



La salud
es de todos

Minsalud

Análisis de impacto normativo sobre los alimentos infantiles empacados para niños menores de tres años

-
- **Equipo desarrollador:**
Mesa de trabajo Subdirección de Salud Nutricional,
Alimentos y Bebidas del Ministerio de Salud y Protección
Social y el Instituto Nacional de Vigilancia de
Medicamentos y Alimentos – INVIMA

Mayo - 2021



FERNANDO RUÍZ GOMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS ALEXANDER MOSCOSO OSORIO

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS

Director de Promoción y Prevención

ELISA MARÍA CADENA GAONA

Subdirectora de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas



Equipo desarrollador:

Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas del Ministerio de Salud y Protección Social

Andrea Constanza Borbón Guevara

Luis Carlos Garay Quintero

Claudia Patricia Moreno Barrera

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

Alba Rocío Jiménez

Gustavo Adolfo Fula

Claudia Fernanda Calderón

María Paulina González

Johana Arabella Molano

Claudia Esperanza Monroy



Contenido

1.	Introducción.....	6
2.	Estado de la promoción y regulación sobre alimentos infantiles en el contexto internacional y nacional ..	7
2.1.	Contexto Internacional	7
2.2.	Contexto Nacional	11
3.	Árbol de problemas	13
3.1	Descripción del Problema.....	14
3.2	Identificación de las causas.....	19
3.3.	Identificación de las consecuencias	36
4.	Bibliografía	46



Lista de tablas

Tabla 1. Consolidado de respuestas sobre alimentación infantil.....	26
Tabla 2. Comparación de edades normas nacionales.....	28

Lista de gráficas o ilustraciones

Graficas o Ilustraciones 1. Línea de tiempo monitoreo al Código- Colombia	8
Graficas o Ilustraciones 2: Árbol de problemas	13
Graficas o Ilustraciones 3. Porcentaje de niños que reciben lactancia materna exclusiva en Colombia	15
Graficas o Ilustraciones 4. Tipos de alimentos que recibieron en 24 horas niños y niñas amamantados y no Amamantados entre 0-6 meses de edad	16
Graficas o Ilustraciones 5. Tipos de alimentos que recibieron en 24 horas niños y niñas amamantados y no amamantados de 6-9 meses de edad	17
Graficas o Ilustraciones 6. ¿Hasta qué edad deben considerarse los niños lactantes?	29
Graficas o Ilustraciones 7. ¿Hasta qué edad se considera la alimentación complementaria?	30
Graficas o Ilustraciones 8. Ejemplo de productos relacionados	31
Graficas o Ilustraciones 9. Línea de tiempo normatividad de alimentos infantiles	33
Graficas o Ilustraciones 10. ¿Es necesario actualizar la regulación de alimentos infantiles?	33
Graficas o Ilustraciones 11. Acciones de IVC	35
Graficas o Ilustraciones 12 . Prevalencia de niños menores de 5 años que no crecen bien por retraso en el crecimiento, la emaciación o el sobrepeso pro subregión de UNICEF, 2018.	38
Graficas o Ilustraciones 13. Porcentaje del exceso de peso 2005 – 2015 en menores de 5 años en Colombia	39
Graficas o Ilustraciones 14. Riesgos principales que explican tendencia de muerte y discapacidad.	43

Lista de Siglas

OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
FAO:	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
CICSLM:	Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna
AMS:	Asamblea Mundial de la Salud
AIN:	Análisis de Impacto Normativo
INVIMA:	Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos
IBFAN:	Red Internacional de Grupos pro alimentación infantil
GABA:	Guías Alimentarias Basadas en Alimentos
ENSIN:	Encuesta Nacional de Situación Nutricional
RIEN:	Recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes
IVC:	Inspección, vigilancia y control
PQRS:	Peticiones, quejas, reclamos y solicitudes



1. Introducción

Un alimento infantil, es un “*producto higienizado, adaptado a las características fisiológicas y requerimientos nutricionales del niño lactante y niño de corta edad, obtenido mediante un proceso tecnológico apropiado, que permite elaborar una mezcla homogénea del alimento y otros ingredientes alimenticios de origen animal o vegetal, aptos para la alimentación infantil*”.¹ En otras palabras, son productos industrializados que están dirigidos a niños menores de 3 años y como tal requieren cumplir requisitos tecnológicos y de comercialización que se estipulan por medio de la regulación.

Desde el ámbito internacional, se dispone de resoluciones, lineamientos y recomendaciones que buscan dar línea técnica sobre aspectos relacionados con la alimentación del lactante y el niño pequeño, así como con la producción y comercialización para guiar a los países, teniendo como prioridad la salud de los niños y las niñas. En Colombia, se cuenta también con instrumentos técnicos como las Guías Alimentarias basadas en Alimentos para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años y con documentos normativos, que van dirigidos a este tipo de productos. Por un lado, está la Resolución 11488 de 1984, “Por la cual se dictan normas en lo referente a procesamiento, composición, requisitos y comercialización de los alimentos infantiles, de los alimentos o bebidas enriquecidos y de los alimentos o bebidas de uso dietético” y por otra parte se encuentra el Decreto 1397 de 1992, “Por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones.”

Sin embargo, las normas nacionales son antiguas y no están acordes a los procesos de actualización técnica de la industria de alimentos ni tampoco a las estrategias de comercialización y mercadeo usadas actualmente para la promoción de los productos dirigidos a este grupo de población. Acorde a lo anterior, y con el objeto de abordar el tema de los alimentos empacados para menores de tres años y su procesamiento, composición, requisitos técnicos y comercialización, se inicia un proceso metodológico denominado Análisis de Impacto Normativo – AIN el cual busca encontrar la mejor alternativa que permita contribuir de manera efectiva en el mejoramiento de la situación nutricional de población infantil.

Para ello, la Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas del Ministerio de Salud y Protección Social, presenta este documento, el cual incluye la primera fase del proceso de Análisis de Impacto Normativo – AIN, en concordancia con lo establecido el decreto 1595 de 2015 sobre desarrollo de la metodología AIN por parte de las entidades regulatorias, incluyendo el establecimiento de un marco internacional y nacional, la determinación del árbol de problemas y su correspondiente descripción.

¹ Ministerio de Salud y Protección Social. (1984) Resolución 11488, *Por la cual se dictan normas en lo referente a procesamiento, composición, requisitos y comercialización de los alimentos infantiles, de los alimentos o bebidas enriquecidos y de los alimentos o bebidas de uso dietético*. Bogotá.



2. Estado de la promoción y regulación sobre alimentos infantiles en el contexto internacional y nacional

2.1. Contexto Internacional

A nivel internacional, la promoción de alimentación saludable para menores de tres años la alimentos infantiles tiene como marco la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño pequeño y con relación a las directrices técnicas relacionadas con procesamiento y comercialización, se cuenta con estos dos documentos: el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna junto con las resoluciones que lo actualizan y los lineamientos técnicos del Codex Alimentarios sobre preparados para lactantes, envasados, productos cereales y complementarios (Codex Stan 72, 73, 74 y 156).

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño²⁵, fue emitida por la OMS en el año 2003 y en 2010 fue reactivada, por medio de las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud. Su objetivo se ha basado en la sensibilización internacional de algunos de los problemas que afectan la alimentación del menor de 3 años, como por ejemplo las prácticas inadecuadas de alimentación durante los primeros tres años de vida derivados de una lactancia materna exclusiva baja, una alimentación complementaria introducida muy rápido o muy tarde y el ofrecimiento de alimentos nutricionalmente inadecuados o insalubres. De igual manera el documento busca divulgar la promoción de estrategias efectivas para el mejoramiento de la salud de los niños pequeños. En este sentido establece responsabilidades de los diferentes actores y brinda recomendaciones para contribuir a garantizar la seguridad alimentaria a los niños mediante el inicio oportuno de la lactancia materna, la exclusividad de la misma hasta los seis meses y su continuación con alimentación casera, natural y variada hasta los dos años y más. En nuestro país, las recomendaciones de la estrategia han sido tenidas en cuenta en la planeación de los planes decenales de lactancia materna y su aplicación es seguida mediante el diligenciamiento de formularios de seguimiento de la OMS.

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (CICSLM), es un documento elaborado y publicado en 1981 por la Organización Mundial de la Salud - OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef, en el marco de una Asamblea Mundial de la Salud. Es considerado como una recomendación a los gobiernos o requisito mínimo de las naciones para ser utilizada con el fin proteger y fomentar la lactancia materna mediante la restricción de las prácticas de comercialización utilizadas para promover productos para la alimentación artificial, así como para proteger a los bebés que son alimentados artificialmente al exigir que las etiquetas lleven las advertencias e instrucciones necesarias para su preparación y usos seguros como estrategia para contribuir al mejoramiento de la práctica de la lactancia materna.²

² Organización Panamericana de la Salud. *Guía para los agentes de la salud sobre el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. 11ª edición. 2010. Malasia.

La Asamblea Mundial de la Salud, desde 1982 ha emitido documentos que aclaran el Código y lo actualizan respecto a las tendencias de comercialización de los productos y acorde a la evidencia científica. En el año 2016, la Resolución No. 069/7 sobre Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño recomienda que *“los alimentos para lactantes y niños pequeños que no sean productos que funcionen como sucedáneos de la leche materna solo se deberían promover si cumplen todas las normas nacionales, regionales y mundiales pertinentes relativas a su composición, seguridad, calidad y nivel de nutrientes y se ajustan a las directrices dietéticas nacionales. Deberían elaborarse perfiles modelo de nutrientes para orientar las decisiones sobre los alimentos cuya promoción no es apropiada. Asimismo, debería actualizarse las normas del Codex y las directrices pertinentes y elaborarse nuevas directrices acordes con las orientaciones de la OMS para asegurarse de que los productos sean apropiados para los lactantes y los niños pequeños, prestando especial atención a que se evite la adición de azúcares libres y sal”*.³

En Colombia, desde el año 1993, la Red Mundial de Grupos pro alimentación infantil- IBFAN Colombia, con el apoyo del Ministerio de Salud y UNICEF, ha realizado tres monitoreos al Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna: 1993, 1997 y 2000. En el año 2014, el Ministerio de Salud realizó el último monitoreo en 16 ciudades del país y en todos ha sido común encontrar incumplimientos frente a la prohibición de donaciones de fórmulas infantiles en las instituciones de Salud y regalos de las compañías entregados a las madres por los trabajadores de la salud, así como también entrega de incentivos materiales al personal de salud y mecanismos de publicidad en los diferentes medios. Al finalizar los monitoreos la recomendación general ha sido la necesidad de actualizar la normatividad nacional⁴.

Graficas o Ilustraciones 1. Línea de tiempo monitoreo al Código- Colombia



Fuente: Elaboración propia

En el mismo sentido, a nivel mundial, se cuenta con el Codex Alimentarius de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuales, “son una colección de normas alimentarias, códigos de prácticas y directrices internacionales destinados a proteger la salud de los consumidores y garantizar prácticas equitativas en el comercio de alimentos con el objeto de proteger la salud de los consumidores y asegurar

³ Organización Mundial de la Salud. *Nutrición de la Madre, el lactante y el niño pequeño*. 69ª Asamblea Mundial de la Salud, 2016. Washington.

⁴ Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. *Avances y retos de la lactancia materna. Colombia 1970 a 2013. Un recorrido sobre 40 años de experiencias en la aplicación de políticas públicas*. Washington, D. C, 2013.



prácticas equitativas en el comercio de los alimentos”⁵. Los documentos generados por el Codex son recomendaciones, es decir no son de obligatorio cumplimiento, por lo cual los países deben adoptar medidas jurídicas nacionales para incorporar las orientaciones Codex a su legislación.

Específicamente con relación a la regulación de alimentos infantiles, en el marco del Codex Alimentarios, se cuenta con textos enfocados a los alimentos para lactantes y niños pequeños que se encarga del estudio de los aspectos nutricionales de los alimentos y del etiquetado bajo el Comité del Codex sobre Nutrición y Alimentos para Regímenes Especiales. En estos documentos se guía a los países sobre definición de productos, características nutricionales y requisitos técnicos específicos.

El país aporta técnicamente a la revisión de los documentos Codex mediante el envío de observaciones a las cartas circulares revisadas en las mesas de trabajo del Subcomité de Nutrición y Alimentos para Regímenes Especiales. Dichos espacios técnicos están conformados por los diferentes actores que tienen relación con los alimentos infantiles, como son: academia, INVIMA, Industria de Alimentos, Asociaciones de la industria y el comercio, asociaciones científicas, representantes de la sociedad civil, IBFAN, Ministerio de Comercio, Ministerio de Salud y Protección Social, entre otros.

Situación de la promoción y la regulación de alimentos en otros países

Con el objeto de conocer la estructura de la regulación de los alimentos en países de la región de las Américas y el continente europeo, se realizó búsqueda del marco normativo que rige a los siguientes países:

Chile

Las condiciones sanitarias relacionadas con producción, importación, elaboración, envase, almacenamiento, distribución, y venta de alimentos para uso humano, incluyendo menores de edad, están contempladas en el Decreto Supremo No. 977 1997, el cual fue modificado por el Decreto 13 de 2015 y por el Decreto 75 de 1997, así como también se contemplan restricciones de publicidad y donaciones a los alimentos que contengan energía, sodio, azúcares o grasa saturada en cantidades superiores a las limitadas en el documento. Considera lactantes a los menores de 12 meses y niño pequeño a los menores de 36 meses.

Por otra parte, este país tiene la Ley 20.606 de 2012 donde figuran como menores de edad los niños menores de 14 años e incluye lineamientos de etiquetado para declarar los ingredientes utilizados, aditivos y su información nutricional, incluyendo el etiquetado de los sucedáneos de la leche materna y la publicidad de los mismos.

Finalmente, el país cuenta con la Ley No 20,869 de 2015 sobre Publicidad de los Alimentos, Composición Nutricional de los Alimentos, Consumo de Alimentos, Alimentos, Menores de Edad incluyendo sucedáneos de la leche materna. (Se entiende por sucedáneos de leche materna las "fórmulas de inicio" y "fórmulas de continuación" hasta los doce meses de edad).

México:

⁵ Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. *Codex Alimentarius*. 2018. 5ª Edición. Ginebra, Suiza.



Este país tiene la Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-1995, sobre Bienes, servicios, alimentos para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales de 1997. Establece las especificaciones sanitarias y nutrimentales que deben cumplir las fórmulas para lactantes y fórmulas de continuación, los alimentos envasados para lactantes y niños de corta edad y los alimentos a base de cereales para lactantes y niños de corta edad (menores de 48 meses, es decir, niños por debajo de los 4 años). Aparte, tiene el Decreto 384 Ley para la protección, apoyo y promoción a la lactancia materna del estado de México de 2014, donde considera importante el fomento de la lactancia, pero también las especificaciones para la publicidad de estos alimentos y la información sobre la preparación de los alimentos de fórmula.

Brasil

Cuenta con varios reglamentos técnicos o resoluciones como lo son: Ley 11.265 de 2006, que regula la comercialización de alimentos para lactantes y niños de corta edad, y fomenta la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad y su continuación parcial después de la introducción de otros alimentos, de hasta dos años de edad. También la Resolución RDC 24, 2010 de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), que regula y controla la publicidad y otras prácticas relacionadas de alimentos con altas cantidades de azúcar, grasas saturadas, grasas trans, sodio y bebidas con baja nutrición. En estos documentos se define lactantes hasta los 12 meses y niño pequeño a los menores de 3 años.

Canadá

La normatividad relacionada con regulación de alimentos está unificada en un documento denominado "Regulación de Alimentos y Medicamentos, 1978, actualizada cada año. Dentro del texto se establecen requisitos para alimentos para lactantes y preparados para lactantes y leche materna, así como recomendaciones para la nutrición adecuada de los lactantes hasta los 24 meses. Considera lactantes a menores de 12 meses y las recomendaciones están dirigidas a niños menores de 2 años.

Con respecto al CICSML, el cual Canadá es signatario, la regulación describe los principios de etiquetado que promueven una información clara con respecto al uso apropiado de una fórmula infantil al tiempo que promueve la lactancia materna.

Unión Europea:

Cuenta con la Directiva 141 de 2006 de la Comisión de las Comunidades Europeas que establece requisitos de composición y etiquetado de los preparados para lactantes y los preparados de continuación destinados a los niños sanos de la Comunidad Europea. De igual manera tienen la Directiva 125 de 2006 de la Comisión de las Comunidades Europeas la cual regula productos alimenticios dirigidos a una alimentación especial de lactantes y niños pequeños. Este documento considera requisitos técnicos relacionados con composición, sustancias permitidas, plaguicidas y requisitos de etiquetado.

En el año 2008 y 2013 se han realizado modificaciones técnicas a los anteriores documentos, en especial a lo relacionado con las definiciones de lactante, estableciendo como tal a los menores de 12 meses y como niños pequeños a los menores de 3 años.



2.2. Contexto Nacional

En Colombia, las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas para menores de 2 años para Colombia - 2018, son el documento y herramienta técnica oficial para la promoción de la alimentación saludable, necesario para contribuir a reducir el bajo porcentaje de la práctica de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (36 % acorde a los resultados ENSIN 2015) y los problemas alimentarios relacionados con el inadecuado consumo de alimentos en menores de tres años, como lo son, el inicio temprano o tardío de alimentos complementarios o el uso de alimentos empacados con alto aporte de azúcar, sal o grasas, no aptos para esta población.¹⁸

De igual manera, se cuenta con la Resolución 11488 de 1984 por la cual se dictan normas en lo referente a procesamiento, composición, requisitos y comercialización de los alimentos infantiles y de otros alimentos⁶. Este documento incluye todos los alimentos que procesen envasen, comercialicen, importen o consuman en el territorio nacional y que sean dirigidos para niños menores de 3 años. Los productos incluidos son: alimentos para niños lactantes y niños de corta edad, colados y compotas envasadas y alimentos elaborados a base de cereales y/o farináceos y para ellos establece definiciones, requisitos nutricionales y técnicos como aditivos, aspectos microbiológicos y rótulos. Esta resolución es utilizada por el INVIMA para realizar el trámite de registros sanitarios, así como para renovaciones, autorizaciones o modificaciones de los mismos. También es el marco para la revisión de la composición de los alimentos para menores de 3 años y para la exploración de las etiquetas. Desde el instituto se brinda capacitación técnica a los equipos de profesionales de las entidades territoriales de salud sobre esta resolución y se da respuesta a las consultas PQRS y solicitudes relacionadas con los requisitos técnicos de los productos empacados para los niños pequeños.

El país también cuenta con el Decreto 1397 de 1992, norma nacional “*para promover la lactancia materna y regular la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y alimentos complementarios*”, el cual aplica a productores, distribuidores y comercializadores de los productos nombrados, así como al personal de salud que dirijan presten servicios de salud.⁷ Este documento incluye artículos relacionados con el contenido del material informativo, de divulgación y educativo sobre alimentación de los niños menores de dos años, así como prohibiciones relacionadas con publicidad y promoción de los productos, especificaciones con respecto a los rótulos o etiquetas de envases y empaques tanto de fórmulas como de alimentos complementarios y finalmente estipula que las infracciones del decreto serán sancionadas acorde a la Ley 9 de 1979, acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) que corresponden al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA.

⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 11488 de 1984, *Por el cual se dictan normas en lo referente a procesamiento, composición, requisitos y comercialización de los alimentos infantiles, de los alimentos o bebidas enriquecidos y de los alimentos o bebidas de uso dietético*. Bogotá.

⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1397 de 1992, *Por el cual se promueve la lactancia materna y regular la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y alimentos complementarios*. 1992. Bogotá.

Desde el instituto, se brinda a las entidades territoriales de salud línea técnica sobre las acciones de IVC, se atienden los PQRS relacionados, las consultas y se realizan capacitaciones sobre el decreto en mención. Además, se hace revisión de la publicidad posterior, es decir después de que sale a medios de comunicación y también se evalúa y da concepto frente a las solicitudes de autorización de etiquetas relacionadas con los alimentos para menores de 2 años.

Este decreto ha sido socializado principalmente por el Ministerio de Salud y Protección Social y por algunas entidades territoriales, con el objeto de promover su cumplimiento tanto a nivel de la academia, como en el sector salud. En los lineamientos de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia actualizados en el 2016, en los manuales del Curso de Consejería en Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño, en las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos – GABA y en diferentes documentos de política pública para la promoción de la lactancia materna, el Decreto 1397 ha sido contextualizado promoviendo su conocimiento para prevenir su incumplimiento, a nivel de los diferentes actores: Distribuidores, comercializadores, personal de salud, comunidad y familias.

Con el objeto de establecer de manera clara el problema alrededor de la promoción de la alimentación saludable y regulación de alimentos dirigidos a menores de tres años en Colombia, se realizó una revisión bibliográfica explorando documentos y evidencia científica tanto nacional como internacional, encontrando información en documentos de la Organización Mundial de la Salud y en lineamientos y guías colombianas. Así mismo, en el mes de julio de 2020 se realizó un sondeo a 74 personas, mediante un formato Google, enviado a los diferentes actores relacionados con alimentación infantil como la academia, asociaciones de la industria, profesionales de la salud, sociedad civil, INVIMA, entre otros, donde se indagó sobre distintos aspectos relacionados con los alimentos infantiles en el país.

A continuación, en la gráfica 2, se presenta el árbol de problemas establecido en el marco de la mesa de trabajo INVIMA – Ministerio de Salud, y la descripción del problema principal derivado de unos causales y las consecuencias a que conlleva.

Graficas o Ilustraciones 2: Árbol de problemas

3. Árbol de problemas.

Baja productividad de las personas y altos costos en salud

Aporta al incremento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles y en carga de enfermedad

Aumento de la malnutrición por déficit o por exceso en menores de 3 años

Desincentivación y disminución lactancia materna

Alto consumo de productos envasados o empacados en niños menores de tres años en comparación a las recomendaciones dadas en las GABAS.

Asimetría de la información en las familias sobre nutrición infantil y rotulado de productos envasados o empacados

Actividades de mercadeo, comercialización y publicidad de alimentos para menores de tres años inadecuadas

Desinformación de los profesionales de la salud sobre nutrición infantil y sobre normatividad relacionada con comercialización de alimentos infantiles

Asimetría de las normas relacionadas con alimentos envasados o empacados para menores de tres años

Desactualización de las normas relacionadas con alimentos envasados o empacados para menores de tres años



3.1 Descripción del Problema

De acuerdo a la Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y el niño pequeño ²⁵, los lactantes son particularmente vulnerables durante el periodo de transición en el que comienza la alimentación complementaria. Por lo tanto, para asegurarse de que se satisfacen sus necesidades nutricionales, los alimentos complementarios tienen que cumplir los requisitos siguientes:

- Han de ser oportunos, es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva y frecuente;
- Han de ser adecuados, es decir, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento;
- Han de ser inocuos, es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias y utilizando utensilios limpios, y no biberones y tetinas;
- Han de darse de forma adecuada, es decir, se deben dar atendiendo a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el método de alimentación (alentar activamente al niño a que, incluso cuando está enfermo, consuma alimentos suficientes utilizando los dedos, una cuchara o alimentándose por sí mismo) deben ser adecuados para su edad.

No obstante, este documento, expuso que tan sólo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida; la alimentación complementaria suele comenzar demasiado pronto o demasiado tarde, y con frecuencia los alimentos son nutricionalmente inadecuados e insalubres. Los niños malnutridos que sobreviven caen enfermos más a menudo y sufren durante toda su vida las consecuencias del retraso de su desarrollo. El aumento de la incidencia del sobrepeso y la obesidad entre los niños es también motivo de gran preocupación. Puesto que las prácticas inadecuadas de alimentación constituyen una gran amenaza para el desarrollo social y económico, son uno de los obstáculos más graves a los que se enfrenta este grupo de edad para alcanzar y mantener la salud.

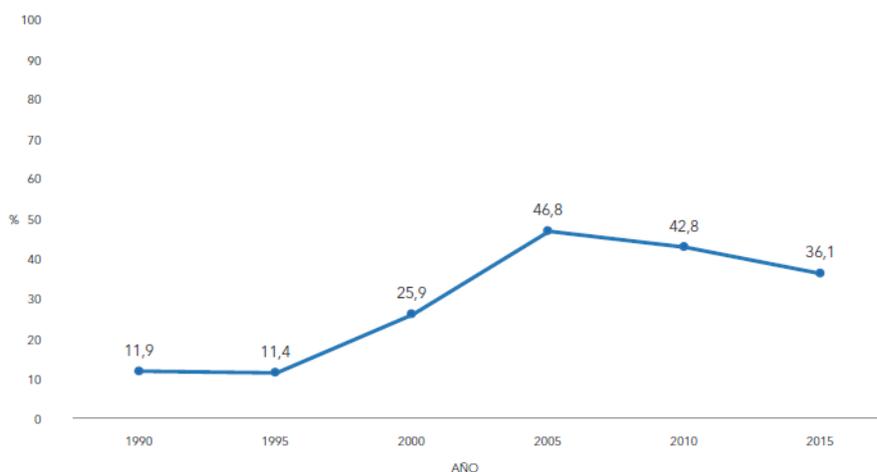
Las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas para menores de 2 años para Colombia y la Organización Mundial de la Salud - OMS, recomiendan tanto la alimentación de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva como la continuidad del amamantamiento después de los seis meses **ofreciendo alimentos variados, frescos y naturales, preparados en el hogar**, sin embargo, la encuesta ENSIN 2015²⁴ muestra como cada vez más niños son alimentados con productos envasados:

- Al nacimiento, los bebés deberían iniciar durante la primera hora de vida, el amamantamiento, con el objetivo principal de obtener todos los beneficios del calostro, así como para incrementar la producción de la leche materna. Sin embargo, en Colombia, solo el 72.7% de las mujeres inician la lactancia durante esa primera hora y las cifras son mucho más bajas en aquellas que tuvieron a sus bebés por cesárea (61.9%) o el peso del neonato fue inferior a 2.500 gr (57.2%). Lo anterior significa

que un importante porcentaje de niños y niñas desde el nacimiento consumieron alimentos diferentes al recomendado tanto por las guías colombianas como por las OMS, para contribuir a la buena salud y desarrollo de los recién nacidos: la leche materna.

- Con relación a la lactancia materna exclusiva, la cual implica el consumo de solo leche materna durante los primeros seis meses de vida (no incluye agua, pero si vacunas y medicamentos orales), con el objetivo de garantizar los beneficios nutricionales para el bebé y de salud del niño y de la madre, solo el 36.1% de los niños fueron alimentados acorde a las recomendaciones de exclusividad de la lactancia materna hasta los 180 primeros días de vida. Este porcentaje, ha estado disminuyendo de manera progresiva como lo muestra la gráfica No. 8, lo cual implica que hay una gran proporción de bebés que están siendo alimentados con productos que nos son los recomendados para su adecuado crecimiento y desarrollo.

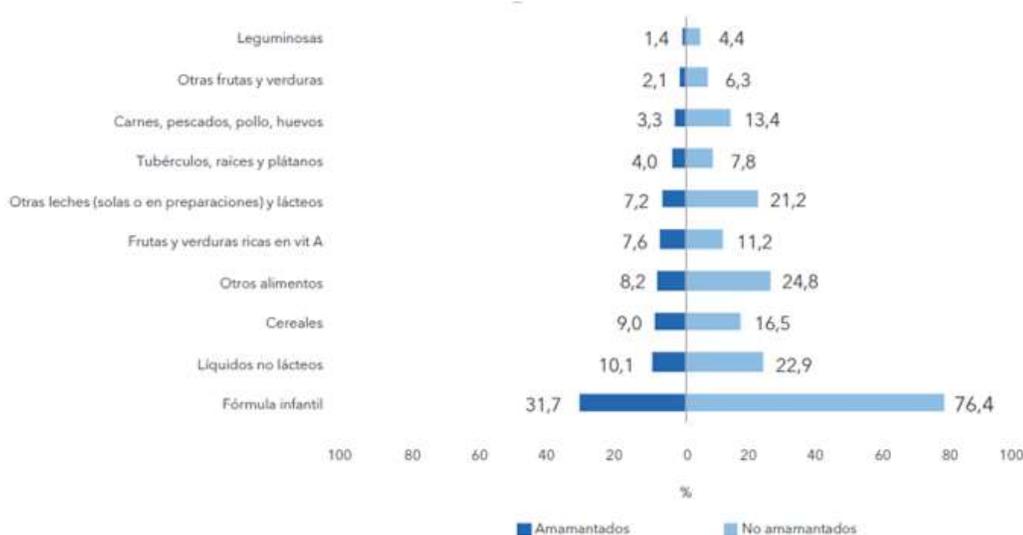
Graficas o Ilustraciones 3. Porcentaje de niños que reciben lactancia materna exclusiva en Colombia



Fuente: ENSIN 2015. ICBF

- Con relación a los alimentos diferentes a la lactancia materna que se consumen más frecuentemente antes de los seis meses, la gráfica 9 muestra los alimentos más consumidos en ese rango de edad, destacándose el alto consumo de fórmula infantil, líquidos no lácteos, otras leches y otros alimentos:

Graficas o Ilustraciones 4. Tipos de alimentos que recibieron en 24 horas niños y niñas amamantados y no Amamantados entre 0-6 meses de edad



Fuente: ENSIN 2015. ICBF

En la gráfica No. 4, es importante resaltar el alto consumo de fórmula infantil, 76.4 % en niños no amamantados y el 31,7% en niños amamantados, frente a la recomendación de las Guías alimentarias de solo brindar leche materna durante los primeros seis meses de edad.

- Frente a la continuación de la lactancia materna al año y dos años de vida, los resultados de la ENSIN muestran que a nivel nacional el 52,2% de los niños y niñas entre 12 y 15 meses de edad aún reciben leche materna mientras que a los 20 a 23 meses sólo el 31,6% aún son amamantados, porcentajes que se encuentran por debajo de los datos mundiales de 74% y 46% respectivamente.

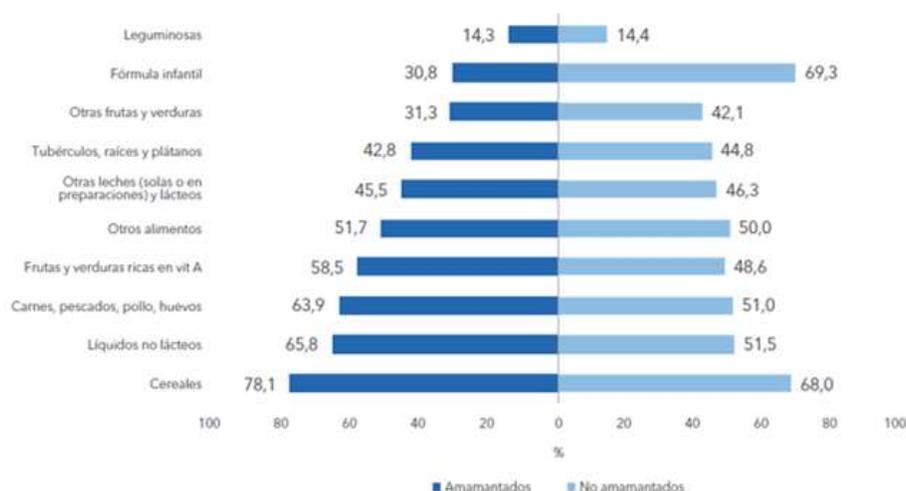
- Con respecto al indicador de la lactancia materna total, es decir, la medida proximal del número total de meses en que los niños son amamantados, en el año 2015, la duración de la lactancia materna total disminuyó, con una mediana de 14,0 meses. Cifra que está muy lejos de la meta mundial establecida en 24 meses o más, lo que indica que los niños y niñas en Colombia están recibiendo los beneficios de la lactancia materna sólo hasta un poco más del año de vida y están reemplazando la leche materna por otro tipo de productos.

- Cuando se revisa la introducción adecuada de alimentos sólidos, semisólidos o blandos, la encuesta de situación nutricional estima que el 25% de los bebés iniciaron desde los 4 o 5 meses el consumo de otros alimentos, tiempo en el cual deberían estar alimentándose solo con leche materna, según las recomendaciones de las Guías alimentarias.

- Los alimentos con los que se inicia esta alimentación complementaria son: Leche de fórmula, chocolates, compotas, condimentos, líquidos no lácteos, otras leches y productos lácteos. Algunos de estos productos son de muy baja calidad nutricional y a su vez, no son apropiados para su edad.

- En el caso de los niños y niñas de 6 a 9 meses de edad, en la gráfica No. 10 se pueden ver los grupos de alimentos que eran consumidos en mayor proporción por los niños y niñas amamantados que fueron los cereales (78,1 %) seguidos de los líquidos no lácteos (65,8 %) y alimentos de origen animal (63,9 %), mientras que los niños no amamantados consumen en mayor proporción leche de fórmula (69,3 %), seguido de los cereales (68,0 %), los líquidos no lácteos (51,5%) y los alimentos de origen animal (51,0 %). A partir de estos resultados se evidenció cómo en la alimentación de los niños de 6 a 9 meses aún hay predominio de líquidos no lácteos, y del consumo de alimentos cárnicos y frutas y verduras que osciló en rangos del 45 % al 65%; en el caso de los niños y niñas no amantados se observan cifras menores que apenas rondan el 50 %.

Graficas o Ilustraciones 5. Tipos de alimentos que recibieron en 24 horas niños y niñas amamantados y no amamantados de 6-9 meses de edad



Fuente: ENSIN 2015. ICBF

- Con relación a la información cualitativa de la encuesta ENSIN, se evidenció que se introducen en varias partes del país, alimentos con sal o azúcar antes de los seis meses. También se suelen introducir alimentos consumidos por los adultos en bocados y tempranamente sopas y cremas industrializadas a los bebés.

Pasando a otros estudios sobre el consumo de alimentos durante la alimentación complementaria, en una investigación realizada por el Instituto Nacional de Salud en el año 2018 en Bogotá⁸, se encontró que el 49.7% de los niños y niñas a los 2 meses de edad ya habían consumido alimentos diferentes a la leche materna que incluía sucedáneos de líquidos como agua (69,3%), zumos de fruta natural (24,5%), agua de frutas o verduras (20,8%), jugos de fruta natural (9,9%), agua de hierbas (9,4%), caldo de leguminosas (3,1%), caldo de carne, pollo o pescado (2,6%), coladas de plátano o fécula de maíz (2,1%), mientras que el 1.5% había recibido alimentos sólidos antes de los 2 meses. Las razones de inicio de estos alimentos en estos niños fue la percepción de sed, hambre y estreñimiento en el bebé por parte de las madres.

⁸ Instituto Nacional de Salud – INS. 2018. Alimentación y factores asociados en niños de 0 a 24 meses de edad. Forero Yibby, Hernández Jenny. Bogotá



Al cumplir los 6 meses la alimentación complementaria se caracterizó principalmente por el inicio temprano de alimentos como frutas (97,3%), cereales (94,9%) y carnes (88,7%) como los tres de más importancia para los cuidadores, además, en el 80,9% de los casos ya se habían introducido verduras, 77,6% leche entera y derivados lácteos, 68,7% ya consumían dulces y un menor porcentaje (66%) había iniciado el consumo de las leguminosas como el frijol o lentejas y solo el 41,8% el consumo de huevo y en el 60% y 53,4% de los casos ya se adicionaba sal y azúcar respectivamente a las preparaciones de los niños y niñas.

Con relación a la frecuencia de consumo por grupos de alimentos a lo largo del tiempo, se destaca principalmente el consumo de cereales, raíces, tubérculos y plátanos como base de la alimentación de los niños y niñas hasta los 24 meses de edad. Se observa también un bajo consumo de alimentos como carnes, frutas y verduras durante el estudio, sin embargo, es importante resaltar que el 49,7% de los niños desde antes de los 6 meses recibían alimentos considerados poco saludables como los dulces (68,8%), gaseosas y bebidas azucaradas (11,9%), así como embutidos (7,5%) y otros alimentos procesados o de paquetes (4,1%).

Por lo anterior, hay que tener cuidado de estas prácticas en la población menor de 2 años, ya que el inicio precoz de alimentos antes de los 6 meses puede producir en el niño o niña disminución del aporte de lactancia materna por ingesta de alimentos menos nutritivos, incapacidad del niño para digerir algunos alimentos, exposición precoz a patógenos potencialmente contaminantes de los alimentos, exposición temprana a alimentos alergénicos para algunos niños, riesgo de embarazo en la madre por reducción del período de supresión de la ovulación al disminuir la succión, así mismo, el inicio tardío, puede ocasionar fallo de crecimiento y desnutrición por insuficiente aporte de la lactancia materna en cuanto a energía y nutrientes, anemias carenciales por deficiencias de hierro y cinc, capacidad de aceptar nuevos sabores y texturas y el retraso en el desarrollo de habilidades orales como la masticación

De igual manera, un estudio elaborado por investigadores de la Universidad Javeriana⁹, concluyó que a pesar de las recomendaciones dadas por la OMS y la UNICEF y las políticas nacionales de promoción y apoyo a la lactancia materna exclusiva de administrarla como único alimento hasta los seis meses y continuarla con la alimentación complementaria hasta los dos años de edad, la práctica de la lactancia materna exclusiva no es frecuente y se observa introducción temprana de la alimentación complementaria con alimentos y preparaciones no adecuados para la edad.

Acorde a los estudios y evidencias revisados, es claro que, en Colombia, un importante porcentaje de niños y niñas menores de tres años no cumplen con las recomendaciones dadas en las Guías Alimentarias basadas en Alimentos para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años sobre una alimentación a partir de alimentos variados, frescos y naturales, preparados en el hogar, así como un esquema de alimentación oportuna y adecuada, ya que normalmente se inicia antes de los 6 meses con alimentos no siempre convenientes para su vulnerable salud y nutrición y se continua después de esa edad con ese mismo tipo de alimentos. De acuerdo al informe sobre el estado de la infancia de UNICEF¹³, este comportamiento puede deberse a que los bebés y los niños de corta edad pueden ser melindrosos a la hora de comer. Sus gustos y preferencias alimentarias pueden cambiar de una semana a otra, y los progenitores a menudo dan al niño lo que

⁹ Universidad Javeriana. Propuesta para la formulación de pautas para la Alimentación complementaria del niño lactante de 6 a 12 meses. 2009. Gilma Olaya y Martha Borrero. Bogotá.



este prefiere. La predilección innata en los niños de corta edad por los alimentos dulces está contribuyendo a un aumento en el consumo de refrigerios comerciales, como galletas, pasteles y dulces, y bebidas azucaradas. El informe muestra que la razón principal por la que las madres alimentaban a sus hijos con chocolates, dulces, galletas, patatas fritas y pasteles era que “al niño le gusta”, y que este motivo superaba con creces otros factores como la asequibilidad, la conveniencia o la percepción de que esos productos fueran saludables. Por lo anterior, los niños de corta edad tienen más propensión a consumir refrigerios de producción comercial que alimentos ricos en micronutrientes como verduras de hoja verde y de pulpa anaranjada.

Al mismo tiempo, el informe UNICEF¹³, indica que los alimentos de producción comercial disponibles no siempre merecen ese “aura de saludables” que los progenitores les atribuyen. La promoción inadecuada de alimentos comerciales es una práctica muy extendida, y prueba de ello son las etiquetas que incitan a la introducción prematura; los productos que contienen grandes cantidades de azúcar; los sabores artificiales; las texturas inadecuadas con el fin de suscitar hábitos alimenticios; y diversas afirmaciones sobre las propiedades nutricionales y las bondades para la salud. Por último, el sistema alimentario moderno ejerce una influencia considerable en la alimentación de los niños de corta edad. El sector minorista determina la disponibilidad y el acceso a los sucedáneos de la leche materna, las leches de crecimiento y otros alimentos específicos para los niños; mientras que la publicidad, el envasado y la colocación en los supermercados de refrigerios poco saludables pueden hacer que a los progenitores y los niños les resulte difícil elegir alimentos sanos. El sector privado puede influir de forma positiva cuando aumenta la disponibilidad, la asequibilidad y la calidad de los alimentos complementarios y los suplementos, distribuyendo estos productos por medio de cauces como los comercios minoristas, los sistemas de salud pública y el marketing social, y generando una demanda de los mismos entre los consumidores.

3.2 Identificación de las causas

Como se pudo observar en la descripción del problema, un porcentaje importante de niños y niñas menores de 3 años en Colombia, no está consumiendo los alimentos recomendados por las Guías Alimentarias Colombianas - GABAS para garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo. A continuación, se realizará una descripción de las causas que la mesa de trabajo del Ministerio de Salud y el INVIMA ha identificado y que ha sido sustentada a partir de la evidencia científica:

Asimetría de la información en las familias sobre nutrición infantil y rotulado de productos envasados o empacados

Los procesos de educación e información dirigidos a las familias, sobre alimentación saludable de los niños y niñas en los primeros 3 años de vida, son fundamentales para contribuir a que los bebés sean lactados de manera exclusiva hasta los seis meses de vida y a partir de esa edad, a ofrecer alimentos variados, frescos y naturales, preparados en el hogar y continuar el amamantamiento hasta los dos años o más ¹⁸.

No obstante, la encuesta ENSIN 2015, muestra que solo el 36,1 % de los menores de 6 meses, fueron lactados de manera exclusiva y que el 36,5% de los niños y niñas de 6 a 23 meses recibe una dieta mínima aceptable (corresponde a los niños que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves un número mínimo de veces, dependiendo de su edad y que a su vez recibieron alimentos de 4 o más



grupos) y que el 62,4% de los niños entre 6 y 12 meses tienen anemia ¹⁹. Los porcentajes anteriores, evidencian varios problemas relacionados con la alimentación y nutrición de la infancia, uno de ellos es el conocimiento que tiene la madre, el padre, la familia y los cuidadores con respecto a las necesidades nutricionales del menor y los productos favorables existentes en el mercado para satisfacer estas necesidades.

De acuerdo al informe del estado mundial de la infancia de UNICEF¹³, a medida que el niño crece van cambiando las personas que más influyen en su alimentación. En los primeros años son, sobre todo, los progenitores y otros cuidadores; después, el personal de las guarderías y las escuelas; y, por último, en la edad escolar y la adolescencia, los compañeros y los amigos. La comercialización de alimentos y otras fuerzas sociales más amplias inciden en la alimentación que los progenitores y cuidadores proporcionan a los niños, y de forma más directa en las elecciones alimentarias de los niños conforme van creciendo. Por esto apunta que “la demanda afecta a la oferta, ya que los productores de alimentos responden a las conductas y aspiraciones de los consumidores” ¹³.

Cuando hay suficiente información y educación, así como opciones saludables que son asequibles, convenientes y deseables, los padres y cuidadores toman mejores decisiones con respecto a la alimentación de los niños y niñas. De igual manera, a medida que estos niños crecen, el conocimiento, la información puede convertirlos en poderosos agentes a favor del cambio. Es así como el documento concluye que, educar y estimular la demanda de alimentos nutritivos significa no solo educar a los consumidores sobre los beneficios de una dieta saludable sino también aprovechar sus aspiraciones culturales y sociales.

El informe de UNICEF¹³ sugiere que la educación nutricional comienza en el hogar y continúa en la escuela y debe ser reforzada mediante campañas públicas. Es necesario entonces, educar a los padres sobre los alimentos nutritivos y las prácticas de alimentación saludable para sus hijos y sobre los riesgos que tiene para la salud el consumo excesivo de alimentos poco saludables. Esta educación debe ir direccionada no solo al conocimiento de los beneficios del consumo de alimentos saludables sino también al empoderamiento de los niños y las niñas para que sean agentes de cambio.

Aparte de lo anterior, un estudio realizado en 2015 -2016 en niños pequeños de Bogotá, evidenció algunos aspectos interesantes sobre la selección de los alimentos y el gusto por los alimentos procesados de los niños: *“Como todo progenitor sabe, los bebés y los niños de corta edad pueden ser melindrosos a la hora de comer. Sus gustos y preferencias alimentarias pueden cambiar de una semana a otra, y los progenitores a menudo dan al niño lo que este prefiere”*. La investigación mostró que la predilección innata en los niños de corta edad por los alimentos dulces está contribuyendo a un aumento en el consumo de refrigerios comerciales, como galletas, pasteles y dulces, y bebidas azucaradas, en los países de bajos ingresos. Se constató también que la razón principal por la que las madres alimentaban a sus hijos con chocolates, dulces, galletas, patatas fritas y pasteles era que *“al niño le gusta”*, y que este motivo superaba con creces otros factores como la asequibilidad, la conveniencia o la percepción de que esos productos fueran saludables. Se concluyó entonces que, los niños de corta edad tenían más propensión a consumir refrigerios de producción comercial que alimentos ricos en micronutrientes como verduras de hoja verde y de pulpa anaranjada ¹⁹.

Es importante mencionar la influencia de otros familiares en la decisión de la alimentación, aparte de la madre, el padre o el cuidador convencional. Por ejemplo, en muchas partes de África, Asia y América



Latina, las suegras y las abuelas influyen enormemente en el modo de alimentar a los lactantes y los niños de corta edad. Pero a menudo los consejos que dan pueden ser inadecuados; por ejemplo, cuando insisten en que el calostro es “sucio” e instan a las madres a no que no den alimentos de origen animal a sus hijos hasta que cumplan 18 meses. Así pues, las abuelas pueden tener una influencia negativa en la lactancia materna exclusiva, ya sea aconsejando la introducción precoz en la dieta de agua o alimentos sólidos, o alimentando al bebé ellas mismas durante los primeros seis meses. De modo similar, un estudio realizado en el año 2018 en Bogotá con mujeres en estado de gestación demostró que ellas seguían más los consejos o recomendaciones dadas por un familiar cercano, como la suegra, la mamá, la prima o el esposo, que por el profesional de la salud¹⁰.

Específicamente hablando de la asimetría existente con el etiquetado de productos envasados o empacados, las Guías Alimentarias basadas en alimentos para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años, concluyeron que hay evidencia moderada de que los adultos revisan el etiquetado nutricional, pero especialmente en casos de tener alguna enfermedad de base que hace que se modifiquen sus hábitos alimentarios. Además, evidenciaron que las personas de estrato socioeconómico bajo hacen menor uso del etiquetado nutricional y cuando las etiquetas requieren realizar cálculos, rara vez son interpretadas. En general las familias rara vez revisan las etiquetas o su información no es entendida, por lo cual sugieren tanto mejorar la diagramación e información del etiquetado para que sea de fácil entendimiento y comprensión, así como generar alertas en la población e informar sobre el beneficio de preferir alimentos naturales y mínimamente procesados, eligiendo aquellos que tengan menor cantidad de azúcar, grasa y sodio. Al terminar, recomiendan educación en torno al etiquetado o rotulado nutricional para preferir alimentos con menos cantidades de los nutrientes ya mencionados.

En relación a la información sobre alimentación, nutrición y el rol de las familias, un estudio exploratorio desarrollado en América Latina y el Caribe, recuerda que los niños, a partir del nacimiento aprenden rápidamente, sin embargo, cuando son pequeños tienen limitadas capacidades para comprender cuales son los alimentos adecuados para ellos, por eso esta decisión queda en manos de sus padres, quienes deben decidir cómo alimentar a sus hijos. Pero para esto se requiere que los padres o cuidadores se informen sobre tipos de alimentos, horarios adecuados, nutrientes, preparaciones, y específicamente hablando de alimentación para menores de 3 años, se requiere información sobre la lactancia materna, el inicio adecuado de la alimentación complementaria, la alimentación perceptiva y la adecuada formación de hábitos alimentarios para procurar, a partir del buen ejemplo familiar, un crecimiento y desarrollo infantil favorable ¹¹.

Actividades de mercadeo, comercialización y publicidad de alimentos para menores de tres años inadecuadas.

A partir de la definición de publicidad dada por el Estatuto del Consumidor¹², como toda forma y contenido de comunicación que tenga como finalidad influir en las decisiones de consumo, se

10 Borbón A. 2018. Propuesta de Estrategia de comunicación para la promoción de la alimentación saludable en un grupo de gestantes de Bogotá. Colombia.

11 UNICEF. Estudio exploratorio sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no saludables dirigida a niños en América Latina y el Caribe. 2013. [https://www.unicef.org/lac/Estudio_exploratorio_promocion_alimentos_no_saludables_a_ninos_en_LAC_-_Informe_Completo_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Estudio_exploratorio_promocion_alimentos_no_saludables_a_ninos_en_LAC_-_Informe_Completo_(2).pdf)

¹² Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Estatuto del Consumidor. 2011



evidencia que el objetivo principal de este tipo de actividades está orientado a mediar sobre el incremento en la adquisición de un bien o servicio y para este caso, se habla de acciones de mercadeo, comercialización o publicidad para inclinar la balanza hacia la compra de un producto envasado o empacado para menores de 3 años.

La evidencia científica, ha mostrado de qué manera tanto el gusto como las decisiones de compra están directamente influenciados por el marketing y la publicidad, especialmente para los niños más pequeños. Sin embargo, la promoción inadecuada de alimentos comerciales es una práctica muy extendida, y prueba de ello son las etiquetas que incitan a la introducción prematura de los productos que contienen grandes cantidades de azúcar, los sabores artificiales, las texturas inadecuadas con el fin de incrementar consumo en la población objeto¹³. De igual manera, algunos estudios muestran que la comercialización de alimentos poco saludables y bebidas azucaradas, está relacionada con la obesidad infantil¹⁴, mientras otros evidencian la gran inversión – costo efectiva - que realiza la industria de alimentos en la comercialización de alimentos envasados, con relación al gasto público en la promoción de alimentación saludable de los gobiernos ¹³, incrementándose estrategias de marketing en diferentes niveles (grandes y pequeñas superficies), así como en la televisión, la radio y ahora, mediante el marketing digital.

Las Guías Alimentarias - 2018, encontraron evidencia fuerte sobre el efecto nocivo de los anuncios sobre el consumo de alimentos de alto contenido energético y el efecto benéfico de la televisión cuando se utiliza para promover el consumo de alimentos saludables. Un meta-análisis evidencia a la población infantil como expuesta de manera permanente y la asocia con la preferencia de los alimentos. Es así como dicho documento enuncia: *“El problema principal de los alimentos ultra procesados reformulados es el riesgo de que sean vistos como productos saludables, cuyo consumo ya no tendría que ser limitado. La publicidad de esos productos explora sus supuestas ventajas respecto a los productos regulares (“menos calorías”, “con vitaminas y minerales añadidos”), aumentando las oportunidades de que las personas los vean como saludables. La publicidad de esos productos suele llamar la atención, con razón, al hecho de que son “irresistibles”.*”

A nivel cultural, las marcas de varios productos son idénticos en todo el mundo y se promueven grandes campañas publicitarias agresivas donde la inversión económica es enorme y los lanzamientos de nuevos productos dan una falsa sensación de diversidad. Ante esto, el ICBF recomienda: *“crear conciencia del peso que tienen la publicidad en los alimentos en la selección y preferencia de compra de los mismos. La exposición a la publicidad es intensa en productos ultra procesados que no son saludables en ningún momento de la vida.”*¹⁸

Cada día en los mercados, droguerías, grandes superficies y tiendas, es visible la disponibilidad y acceso que tiene la población, tanto a alimentos de fórmula para lactantes como a alimentos complementarios. Aparte la publicidad por los diferentes medios y la estratégica ubicación de estos productos en las góndolas de los almacenes pueden hacer que a los progenitores y cuidadores les resulte cada vez más difícil elegir alimentos sanos para los más pequeños. Acorde al informe de UNICEF¹³, dichas estrategias de publicidad en los diferentes medios de comunicación, *“tienen poca o nula regulación en los diferentes países, debido a que en ocasiones, los responsables de la formulación de políticas, están influenciados por las controversias, las modas y el cabildeo de grupos*

¹³ UNICEF. 2019. Estado Mundial de la Infancia. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación. Informe.

¹⁴ AMS. 2016. Reporte de la comisión para dar fin a la obesidad infantil. Res A69 /8. Ginebra



de interés empresarial, cuyos argumentos con frecuencia se basan solo vagamente en las pruebas científicas, en una interpretación errónea de las mismas o en su simplificación excesiva. Como consecuencia de ello puede “enturbiarse” la fiabilidad de las pruebas, debilitando la confianza de los responsables de la formulación de políticas a la hora de pasar a la acción. Las controversias acerca de los conflictos de intereses en la financiación de las investigaciones sobre nutrición, en especial cuando los fondos provienen de la industria alimentaria, han aumentado la confusión del público acerca de lo que constituye una dieta saludable”.¹³

El marketing extendido, ha llevado a que los consumidores, aun disponiendo de información nutricional, pueden elegir productos comercializados que son menos saludables, pero más sabrosos, menos costosos o más convenientes, de igual manera, la globalización ha cambiado todo, desde la cosecha de los cultivos hasta la forma en que los alimentos se exhiben en los supermercados y lo que comen los niños. Por una parte, las familias que pueden permitírselo tienen acceso a una mayor disponibilidad y diversidad de alimentos durante todo el año. Por otra parte, con la expansión de la comida rápida y los alimentos ultra procesados, y con el impacto de la comercialización, las empresas multinacionales y transnacionales están haciendo que resulte cada vez más difícil que los niños se alimenten bien.

Llama la atención el análisis especial que realiza el informe de UNICEF¹³ con respecto al incremento de la malnutrición por exceso, es decir el sobrepeso y la obesidad en países de la OCDE, ya que de 41 países OCDE, en ninguno hay menos de uno de cada cinco niños años, entre 5 y 19 años, con sobrepeso (excepto Japón), además relaciona la situación socioeconómica y la falta de educación de los padres con la obesidad de los niños en algunos países. En el mismo informe, se presenta el estado del sobrepeso en Reino Unido, donde las autoridades reconocieron que la primera infancia es un periodo fundamental para establecer preferencias y patrones de alimentación, por lo que han llamado a la acción para reducir el azúcar de los alimentos que se comercializan para bebés y poner fin a las prácticas engañosas del etiquetado, ya que algunos productos dulces, comercializados como aptos para bebés y niños, contienen tanto azúcar como la repostería. Los anteriores ejemplos conllevan al análisis de cómo el aumento en el ingreso, la innovación tecnológica, el marketing y la globalización han contribuido a transformar los sistemas alimentarios y la alimentación ofrecida a niños pequeños.

Por otro lado, muestra el informe de Unicef¹³, que el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna es, un marco reglamentario bien establecido que protege y promueve la lactancia materna, asegurando al mismo tiempo el uso adecuado de los sucedáneos de la leche materna, cuando sea necesario, mediante la prohibición de su promoción y la garantía de un etiquetado adecuado de los productos. Sin embargo, según la Fundación Acceso a la Nutrición, “las seis mayores empresas de alimentación infantil del mundo siguen comercializando sucedáneos de la leche materna mediante prácticas de comercialización que se sitúan muy por debajo de los estándares del Código”. En abril de 2018, 136 de 194 países contaban al menos con algún tipo de medida legal para abordar las disposiciones del Código. Varios países también han tomado medidas importantes para abordar las prácticas de comercialización inadecuadas de los alimentos complementarios comerciales. A pesar de estos esfuerzos, la mayoría de los países aún carecen de una respuesta eficaz y sostenida para hacer frente a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna y otros alimentos no apropiados para lactantes y niños de corta edad.

En Colombia, acorde a los resultados del Monitoreo Nacional al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna publicado por el Ministerio de Salud y



Protección Social en 2015¹⁵, se evidenció que las mujeres reciben muestras, descuentos especiales y regalos de las industrias productoras de sucedáneos, así como en las instituciones de salud se entregan donaciones y suministros de productos alimenticios dirigidos a menores de 3 años, a la vez que se otorgan bonos, patrocinios, regalos financieros y materiales a los profesionales de la salud generando conflicto de intereses e interfiriendo en la promoción de la lactancia materna en estas entidades.

El valor de las ventas de la industria de la leche de fórmula infantil está creciendo. A diferencia de otros productos básicos, la fórmula de leche infantil parece ser resistente a las caídas del mercado. En 2014, las ventas mundiales de todas las fórmulas de leche infantil ascendieron a alrededor de US \$ 44,800 millones. Para el año 2019, se prevé que el valor de mercado llegue a \$ 70.600 millones. Durante el 2009, cuando el crecimiento del producto interno bruto real fue negativo a nivel mundial, las ventas de leche de fórmula infantil aún crecieron un 8% anual en términos de valor constante¹⁶.

Los estudios recopilados por Lancet - 2016¹⁷, demuestran que la comercialización realizada por la industria de la alimentación infantil combinada con la amplia disponibilidad de fórmula infantil (incluyendo las muestras gratuitas), aumentan las tasas de la alimentación por biberón. Los mensajes comerciales también pueden transmitir que la lactancia materna es difícil y que los sustitutos de la leche materna ayudan a tranquilizar a los bebés inquietos.

Todo lo anterior, evidencia el impacto que tienen las prácticas de comercialización, marketing y publicidad en la compra y consumo de alimentos envasados, especialmente en productos dirigidos a menores de 3 años, lo cual repercute de manera directa sobre el estado nutricional de los niños y niñas al ir en contravía a las recomendaciones dadas por las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas para menores de 2 años para Colombia, sobre la alimentación de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva como la continuidad del amamantamiento después de los seis meses ofreciendo alimentos variados, frescos y naturales, preparados en el hogar.¹⁸

Desinformación de los profesionales de la salud sobre nutrición infantil y sobre normatividad relacionada con comercialización de alimentos infantiles

El fortalecimiento técnico y normativo relacionado con nutrición y alimentación de los profesionales de la salud, que son la primera línea que existe entre el sistema de salud y las familias, conlleva a múltiples beneficios para la población, como lo son: la prevención de la malnutrición, la iniciación temprana de la lactancia materna, el asesoramiento y el apoyo a la lactancia materna, la alimentación complementaria y la nutrición materna.¹³

¹⁵ Ministerio de Salud, 2015. Informe Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna. Bogotá

¹⁶ Piwoz EG, Huffman SL. 2015. The impact of marketing of breastfeeding practices. Food Nutr Bull.

¹⁷ The Lancet, 2016. ¿Por qué invertir y qué se necesita para mejorar las prácticas de lactancia materna? Pág. 17 a 30

¹⁸ ICBF, 2018. Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas para menores de 2 años para Colombia. Bogotá, Colombia.



Sin embargo, acorde a lo evidenciado en algunos documentos tanto internacionales como nacionales, algunos profesionales de la salud tienen vacíos técnicos y relacionados con las normas relacionadas con alimentos infantiles. A continuación, se presentan algunas de esas evidencias:

La revista Lancet en 2016 en su emisión sobre lactancia materna, evidenció las brechas en conocimientos que existen entre los profesionales de la salud de diferentes niveles para apoyar la alimentación infantil, por lo que recomienda la realización de procesos de profundización para contar con elementos técnicos y prácticos para contribuir a mejorar la nutrición de los menores¹⁷. Específicamente sobre los conocimientos en lactancia de los profesionales de la salud, acorde a los hallazgos de un estudio en el cual se pretendía evaluar el conocimiento y las actividades de los profesionales de un centro de atención primaria de una institución de salud, se observó que menos de la mitad de los médicos generales (45,1%) y el 65% de las enfermeras estaban convencidos de que el bebé debía ser amamantado exclusivamente hasta los 6 meses de edad y solo el 21,6% de los médicos generales y el 27,5% de las enfermeras sabían que la lactancia debe continuarse hasta la edad de 2 años y más complementada con otros alimentos²⁰. Además, el 15,7% de los médicos generales y el 25% de las enfermeras recomendaron chupetes; El 7,8% de los médicos generales aconsejó amamantar de acuerdo a las horas, sin tener en cuenta la libre demanda. Finalmente, solo un tercio (29,6%) de los profesionales de la salud encuestados recomendó a las madres que alimenten a sus bebés con más frecuencia en caso de que la cantidad de leche materna disminuya.

De igual manera en la ENSIN 2015, se registró que del 41,6% de las madres que reportaron que recibieron la recomendación de utilizar leche de fórmula, en el 79,1% de los casos, fue un profesional de la salud quien se la recomendó¹⁹.

Por otra parte, acorde a una encuesta realizada a los asistentes al Congreso Nacional de Lactancia Materna- 2017 organizado por la Mesa Regional de Apoyo a la Lactancia, Bogotá – Cundinamarca, con el objeto de conocer el nivel de conocimiento de los asistentes al evento, de 458 profesionales de la salud, solo el 58% de ellos conocía el alcance del CICSLM y ese porcentaje disminuía a 45,5% si la pregunta era realizada solo a profesionales en Medicina. De igual manera, se indagó si los profesionales sabían la norma mediante la cual se regulaban algunos artículos del CICSLM en Colombia. Del 100% de los participantes, solo el 72% respondió que el decreto 1397 de 1992 era la norma indagada, disminuyendo a 60 % en el caso de los profesionales en medicina. Finalmente, se preguntó sobre la edad correcta de inicio de la alimentación complementaria, encontrando una respuesta acertada en el 36% de los asistentes al congreso, y específicamente 31% para profesionales de Medicina.

¹⁹ ICBF, Encuesta Nacional de Situación Nutricional- ENSIN, 2015. Bogotá, Colombia.

Tabla 1. Consolidado de respuestas sobre alimentación infantil.

Consolidado de respuestas		
Encuesta Congreso de Lactancia 2017. Mesa Regional de Apoyo a la Lactancia Materna		
Pregunta realizada	Porcentaje de médicos que respondieron adecuadamente	Porcentaje de profesionales de la salud en general que respondieron adecuadamente
Inicio de alimentación complementaria	31%	36%
Alcance del CICSLM	45.5%	58%
Cuál es la norma colombiana relacionada con el CICSLM	60%	72%

Fuente: Encuesta anual. Congreso de lactancia. Mesa regional de apoyo a la Lactancia materna. 2017.

Lo anterior, evidencia la gran importancia de contar con técnicos y profesionales de la salud con conocimientos importantes sobre la lactancia materna y alimentación infantil, que puedan apoyar a las mujeres y las familias en una práctica adecuada de alimentación para los recién nacidos, que acompañen de manera efectiva el inicio, instauración y continuación de la lactancia materna, así como el inicio y buen desarrollo de la alimentación complementaria.²⁰

Ahora bien, es importante mencionar que aparte del fortalecimiento técnico y normativo de los profesionales de la salud, es también fundamenta las metodologías usadas por este personal para la transmisión de la información o para la realización de las recomendaciones. Un estudio realizado en Colombia por el Instituto Nacional de Salud en el año 2018 sobre el consumo de alimentación en niños pequeños, demostró que, aunque la educación prenatal contribuye a la prolongación de la lactancia y al inicio adecuado de la alimentación complementaria, pues a mayor nivel de escolaridad y de asistencia a cursos y capacitaciones son mayores las posibilidades de que se cumplan las recomendaciones, según los hallazgos esto no resultó ser suficiente. *“Aun cuando la mayoría de participantes afirmó haber recibido algún tipo de capacitación en materia de lactancia y complementaria, casi ninguna siguió las recomendaciones. La mayoría no tenía claridad sobre la manera de implementarlas ni sobre las razones por las cuales debía hacerlo. Esto implica un desafío educativo para los distintos profesionales de la salud que deben iniciar su acompañamiento permanente al binomio madre e hijo desde la gestación hasta los 24 meses de edad”*²¹.

Finalmente, una publicación de la Universidad Republicana de Uruguay en 2017 relacionada con el exceso de peso en la niñez y adolescencia²², llamo la atención sobre la importancia que tienen los médicos pediatras y otros profesionales afines de la salud, ya que son un importante eslabón en la cadena para propiciar una educación adecuada a las familias con niños y adolescentes. Así mismo, estableció que son ellos los responsables de informar a los padres sobre:

- beneficios para la salud que tiene una alimentación adecuada iniciada desde la lactancia, y mantenida en el tiempo hasta la mayoría de edad,

²⁰ Leviene G, Petrauskiene A, Tamuleviciene E, Kudzyte J, Labanauskas L. 2009. The evaluation of knowledge and activities of primary health care professionals in promoting breast – feeding. Medicina Kaunas

²¹ Forero Yibby, Acevedo María, Hernández Jenny, Morales Gina. 2018. La alimentación complementaria, una práctica entre dos saberes. Bogotá Colombia

²² Tarrago Omar, Crestanello Francisco. 2017. El problema del sobrepeso y la obesidad en la niñez y adolescencia. Una Mirada desde la Bioética. Uruguay



- importancia de la lactancia prolongada y su favorecimiento hacia una buena alimentación

Se resalta también en el estudio, que los especialistas no se deben limitar a hacer los controles, sino que deben brindar a los padres y a los niños, la información relacionada con alimentación saludable, frecuencia adecuada de la alimentación y características de los tiempos de comida. Educación que debe ser función no solo de pediatras sino de otros profesionales como los médicos de familia y como estos profesionales normalmente trabajan para una IPS, esta entidad tiene la responsabilidad bioética de ofrecer a los profesionales actualización y materiales para el correcto desarrollo de las acciones informativas y educativas, así como permitir el acceso a otros especialistas como nutricionistas.

Asimetría de las normas relacionadas con alimentos envasados o empacados para menores de tres años

La Organización Mundial de la Salud tanto a nivel de la recomendación denominada Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna como en sus Resoluciones de las Asambleas Mundiales de la Salud, ha realizado un llamado a la protección de la lactancia materna, la prevención del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles, así como al fomento de las dietas saludables y naturales²³. De igual manera, en Colombia las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para niños y niñas menores de 2 años del 2018, aconsejan que, para favorecer la salud y la nutrición de los menores ofrezca lactancia materna de manera exclusiva hasta los seis meses de edad y a partir de esa edad ofrecer alimentos variados, frescos, naturales y preparados en el hogar ¹⁸.

Sin embargo, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia 2015²⁴, mostró que el exceso de peso subió de 4,9% en 2010 a 6,3% en 2015, mientras que la lactancia materna exclusiva bajó de 42% a 36% y que tan solo el 41% de los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad amamantados y no amamantados, tienen una dieta mínima aceptable, que contempla frecuencia y variedad de alimentos mínimos. Adicionalmente, ésta encuesta evidenció que el 41,6% de las madres fueron aconsejadas de utilizar leche de fórmula, lo cual atenta contra la práctica de la lactancia materna y el inicio de una alimentación complementaria con alimentos propios de la región. Así mismo mostró que el 8,3% de las madres recibió una muestra gratuita de leche de fórmula, biberón o chupo, siendo un profesional de salud quien lo suministró, el 65,5% de las veces. Esta y otras muchas prácticas comerciales van en contra, tanto de las recomendaciones internacionales como de las normas nacionales, e impactan en los alimentos que son elegidos para el consumo durante la primera infancia, repercutiendo en el estado de salud de los más pequeños y en el aumento de la probabilidad de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles en la juventud y adultez.

Ahora bien, para la promoción de lactancia materna y el consumo de alimentos para la población infantil el país cuenta a nivel normativo con el Decreto 1397 de 1992, *“por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para*

23 Asamblea Mundial de la Salud, OMS. 2016. Resolución 069/7 Add1. Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño. Washington D.C.

24 Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. Encuesta Nacional de Situación Nutricional y Alimentaria – ENSIN. Bogotá, Colombia.



lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones” y con la resolución 11488 de 1984 “por la cual se dictan normas en lo referente a procesamiento, composición, requisitos y comercialización de los alimentos infantiles, entre otros”. Estos elementos han permitido restringir la promoción indiscriminada de alimentos de fórmula para lactantes y alimentos complementarios, a la vez que han guiado el registro acorde a su composición. Sin embargo, actualmente se presentan problemas regulatorios evidentes que no permiten que se lleve a cabo de manera adecuada las acciones de inspección, vigilancia y control como son:

Definición de edades: lactante y niño pequeño

En muy pocos documentos se encuentra definida la edad de un lactante. Es más común encontrar información sobre lactancia materna exclusiva y sobre lactancia materna total. Por lo tanto al indagar sobre hasta cuando un bebé se debe considera lactante, las respuestas son muy variadas: hasta los seis meses, porque la lactancia materna exclusiva es hasta los seis meses, o hasta el año porque algunos creen que la lactancia después de esa edad no alimenta, o hasta los dos años, porque la recomendación de la Organización Mundial de la Salud²⁵ habla de lactancia de manera complementaria hasta los dos años o más o acorde a la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud , hasta los 36 meses, ya que allí se define como Sucedáneo de la leche materna cualquier leche ,ya sea líquido o en polvo que se comercialice para alimentar a lactantes y niños pequeños de hasta 3 años de edad y también brinda orientaciones relacionadas con la promoción de alimentos fabricados para su venta que se comercialicen como adecuados para lactantes y niños pequeños de 6 a 36 meses de edad. Lo anterior en consonancia con las directrices dadas por Codex, las cuales aplican hasta que el niño cumple 3 años²³.

De acuerdo con la regulación nacional, el Decreto 1397 de 1992 habla de alimentos de fórmula para lactantes, incluyendo los productos que tengan por objeto suplir la lactancia materna en menores de 2 años, al igual que trata de alimentos complementarios a los comercializados para menores de dos (2) años. Por otra parte, en la resolución 11488 de 1984 se considera lactante un niño menor de un año y niños de corta edad a los mayores de un año y menores de 3 años de edad. En la siguiente tabla se pueden observar las diferencias aquí descritas:

Tabla 2. Comparación de edades normas nacionales

Comparación de edades contempladas en las normas nacionales		
Regulación o recomendación	Decreto 1397 de 1992	Resolución 11488 de 1984
Criterio		
LACTANTES	No define lactantes, pero habla de lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses .	Niños lactantes: menores de 1 año
EDAD LÍMITE PARA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	Establece que los alimentos a regular son para menores de 2 años	- Niños de corta edad: mayores de 1 año y menores de tres 3 años de edad

Fuente. Elaboración propia

El anterior resumen evidencia la versatilidad de las edades en los diferentes documentos normativos nacionales, lo cual es un gran problema cuando se pretende regular un producto dirigido a cierta edad

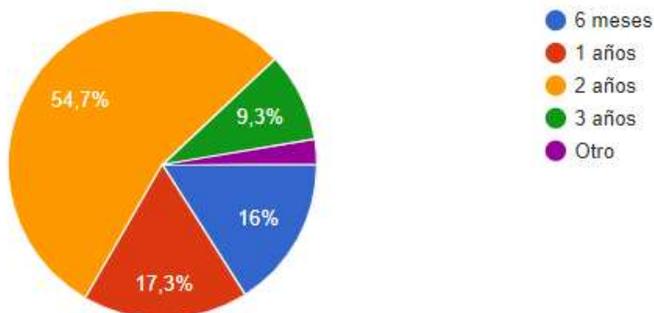
que se contradice en otro documento. Es necesario hablar en el país en el mismo idioma y lo primero es poder definir las edades a las cuales queremos incluir en la regulación de los alimentos infantiles.

Por otra parte, de acuerdo a los resultados del sondeo sobre regulación de alimentos infantiles realizada a actores claves nacionales en el mes de junio de 2020, más de 50 % de los participantes opinaron que lactantes deben ser los niños de 0 a 2 años, acorde a la recomendación dada por la Organización Mundial de la Salud y a lo referido en las Guías Alimentarias basadas en alimentos para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y para niños y niñas menores de dos años- 2018. El restante 50 % creen que un lactante es un niño hasta de un año (17.3%), hasta los 6 meses (16%) y hasta los 3 años (9.3%). Las opiniones son muy diversas y no hay un acuerdo general sobre la edad de los lactantes:

Graficas o Ilustraciones 6. ¿Hasta qué edad deben considerarse los niños lactantes?

1. ¿Hasta qué edad deben los niños considerarse lactantes?

75 respuestas

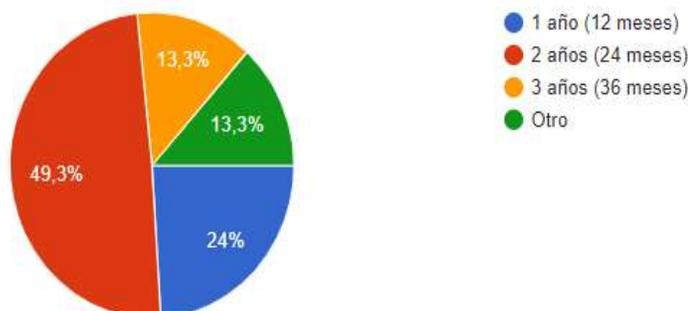


De manera similar a la pregunta anterior, cuando se indaga sobre la edad límite para la alimentación complementaria, la mayoría de los participantes opinan que la alimentación complementaria debe ser contemplada hasta los 2 años, solo un cuarto cree que debe ser hasta el año y los restantes hasta los 3 años u otro. Opinión consistente con las recomendaciones nacionales e internacionales que consideran que la alimentación complementaria debe ser hasta los 24 meses. Lo anterior tiene relación con la edad hasta la cual se considerarían alimentos infantiles, hasta el año, los 2 años o los 3 años.

Graficas o ilustraciones 7. ¿Hasta qué edad se considera la alimentación complementaria?

2. ¿Hasta qué edad se debe contemplar la alimentación complementaria?:

75 respuestas



En conclusión, tanto la comparación de las normas como la encuesta nos permiten decir que es evidente el problema de tener dos regulaciones dirigidas a los alimentos infantiles y que estas tengan contradicciones en sus alcances, definiciones y consideraciones frente a las edades de los niños.

Clasificación de los alimentos

Aunque la normatividad nacional incluye en su articulado tanto alimentos para menores de dos años (Decreto 1397 de 1992) como alimentos para menores de 36 meses (Resolución 11488 de 1984), dentro de los requisitos técnicos no se describían los relacionados con productos que actualmente se encuentran en el mercado y que son altamente adquiridos como alimentos para los menores de 3 años.

Un ejemplo claro son los productos llamados comercialmente “leches de continuación o leches de seguimiento”, los cuales no existían cuando fueron elaboradas las normas nacionales. Estos productos relativamente nuevos, en comparación con la norma, deben ser regulados tanto en relación a los requisitos técnicos como a nivel de comercialización para evitar confusiones a nivel de monitoreo e inspección. Un ejemplo de estos productos es:

Graficas o Ilustraciones 8. Ejemplo de productos relacionados



Imágenes tomadas del Informe del Monitoreo al Código. Min Salud 2015.

De igual manera pasa con alimentos complementarios existentes en el mercado nacional y dirigidos a mayores de 6 meses como aptos para su consumo a partir de esa edad. Además, es necesario dejar claridad frente a los productos dirigidos a niños pequeños y que sean APMES (Alimentos para propósitos médicos especiales), con el objeto de evitar confusión en el momento tanto del registro como de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control.

Se necesita entonces, actualizar la clasificación de los alimentos industrializados dirigidos a menores de 36 meses, teniendo en cuenta la evolución de la tecnología, pero también acorde a las normas Codex y a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, las Guías alimentarias basadas en alimentos y las RIEN.

Desarticulación con directrices internacionales de la OMS

La Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la UNICEF, de manera permanente y acorde a la evidencia científica, establece directrices internacionales relacionadas con salud y nutrición para la prevención de la enfermedad y muerte de los niños y las niñas.

Por ejemplo, en el año 2003, OMS y UNICEF lanzaron la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño²⁵ la cual busca guiar a los países sobre la implementación de estrategias para el mejoramiento de la práctica de la lactancia materna y la salud de los niños, y establece responsabilidades para los diferentes actores relacionados. Esta estrategia internacional, a partir de la revisión científica, lanza como recomendación de salud pública mundial que *“durante los primeros seis (6) meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna, para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos”*. Por su parte el decreto 1397 de 1992, en vigencia 11 años antes que la Estrategia Mundial, declara la *“relevancia de la exclusividad de la lactancia materna durante los primeros cuatro (4) a seis (6) meses de vida, para lograr todos los beneficios nutricionales, afectivos e inmunológicos del lactante menor”*.

²⁵ Organización Mundial de la Salud. 2003. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. Singapur. Tomado de: https://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf?ua=1



De igual manera, la Estrategia Mundial en 2003, recomienda que la lactancia materna continúe hasta los dos años o más, con el objeto de satisfacer las necesidades nutricionales del lactante con una alimentación complementaria oportuna, suficiente, adecuada y con alimentos inocuos. No obstante, en el 2016, en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud, se recomendó extender el tema de alimentación infantil hasta los 36 meses, de manera que se impulse a las madres a continuar el amamantamiento más allá de los 2 años. Pero la norma nacional, de la mano del decreto 1397 de 1992, corta de manera puntual la lactancia materna a los dos años, lo cual no permite promover que el niño pequeño continúe aprovechando los beneficios de la lactancia por más tiempo.

Con relación a la publicidad, como el decreto fue expedido en el año 1992, en esa época no existía el internet, las redes sociales o el mercado libre por línea, limitando las restricciones de marketing a medios de radio difusión como la televisión, la prensa, el cine, los afiches, las vallas, pancartas, plegables o folletos. La Asamblea Mundial de la Salud 2016, es muy clara en establecer la necesidad de regular la promoción no solo en medios convencionales sino también en internet, redes sociales y otros medios mercadotécnicos.

Estos son solo algunos de los ejemplos de diferencia entre lo contemplado en la norma nacional, frente a lo recomendado por directrices internacionales que brindan elementos técnicos útiles, actualizados y con evidencia científica y enfoque epidemiológico actualizado para contribuir al cumplimiento de metas internacionales y los objetivos de desarrollo sostenible, relacionados con malnutrición.

Desactualización de las normas relacionadas con alimentos envasados o empacados para menores de tres años

A nivel internacional, desde la década de los 70s, el tema de la desnutrición infantil por causas evitables como diarreas y enfermedades cobró más relevancia y en especial por el igual aumento de ventas de fórmulas para lactantes y la disminución de la práctica de la lactancia materna. Razón por la cual en el año 1979 y 1981 se trabajó en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud en la expedición de documento que comprometiera a los países miembros, en la regulación de la publicidad y comercialización de los alimentos de fórmula para lactantes.

Se publica entonces hace 39 años, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, el cual es actualizado cada dos años en el marco de las reuniones de la Asamblea Mundial de la Salud, acorde a las actualizaciones del mercado de alimentos para los niños y niñas entre 0 y 3 años.

En el país, surge el Decreto 1220 de 1980, orientado a la reglamentación de promoción, rótulos, empaques y envases de sustitutos y complementarios de la leche materna y 4 años después se firma la resolución 11488 de 1984 que integra lo referente a la composición, requisitos y comercialización de los alimentos infantiles, entre otros, el cual se usa para temas de registro sanitario en el INVIMA y años más tarde, en el año 1992, se deroga el Decreto 1220 por estar direccionado al control de las etiquetas y no contemplar otras formas de marketing y se crea el Decreto 1397 para la promoción de la lactancia materna y la regulación de la publicidad y comercialización de alimentos de fórmula para lactantes y alimentos complementarios.

Graficas o Ilustraciones 9. Línea de tiempo normatividad de alimentos infantiles



Fuente: elaboración propia

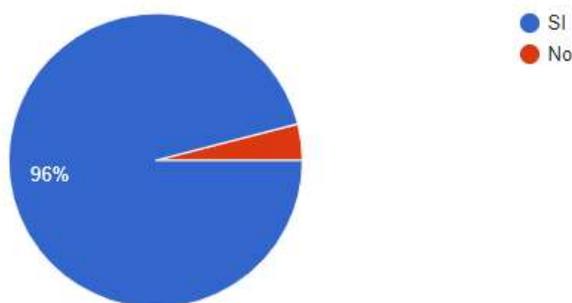
Como se puede ver, la regulación nacional relacionada con alimentos infantiles es muy antigua, 36 años y 28 años y al no tener mecanismos periódicos de actualización, se convierten en normas desactualizadas, que están descoordinadas a los avances de la industria de alimentos, a las prácticas de comercialización y a la modernidad de los medios masivos de comunicación y de las redes sociales.

Cuando en el sondeo realizado se indaga si se debe o no actualizar la regulación actual sobre alimentos infantiles, casi el 100% informa que es necesaria su actualización.

Graficas o Ilustraciones 10. ¿Es necesario actualizar la regulación de alimentos infantiles?

4. ¿Es necesario actualizar la regulación relacionada con los alimentos infantiles?

75 respuestas



Las principales razones dadas por los participantes de la encuesta para sugerir que se debe actualizar la norma, fueron:



- Es una norma muy antigua, desactualizada y obsoleta, que no está alineada a normas internacionales, tiene vacíos legales relacionados con las edades y el uso de tecnologías. De igual manera, requiere actualizarse en materia de mecanismos de comercialización, acorde a las nuevas tendencias del marketing.
- La normatividad de alimentos infantiles presenta inconsistencias y contradicciones entre la resolución 11388 de 1984 y el decreto 1397 de 1992, lo cual repercute en las acciones de inspección, vigilancia y control.
- Se requiere realizar actualización de los responsables de los entes de vigilancia, por ejemplo, definir quién realizará la vigilancia de la publicidad y comercialización a nivel de las instituciones de salud.
- Es importante regular el contenido de azúcares simples, grasas trans y sodio. Orientar la norma a la promoción de la alimentación saludable y la prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles, lo cual requiere incluir restricciones frente al uso de ultra procesados para este grupo de edad.
- Debe estar alineada al Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones que lo actualizan para proteger a la población de la publicidad del consumo excesivo de sucedáneos.
- Se requiere regular acorde a las RIEN y tener en cuenta los avances de la industria de los alimentos, así como incluir en el rotulado frontal la declaración de tener azúcar, miel, grasas trans o sodio
- Se necesitan restricciones a nivel de la publicidad de las leches, así como acciones de seguimiento a productos para mayores de un año de edad. En otras palabras, prohibir la publicidad de estos alimentos, ya que actualmente las industrias realizan marketing agresivo hacia las madres y familias.
- Actualización de cantidades de vitaminas, minerales y nutrientes, así como parámetros de aditivos y requisitos microbiológicos.

Es evidente que el público en su mayoría sugiere la necesidad de actualizar la regulación vigente, comenzando por las definiciones, alcance, restricciones de publicidad, comercialización y registro, acciones de inspección, control, entre otros, ya que, al contar con normas obsoletas, las medidas de control y el cumplimiento de la norma son difícil. Además, se requiere incluir en los documentos los alimentos que ha creado la tecnología de los alimentos, en especial, los dirigidos a mayores de un año, nuevos ingredientes, aditivos y por supuesto, los mecanismos de publicidad que incluyen educación continua y gratuita a los estudiantes y profesionales de la salud y el uso de las redes sociales. Adicionalmente, es imperativo tener en cuenta los cambios epidemiológicos que evidencian el aumento de la malnutrición por exceso, que requiere contemplar tanto en los ingredientes como en las etiquetas el uso de azúcar, sodio y ácidos grasos.

Acciones de registro e Inspección, Vigilancia y Control (IVC):

Coherente con la desactualización normativa, también se incluyen las acciones de inspección, vigilancia y control del decreto y de la resolución. Tanto en las acciones de registro como en las acciones de IVC, los participantes en la encuesta también coinciden en la necesidad, de actualizar las normas existentes (Decreto 1397 y Resolución 11488), debido a que, al presentar definiciones diferentes y consideraciones distintas, las acciones de supervisión y registro presentan problemas. De igual manera, varios encuestados coinciden en la necesidad de revisar las competencias en materia

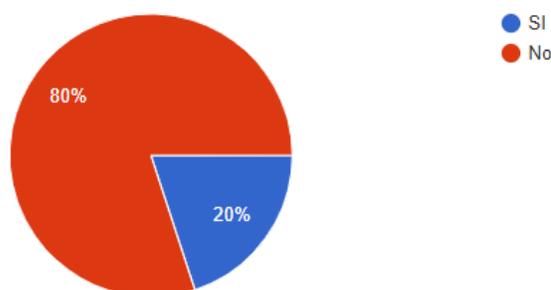
de supervisión ya que el INVIMA tiene competencias de registro y etiquetado, pero no es clara la responsabilidad de la entidad frente a publicidad, comercialización, mercadeo en instituciones de salud, promoción en redes sociales, etc.

- Las acciones de inspección, vigilancia y control deben tener claridad frente a las entidades que tienen competencia frente al incumplimiento, así como contemplar las diferencias entre las acciones de promoción y publicidad que pueden llegar a crear la industria de alimentos.

Graficas o Ilustraciones 11. Acciones de IVC

11. ¿Considera que las actuales acciones de Inspección, vigilancia y control son suficientes y adecuadas para el control de la regulación de los alimentos para menores de 3 años?

75 respuestas



La gran mayoría de las respuestas obtenidas están relacionadas con insuficiente control de la regulación de los alimentos para menores de 3 años. El 80 % de los participantes opinan que las acciones actuales de inspección, vigilancia y control son insuficientes y las principales justificaciones son:

- No hay claridad en competencias, las normas son muy laxas y demoradas en generar sanciones, se deben dar más herramientas y considerar la cancelación de registros sanitarios en caso de evidenciar falencias.
- Debido a la debilidad de la norma a veces nos quedamos sin soporte para tomar acciones, de otra parte, creo que es necesario desarrollar más capacidad de laboratorio para este tipo de productos.
- Se observan constantes incumplimientos con relación a la publicidad e información que se brinda a los usuarios, que es en forma engañosa, incompleta o poco precisa, además se requiere mayor control desde la producción de los alimentos.
- No hay un marco regulatorio estricto sobre el cual se pueda desarrollar las acciones de IVC de rotulado, ingredientes, uso de azúcares, aditivos, entre otros.



- Se deben controlar tanto publicidad como composición de los ingredientes, ya que ciertos ingredientes no están indicados para esta población o su consumo es innecesario o puede favorecer un riesgo nutricional como el sobrepeso u obesidad en la vida adulta.
- En la actualidad no se han ejercido adecuadamente las funciones de inspección, vigilancia y control para proteger los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes. Requiere especial atención lo relacionado con la publicidad de productos dirigida a niños y niñas, por los importantes impactos mencionados en puntos anteriores. A pesar de tal evidencia, no existe un ejercicio juicioso por parte de las autoridades de límite a la promoción de estos productos. Además, las autoridades que controlan la comercialización de esta clase de productos deben atender a la evidencia científica más reciente, que sugiere los impactos a la salud que puede tener estos productos como fórmulas infantiles y en general aquellos con un alto contenido en azúcar, sodio o grasas.
- No se evidencia realmente que exista una vigilancia y control, incluso se encuentran fácilmente en la oferta de comercialización, fórmulas lácteas provenientes de otros países y sin registro Invima.
- Porque permite que se produzcan, distribuyan y se promueva por medio del mercadeo y la publicidad el consumo de productos comestibles ultra procesados que dañan la salud de las personas.
- No serían suficientes, **teniendo** en cuenta que está pendiente la actualización de la normatividad vigente, en aspectos como composición de los productos, así como la publicidad de los mismos.

3.3 Identificación de las consecuencias

Debido a las causas presentadas, la mesa de trabajo considera que las consecuencias de un alto consumo de alimentos procesados o empacados, son:

Aumento de la malnutrición por déficit o por exceso en menores de 3 años

Generalmente cuando se habla de un consumo elevado de ciertos productos, se cree que la consecuencia es siempre es el exceso de peso, sin embargo, de acuerdo al informe sobre el estado de la infancia 2019 de UNICEF¹³, se debe hablar tanto de sobrepeso como de retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso:

En primer lugar, el retraso en el crecimiento, es decir, tener una estatura demasiado reducida para su edad, significa que los niños no se están desarrollando bien, ni física no mentalmente, especialmente durante la gestación y los primeros 2 años, a la vez que refleja privaciones pasadas y es un predictor de pobreza en el futuro. En el mundo se reportan 149 millones de niños menores de 5 años con esta afectación.

Con relación a la emaciación, es decir un niño muy delgado para su estatura, es un padecimiento grave y puede ser mortal. Es el resultado de una pérdida de peso reciente derivado de una ingesta gravemente insuficiente de nutrientes, una enfermedad o una combinación de ambos. Actualmente hay cerca de 50 millones de niños con emaciación en el mundo y su ocurrencia se da especialmente durante el primer año de vida, pero también puede ocurrir desde el nacimiento, por lo cual debe prevenirse con énfasis en los dos primeros años de vida.

Si se habla de hambre oculta, uno de cada 2 niños menores de 5 años, la padecen y significa falta de vitaminas y otros nutrientes esenciales. Por ejemplo, la deficiencia de hierro, disminuye la capacidad de aprendizaje de los niños y la falta de vitamina A es la principal causa de ceguera. Estos efectos suelen ser invisibles y cuando aparecen ya es demasiado tarde para tratarlos. El informe 2019 es muy específico en resaltar:

“En esta afectación, los malos hábitos de alimentación desempeñan un papel importante y la variedad del consumo de alimentos se usa para determinar si los niños están satisfaciendo sus necesidades de micronutrientes. Las dietas modernas, basadas en bebidas y alimentos procesados y ultra procesados pueden carecer de vitaminas y minerales esenciales y dado que normalmente se trata de alimentos muy sustanciosos, espesos, haciendo que los niños puedan quedarse sin apetito para tomar frutas y verduras, que son más ricas en nutrientes.”

En cuanto al aumento de la malnutrición por exceso como el sobrepeso y la obesidad, a nivel mundial se ha incrementado el porcentaje de niños menores de 19 años que lo padecen, pasando del 10% en el año 2000 al 20 % en el año 2016. Las consecuencias de este tipo de afectación son complicaciones de tipo gastrointestinal, musculo esqueléticas y ortopédicas, así como la aparición temprana de la diabetes 2, problemas emocionales y de comportamiento como la estigmatización y la depresión. Además de lo anterior, se puede incrementar en la edad adulta la obesidad y las enfermedades no transmisibles lo cual conlleva diversas implicaciones económicas y de salud.

De acuerdo a las proyecciones realizadas por UNICEF, en el año 2025 habrá 43 millones de niños y niñas menores de cinco años con aumento de peso, lo cual se está dando tanto en países ricos como en países de medianos y bajos ingresos. En la siguiente figura se puede evidenciar tanto la tendencia al aumento del sobrepeso acorde a los ingresos de los países, como el aumento del sobrepeso en menores de 19 años.

Grafica o Ilustración 11. Tendencia del aumento del sobrepeso

FIGURA 1.6 | Tendencia en el porcentaje de países según la clasificación de ingresos del Banco Mundial en los que al menos el 10% de los niños de 5 a 19 años tienen sobrepeso

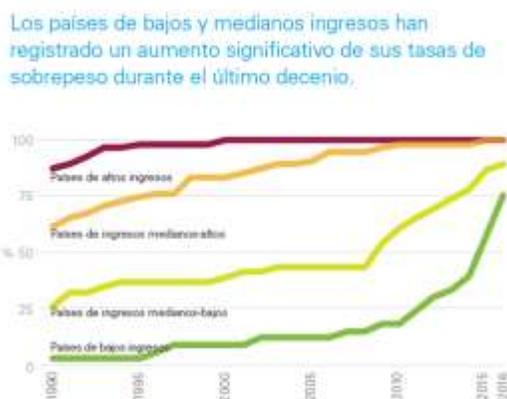


FIGURA 1.7 | Aumento del sobrepeso en niños menores de 5 años, niños de 5 a 19 años y jóvenes



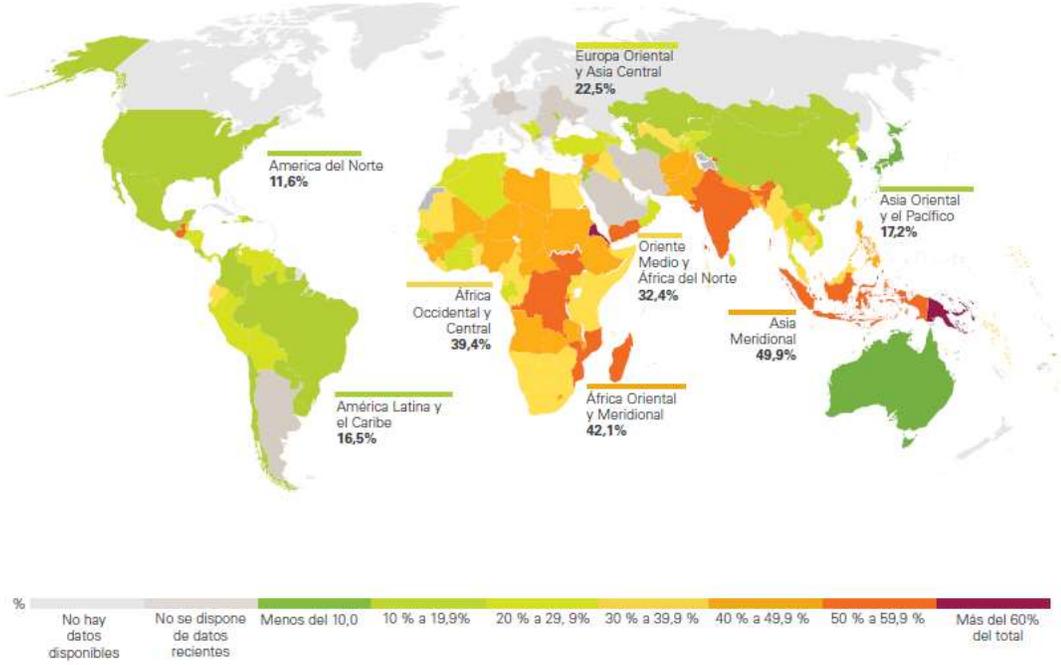
Fuente: Informe del estado mundial de la infancia, UNICEF 2019.

Se puede observar el mayor porcentaje de aumento en países con medianos y bajos ingresos, llegando casi a doblar el dato del 2010 al 2016. Con relación al incremento del peso por edad, en niños

entre los 5 años y los 19 años, el crecimiento de los datos es mayor entre 2000 y 2018 en comparación con menores de 5 años y las causas de estos incrementos, están relacionados con el consumo, cada vez más alto de calorías, resultado del paso de una alimentación tradicional a una alimentación moderna, así como resultado de la urbanización y a la falta de actividad y ejercicio físico. En los niños menores de tres años el aumento del sobrepeso y la obesidad son conexos al consumo de sucedáneos de la leche materna y de alimentos industrializados para bebés e impacta con los problemas de exceso de peso en la infancia, adolescencia y adultez ya que durante el primer año de vida, el lactante inicia la formación de hábitos alimentarios que serán difíciles de modificar posteriormente.

La carga de la malnutrición en todas sus formas, repercute principalmente en los niños y jóvenes de los estratos más pobres y marginados, perpetuando así el ciclo de pobreza a través de las generaciones

Graficas o Ilustraciones 12 . Prevalencia de niños menores de 5 años que no crecen bien por retraso en el crecimiento, la emaciación o el sobrepeso pro subregión de UNICEF, 2018.



Fuente: Informe del estado mundial de la infancia, UNICEF 2019.

Ahora bien, de acuerdo al Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia de la Organización Panamericana de la Salud,²⁶ si nos ubicamos específicamente en la región de las Américas, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad es más alta (62% para el sobrepeso en ambos sexos y 26% para obesidad en la población adulta de más de 20 años de edad). En tres países (México, Chile y Estados Unidos) la obesidad y el sobrepeso ahora afectan a cerca de 7 de cada 10 adultos. Además, en la Región se ha observado un aumento de la prevalencia del sobrepeso

26 Organización Panamericana de la Salud. 2014. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Washington. D.C.

y la obesidad en los niños de 0 a 5 años de ambos sexos. Por ejemplo, las tasas se duplicaron en la República Dominicana, de 2,2% en 1991 a 5,6% en el 2007; aumentaron de 1,5% en 1993 a 3% en el 2008 en El Salvador; y aumentaron de 2,5% en 1992 a 3,2% en el 2012 en el Perú. De manera análoga, en un informe reciente de siete países del Caribe oriental se indica que entre el 2000 y el 2010 las tasas de sobrepeso y obesidad en los niños de 0 a 4 años de ambos sexos se duplicaron y pasaron de 7,4% en el 2000 a 14,8%.

En Colombia, de acuerdo a los resultados 2015 de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional, ENSIN 19, en los últimos años se han presentado problemas de malnutrición tanto por déficit como la desnutrición y/ o deficiencias de vitaminas y minerales como por exceso como el sobrepeso y la obesidad. Estos problemas coexisten en los niños y niñas de 0 a 4 años, presentándose una doble carga nutricional que se relaciona con una inadecuada alimentación, tanto en calidad como en cantidad, lo cual conlleva a un crecimiento insuficiente con un exceso de peso.

En el país, el retraso en crecimiento o retraso en la talla para la edad disminuyó de 13,2% en 2010 a 10,8% en 2015. En 1990, uno de cada cuatro niños tenía desnutrición crónica, mientras que hoy solo es uno de cada diez. Con relación a la emaciación, desnutrición aguda o el indicador de peso para la talla, hubo en Colombia un incremento de 1.6%, superior al presentado en la medición del año 2010. Sin embargo, el cambio más grande fue el relacionado con el exceso de peso, sobrepeso y obesidad, el cual subió de 4,9 % en 2005 a 6,3% en 2015.

Graficas o Ilustraciones 13. Porcentaje del exceso de peso 2005 – 2015 en menores de 5 años en Colombia



Fuente ICBF, https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/ensin_2015_final.pdf

Desincentivación y disminución lactancia materna

La Organización Mundial de la Salud en su informe sobre el estado mundial de la infancia 2019¹³, recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de los primeros alimentos o alimentos complementarios desde los 6 meses de edad. Estas recomendaciones están basadas en publicaciones como la realizada por la revista The Lancet



– 2016¹⁷, que estima que se podría salvar la vida de más de 820.000 niños a través de medidas como lactancia materna exclusiva inmediatamente después del parto y de leche materna como complemento de su dieta hasta al menos los dos años de edad.

Sin embargo, UNICEF¹³ explica que los resultados de sus investigaciones sugieren que, en muchos casos, las prácticas alimentarias empleadas no son óptimas porque aunque muchas mujeres inician el amamantamiento al momento del nacimiento, dos de cada cinco mujeres introdujeron sustitutos de la leche materna antes de que sus bebés tuvieran 8 semanas de edad y la mayoría combinaron leche materna y sustitutos de la leche materna (y otros líquidos), antes de que sus hijos tuvieran 6 meses de edad.

De igual manera, el informe manifiesta su preocupación por el alto uso de sustitutos de la leche materna: Entre 2008 y 2013, las ventas de fórmula infantil aumentaron en un 41% en todo el mundo y en un 72% en países de ingresos medianos altos como el Brasil, China y Turquía. Por lo anterior, el documento expone que los menores de dos años tienen un gran riesgo a una inadecuada alimentación, lo cual puede conllevar a una o más formas de malnutrición: retraso en el crecimiento, emaciación, hambre oculta y sobrepeso u obesidad. Estos riesgos son básicamente: falta de lactancia materna exclusiva y / o continuada, la comercialización de sucedáneos de la leche materna, la falta de diversidad alimentaria, el alto consumo de alimentos ultra procesados y el consumo de bebidas azucaradas.

A nivel nacional, la Encuesta ENSIN – 2015¹⁹ mostró que el 72 por ciento de los menores de 2 años de edad recibió lactancia materna en su primera hora de vida. En cuanto a la lactancia materna exclusiva, se observó que aproximadamente 1 de cada 3 niños menores de 6 meses (36,1%) fue alimentado solo con leche materna, por lo cual se requiere reforzar esta práctica para llegar a la meta internacional del 50% fijada por la OMS y el 41% de niños de seis a 23 meses de edad amamantados y no amamantados tienen una dieta mínima aceptable, que contempla frecuencia y variedad de alimentos mínimos.

Las razones por la cuales los niños lactantes no son amamantados acorde a las recomendaciones de salud son varias, pero uno de los factores que nombra UNICEF en su informe, es la promoción de los sucedáneos de la leche materna. En dicho documento muestra un aumento de la promoción, las ventas y el uso innecesario de sucedáneos de la leche materna, sobre todo las fórmulas lácteas de continuación y las leches de crecimiento, lo cual constituye un motivo de preocupación creciente.

Estos productos a menudo se comercializan por medio de afirmaciones engañosas relacionadas con el mejoramiento del coeficiente intelectual y el sistema inmune de los niños o de que son necesarios para un crecimiento saludable. Entre 2008 y 2013, las ventas de fórmulas lácteas infantiles –por lo general de leche de vaca– aumentaron en un 41% en todo el mundo, y en países de ingresos medianos altos como Brasil, China, Perú y Turquía, en un 72%²¹, mientras que la práctica del amamantamiento disminuía. De igual manera, la promoción de las leches de crecimiento para niños entre 1 y 3 años logró aumentar sus ventas en un 53% entre 2008 y 2013, bebidas que son innecesarias para un crecimiento saludable y pueden suscitar en el niño preferencia por los sabores dulces.

En nuestro país, acorde a los resultados del Monitoreo Nacional al Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna- 2015¹⁵, se evidenció que las mujeres reciben



muestras, descuentos especiales y regalos de las industrias productoras de sucedáneos, así como en las instituciones de salud se entregan donaciones y suministros de productos alimenticios dirigidos a menores de 3 años a la vez que se otorgan bonos, patrocinios, regalos financieros y materiales a los profesionales de la salud generando conflicto de intereses e interfiriendo en la promoción de la lactancia materna en estas entidades. Lo anterior está relacionado directamente con el incumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de leche materna, que afecta negativamente la práctica de la lactancia materna¹⁷. El valor de las ventas de la industria de la leche de fórmula infantil está creciendo.

Los estudios recopilados por Lancet en el año 2016¹⁷, demuestran que la comercialización realizada por la industria de la alimentación infantil combinada con la amplia disponibilidad de fórmula infantil (incluyendo las muestras gratuitas), aumentan las tasas de la alimentación por biberón. Los anuncios de fórmula retratan la fórmula de leche infantil como algo tan bueno o mejor que la leche materna, o la presentan como la elección de un estilo de vida más que como una decisión con consecuencias sanitarias y económicas. Las madres dicen que los medios de comunicación son una importante fuente de información, y los resultados de estudios llevados a cabo en varios países asocian el recuerdo de los anuncios de fórmula con la disminución de la lactancia materna. Los mensajes comerciales también pueden transmitir que la lactancia materna es difícil y que los sustitutos de la leche materna ayudan a tranquilizar a los bebés inquietos.

Los resultados de una investigación poblacional realizada en el 2008 en los EE. UU ²⁷ mostraron que el 67% de las madres había recibido muestras gratuitas de fórmula de leche infantil y que tales regalos se asociaron con una duración más corta de la lactancia materna. Estas acciones de promoción de productos fueron realizadas tanto en el periodo prenatal como en el posparto inmediato y en ambos momentos se evidenció que la exposición a sustitutos de la leche materna afecta negativamente los patrones y las tasas de lactancia materna tanto exclusiva como la duración total. Adicionalmente, la publicación informó que muchos hospitales de Estados Unidos tienen acuerdos con empresas de fórmulas de las cuales reciben fórmulas infantiles con descuento o gratuitas a cambio de distribución de productos de mercadeo a las mujeres en posparto como bolsas de regalo que contienen muestras de fórmula, información sobre la alimentación con fórmula y cupones de descuento para futuras compras de fórmulas. La evidencia demostró que las mujeres que reciben estos regalos descontinúan la lactancia materna antes que las que no las reciben, así como también se observó que las madres que recibieron bolsa de regalo con extractores y ninguna fórmula en comparación a aquellas que recibieron bolsas con fórmula, amamantaron exclusivamente aproximadamente una vez y media (1.5) veces más: 4.18 semanas frente a 2.78 semanas.

Acorde a lo expuesto, es evidente cómo el alto consumo de alimentos empacados para menores de tres años y en especial de los alimentos de fórmula para lactantes y las leches de continuación, afectan la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y de manera complementaria con

27 Labook M, T.E. (2008). Achieving Exclusive breastfeeding in the United States: Findings and recommendations. Washington, DC: United states, Breastfeeding committee.



otros alimentos naturales y caseros hasta más allá de los dos años, afectando la seguridad alimentaria de los más pequeños, así como su estado nutricional.

Aporta al incremento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles y en carga de enfermedad

Debido a la malnutrición tanto por déficit como por exceso, así como a la baja práctica de la lactancia materna, la prevalencia de enfermedades crónicas no trasmisibles aumenta en adultos jóvenes y adultos y adultos mayores, incrementando así la carga de enfermedad de la población. Es necesario tomar medidas tanto para promocionar la alimentación saludable como para prevenir la desnutrición como el sobrepeso y la obesidad, en las mujeres gestantes, madres lactantes y niños y niñas menores desde los primeros días de vida.

De acuerdo al plan de acción de la Organización Panamericana de la Salud 2014²⁶ para la prevención de la obesidad, iniciar durante la primera hora la lactancia materna, brindarla de manera exclusiva hasta los 6 meses y luego continuarla junto con otros alimentos adecuados, naturales, caseros, hasta los dos años o más, puede reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en cerca del 10% de los niños en su edad adulta joven o adulta. Así mismo, las madres lactantes pueden perder el peso ganado durante la gestación ya que, al brindar leche materna a sus hijos, pierden peso con mayor rapidez.

Esto sumado a que cuanto más temprana es la edad a la que una persona adquiere sobrepeso o se convierte en obesa, mayor es el riesgo que tiene de seguir teniendo sobrepeso o de tornarse obesa al avanzar la edad, hacen que sea muy importante incentivar y apoyar el amamantamiento y la alimentación saludable desde el inicio de la vida, ya que la obesidad tiene consecuencias adversas para la salud en las fases iniciales de la vida, aumentando el riesgo de padecer asma, diabetes de tipo 2, apnea del sueño y enfermedades cardiovasculares, enfermedades, que afectan el crecimiento y el desarrollo psicosocial durante la adolescencia y, con el tiempo, comprometen la calidad de vida y la longevidad.

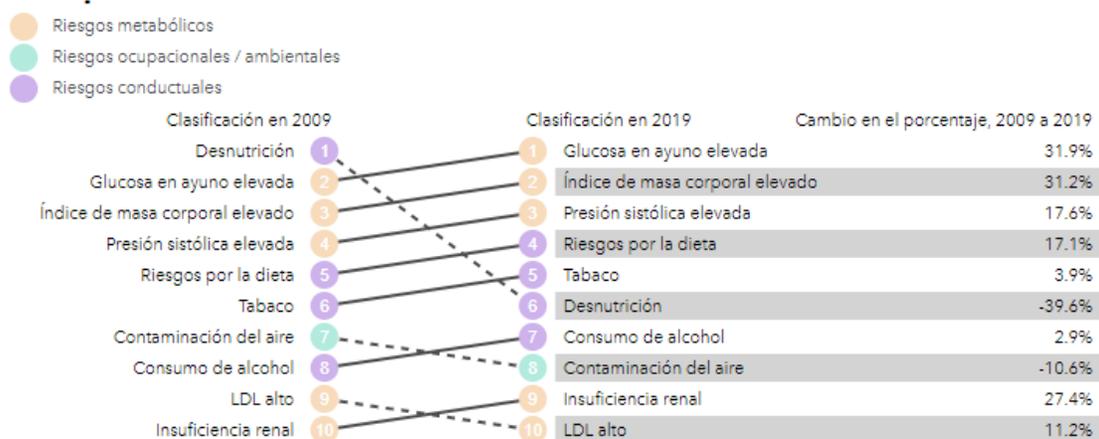
Dicho plan, recomienda que, desde edades tempranas, se promuevan adecuados hábitos alimentarios, es decir, desde la primera infancia, porque desde ese momento se inicia la adquisición de patrones alimentarios que duraran a lo largo de la vida. El consumo en la niñez de productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional, bebidas azucaradas y comida rápida interfieren con la formación de hábitos alimentarios saludables, llevando a las consecuencias de salud ya referidas con un alto impacto en la salud del adulto. Esto tiene relación con que los niños son incapaces de comprender la intención persuasiva de la promoción y publicidad de los alimentos y bebidas de bajo valor nutricional. Las campañas promocionales de alimentos procesados restringen la posibilidad de que los niños gocen del grado máximo que salud que se pueda lograr.

De manera similar, el informe sobre el estado de la infancia de UNICEF 2019 ¹³, resalta que la desnutrición, el hambre oculta y el sobrepeso, impactan la salud de la población ya que muchas veces los niños pequeños con problemas nutricionales no mueren sino sobreviven cargando el peso de una mala salud y un inadecuado desarrollo cerebral y corporal. Por ejemplo, los infantes que tienen carencia de hierro tienen una reducida capacidad de aprendizaje, mientras que el sobrepeso en los niños puede llevar a la aparición temprana de la diabetes tipo 2, del estigma y de la depresión. El documento también evidencia como en aquellos países donde han ocurrido periodos de déficit de alimentos durante la niñez, al pasar el tiempo, 40 o 50 años, han aparecido epidemias de diabetes, afectando a gran escala la salud de la población adulta.

Lo anteriormente descrito, se ve reflejado en los hallazgos presentados por la revista The Lancet en el estudio sobre la carga de la enfermedad, 2017²⁸, donde muestra que el 73% de todas las muertes mundiales en 2017 fueron por enfermedades crónicas no transmisibles, tales como presión arterial alta, diabetes, sobrepeso y obesidad. Argumenta también, que la prevalencia de la obesidad ha aumentado en casi todos los países del mundo, lo que ha provocado más de un millón de muertes por diabetes tipo 2, medio millón de muertes por enfermedad renal crónica relacionada con diabetes y 180.000 muertes relacionadas con la esteatohepatitis no alcohólica y termina recordando que ninguna nación ha cumplido aún la meta de los ODS para niños con sobrepeso que es igual o inferior al 0.5% de los niños de 2 a 4 años.

A nivel nacional, los datos están acordes al comportamiento de la enfermedad crónica no transmisible en el mundo. Se comparamos los riesgos de la tendencia de muertes y discapacidad combinados del 2009 al 2019, según datos del Instituto de Medición y Evaluación en Salud (IHME)²⁹ de la Universidad de Washington, hace 10 años el principal factor para muerte y discapacidad era la desnutrición y ahora los cuatro primeros factores son: glucosa en ayuno elevada, índice de masa corporal elevado, hipertensión y riesgos por la dieta, dejando a la desnutrición en un sexto lugar. Como podemos observar en la siguiente gráfica, en nuestro país, los riesgos metabólicos son los principales factores que aumentan muerte y discapacidad.

Graficas o Ilustraciones 14. Riesgos principales que explican tendencia de muerte y discapacidad.



Fuente: Institute for Health and Metrics – IHME. Washington University. Colombia Profile. 2019

Es necesario entonces, a partir de los cambios epidemiológicos nacionales, donde ha disminuido la morbilidad y mortalidad por desnutrición, pero se han incrementado las enfermedades crónicas no transmisibles, buscar alternativas que permitan frenar y disminuir el sobrepeso y la obesidad en niños

²⁸ The Lancet. GBD 2017, Diet Collaborators. (2019). Health effects of dietary risk in 195 countries. 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. 2017

²⁹ IHME. Institute for Health and Metrics. Washington University. Colombia Profile. 2019



y niñas desde el nacimiento hasta lo largo de la infancia, permitiendo así gozar de población más longeva, pero con una adecuada calidad de vida.

Baja productividad y altos costos en salud

El estado nutricional durante la infancia, repercute en la salud de los adultos y esto afecta de manera directa la economía y productividad de un país. El costo en salud que se requiere invertir para tratar una enfermedad, que tal vez pudo ser prevenible, también afecta las finanzas nacionales. A continuación, se revisará cual es el impacto de la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad en los niños y niñas pequeños con relación al capital de una nación

Los 1000 primeros días de la vida de un niño o niña, es un periodo de rápido crecimiento físico y de desarrollo cerebral. La falta de una nutrición adecuada, así como la exposición a enfermedades e infecciones durante esos años, tiene importantes repercusiones en el rendimiento escolar y en los resultados económicos de la salud durante toda la vida

A nivel de la desnutrición en los niños y niñas, que sucede cuando hay un desequilibrio negativo entre el consumo de alimentos y las necesidades de calorías y nutrientes, está relacionada con desarrollo cognitivo más limitado y peores resultados educativos. El informe del estado de la infancia de UNICEF 2019¹³, sustenta que cuando hay desnutrición hay también menos tiempo en la escuela por limitado desarrollo cerebral, los niños están mal preparados, enfermos, presentan alto porcentaje de ausentismo escolar y suelen repetir más cursos.

Por el contrario, cuando hay mejor alimentación durante los primeros años, mejor será el rendimiento escolar de los infantes. Por ejemplo, hay casos en los que se enriqueció el pan con hierro o se recibieron suplementos con yodo y en los años siguientes se mejoraron los índices de matrícula escolar, permanecieron más en la escuela o se incrementaron los resultados en matemáticas y lectura. Lo anterior, con lo años, repercute en los ingresos económicos y la productividad de los adultos. El documento evidencia que el retraso en el crecimiento se asocia a la disminución de los ingresos ya que se ha revisado que un aumento de un centímetro de estatura en la edad adulta se asoció a un incremento del 4% en el salario para los hombres y del 6% para las mujeres. De igual manera, el documento relata que la desnutrición puede influir en el aumento de los conflictos dentro de un país. Se relaciona la precariedad económica, de salud y la malnutrición con el aumento de los conflictos armados. Las repercusiones de la desnutrición debilitan la capacidad de los países para desarrollar su capital humano y las pérdidas son significativas. Algunos creen que el costo anual para las economías de la malnutrición infantil puede ser entre un 1.9% y un 16.5 % del PIB, como consecuencia final de la disminución de las capacidades físicas e intelectuales.

A nivel del sobrepeso y la obesidad las pérdidas económicas están más relacionadas con el ausentismo laboral, la reducción de la productividad en el trabajo, la mortalidad y la discapacidad permanente. En algunos países europeos, participantes en el informe de UNICEF 2019, se evidenció que el costo de la obesidad y el sobrepeso en el transcurso de una vida (debido a factores como la pérdida de productividad o enfermedades) fue de unos 145.000 millones de euros (alrededor de 162.000 millones de dólares). En los Estados Unidos, se invierten 190.000 millones de dólares al año en el tratamiento de la obesidad y otras enfermedades relacionadas: se trata de casi una quinta parte del gasto total en atención médica del país. En los hospitales públicos del Brasil, el costo directo estimado de las enfermedades asociadas al sobrepeso y la obesidad fue de 2.100 millones de dólares anuales.



Según estimaciones del informe, si se mantienen las tendencias actuales, las pérdidas económicas derivadas de enfermedades del corazón, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas en los países de ingresos medios y bajos superarán los siete billones de dólares a lo largo del periodo 2011-2025, lo que equivale a aproximadamente un 4% de la producción anual de esos países. Asimismo, se estima que la repercusión económica mundial de la obesidad equivale a 2 billones de dólares o, lo que es lo mismo, un 2,8% del PIB mundial: prácticamente el mismo coste económico que el tabaco o los conflictos armados.

Las tendencias al aumento del costo tanto en la prevención como en el tratamiento de la obesidad tienen relación directa con un mundo donde los niños tienen cada vez más opciones para satisfacer sus necesidades energéticas, pero no las nutricionales. Lo anterior, es el resultado de una transición nutricional mundial donde cada vez más gente está cambiando sus dietas por otras más modernas, ricas en grasas saturadas, grasas trans, azúcar y sal. Este cambio está ligado al aumento de la prevalencia de enfermedades no trasmisibles asociadas a la alimentación. De hecho, la baja calidad de la alimentación se considera en la actualidad el mayor factor de riesgo para la carga mundial de las enfermedades. Es así como tanto la desnutrición como el sobrepeso y la obesidad durante la infancia de los estratos más pobres y marginados, contribuye a perpetuar el ciclo de pobreza a través de las generaciones.

4. Bibliografía

1 Ministerio de Salud y Protección Social. (1984) Resolución 11488, *Por la cual se dictan normas en lo referente a procesamiento, composición, requisitos y comercialización de los alimentos infantiles, de los alimentos o bebidas enriquecidos y de los alimentos o bebidas de uso dietético*. Bogotá.

2 Organización Panamericana de la Salud. *Guía para los agentes de la salud sobre el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. 11ª edición. 2010. Malasia.

3 Organización Mundial de la Salud. *Nutrición de la Madre, el lactante y el niño pequeño*. 69ª Asamblea Mundial de la Salud, 2016. Washington.

4 Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. *Avances y retos de la lactancia materna. Colombia 1970 a 2013. Un recorrido sobre 40 años de experiencias en la aplicación de políticas públicas*. Washington, D. C, 2013.

5 Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. *Codex Alimentarius*. 2018. 5ª Edición. Ginebra, Suiza.

6 Ministerio de Salud y Protección Social. *Decreto 1397 de 1992, Por el cual se promueve la lactancia materna y regular la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y alimentos complementarios*. 1992. Bogotá.

7 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 11488 de 1984, *Por el cual se dictan normas en lo referente a procesamiento, composición, requisitos y comercialización de los alimentos infantiles, de los alimentos o bebidas enriquecidos y de los alimentos o bebidas de uso dietético*. Bogotá.

8 Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. *Estatuto del Consumidor*. 2011. Bogotá, Colombia

9 UNICEF. 2019. *Estado Mundial de la Infancia. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación*. Informe.

10 Asamblea Mundial de la Salud. 2016. *Reporte de la comisión para dar fin a la obesidad infantil*. Res A69 /8. Ginebra

11 Ministerio de Salud, 2015. *Informe Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Bogotá

12 Piwoz EG, Huffman SL. 2015. *The impact of marketing of breastfeeding practices*. Food Nutr Bull.

13 The Lancet, 2016. *¿Por qué invertir y qué se necesita para mejorar las prácticas de lactancia materna?* Pág. 17 a 30

14 ICBF, 2018. *Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas para menores de 2 años para Colombia*. Bogotá, Colombia.



- 15 ICBF, Encuesta Nacional de Situación Nutricional- ENSIN, 2015. Bogotá, Colombia.
- 16 Leviene G, Petrauskiene A, Tamuleviciene E, Kudzyte J, Labanauskas L. 2009. The evaluation of knowledge and activities of primary health care professionals in promoting breast – feeding. Medicina Kaunas
- 17 Forero Yibby, Acevedo María, Hernández Jenny, Morales Gina. 2018. La alimentación complementaria, una práctica entre dos saberes. Bogotá Colombia
- 18 Tarrago Omar, Crestanello Francisco. 2017. El problema del sobrepeso y la obesidad en la niñez y adolescencia. Una Mirada desde la Bioética. Uruguay
- 19 Borbón A.2018. Propuesta de Estrategia de comunicación para la promoción de la alimentación saludable en un grupo de gestantes de Bogotá. Colombia.
- 20 UNICEF. Estudio exploratorio sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no saludables dirigida a niños en América Latina y el Caribe. 2013. [https://www.unicef.org/lac/Estudio_exploratorio_promocion_alimentos_no_saludables_a_ninos_en_LAC_-_Informe_Completo_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Estudio_exploratorio_promocion_alimentos_no_saludables_a_ninos_en_LAC_-_Informe_Completo_(2).pdf)
- 21 Asamblea Mundial de la Salud, OMS. 2016. Resolución 069/7 Add1. Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño. Washington D.C.
- 22 Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. Encuesta Nacional de Situación Nutricional y Alimentaria – ENSIN. Bogotá, Colombia.
- 23 Organización Mundial de la Salud. 2003. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. Singapur. Tomado de: https://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf?ua=1
24. Labbok M, T. E. (2008). Achieving Exclusive breastfeeding in the United States: Findings and recommendations. Washington, DC: United states, Breastfeeding committee.
25. McAllister H, B. S.-A. (2009). A study of in - hospital midwifery practices that affect breastfeeding outcomes. Breastfeed Rev.
26. OMS. (2010). Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 3 Country profiles. Génova, Suiza.
- 27 Organización Panamericana de la Salud. 2014. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Washington. D.C.
- 28 The Lancet. GBD 2017, Diet Collaborators. (2019). Health effects of dietary risk in 195 countries. 1990-017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. 2017
- 29 IHME. Institute for Health and Metrics. Washington University. Colombia Profile. 2019