productividad por muerte prematura atribuible al sobrepeso y la obesidad ha aumentado de 2.000 millones de pesos en el 2004 a 3.000 millones de pesos en 2014. Esto implica una tasa de crecimiento promedio anual del 6.33 por ciento que debe preocupar a nuestra nación.

Tan solo en 2009 este costo indirecto afectó a 7.000 familias, las cuales probablemente enfrentarán una situación de gastos catastróficos y empobrecimiento por motivos de salud.

El costo total del sobrepeso y la obesidad (suma del costo indirecto y directo) ha aumentado en un 43 por ciento en Colombia.

La carga económica que estos costos representan para un sistema de salud pública y para el gasto de los hogares es un riesgo tanto para la sustentabilidad de dicho sistema como para los mismos hogares.

La alta prevalencia de sobrepeso y obesidad es similar en los quintiles de mayor y menor ingreso y en las comunidades más pobres o más afluentes del país.

Sin embargo, los sectores más desfavorecidos de la población enfrentan una carga por las enfermedades crónicas asociadas con la obesidad, las cuales son un gasto repetitivo y de por vida, que les genera una mayor vulnerabilidad al no poder sobrepasar la pobreza o a recaer en ella.

El sobrepeso y la obesidad son causa de empobrecimiento porque disminuyen la productividad laboral y provoca gastos catastróficos en salud relacionados con enfermedades crónicas. Por

ejemplo, actualmente 12 por ciento de la población que vive en pobreza tiene diabetes y 90 por ciento de esos casos se pueden atribuir a sobrepeso y obesidad.

Es sumamente importante para el país la expedición de una Ley General para Prevenir y Atender la Obesidad y el Sobrepeso que promueva amamantar a los neonatos; una dieta adecuada desde la infancia; un entorno escolar y laboral activo, con acceso a alimentos saludables, educación sobre nutrición y salud desde la primaria; así como el fomento de espacios y áreas recreativas que promuevan la actividad física.

La presente iniciativa tiene como objetivo ser un ordenamiento jurídico con la finalidad de incidir en la prevención y control de la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en todo el territorio nacional, regular de manera integral su atención y prevención, así como también tomar las acciones necesarias procurantes para evitar su dispersión.

Asimismo, pretende aportar un instrumento para abordar en lo legislativo el tema de obesidad y sobrepeso en Colombia, con lo que se buscará abonar en su solución.

Se pone a consideración la presente iniciativa con la finalidad de tener un ordenamiento legal a nivel general, determinado para prevenir y atender la obesidad y sobrepeso en todo el territorio nacional, siendo que es un grave problema de salud a nivel nacional.

## **V. PROPOSICIÓN**

Con fundamento en las anteriores consideraciones, de manera respetuosa solicitamos a la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Honorable Cámara de Representantes dar Primer Debate y aprobar el Proyecto de ley número 185 de 2016 Cámara, ¿por medio de la cual se expide la Ley General para el Manejo Integral al Sobrepeso y la Obesidad¿.

Cordialmente,

# **CONSULTAR NOMBRES Y FIRMAS EN FORMATO PDF**

## **INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 185 DE 2016 CÁMARA**

*por medio de la cual se expide la Ley General para el Manejo Integral al Sobrepeso y la Obesidad.*

### **TÍTULO PRIMERO**

### **DISPOSICIONES GENERALES**

### **CAPÍTULO ÚNICO**

**Artículo 1°.** La presente ley es de orden público, interés social y observancia general en todo el territorio nacional. Tiene por objeto establecer los criterios legales para la actuación del Estado y en

todas las jurisdicciones descentralizadas en el territorio nacional bajo la premisa constitucional del derecho a la salud y la ejecución de las políticas públicas para el Sistema Nacional de Salud en materia de manejo integral del sobrepeso y la obesidad de la población colombiana, en concordancia con las finalidades del derecho a la protección integral de la salud, el trabajo y la educación en todo el territorio nacional.

**Artículo 2°.** Para los fines de la presente ley, se entiende por

I. Consejo: El Consejo Nacional para la Coordinación del Manejo Integral del Sobrepeso y la Obesidad.

II. Obesidad: Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup> y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m<sup>2</sup>;

III. Obesidad mórbida: Obesidad caracterizada por un índice de masa corporal, IMC, de 40.0, o mayor o de un IMC de 35.0, cuando la persona padezca al menos una enfermedad significativa o discapacidad severa y minusvalía a causa del exceso de peso;

IV. Promoción: Conjunto de acciones para crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva;

V. Prevención: Conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el sobrepeso y la obesidad, así como las situaciones de riesgo y limitar los daños asociados;

VI. Sobrepeso: Estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m<sup>2</sup> y menor a 29.9 kg/m<sup>2</sup> y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m<sup>2</sup> y menor a 25 kg/m<sup>2</sup>. En menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde el percentil 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS, y

VII. Tratamiento integral: Conjunto de acciones que se realizan a partir de la formación, educación y el estudio clínico y diagnóstico completo e individualizado de cada individuo con o sin sobrepeso u obesidad, que incluye el tratamiento médico, nutricional, psicológico, terapéutico, de régimen de actividad física y ejercicio; o en su caso, quirúrgico, orientado a lograr un cambio en el estilo de vida y a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, corregir las comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente.

VIII. Alimentos obesógenos: Compuestos químicos que pueden alterar la función normal del cuerpo y provocar la ganancia de peso en grasa.

**Artículo 3°.** Corresponde a las autoridades sanitarias en coordinación con las autoridades educativas y laborales en los niveles de gobierno, la promoción de una alimentación sana basada en la lactancia materno-infantil y la educación nutricional, garantizando el acceso a los alimentos más saludables y adecuados en el hogar; y de los centros escolares y de trabajo a fin de reducir los riesgos de que la población padezca sobrepeso u obesidad.

## TÍTULO SEGUNDO

### DE LA PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

#### CAPÍTULO ÚNICO

#### **Educación nutricional en la casa, la escuela y el trabajo**

#### SECCIÓN PRIMERA

## DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y ESCUELAS DE ESTILOS DE VIDA Y HÁBITOS SALUDABLES

**Artículo 4°.** Las entidades públicas y privadas que administran recursos del sector salud, educación, construcción de obras civiles, servicios públicos y de protección laboral deberán realizar las provisiones económicas anuales equivalentes al 5% del monto total administrado, para realizar las actividades encaminadas a promover y fomentar la educación nutricional en todos los establecimientos educativos públicos y privados, con un enfoque adecuado para lograr el bienestar de la familia y su integración en torno a los estilos de vida y hábitos de vida saludable, a través de las Empresas Sociales del Estado o entidades sin ánimo lucro de reconocida trayectoria nacional e internacional.

**Artículo 5°.** Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, las Secretarías de Salud departamentales y las Direcciones Locales de Salud, en coordinación con las autoridades educativas del país, la formulación de políticas públicas con su correspondiente modelo de instrumentación para las intervenciones en salud pública, tendientes a generar actuaciones de carácter preventivo en los centros educativos públicos y privados, enfocadas a la transformación del entorno de la población escolar de educación básica, media, media superior y universitaria.

**Artículo 6°.** Las autoridades estatales, departamentales y municipales de la salud, en coordinación con las entidades con funciones de protección del trabajo, promoverán en los centros laborales acciones en materia de educación nutricional para una vida saludable, de acuerdo con las actividades de cada rama productiva.

**Artículo 7°.** Corresponde a las asambleas departamentales y concejos municipales, reglamentar a través de ordenanzas y acuerdos las políticas públicas que favorezcan y garanticen los recursos económicos disponibles para que se logren en todo el territorio nacional y para la población colombiana las siguientes actuaciones:

- I. Fomentar la actividad física con base en el diseño de rutinas realizables en el entorno físico de desarrollo de las actividades privadas inherentes al ser humano;
- II. Diseñar esquemas dietéticos diarios ajustados a las costumbres alimenticias y cultura gastronómica de cada población;
- III. Establecer programas para lograr el autocuidado, tendientes a evitar el sobrepeso y la obesidad.

**Artículo 8°.** Será obligación de las Secretarías de Salud departamentales en coordinación con el Ministerio del Trabajo y el Ministerio de la Protección Social y los sindicatos la implementación de intervenciones en materia de salud laboral, para revertir los elementos constitutivos del ambiente obesogénico en los centros de trabajo.

**Artículo 9°.** Los gobiernos de las entidades nacionales, departamentales, municipales y distritales impulsarán la participación de las organizaciones de la sociedad civil y la iniciativa privada para la construcción y mantenimiento de espacios públicos para la actividad física de todos los grupos de edad.

### SECCIÓN SEGUNDA

#### ACCIÓN ESTATAL PARA LA ERRADICACIÓN DE ALIMENTOS OBESÓGENOS DE LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LA POBLACIÓN

**Artículo 10.** Corresponde al Gobierno nacional, departamental, municipal y distrital, realizar las acciones legales necesarias para revertir el desequilibrio en la oferta de productos cuyo consumo excesivo predispone a la obesidad y aquellos que propician la alimentación saludable de la población y que contribuyen a prevenir la obesidad.

**Artículo 11.** Con el fin de proteger la salud pública, con relación a los riesgos inherentes al sobrepeso y a la obesidad, el Invima será competente para otorgar la autorización acerca de los componentes de los alimentos procesados y sus aditivos, a fin de garantizar que no se utilicen aquellos que contribuyan a la obesidad en los seres humanos.

**Artículo 12.** El Invima será competente para realizar actos de verificación, reprobación y suspensión de la publicidad relacionada con las propiedades de los alimentos que se ofertan al público en general y en particular aquella que se dirija a los menores de edad.

**Artículo 13.** El Invima emitirá las disposiciones reglamentarias y los lineamientos en materia de publicidad de los alimentos cuyo consumo pueda considerarse factor predisponente del sobrepeso y la obesidad; y respecto a su etiquetado.

**Artículo 14.** La facultad descrita en el párrafo anterior se ejercerá sin perjuicio de las atribuciones que en esta materia confieran las leyes a otras entidades del orden nacional, departamental, municipal o distrital.

**Artículo 15.** Corresponde al Gobierno nacional, departamental, municipal y distrital, incentivar y promover la producción, el consumo y distribución de frutas, verduras y vegetales en cantidades recomendadas para evitar la obesidad y el sobrepeso.

### TÍTULO TERCERO

#### ATENCIÓN INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

##### CAPÍTULO PRIMERO

###### **Del Manejo Integral del sobrepeso y la obesidad / vigilancia epidemiológica**

**Artículo 16.** En todo el Sistema Nacional de Salud se proporcionará el tratamiento integral del sobrepeso y de la obesidad a quienes los padezcan, con base en el diagnóstico individualizado del paciente con sobrepeso u obesidad sobre la atención médica, situación nutricional, psicológica, terapéutica, el establecimiento de un régimen de actividad física y de ejercicio, y la intervención quirúrgica. La Superintendencia Nacional de Salud se encargará a través las secretarías departamentales de Salud del seguimiento, verificación y control para el cumplimiento por parte de las EPS, ARL y LAS IPS del tratamiento integral, con base en las disposiciones reglamentarias que para el efecto emita esa entidad en un plazo de seis (6) meses contados a partir de la promulgación de la presente ley.

**Artículo 17.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS tendrán la obligación de difundir entre la población que se encuentra dentro de su jurisdicción geográfica de atención o que asiste a sus servicios asistenciales, la información acerca de los mecanismos para conocer y controlar su peso y alcanzar el índice de masa corporal ideal. Así mismo, para proporcionar a los padres de familia la información necesaria para conocer el estado ideal de peso y talla que deben poseer sus hijos y para diseñar estrategias para asegurarse que lo posean.

**Artículo 18.** Al Ministerio de la Protección Social y los gobiernos de las entidades departamentales, municipales y distritales, les corresponde garantizar los recursos económicos suficientes para realizar o contratar con entidades sin ánimo de lucro las acciones administrativas de

control y seguimiento necesarias, en el ámbito de su competencia para que desde los aseguradores se garantice el acceso al tratamiento nutricional, farmacológico y quirúrgico contra el sobrepeso y la obesidad.

**Artículo 19.** El Ministerio de Salud y Protección Social se encargará de incorporar al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, los indicadores relativos al registro de la información necesaria para conocer la situación y los efectos del sobrepeso y la obesidad, lo cual debe incluir su asociación con otras enfermedades, principalmente las crónico-degenerativas y las enfermedades crónicas no transmisibles.

## CAPÍTULO SEGUNDO

### **Del Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Sobrepeso y la Obesidad**

**Artículo 20.** El Ministerio de Salud y Protección Social deberá desarrollar un Programa Nacional para el Manejo Integral de la Obesidad y el Sobrepeso, en el cual deberá contener, por lo menos las acciones para fomentar la adopción de hábitos alimenticios y nutricionales, con especial atención en las niñas, niños y adolescentes; así como la atención integral de los problemas de obesidad y sobrepeso por las autoridades estatales, departamentales, distritales y municipales, en los términos que establece la presente ley. En su elaboración se tomará en cuenta la participación ciudadana y podrá ser contratada bajo su supervisión con entidades sin ánimo de lucro con reconocida trayectoria nacional o internacional.

## CAPÍTULO TERCERO

### **Del Consejo Nacional para la Coordinación de MISO**

**Artículo 21.** Créase el Consejo Nacional para la Coordinación de MISO, el cual sesionará por lo menos cada tres meses y estará integrado de la siguiente manera:

- a) Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o su delegado.
- b) Ministerio de la Protección Social o su delegado.
- c) Representante de la secretaría de Salud departamental.
- d) Ministerio de Educación Nacional o su delegado.
- e) Director de Coldeportes Nacional o su delegado.
- f) Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural o su delegado.
- g) Alto Consejero para la Acción Social y la Cooperación Internacional o su delegado.
- h) Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.
- i) Un miembro de la Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición.
- j) Un representante o su delegado de las asociaciones o fundaciones que trabajan contra el sobrepeso y la obesidad en Colombia.
- k) Director del Invima o su delegado.
- l) Ministerio de Comercio, Industria y Turismo o su delegado.
- m) Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial o su delegado.

**Artículo 22.** Corresponde al Consejo el diseño y coordinación de acciones sociales para la promoción y la prevención contra el sobrepeso y la obesidad en todo el país, las que deberá instrumentar y evaluar con el apoyo de las secretarías de Salud y educación y los gobiernos departamentales, municipales y distritales.

**Artículo 23.** El Consejo, en coordinación con las secretarías de Salud y Educación de los gobiernos departamentales, municipales y distritales, promoverá que las acciones contra el sobrepeso y la obesidad no generen discriminación ni estigmatización ni *¿bullying¿* o *¿matoneo¿* de las personas afectadas por el sobrepeso y la obesidad.

**Artículo 24.** El Consejo se encargará de monitorear los conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de las personas que padecen sobrepeso u obesidad a fin de crear estrategias de reversión de dichas prácticas.

**Artículo 25.** El Consejo coordinará y regulará las acciones de los consejos territoriales en salud para la coordinación de la acción social para la promoción y prevención contra el sobrepeso y la obesidad poblacional.

**Artículo 26.** El Consejo promoverá y apoyará las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención de los problemas de sobrepeso y obesidad, para lo cual podrá suscribir acuerdos o alianzas estratégicas.

**Artículo 27. Vigilancia.** El Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional, en conjunto con el Invima, ICBF y Coldeportes, según cada caso, tendrán la responsabilidad de garantizar los recursos económicos necesarios para la contratación con entidades sin ánimo de lucro de reconocida trayectoria nacional o internacional de las acciones que permitan vigilar el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá contratar o realizar de manera directa las acciones tendientes para garantizar el monitoreo integral de la población colombiana a través de los cuales el país pueda establecer de manera periódica los avances o retrocesos que se han presentado frente a las medidas aquí adoptadas.

Parágrafo 2°. El monitoreo enunciado en el parágrafo anterior deberá incluir, entre otros, indicadores de antropometría, actividad física y balance nutricional, para toda la población escolarizada o afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 28.** La presente ley faculta a las autoridades nacionales, departamentales, municipales o distritales para que en conjunto o a través de mecanismos asociativos con entidades sin ánimo de lucro de reconocida idoneidad nacional e internacional, se creen estrategias o programas de promoción, prevención y asistencia con componentes integrales de intervención sociosanitaria y de gestión en recursos en forma de donación o inversión privada nacionales e internacionales para el impulso de intervenciones integrales para las actividades comunitarias en todo el territorio nacional en nutrición, educación física y deportes para la población que padece sobrepeso u obesidad, así como, para el tratamiento quirúrgico y rehabilitación de las personas con obesidad mórbida.

**Artículo 29.** Las entidades departamentales, municipales y distritales deberán crear dentro de los noventa días contados a partir de la promulgación de la presente ley, el Programa RIOS *¿Rescate Integral para la Obesidad y el Sobrepeso¿*.

Parágrafo 1°. La operatividad del programa podrá ser contratada a través de entidades sin ánimo de lucro con trayectoria en el manejo de rescates de personas con obesidad o sobrepeso en el país.

Parágrafo 2°. El equipo de rescate deberá incluir como mínimo un médico general, un abogado, un nutricionista, un fisioterapeuta, un ingeniero civil y un psicólogo que serán los encargados de la operación integral del rescate para atender a todas aquellas personas con obesidad mórbida que estén en alto riesgo de muerte (enfermedades asociadas a la obesidad; con un índice de masa corporal mayor a 40 según la OMS) y se pueda brindar la atención y tratamiento en el sitio del

rescate y su correspondiente remisión a centro asistencial donde se deberán realizar todas las acciones clínica conducentes, incluida la intervención quirúrgica para pérdida o reducción de peso para salvaguardar la vida del rescatado en un plazo no mayor a sesenta (60) días.

Parágrafo 3°. Las entidades asistenciales que presten los servicios de cirugía bariátrica en el territorio colombiano o actividades complementarias, deberán realizar las adecuaciones de infraestructura y logística en sus unidades de atención en salud para la atención en urgencias de estos pacientes remitidos, para lo cual se conceden seis meses contados a partir de la promulgación de la presente ley.

**Artículo 30.** Créase el Premio Nacional MISO que será entregado por el Consejo MISO, quien convocará y se encargará de organizar la entrega a la empresa líder en la investigación o transformación de la industria de la alimentación que garantice actuaciones efectivas en contra del sobrepeso y la obesidad.

**Artículo 31.** El monto del premio, así como las reglas de selección y los elementos de la convocatoria, deberán ser definidos y reglamentados por el consejo MISO.

#### TÍTULO CUARTO

#### CAPÍTULO ÚNICO

#### **Medidas de seguridad y sanciones**

**Artículo 32.** Las leyes generales de salud y sanidad pública serán de aplicación supletoria al presente ordenamiento. Se consideran medidas de seguridad las disposiciones que dicte la autoridad sanitaria competente, de conformidad con los preceptos de esta ley y demás disposiciones aplicables para proteger la salud de la población.

Parágrafo. Las medidas de seguridad se aplicarán sin perjuicio de las sanciones que, en su caso, correspondan.

**Artículo 33.** La Superintendencia Nacional de Salud sancionará con multa de 1.000 a 15.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a las personas naturales o jurídicas que promuevan la instrumentación de acciones sociales que tiendan a desvirtuar o generar el incumplimiento doloso de los acuerdos generados a través del Consejo con base en la presente ley.

#### TÍTULO QUINTO

#### DISPOSICIONES TRANSITORIAS

**Artículo 34.** EL Ministerio de la Protección Social contará con sesenta (60) días calendario para convocar a sesión ordinaria al Consejo Nacional MISO y con noventa (90) días para emitir el reglamento interior del mismo. Ambos plazos se contarán a partir del día siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley.

**Artículo 35.** Los recursos económicos necesarios para dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente ley deberán ser incluidos anualmente por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en el Proyecto de Ley anual de Presupuesto.

**Artículo 36.** *Vigencia.* La presente ley entrará en vigor a partir de su publicación en el *Diario Oficial* y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

**CONSULTAR NOMBRES Y FIRMAS EN  
FORMATO PDF**