

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. ANTECEDENTES

1. Con fecha 17 de mayo del 2013 se promulga la Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes, que tiene como objeto la promoción y protección efectiva del derecho a la salud pública al crecimiento y desarrollo adecuado de las personas, a través de las acciones de educación, el fortalecimiento y fomento de la actividad física, la implementación de kioscos y comedores saludables, en las instituciones de educación básica regular y la supervisión de la publicidad y otras prácticas relacionadas con los alimentos, bebidas no alcohólicas dirigidas a niños, niñas y adolescentes para reducir y eliminar las enfermedades vinculadas con el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas conocidas como no transmisibles.
2. La Primera Disposición Complementaria Final de la precitada Ley establece que los parámetros técnicos sobre los alimentos y las bebidas no alcohólicas referentes al alto contenido de azúcar, sodio y grasas saturadas son elaborados por el Ministerio de Salud vía reglamento y estarán basados en el conjunto de recomendaciones emitidas por el organismo intergubernamental en salud: Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud OMS – OPS. Asimismo dispone que en cuanto a los alimentos con contenido de grasas trans, el reglamento establecerá un proceso gradual de reducción hasta su eliminación, conforme a los parámetros técnicos y plazos que establezca.
3. Mediante Decreto Supremo N° 007-2015-SA se aprueba el Reglamento que establece los parámetros técnicos sobre los alimentos y bebidas no alcohólicas procesados referentes al contenido de azúcar, sodio y grasas saturadas. Asimismo, mediante Decreto Supremo N° 033-2016-SA, se aprobó el Reglamento que establece el proceso de reducción gradual hasta la eliminación de las grasas trans en los alimentos y bebidas no alcohólicas procesados industrialmente.
4. La Ley N° 30021 al abordar una problemática de naturaleza transversal, requirió para la elaboración de su Reglamento la conformación de una Comisión Multisectorial, la que se creó mediante la Resolución Suprema N° 210-2013-PCM. Esta Comisión Multisectorial con Oficio N° 024-2016-PCM/GA de fecha 4 de julio de 2016, hizo llegar al MINSA su Informe Final que incluye la propuesta de Reglamento.
5. Al haberse determinado que las materias que abarca la regulación del Proyecto de Reglamento de la Ley N° 30021, lo constituye el Reglamento Técnico, de conformidad con lo previsto en el artículo 7 del Decreto Supremo N° 149-2005-EF, que dicta disposiciones reglamentarias al Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio en el ámbito de bienes y al Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios, en el ámbito de servicios de la OMC, se dispuso mediante Resolución Ministerial la publicación de la mencionada propuesta por noventa (90) días calendario, en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, de conformidad con lo dispuesto en el mencionado Decreto Supremo, a efecto de recibir las sugerencias y comentarios de las entidades públicas o privadas y de la ciudadanía en general.

Mediante Resolución Ministerial N° 524-2016/MINSA (25 julio 2016), se dispone la publicación de la propuesta de Reglamento por noventa (90) días calendario para la recepción de recomendaciones.

6. A través del Portal Institucional del Ministerio de Salud se recibieron un total de 104 aportes: 72 aportes de entidades públicas y privadas y ciudadanos en general. En diciembre del 2017 se recibieron 32 aportes de entidades privadas y públicas nacionales e internacionales a través del Ministerio de Comercio Exterior y Turismo.
7. El Ministerio de Salud sistematizó los aportes, realizándose los ajustes a la propuesta de reglamento.
8. En febrero del 2017, se remitió la nueva versión del proyecto de Reglamento al Comité de Coordinación Viceministerial (CCV) el 23 febrero 2017. El CCV envió 122 recomendaciones a esta propuesta de Reglamento, los mismos que fueron sistematizados por el MINSA al 24 marzo 2017.

SUSTENTO EPIDEMIOLÓGICO

A NIVEL MUNDIAL

9. La carga mundial de enfermedades no transmisibles (ENT) y la amenaza que suponen constituye un importante problema de salud pública que socava el desarrollo social y económico en todo el mundo.
10. Las ENT produce la muerte a 38 millones de personas cada año. Casi el 75% de las defunciones por ENT - 28 millones- se producen en los países de ingresos bajos y medios. Dieciséis millones de las muertes atribuidas a las ENT se producen en personas menores de 70 años de edad; el 82% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos¹. Según las previsiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), si esta tendencia continua, la cifra anual de muertes por ENT aumentará a 55 millones en el año 2030.
11. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por ENT, 17,5 millones cada año, seguidas del cáncer (8,2 millones), las enfermedades respiratorias (4 millones), y la diabetes (1,5 millones²). Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de alrededor del 82% de las muertes por ENT. El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT.
12. La Organización Mundial de la Salud, identifica desde hace más de una década, la necesidad de clasificar a los alimentos por razones relacionadas con la prevención de enfermedades crónicas^{3,4}. Esta clasificación se realiza según el

¹ Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva Enero de 2015.

² Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 2012; 380(9859):2224-2260.

³ European Commission, 200; European Food Safety Authority, 2008

perfil de nutrientes, cuyo consumo en exceso puede poner en riesgo el equilibrio de la dieta e influir en el desarrollo de sobrepeso y obesidad u otras enfermedades relacionadas con la dieta, como las enfermedades cardiovasculares, diabetes y otras patologías en la población. Ello se expresa a través del modelo de perfil nutricional de cada alimento en particular, a diferencia de una clasificación basada en una dieta habitual.

13. Esta es una clasificación práctica de los alimentos es la base para regular la declaración de propiedades saludables en los envases de alimentos, así como la publicidad para los niños y está basada en la evidencia científica incluida en las directrices de la OMS/FAO sobre el consumo de azúcar y otros nutrientes, para países de Europa, el Pacífico Occidental y América Latina⁵. Además esta clasificación según metas de nutrientes específicos puede adaptarse y ajustarse a diversos patrones de consumo de alimentos según la población.
14. En el marco de políticas integrales para promover la alimentación saludable, se reconoce que es necesario dar orientaciones a nivel de la dieta o alimentación habitual de la población, que incluyan orientaciones para el consumo de alimentos sin procesar o mínimamente procesados y preparaciones culinarias.

A NIVEL DE LAS AMÉRICAS

15. Las Enfermedades No Transmisibles son la causa principal de enfermedad y muerte prematura y evitable en la Región de las Américas. Su pesada carga social y económica, especialmente el marcado aumento de los gastos de tratamiento, menoscaba el bienestar individual y familiar y amenaza con obstaculizar el desarrollo social y económico⁶.
16. Según los cálculos macroeconómicos, se prevé que en los próximos 20 años la producción mundial presentará, pérdidas acumulativas de US\$ 46 billones como consecuencia de enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, diabetes y trastornos de salud mental⁷. En la Región de las Américas, las ENT son la causa de tres de cada cuatro defunciones, y 34% de las muertes debidas a ENT son prematuras, es decir, se producen en personas de 30 a 69 años. Los países, en particular las economías de ingresos bajos y medianos, se enfrentan a una carga de ENT que refleja fuertemente las inequidades socioeconómicas.
17. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por las Naciones Unidas en 2015, la prevención y el control de las enfermedades no trasmisibles se consideran prioridades básicas. Entre los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles, la obesidad suscita especial preocupación, pues puede anular muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido a la mejora de la esperanza de vida.

⁴ WHO. 2015. Regional Office for Europe Nutrient Profile Model. Copenhagen, Denmark

⁵ WHO 2015 Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization.

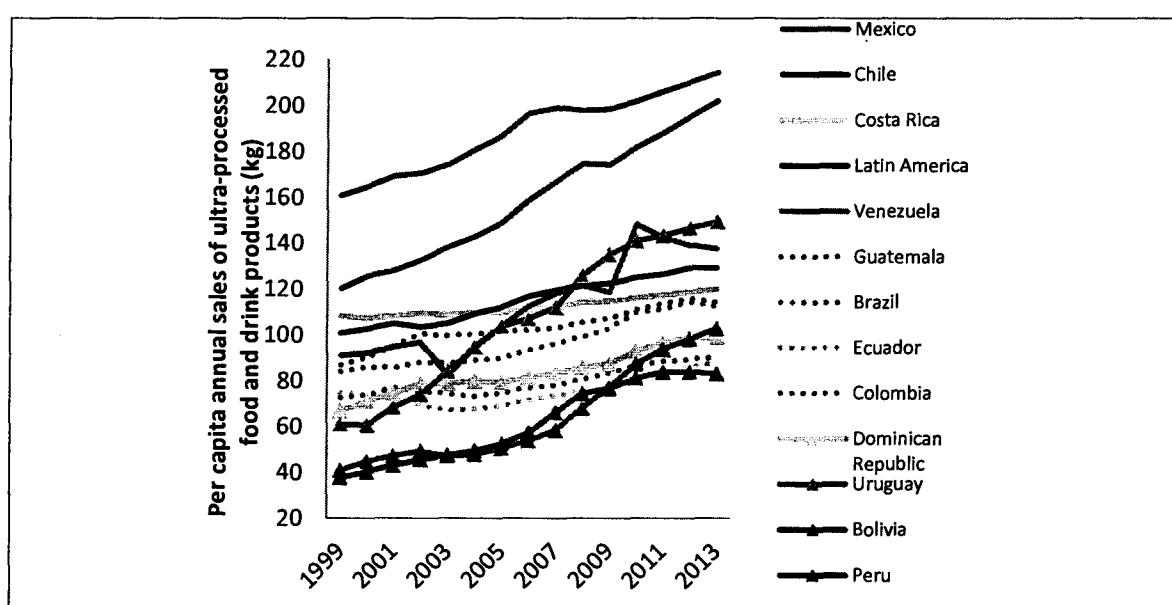
⁶ Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, DC: OPS, 2014.

⁷ Bloom, D.E., Cañero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Ginebra (Suiza): Foro Económico Mundial 2011.

18. 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, alcanzado proporciones epidémicas en la Región de las Américas⁸.

19. A nivel de América Latina, el nivel de consumo de alimentos procesados ha aumentado según se muestra en la Gráfico No. 1. En el caso del Perú el consumo de estos productos se ha duplicado entre 1999 y el 2013, de 40 kg/per cápita anual a alrededor de 80 kg/per cápita anual⁹.

Gráfico No. 1
Tendencia en la venta anual per cápita de productos procesados



A NIVEL DEL PERÚ

Obesidad y sobrepeso por grupos etarios

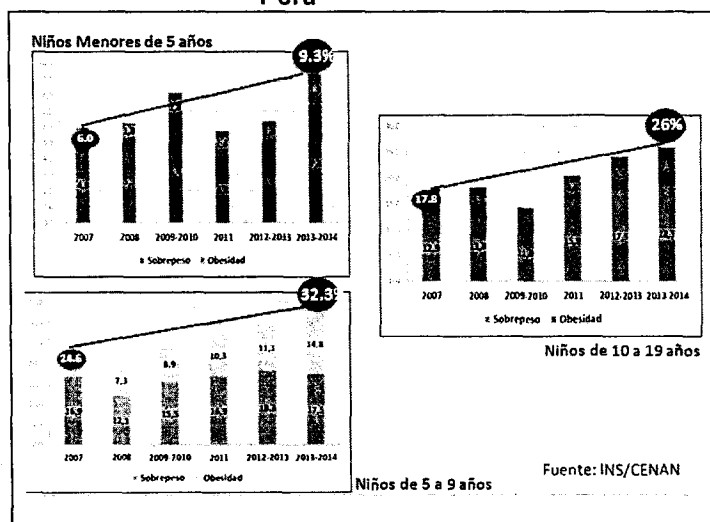
20. El Perú enfrenta una doble carga de enfermedad: los problemas aún no resueltos de las enfermedades infecciosas, desnutrición crónica y anemia materno infantil - y al mismo tiempo un aumento vertiginoso de obesidad, diabetes e hipertensión arterial en personas de todas las edades y condición, y no es raro que en una misma comunidad u hogar coexistan lado a lado la desnutrición y la anemia, el sobrepeso y la obesidad; estos problemas suelen presentarse simultáneamente y están interconectados.

⁸ 53o Consejo Directivo de la OPS. 66. a Sesión del Comité Regional de la OMS. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. OPS, 2014.

⁹ Organización Panamericana de la Salud (2015). Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas.

21. Entre los años 2008 y 2014, la tendencia de sobrepeso y obesidad ha tenido un crecimiento acelerado y dramático. En los niños menores de 5 años afecta al 9.3%, en los niños de 5 a 9 años el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) ha aumentado progresivamente y afecta al 32.3% y en los adolescentes de 10 a 19 años ha aumentado a 26%¹⁰ (Gráfico No. 2).

Gráfico No. 2.
Tendencia del sobrepeso y obesidad en niñas y niños y adolescentes
Perú



Obesidad y sobrepeso por población urbana y rural

22. El incremento en la tendencia de sobrepeso y obesidad también se aprecia al evaluar en la población rural y urbana; siendo mucho mayor el incremento en la población urbana. Gráfico 3, 4 y 5.

¹⁰Tarqui-Mamani C, Sánchez-Abanto J, Alvarez-Dongo D, Gómez-Guizado G, Valdivia-Zapana S. Tendencia del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú. Rev. Peruana. Epid. Diciembre 2013; 17(3): 1-7. Instituto Nacional de Salud (INS), Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Informe técnico: Estado nutricional en el Perú por etapas de vida; 2012-2013 y 2013-2014. Lima: CENAN/INS; 2015.

Gráfico No. 3
Tendencia del sobrepeso y obesidad en niñas y niños menores de 5 años
Población urbana y rural - Perú 2007-2014

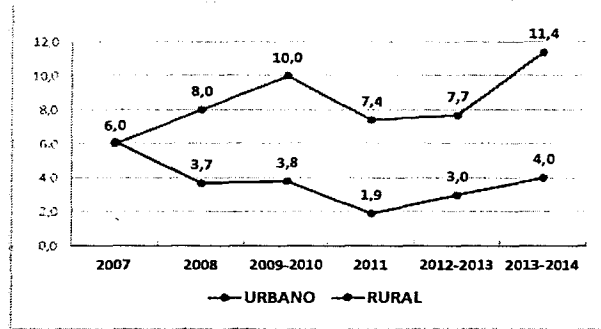


Gráfico No. 4
Tendencia del sobrepeso y obesidad en niñas y niños de 5 a 9 años
Población urbana y rural - Perú 2008-2014

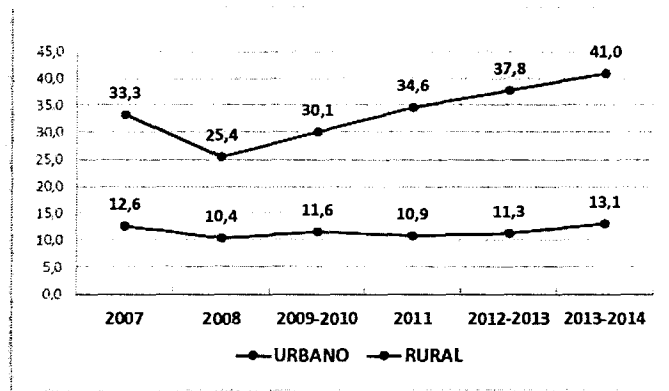
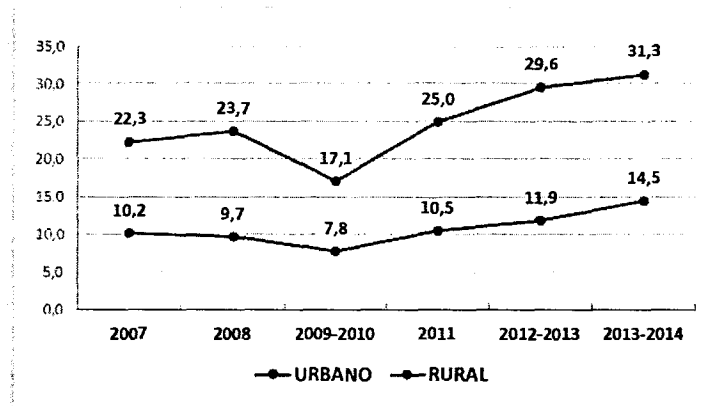


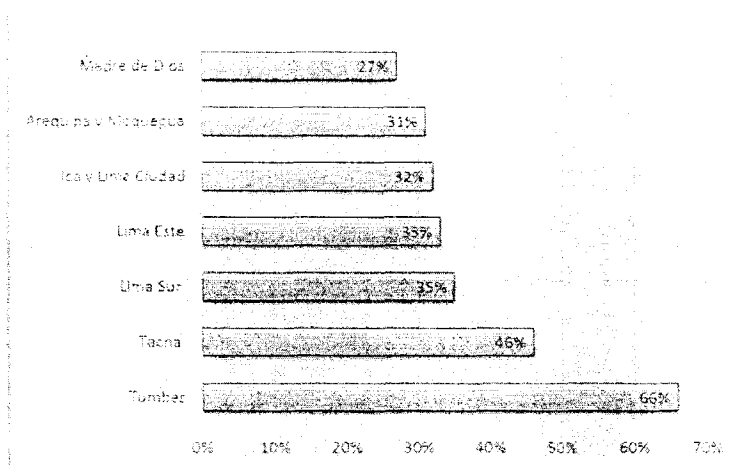
Gráfico No. 5
Tendencia del sobrepeso y obesidad en las y los adolescentes de 10 a 19 años.
Población urbana y rural Perú 2007-2014



Obesidad y sobrepeso en escolares

23. El Gráfico No. 6 nos muestra la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) de los niños y niñas de las instituciones educativas públicas de nivel inicial y primaria del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, siendo las regiones más afectadas: Tumbes (66%), Tacna (46%), Lima Metropolitana, Ica, Arequipa, Moquegua y Madre de Dios. A nivel de todo el país se llegó a evaluar a más de 1 337,508 escolares. La Tabla N° 1 muestra resultados de otros estudios de prevalencia de exceso de peso en escolares.

Gráfico No. 6
Exceso de peso en escolares mayores de 5 años – Perú 2014



Fuente: Ministerio de Salud. Informe del Plan de Salud Escolar 2014.

Tabla No. 1
Prevalencia de obesidad y sobrepeso en niños y escolares en Perú

AUTOR	AÑO	POBLACIÓN	LUGAR	PREVALENCIA OBESIDAD	PREVALENCIA SOBREPESO
Rosado-Cipriano y col.	2011	Escolares de 6 a 10 años.	Cercado de Lima	22.8%	22.0%
Carrillo-Meléndez y col.	2010	Escolares educación primaria	Tacna	21.4%	33.9%
Pérez-Villasante y col.	2008	Escolares de 6 a 16 años	Huaraz	5.5%	18.2%
Pajuelo y col.	2011	Menores de 5 años. Base de datos MONIN 2007-2010	Perú	6.9% (Obesidad + sobrepeso)	

Obesidad y sobrepeso en mayores de 15 años según ENDES 2016

24. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar – ENDES del año 2016¹¹ mostró que el 35,5% de las personas de 15 y más años de edad, presentan sobrepeso y el 18.3% padecen de obesidad, es decir, más del 50% padece de

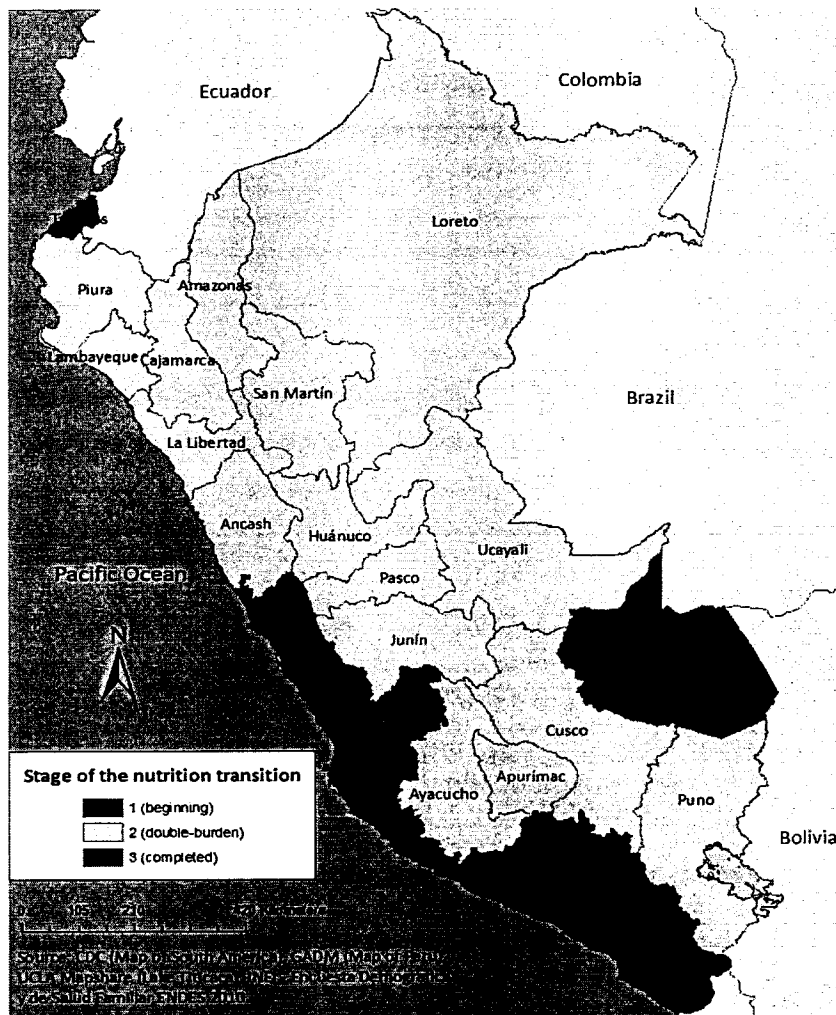
¹¹ INEI. ENDES 2017 "Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles - 2016. Lima

exceso de peso a nivel nacional, que representan aproximadamente a más de 12 millones de peruanos.

25. En Lima Metropolitana, el 42.3% se encontraban con sobrepeso y los menores niveles se encuentran en Huancavelica con 25.5%. Asimismo la obesidad se destaca en la Región Ica y Tacna con 29.4% y en la Región Huancavelica con 6.6%.

26. El Gráfico No 7 la situación de transición nutricional en el país, a nivel de regiones, donde, excepto Huancavelica, todas las regiones presentan el problema de doble carga de enfermedad con desnutrición y sobrepeso a nivel poblacional, siendo el problema más severo en las regiones de Lima, Ica, Arequipa, Tacna, Moquegua, Tumbes y Madre de Dios.

Gráfico N° 7
La transición nutricional en el Perú, por nivel y departamento, 2010.



Color Verde: Inicio de la Transición
Color Amarillo: Doble carga de enfermedad
Color Rojo: Transición Completa

El problema del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el mundo

La Tabla No. 2 muestra el problema del sobrepeso y obesidad en América Latina, destacándose el incremento en el Perú, siendo uno de los países con mayor prevalencia.

Tabla No. 2

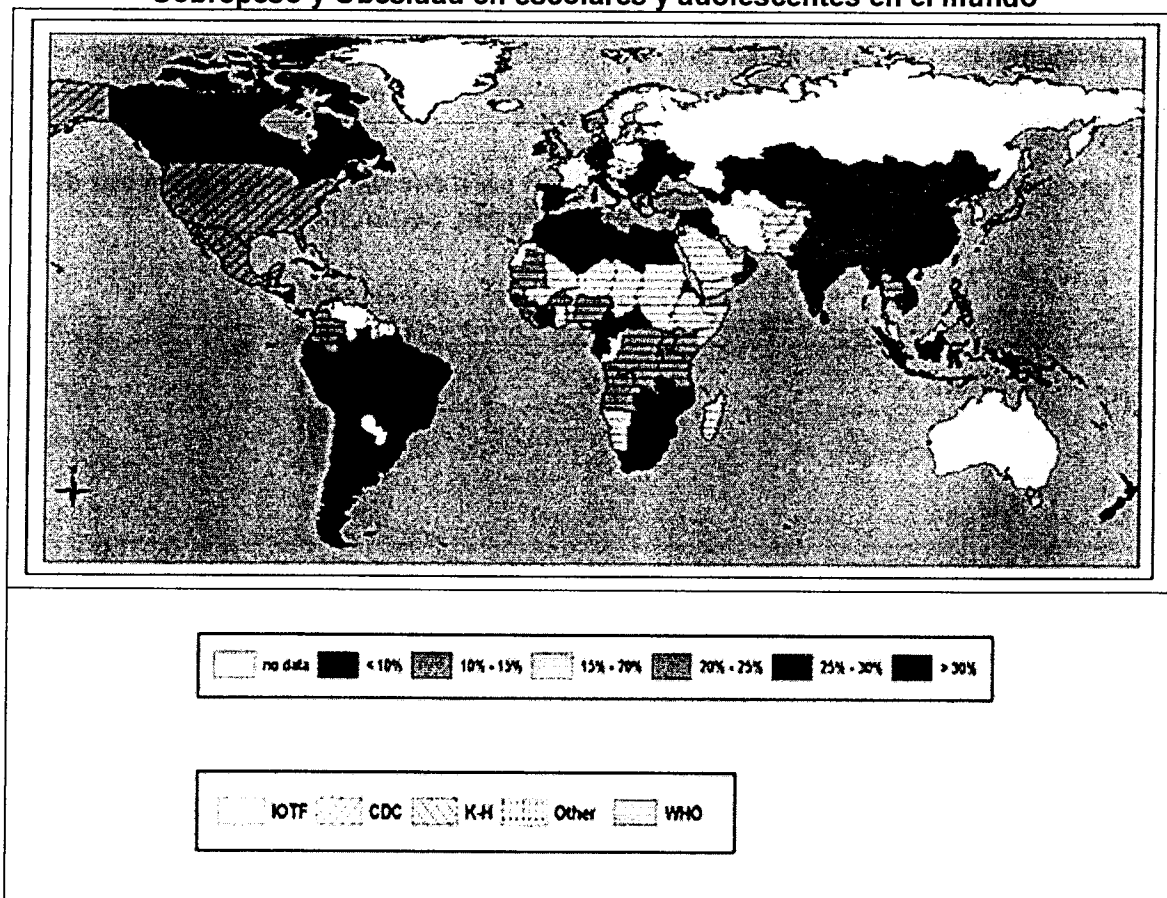
Tendencias en la prevalencia de la obesidad para escolares de la región sur de Latino América en la última década, según países¹²

	1990-1998 (WHO 2008)	2000-2007 (WHO 2009)
Bolivia	6.5	9.2
Colombia	4.5	5.1
Ecuador		5.1
Perú	9.9	11.8
Venezuela	3.0	3.2
Argentina	7.3	9.9
Chile	6.2	9.8
Paraguay	6.3	14.2
Uruguay	6.2	9.4
Brasil	6.6	7.3

A nivel mundial, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población escolar y adolescente se está incrementando en todo el mundo y este problema es más severo en el Perú (Gráfico No. 8)

¹² Moreno L, Pigeot, Ahrens (eds.): Epidemiology of overweight and obesity in children and adolescents. Springer, New York 2011

Gráfico No. 8.
Sobrepeso y Obesidad en escolares y adolescentes en el mundo¹³



Enfermedades No Transmisibles

Hipertensión Arterial

27. Según la ENDES del año 2016, la hipertensión arterial afecta a un 17.6% de la población de 15 años a más. La población de Lima Metropolitana y Callao es la más afectada (20%), seguido de Piura y Tumbes (19.6% y 19.5%), y la menor es la de Ucayali (11%), Madre de Dios (13.7%) y Huánuco (13.8%).
28. Un estudio realizado en el país, en 1677 adultos ≥ 25 años de edad entre los años 2010 y 2012, determinó que la prevalencia nacional estimada de diabetes fue del 7,0% y 8,4% a nivel de Lima metropolitana; confirmando así que la diabetes es un importante problema de salud pública, especialmente para los individuos de mediana edad y aquellos sin educación formal¹⁴.

¹³ Moreno L, Pigeot, Ahrens (eds.): Epidemiology of overweight and obesity in children and adolescents. Springer, New York 2011

¹⁴ Seclén SN, Rosas ME, Arias AJ, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population based longitudinal study. BMJ Open Diabetes Research and Care 2015; 3:e000110. doi: 10.1136/bmjdr-2015-000110.

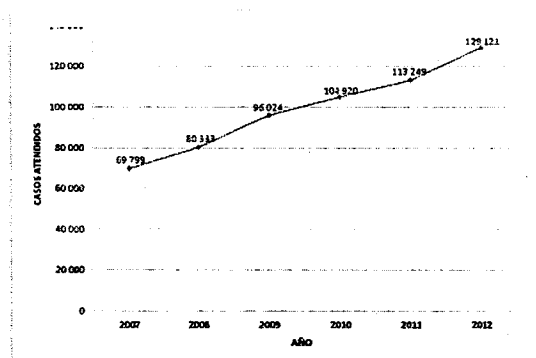
Diabetes Mellitus

29. Según ENDES 2016, la diabetes mellitus afecta a un 2,9% de la población de 15 años a más; siendo mayor al promedio nacional en los quintiles intermedio, cuarto y superior de mayores recursos; siendo mayor en mujeres 3.2% que en varones 2.7%.
30. En la actualidad no se han realizado estudios epidemiológicos de prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en población infantil en nuestro país; sin embargo, el hecho de tener a la cuarta parte de la población infantil con sobrepeso y obesidad, explicaría la presencia de casos de diabetes tipo 2 en niños y adolescentes, más aún si se asocia con acantosis nigricans, un componente clínico adicional de insulino resistencia.

Manrique-Hurtado y colaboradores¹⁵, en concordancia con la literatura y con el estudio SEARCH, demuestra que en la población infantil menor de 10 años existe un predominio de la Diabetes mellitus tipo 1, mientras que en mayores de 10 a 19 años hay una mayor incidencia de Diabetes Mellitus tipo 2 asociada a fenómenos de resistencia a insulina como la obesidad y la acantosis nigricans¹⁶.

Los datos obtenidos del HIS del Ministerio de Salud, señalan que las atenciones por diabetes mellitus a través de la consulta externa en los establecimientos de salud del MINSA se ha incrementado progresivamente entre los años 2007 al 2014, pasando de 69,799 atenciones en el 2007 a un 166,060 en el 2014. (Gráfico No. 9).

Gráfico No. 9
Atenciones por diabetes mellitus en consulta externa. Perú 2007- 2012



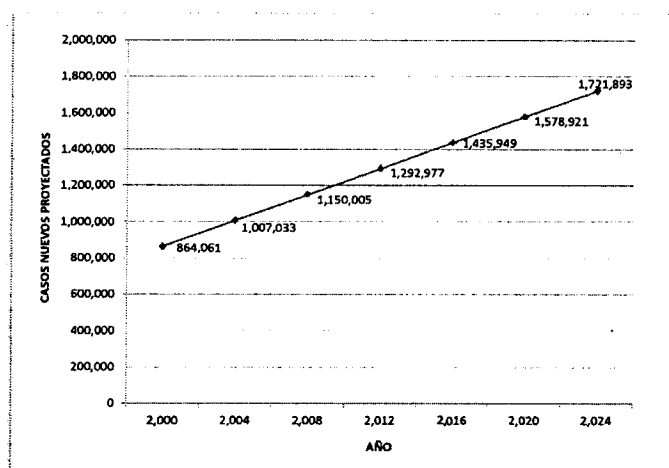
Fuente: HIS-MINSA; 2007-2011.

31. Por otro lado, en el informe sobre el Impacto Potencial del Tratado de Libre Comercio en Acceso a Medicamentos, se determinaron las proyecciones de casos nuevos de diabetes hasta el 2024 estimándose que los casos nuevos se duplicarían, alcanzando una cifra alarmante de 1'721,823 casos nuevos de diabetes a nivel nacional. (Gráfico No. 10).

¹⁵ Manrique-Hurtado H, Aro-Guardia P, Pinto-Valdivia M. Diabetes tipo 2 en niños. Serie de casos. Rev Med Hered. 2015; 26.

¹⁶ Rewers A, Klingensmith G, Davis C, et al. Presence of diabetic ketoacidosis at diagnosis of diabetes mellitus in youth: the SEARCH for Diabetes in Youth Study. Pediatrics. 2008; 121:1258-66.

Gráfico No. 10
Proyecciones de casos de nuevos por diabetes mellitus. Perú 2000 - 2014



Fuente: Ministerio de Salud. Impacto Potencial del TLC en acceso a medicamentos. Informe Final. Lima: MINSA; 2005.

Estimación de mortalidad por Enfermedades no Transmisibles en Perú

32. El número de muertes por enfermedades no transmisibles en nuestro país se incrementó en alrededor del 50% en los últimos 15 años, principalmente debido a la diabetes y sus complicaciones. (Tabla No. 3).

Tabla No. 3
Muertes estimada (miles)-Perú

Muertes estimada (miles)-Perú	Años			
	2000	2005	2010	2015
Enfermedades no transmisibles				
Diabetes	2.9	3.3	4.5	4.9
Enfermedad cardiaca hipertensiva	0.4	0.4	0.5	0.5
Enfermedad cardiaca isquémica	12.6	17.7	19.1	19.4
Enfermedad renal crónica debido a diabetes	1.6	1.6	2.1	2.2

Fuente: Source for population by age and sex: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Population Prospects: The 2015 Revision. <https://esa.un.org/unpd/wpp/>

FACTORES ASOCIADOS AL PROBLEMA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL PAÍS

33. El aumento a nivel mundial y nacional del sobrepeso y la obesidad es atribuible a varios factores, que incluye el cambio dietético mundial hacia un aumento de la ingesta de alimentos procesados y ultra procesados ricos en calorías, pobres en nutrientes y con alto contenido de grasas, azúcar o sal; por ello, publicaciones relevantes de la Organización Mundial de la Salud, la Organización para la Alimentación y la Agricultura y el World Cancer Research Fund concuerdan en que los factores más importantes que promueven el aumento de peso y la obesidad, así como las enfermedades no transmisibles, son:

- a) El consumo elevado de productos de bajo valor nutricional y contenido alto de azúcar, grasa y sal (denominados en este documento como productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional), como los “snacks” y la comida rápida salados o azucarados
- b) La ingesta habitual de bebidas azucaradas y
- c) La actividad física insuficiente¹⁷.

34. Asimismo, muchos niños crecen actualmente en un entorno obesogénico que favorece el aumento de peso y la obesidad. El desequilibrio energético se debe a los cambios en el tipo de alimentos y en su disponibilidad, asequibilidad y comercialización, así como al descenso en la actividad física, pues se ha incrementado el tiempo dedicado a actividades de recreo sedentarias.

COMPORTAMIENTOS ASOCIADOS AL PROBLEMA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL PAÍS

35. Los comportamientos relacionados a la alimentación y actividad física de acuerdo a la Encuesta Global de Salud Escolar en Perú realizado en el 2010 de los estudiantes de 13 a 15 años reflejan lo siguiente¹⁸:

- El 54% de los estudiantes encuestados consumió bebidas gaseosas por lo menos una o más veces al día y el 10.7% refirió consumir comida rápida entre 3 o más días a la semana.
- Sólo el 8.9% de los estudiantes de 13 a 15 años consumió verduras y hortalizas 3 o más veces al día, el 31.7% refirió haber consumido frutas dos o más veces al día.
- Sólo 2 de cada 10 estudiantes tiene actividad física cinco días o más durante la semana.
- El 28.6% pasó tres o más horas al día realizando actividades sedentarias viendo TV, jugando en la PC o en internet.

36. Consumo de refrigerios escolares en las instituciones educativas del nivel primario¹⁹:

- Sólo el 5.4 % de escolares lleva un refrigerio saludable (combinación de bebida saludable, fruta y complemento saludable). El 40 % de escolares del nivel primaria de escuelas públicas y privadas no lleva ni adquiere refrigerio escolar (lonchera escolar).

37. Consumo de productos ultraprocesados y de comida rápida²⁰:

- En cuanto a la venta de productos ultraprocesados, las tasas más rápidas de crecimiento en las ventas de productos ultraprocesados en América Latina se registró en el Perú (107%), Bolivia (129,8%) y Uruguay (146,4%). Estimándose un aumento en 43,7% entre el 2000 y el 2013, con diferencias importantes entre las regiones.

¹⁷ Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, DC: OPS, 2014.

¹⁸ Ministerio de Salud (2011). Encuesta Global de Salud Escolar. Resultados Perú 2010.

¹⁹ INS/CENAN (2013). Informe técnico Lonchera escolar en escolares de nivel primario

²⁰ Organización Panamericana de la Salud (2015). Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas.

- En cuanto a la tendencia en el consumo de comida rápida en los países latinoamericanos, el número per cápita de compras de comida rápida aumentó 38,9% durante los años 2000 y 2013, evidenciándose que el crecimiento más rápido se observó en Perú (265%) y en Bolivia (275%).
38. Tendencia de consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o verduras al día en población mayor de 15 años²¹
- El consumo de cinco porciones de frutas o verduras aumentó 2.5 puntos porcentuales entre los años 2013 y 2014 (de 8.3% a 10.8% respectivamente), sin embargo, para el año 2015 la cifra descendió a 9.3%.
 - Según área de residencia, en el año 2015 la población de 15 años a más que consumió cinco porciones de frutas o verduras al día, en el área urbana, duplicó a lo observado en el área rural (11.7% y 4.8% respectivamente), es importante mencionar que en el área urbana el consumo aumentó de 10.5% a 11.7% entre el 2013 y 2015. En el área rural el consumo de cinco frutas o verduras aumentó significativamente de 1.8% a 4.8%.
39. Publicidad de alimentos dirigidos a niños²²
- El 66% de alimentos que se publicitan en la televisión peruana son alimentos ultraprocesados denominados “comida chatarra”.

II. SUSTENTO NORMATIVO

MANDATOS INTERNACIONALES

40. *La Convención sobre los Derechos del Niño*, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989, en el artículo 3 señala que “En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño” Asimismo, el artículo 24, párrafo 1 establece que “Los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”.
41. El Comité de Derechos del Niño sobre las provisiones y principios de la Convención sobre los Derechos del Niño desarrolla las **Observaciones Generales**. Las Observaciones Generales N°15 y N° 16²³ del mencionado Comité, se refieren a los productos con grasas trans y alto contenido en azúcar, sal y aditivos, debido a su posible impacto nocivo en la salud de los niños en los numerales siguientes:
- **Numeral 19**, señala que la mercadotecnia dirigida a los niños de productos como cigarrillos y alcohol, así como de alimentos y bebidas con alto contenido en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcar, sal o aditivos puede tener un impacto a largo plazo sobre su salud.

²¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2013, 2014 y 2015.

²² CONCORTV. Análisis de la publicidad de alimentos no saludables en la televisión peruana. Lima;2011

²³ <https://www.unicef.org/ecuador/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>

- Numeral 47, señala que “los Estados también deberán hacer frente a la obesidad infantil, que se vincula con la hipertensión, indicios tempranos de enfermedades cardiovasculares, la resistencia a la insulina, efectos psicológicos, una mayor probabilidad de obesidad en la edad adulta y fallecimientos prematuros. Debe limitarse la exposición de los niños a la “comida rápida” de alto contenido de grasas, azúcar o sal, que es muy energética pero carece de suficientes micronutrientes, y a bebidas de alto contenido en cafeína u otras sustancias de posibles efectos nocivos. Debe controlarse la comercialización de estas sustancias, especialmente cuando sus destinatarios son niños, así como su disponibilidad en las escuelas y otros lugares”.

42. El Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia, dispuesto en el 53º Consejo Directivo de la OPS y la 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS; señala que los países pongan en marcha intervenciones integrales de salud pública que detengan el avance de la epidemia de obesidad en la niñez y la adolescencia, estableciendo cinco líneas de acción estratégicas, objetivos y metas al 2019; dos de las cuales se encuentran relacionadas con la presente propuesta de reglamento:

- Políticas fiscales y reglamentación de la publicidad, promoción y etiquetado de alimentos;
- Mejoramiento del entorno con respecto a la nutrición y la actividad física en los establecimientos escolares; referida a la promoción de un entorno alimentario saludable en las escuelas, ya que las pruebas científicas actuales muestran la eficacia de las intervenciones en las escuelas para cambiar los hábitos alimentarios y prevenir el sobrepeso y la obesidad, mediante un enfoque integral y compatible con la nutrición y las normas de inocuidad de los alimentos; el suministro de alimentos ricos en nutrientes que satisfagan las necesidades alimentarias de niños y adolescentes, la reglamentación de la publicidad y la venta de bebidas azucaradas y productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional en las escuelas, la incorporación de la actividad física en la rutina escolar diaria.

43. El Plan de Aplicación Integral Sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño establecido en la 65ª Asamblea Mundial de la Salud, establece 6 metas mundiales de nutrición al 2025, la meta mundial 4 está relacionada al Sobrepeso; la misma que señala que de aquí a 2025, los países deben lograr que no aumenten los niveles de sobrepeso en la niñez.

44. Esta meta supone que la prevalencia mundial del 6,7% (correspondiente a un intervalo de confianza del 95% (CI: 5,6-7,7) estimada para el año 2010 no debería llegar al 10,8% en 2025, con arreglo a las tendencias actuales;²⁴ y que el número de niños con sobrepeso menores de cinco años no debería pasar de 43 millones a aproximadamente 70 millones, tal y como podría preverse.

45. Informe de la Comisión para acabar con la Obesidad Infantil dispuesta en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud establece un conjunto de recomendaciones para

²⁴ Onis M, Bloessner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. American Journal of Clinical Nutrition, 2010, 92:1257–1264.

combatir la obesidad infantil y hace un llamamiento a todos los gobiernos. La recomendaciones aplicables son:

- **Recomendación 1:** Aplicar programas integrales que promuevan la ingesta de alimentos sanos y reduzcan la ingesta de alimentos malsanos y bebidas azucaradas entre niños y adolescentes
 - ✓ Garantizar la elaboración de información y directrices sobre nutrición adecuadas y adaptadas a contextos específicos, tanto para adultos como para niños, y su difusión por medios sencillos, comprensibles y accesibles para todos los grupos de la sociedad.
 - ✓ Aplicar el conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, con el objeto de reducir la exposición de los niños y los adolescentes a la promoción e influencia de los alimentos malsanos. La Comisión observa con preocupación que los Estados Miembros no prestan mucha atención a la Resolución WHA63.14 aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2010²⁵ y les pide que aborden la cuestión.
 - ✓ Elaborar perfiles de nutrientes para identificar los alimentos y bebidas malsanos.
 - ✓ Poner en marcha un etiquetado del frente del envase fácil de interpretar apoyado en la educación del público para que tanto los adultos como los niños tengan conocimientos básicos en materia de nutrición.
 - ✓ Exigir que en entornos como escuelas, centros de cuidados infantiles e instalaciones y eventos deportivos frecuentados por niños se creen ambientes de alimentación sana.

- **Recomendación 5.** Aplicar programas integrales que promuevan entornos escolares saludables, conocimientos básicos en materia de salud y nutrición y actividad física en niños y adolescentes en edad escolar, a través de:
 - ✓ Establecer normas para las comidas que se ofrecen en las escuelas, o para los alimentos y las bebidas que se venden en ellas, que cumplan las directrices sobre una nutrición sana.
 - ✓ Eliminar en entornos escolares el suministro o la venta de alimentos malsanos, como las bebidas azucaradas y los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.
 - ✓ Garantizar el acceso a agua potable en las escuelas y los centros deportivos.
 - ✓ Exigir que se incluyan actividades educativas sobre nutrición y salud en el plan de estudios básico de las escuelas.
 - ✓ Mejorar los conocimientos básicos y competencias de los progenitores y los cuidadores en materia de nutrición.
 - ✓ Ofrecer clases sobre preparación de alimentos a los niños, sus progenitores y cuidadores.
 - ✓ Incluir en el plan de estudios de las escuelas una educación física de calidad y ofrecer personal e instalaciones adecuadas y pertinentes a tal efecto.

²⁵ WHA63.14 sobre la Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños.

46. En noviembre de 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización para la Agricultura y la Alimentación de las Naciones Unidas (FAO) organizaron conjuntamente la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. En dicha conferencia, el Perú firmó la Declaración de Roma sobre la Nutrición²⁶ y el Marco de Acción²⁷, reconociendo mejorar la nutrición ofreciendo dietas saludables, equilibradas y diversificadas que satisfagan las necesidades nutricionales y que eviten el consumo excesivo de grasas saturadas, azúcares y sal o sodio y eliminen prácticamente por completo las grasas trans. Las recomendaciones aplicables al Reglamento son las siguientes:

- Recomendación 14: Fomentar la reducción gradual del consumo de grasas saturadas, azúcar, sal o sodio y grasas trans a través de los alimentos y las bebidas para prevenir una ingesta excesiva por parte de los consumidores y mejorar el contenido de nutrientes de los alimentos, según sea necesario.
- Recomendación 15: Estudiar instrumentos de regulación y de carácter voluntario - como políticas de comercialización, publicidad y etiquetado e incentivos o desincentivos económicos de conformidad con las reglas del Codex Alimentarius y de la Organización Mundial del Comercio (OMC)- para promover dietas saludables.
- Recomendación 19: Poner en práctica intervenciones de educación e información nutricional basadas en las directrices dietéticas nacionales y en políticas coherentes en materia de alimentación y dieta, mediante mejoras en los planes de estudio escolares y a través de la educación nutricional en los servicios sanitarios, agrícolas y de protección social, de intervenciones en el ámbito comunitario y del suministro de información en el punto de venta, incluido el etiquetado.
- Recomendación 40: Regular la comercialización de los alimentos y las bebidas no alcohólicas que va dirigida a los niños, de conformidad con las recomendaciones de la OMS.

47. El Plan Mundial de la OMS para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles 2013-2020, adoptado en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud mediante su Resolución WHA66.10, considera que la promoción de la alimentación sana es un factor protector de las ENT, y que es necesario que los países miembros establezcan normas y políticas a fin de propiciar la salud y el bienestar; en el que se fijen metas mundiales de aplicación voluntaria para, entre otras, la reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades no transmisibles en un 25%, reducción relativa de la ingesta poblacional media de sal o sodio en un 30% y detención del aumento de la diabetes y la obesidad^{28, 29}.

MANDATOS NACIONALES

48. La Constitución Política del Perú señala en su artículo 1 que "La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado", y en su artículo 2.1 señala que toda persona tiene derecho "A la vida,

²⁶ OMS (2014) Declaración de Roma sobre la Nutrición. Disponible: <http://www.fao.org/3/a-m1542s.pdf>.

²⁷ OMS (2014) Marco de Acción. Disponible: <http://www.fao.org/3/a-mm215s.pdf>.

²⁸ OMS (2013) Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.

²⁹ WHO (2013) Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020 – July

a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece". Aunque no existe un reconocimiento expreso del derecho a una alimentación adecuada, este derecho se encuentra contenido en el derecho a la vida. Junto con esto, el artículo 3 de la Constitución admite la posibilidad de derechos que no son reconocidos expresamente en su texto señalando que la "enumeración de los derechos establecidos en este capítulo no excluye los demás que la Constitución garantiza ni otros de naturaleza análoga o que se fundan en la dignidad del hombre...".

49. Asimismo el artículo 55 de la Constitución Política del Perú expresa que "Los tratados celebrados por el Estado forman parte del derecho nacional". Este artículo es de especial relevancia porque el Perú ha aprobado y ratificado diversos tratados atinentes al reconocimiento del derecho humano a la alimentación adecuada, y se encuentra incorporado, expresamente, en el Plan Nacional de Derechos Humanos³⁰
50. Décimo Quinta Política de Estado del Acuerdo Nacional, denominada Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, el país se compromete a establecer una política de seguridad alimentaria que permita la disponibilidad y el acceso de la población a alimentos inocuos, suficientes y de calidad, para garantizar una vida activa y saludable dentro de una concepción de desarrollo humano integral.
51. La Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que toda persona tiene derecho a recibir una alimentación sana y suficiente para cubrir sus necesidades biológicas, siendo la alimentación de las personas responsabilidad primaria de la familia. Asimismo, establece en su artículo 5 que toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la Autoridad de Salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada, salud mental, salud reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónico degenerativas, diagnóstico precoz de enfermedades y demás acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludable.
52. La Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes en el Perú, tiene por objetivo promover y proteger su derecho a la salud pública, el crecimiento y desarrollo adecuado de las personas a través de las acciones de educación, fortalecimiento y fomento de la actividad física, implementación de quioscos y comedores saludables en las instituciones de educación básica regular y la supervisión de la publicidad, la información y otras prácticas relacionadas con los alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños, niñas y adolescentes para reducir y eliminar las enfermedades vinculadas con el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles.
53. El artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala las funciones de rectoría del Ministerio de Salud: formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno. Asimismo, en su artículo 11 se establecen las funciones del

³⁰ Aprobado por Decreto Supremo N° 017-2005-JUS.

Despacho Viceministerial de Salud Pública: formular, proponer, implementar, ejecutar, evaluar y supervisar la política de salud pública, orientadas al mediano y largo plazo, así como las intervenciones de promoción y protección de la salud de la población, en conformidad con la política nacional de salud.

54. El Decreto Legislativo N° 1062, Ley de Inocuidad de los Alimentos, en el numeral 1.1 del artículo II de su Título Preliminar señala como uno de los principios que sustentan la política de inocuidad de los alimentos, el Principio de alimentación saludable y segura, señalando que las autoridades competentes, consumidores y agentes económicos involucrados en toda la cadena alimentaria, tienen el deber general de actuar respetando y promoviendo el derecho a una alimentación saludable y segura, en concordancia con los principios generales de Higiene de Alimentos del Codex Alimentarius. La inocuidad de los alimentos destinados al consumo humano es una función esencial de salud pública y, como tal, integra el contenido esencial del derecho constitucionalmente reconocido a la salud.
55. La Ley N° 30061, Ley que declara de interés nacional la atención integral de la salud de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y los incorpora como asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS).
56. El Decreto Supremo N° 026-87-SA, que aprueba el Reglamento de Funcionamiento Higiénico - Sanitario de Quioscos Escolares.
57. El Decreto Supremo N° 102-2012-PCM, que declara de interés nacional y de necesidad pública la seguridad alimentaria y nutricional de la población nacional y que crea la Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, que tiene entre sus funciones, el evaluar y recomendar las políticas en materia de seguridad alimentaria y nutricional, basado en los informes o planteamientos técnicos que proporcionen los sectores involucrados.
58. El Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP, que aprueba el "Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2012-2021" establece el Indicador 1: Prevalencia de sobrepeso en personas entre 15 y 19 años de edad en el Objetivo Estratégico N° 3: Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.
59. El Decreto Supremo N° 008-2015-MINAGRI, que aprueba el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015-2021, contempla el desarrollo de programas con objetivos nutricionales articulados y enfocados en población vulnerable y la implementación de políticas públicas de alimentación saludable en escuelas, que incluyan programas de educación alimentaria - nutricional.
60. Los "Lineamientos de Promoción de la Salud", aprobado con Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA tienen como objetivo brindar las referencias para la construcción colectiva de una cultura de salud; orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado en estilos de vida saludables y al logro de una población empoderada capaz de ejercer control sobre los determinantes de la salud.

61. El Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud aprobado con Resolución Ministerial N° 720 -2006/MINSA, en el Eje Temático de Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable, plantea el fomento de comportamientos y hábitos en alimentación y nutrición saludable que nos permitan llevar una vida sana y productiva.
62. La Resolución Ministerial N° 208-2011-MINSA, aprueba los Lineamientos de Gestión de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable, con el objetivo de contribuir a la mejora del estado nutricional de la población, a partir del desarrollo de intervenciones efectivas y articuladas en los diferentes niveles de gobierno en salud, para que éstos diseñen, implementen, evalúen las intervenciones efectivas articulando los recursos y responsabilidades de los diferentes sectores públicos y la sociedad civil.
63. La Resolución Ministerial N° 161-2015/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 063-MINSA/DGPS.V.01 para la Promoción de Quioscos y Comedores Escolares Saludables en las Instituciones Educativas.
64. La Guía para el Diseño, Administración, Funcionamiento, Conducción y Adjudicación de Quioscos en las Instituciones Educativas Públicas, aprobada con Resolución Ministerial N° 155-2008-ED; en el que se señala que las Instituciones Educativas Públicas son responsables de la implementación, las DRE y UGEL, son responsables de su difusión, supervisión y monitoreo y que el servicio de los quioscos comprende el proceso para la preparación y adquisición de alimentos con valor nutritivo y su expendio en condiciones higiénicas.
65. El Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio (Acuerdo OTC) reconoce el derecho de los Miembros de la OMC a aplicar medidas para alcanzar objetivos normativos legítimos, tales como la protección de la salud y la seguridad de las personas o la protección del medio ambiente³¹.

III. SUSTENTO CIENTÍFICO-TÉCNICO

66. 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. Muchos niños crecen actualmente en un entorno obesogénico que favorece el aumento de peso y la obesidad; por ello, es vital transformar ese entorno, implementando políticas que promuevan una alimentación saludable, con un enfoque en el que participen todas las instancias gubernamentales y en el que las políticas de todos los sectores tengan en cuenta sistemáticamente la salud.

La evidencia científica señala que:

67. Los azúcares agregados en la salud se asocian al aumento de peso^{32,33}. Además, el consumo de bebidas azucaradas se ha asociado con las enfermedades

³¹ Organización Mundial del Comercio. Numeral 2.2 del artículo 2 Acuerdo de Obstáculos Técnicos al Comercio.

³² Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *Am J Pub Health* 2007 Apr; 97(4):667-675.

³³ Morenga LT, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies [en línea]. *BMJ* 2013; 346:e7492.

cardiovasculares³⁴. El consumo de azúcar en los últimos 10 años está asociado al riesgo de tener diabetes: cada 25 Kcal /día de azúcar está asociado a un incremento de 2.8% de diabetes³⁵.

68. La probabilidad de que un niño y un adolescente con sobrepeso y obesidad, presente este problema en la vida adulta es del 80%. Se ha visto en un estudio longitudinal a nivel poblacional que han presentado enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus, que la mayoría de ellos tuvieron sobrepeso u obesidad en la niñez con un riesgo mayor a partir de los 5 años de edad³⁶.
69. La ingesta de gran cantidad de sodio se ha asociado con diversas ENT (como la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares o los accidentes cerebrovasculares), de modo que rebajar el consumo de sodio puede reducir la presión arterial y el riesgo de dichas ENT³⁷. Los últimos datos indican que en el mundo se consume mucho más sodio del necesario para la actividad fisiológica³⁸.
70. Las grasas saturadas se asocian con niveles altos de colesterol LDL o colesterol malo -potencialmente nocivo-, y la cantidad total de colesterol sérico. Algunas grasas saturadas también aumentan el riesgo de trombosis, produciendo derrame cerebral o infarto del miocardio³⁹.
71. Existen pruebas inequívocas de que la promoción de alimentos malsanos y bebidas azucaradas está relacionada con la obesidad infantil^{40,41}. Con frecuencia creciente la promoción de alimentos y bebidas con un elevado contenido de grasas y azúcar se dirige a los progenitores y los cuidadores, con el objetivo de llegar a los niños⁴².
72. Las políticas públicas basadas en la intervención de la población general como el etiquetado nutricional de semáforos y los impuestos sobre los alimentos no saludables, es muy probable que ofrezcan una excelente relación calidad-precio como medidas de prevención de la obesidad⁴³. Una política reguladora para eliminar los ácidos grasos trans en los alimentos procesados en Inglaterra, podría

³⁴ Fung TT, Malik V, Rexrode KM, et al. Sweetened beverage consumption and risk of coronary heart disease in women. *Am J Clin Nutr* 2009; 89(4):1037-1042.

³⁵ Sanjay Basu, MD, PhD, Martin McKee, MD, DSc, Gauden Galea, MD, and David Stuckler, PhD, MPH <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2012.300974>.

³⁶ Lindström J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, Uusitupa M, Tuomilehto J: Finnish Diabetes Prevention Study Group The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 2003;26:3230-3236

³⁷ Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG et al. Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *New England Journal of Medicine*, 2010, 362(7):590-599.

³⁸ Elliott P. Sodium intakes around the world. Background document prepared for the Forum and Technical meeting on Reducing Salt Intake in Populations (Paris 5-7 October 2006). Geneva, World Health Organization, 2007.

³⁹ M. N. Ballesteros-Vásquez, L. S. Valenzuela-Calvillo, E. Artalejo-Ochoa y A. E. Robles-Sardin. Ácidos grasos trans: un análisis del efecto de su consumo en la salud humana, regulación del contenido en alimentos y alternativas para disminuirlos.

⁴⁰ Hastings G, Stead M, McDermott L, Forsyth A, MacKintosh AM, Rayner M, et al. Review of research on the effects of food promotion to children – final report. Report to the Food Standards Agency. Glasgow: University of Strathclyde, Centre for Social Marketing, 2003.

⁴¹ McGinnis JM, Gootman JA, Kraak VI. Food marketing to children and youth. Threat or opportunity? Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academies Press; 2006.

⁴² Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinburn BA, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*. 2015; 385:2510-20.

⁴³ G Sacks, JL Veerman, M Moodie and B Swinburn. *International Journal of Obesity* (2011). 'Traffic-light' nutrition labelling and 'junk-food' tax: a modelled comparison of cost-effectiveness for obesity prevention.

prevenir o posponer 7200 muertes por enfermedad coronaria y reducir la mortalidad por enfermedad coronaria en alrededor de 3000 muertes⁴⁴. Los consumidores de alimentos entienden y valoran más a los logotipos que a la composición nutricional que figura en la etiqueta⁴⁵. Las etiquetas de advertencia en las bebidas azucaradas pueden aumentar la percepción de riesgo y disminuir la probabilidad de que los padres compren bebidas azucaradas para sus hijos en comparación con la ausencia de etiquetas de advertencia y las etiquetas que sólo mencionan calorías⁴⁶.

73. La política impuesta para reducir la ingesta de sal (reducción del contenido de sal en los alimentos procesados), se asocia a una disminución de su ingesta y por lo tanto, a una reducción de la incidencia y la carga económica por enfermedades coronarias, en una proyección del 2010 al 2020⁴⁷.

74. Una política reguladora para eliminar las grasas trans en los alimentos procesados en Inglaterra es más efectiva y equitativa, según en un estudio de costos utilidad y QALYs (calidad de años de vida) con proyección del 2015 al 2020 en Inglaterra, demostró que esta medida permite ahorrar 361 millones de euros (incluye costos sociales, costos para el estado y la industria, costos de asistencia sanitaria)⁴⁸.

75. La aplicación de límites legales (restricción del uso de grasas trans en el suministro de alimentos) evitarían la pérdida de 3,73 millones de DALYs (Años de vida ajustados por discapacidad) y ahorrar 51 mil millones de euros en comparación a la no acción de esta política. Asimismo, la implementación obligatoria del etiquetado de AGT también puede evitar la pérdida de 0.98 millones de DALYs. Esta estrategia implica, además la reducción de los costos públicos asociados a las enfermedades cardiovasculares, otros costos que no están asociados con ECV, como los costos públicos para los programas de inspección de alimentos⁴⁹.

IV. APROBACIÓN DEL PROYECTO DE REGLAMENTO DE LA LEY N° 30021

76. En este contexto, la aprobación del proyecto de Reglamento de la Ley N°30021 *Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes* establecerá disposiciones que promuevan la ingesta de alimentos sanos y reduzcan la ingesta de alimentos malsanos y bebidas azucaradas entre niños y adolescentes; tomando en consideración el sustento epidemiológico, el sustento científico y en concordancia con lo dispuesto en los mandatos internacionales y nacionales; y contribuirá en la reducción de la prevalencia de la obesidad y

⁴⁴ Kirk Allen, Jonathan Pearson-Stuttard, William Hooton, Peter Diggle, Simon Capewell, Martin O'Flaherty. BMJ 2015; 351:h4583. Potential of trans fats policies to reduce socioeconomic inequalities in mortality from coronary heart disease in England: cost effectiveness modelling study.

⁴⁵ Sanz-Valero J, Sebastián-Ponce MI, Wanden-Berghe C. Intervenciones para reducir el consumo de sal a través del etiquetado. Rev Panam Salud Publica. 2012; 31(4):332-7.

⁴⁶ Roberto C. Wong D. et al. The Influence of Sugar-Sweetened Beverage Health Warning Labels on Parents' Choices. PEDIATRICS Volume 137, number 2, February 2016: e 20153185.

⁴⁷ Collins M. Mason H. et al. An Economic Evaluation of Salt Reduction Policies to Reduce Coronary Heart Disease in England: A Policy Modeling Study. Value in Health. 2014.

⁴⁸ Ibidem 15

⁴⁹ Carlos Martín-Saborido, Theodora Mouratidou, Anastasia Livaniou, Sandra Caldeira, and Jan Wollgast. Am J Clin Nutr 2016; 104:1218 -26. Printed in USA. Public health economic evaluation of different european union-level policy options aimed at reducing population dietary trans-fat intake.

sobrepeso; así como en la reducción de la mortalidad por enfermedades no transmisibles en nuestro país.

77. El proyecto de Reglamento de la Ley N° 30021 *Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes* incluye disposiciones relacionadas a:

- La normatividad en alimentación saludable que incluye definiciones a conceptos utilizados en la propuesta normativa.
- Los Parámetros técnicos sobre los alimentos procesados referentes al contenido de sodio, azúcar, grasas saturadas y grasas trans.
- La Promoción de la educación nutricional y la alimentación saludable involucrando al Ministerio de Educación.
- La Promoción de quioscos, comedores y cafeterías escolares saludables involucrando al Ministerio de Educación.
- La Promoción del deporte y la actividad física involucrando al Ministerio de Educación.
- El Observatorio de Nutrición y de Estudio del Sobrepeso y la Obesidad.
- Regulación y vigilancia de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas procesadas promoviendo la vigilancia ciudadana.
- Las advertencias publicitarias de los alimentos procesados. Con esta medida se promueve que los consumidores estén informados sobre los alimentos procesados y sobre el contenido de sodio, azúcar, grasas saturadas y grasas trans que excedan los parámetros técnicos establecidos.

Reglamento Técnico

78. Al haberse determinado que las materias que abarca la regulación del Proyecto de Reglamento de la Ley N° 30021, lo constituye el Reglamento Técnico, de conformidad con lo previsto en el artículo 7 del Decreto Supremo N° 149-2005-EF, que dicta disposiciones reglamentarias al Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio en el ámbito de bienes y al Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios, en el ámbito de servicios de la OMC, se dispuso mediante Resolución Ministerial la publicación de la mencionada propuesta por noventa (90) días calendario, en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, de conformidad con lo dispuesto en el mencionado Decreto Supremo, a efecto de recibir las sugerencias y comentarios de las entidades públicas o privadas y de la ciudadanía en general.

79. La Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección de Promoción de la Salud en su condición de órgano técnico normativo del Ministerio de Salud fue la encargada de acopiar, sistematizar, valorar e incorporar las recomendaciones y observaciones que se formularon a la propuesta de Reglamento durante su pre publicación, acopiándose los aportes de instituciones públicas, privadas y de la ciudadanía en general.

V. ANALISIS COSTO BENEFICIO

80. La implementación y aplicación de la presente propuesta no generará gastos adicionales al Tesoro Público, más bien contribuirá a que los niños y los adolescentes adopten mejores hábitos alimenticios, lo cual repercutirá en la salud de la población y permitirá al Estado Peruano un ahorro considerable en el presupuesto destinado a la recuperación y rehabilitación de la salud de las

personas por enfermedades no transmisibles, como la obesidad, diabetes, hipertensión arterial, cáncer de mama y colon, entre otras.

La implementación de lo establecido en el presente Decreto Supremo se financia con cargo al presupuesto institucional de las entidades involucradas, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

VI. IMPACTO EN LA LEGISLACION

81. La presente propuesta reglamenta la Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes, con lo cual se fortalecerá nuestro marco legal en dicha materia, ya que contribuirá y respaldará las actuales políticas de salud que el gobierno viene impulsando como una forma de luchar contra la desnutrición crónica y las enfermedades no trasmisibles.