



**La salud
es de todos**

Minsalud

Definición del problema del Análisis de Impacto Normativo en la temática de etiquetado nutricional y frontal

Ministerio de Salud y Protección Social

**Equipo desarrollador:
Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas**

Marzo, 2019.

1. Introducción

El etiquetado nutricional se entiende como toda descripción destinada a informar al consumidor sobre las propiedades nutricionales de un alimento (Codex, 2017). Actualmente en Colombia, este etiquetado se rige por la Resolución 333 de 2011, la cual establece la forma de declaración de nutrientes, como también la declaración de propiedades nutricionales y de salud.

A medida que la evidencia científica con respecto al etiquetado nutricional ha ido evolucionando, se han ido estableciendo distintas orientaciones y requisitos normativos a nivel internacional. Esto incluye consideraciones tales como el número de idiomas que se deben utilizar en la etiqueta; si la información se debe expresar cuantitativamente, con símbolos, o empleando términos como «alto», «medio», o «bajo»; y si la información nutricional se expresa en cantidades por 100 gramos de alimento o por porciones específicas, tipos de descriptores, y algunas restricciones en cuanto a las declaraciones de salud. Por ello, se plantea la necesidad de revisar minuciosamente la pertinencia de la actual norma, a la luz de los resultados de la evidencia científica, del perfil epidemiológico del país, del nivel educativo de la población y por ende de su grado de comprensión.

Asimismo, a medida que sigan aumentando las pruebas científicas que relacionan el contenido de nutrientes de los alimentos con las condiciones de determinadas enfermedades no transmisibles, la política pública y las directrices dietéticas nacionales pueden modificarse y variar de un país a otro. Aunque dichas situaciones son con frecuencia inevitables, está claro que una mayor congruencia en las orientaciones sobre el etiquetado de los alimentos reducirá las barreras que impiden promover la armonización internacional y mayores beneficios para los consumidores (FAO/OMS, Grasas y aceites en la nutrición humana., 1997).

Durante el año 2016, el país tuvo un cambio sustancial en las directrices sobre las recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes, con la expedición de la Resolución 3803 de 2016, por ello, se vio la necesidad de realizar modificaciones a los valores de referencia con fines de etiquetado nutricional, que puedan dar cuenta de estas recomendaciones. Igualmente, el perfil epidemiológico y nutricional del país, durante la última década ha cambiado considerablemente, cada vez el país se enfrenta a una mayor carga de enfermedades no transmisibles, pero al mismo tiempo aún existen deficiencias nutricionales y de micronutrientes, lo cual conlleva a tener una problemática de doble y/o triple carga nutricional (OSAN, 2014). De otra parte, hay mayor oferta de alimentos procesados y menor consumo de alimentos naturales y frescos, por lo cual, se hace necesario que el gobierno pueda tomar medidas para que se aúnen esfuerzos por todos los actores y que la población colombiana pueda acceder a alimentos con un perfil nutricional más saludable.

Bajo este mismo contexto, este documento analiza la problemática en cuanto a la información que se le presenta al consumidor sobre el contenido de nutrientes, se define la problemática, sus causas y sus consecuencias.

Contexto internacional

El etiquetado de alimentos ha sido reconocido como una herramienta eficaz para proteger la salud del consumidor en términos de seguridad alimentaria y para promover el bienestar nutricional. Las etiquetas de los alimentos se han utilizado tradicionalmente para transmitir información sobre la identidad y el contenido del producto, así como para proporcionar información sobre cómo manipular y preparar el producto alimenticio de manera segura. En las últimas décadas, las etiquetas de los alimentos se han convertido en vehículos para informar a los consumidores sobre las relaciones entre los productos alimenticios específicos y la salud (FAO O. , 2016).

La Comisión de etiquetado del Codex Alimentarius es un órgano intergubernamental con más de 170 miembros en el marco del Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias establecido por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tiene por objeto proteger la salud de los consumidores y asegurar prácticas equitativas en el comercio de alimentos. La Comisión también promueve la coordinación de todos los trabajos sobre normas alimentarias emprendidos por las organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales (FAO/OMS, Etiquetado de alimentos, 2007). Es así que desde 1985, el Codex ha establecido directrices para el etiquetado de alimentos envasados, declaración de propiedades nutricionales y de salud. Estas normas sirven de referente internacional, para que cada país adopte y/o adapte su propia normativa.

La Organización Mundial de la Salud, en el 2004, presentó la Estrategia Mundial de Régimen Alimentario y Actividad Física, en la cual se reconoció la importancia de la alimentación como factor protector de las enfermedades no transmisibles, las cuales cada día se presentan con mayor frecuencia y representan la mayor carga, especialmente para los países en desarrollo. Una de sus líneas de acción tiene que ver con que los gobiernos deben facilitar información correcta y equilibrada, para lo cual se insta a los gobiernos a adoptar medidas regulatorias como el etiquetado, dado que los consumidores tienen derecho a recibir una **información exacta, estandarizada y comprensible sobre el contenido de los productos alimenticios, que les permita adoptar decisiones saludables** (OMS, Estrategia Mundial de Regimen Alimentario y Actividad Física , 2004).

Adicionalmente, en el año 2014, la Organización Panamericana de la Salud estableció el Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la niñez y la adolescencia, en el cual, exhorta a los gobiernos a elaborar y establecer normas para el **etiquetado** en el frente del envase que promuevan **elecciones saludables al permitir identificar los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional de manera rápida y sencilla** (OPS, Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia, 2014).

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, manifestó que las **etiquetas deben ser fáciles de entender y no deben requerir conocimientos previos sobre nutrición**. Los diseños de las etiquetas deberían ser atractivos para todo

tipo de personas, incluidas aquellas con escasas competencias funcionales en alfabetización y aritmética elemental e instó a los gobiernos a mejorar la legibilidad de las etiquetas para mejorar el uso de la información nutricional por parte de los consumidores, como parte de una de las estrategias de para influir en un entorno alimentario saludable (FAO O. , 2016).

En el año 2018, los estados miembros se comprometieron a realizar las recomendaciones establecidas en el *Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición*, el cual estableció nuevas líneas de acción sobre la nutrición a escala mundial: erradicar el hambre y la malnutrición en todas sus formas (desnutrición, carencias de micronutrientes, sobrepeso u obesidad) y reducir la carga de las enfermedades no transmisibles (ENT) relacionadas con la alimentación en todos los grupos de edad. Una de ellas se refiere a la recomendación 15: Estudiar instrumentos de regulación y de carácter voluntario —como políticas de comercialización, publicidad y **etiquetado** e incentivos o desincentivos económicos de conformidad con las reglas del Codex Alimentarius y de la Organización Mundial del Comercio (OMC)— para promover **dietas saludables** (UN, 2018).

Contexto regional

En la región de América Latina y el Caribe han surgido varias iniciativas en torno a regulación en el etiquetado de alimentos, como una medida de protección al consumidor, teniendo en cuenta que la región tiene altos índices de sobrepeso y obesidad, asociados a la aparición de enfermedades no transmisibles. A continuación se presenta una línea de tiempo de las principales iniciativas de etiquetado frontal en la región, la cual se puede observar al gráfica 1:

Ecuador

En agosto de 2014, se aprobó el denominado “Reglamento Sanitario Sustitutivo de Alimentos Procesados para el Consumo Humano 5103” —actualmente en vigencia—, estableciendo el sistema gráfico de semáforo nutricional, el cual establece una barra roja para los productos con contenido “ALTO” en grasa, azúcar o sal, la barra de color amarillo, para el contenido “MEDIO”, y la barra de color verde, para el contenido “BAJO” en estos componentes.

Bolivia

El gobierno de Bolivia, en el año 2015 promulgó la Ley de la Promoción de Alimentación Saludable, estableciendo entre otras acciones el sistema de etiquetado tipo semáforo para grasas saturadas, azúcar añadida y sal, con parámetros técnicos para concentraciones “Bajas o saludables”, “Medias” o “Muy altas”.

México

En el año 2015, el gobierno emitió una medida regulatoria que delimita a diversos productos alimenticios en el mercado para tener el etiquetado frontal nutrimental,

conocido como “Guías Diarias de Alimentación” o GDA (las cuales están basadas en un sistema propuesto en Europa que ha sido objeto de distintas evaluaciones), que indican la cantidad y el porcentaje de grasa saturada, otras grasas, azúcares totales, sodio y energía (en kcal) por el contenido total del envase, y por porción; además, contienen la imprecisa leyenda “% de los nutrimentos diarios.

Chile

Año 2016: Chile fue un país innovador en cuanto a las medidas regulatorias, al establecer la primera ley en el mundo que regula simultánea e integradamente tres medidas que contribuyen a disminuir la obesidad y aumentar el consumo de alimentos más saludable: el etiquetado frontal de advertencia; las restricciones a la publicidad dirigida a menores de 14 años de edad, y la prohibición del expendio de alimentos en las escuelas y sus entornos. Estas tres medidas regulatorias son recomendadas por la FAO y la OPS/OMS para prevenir el sobrepeso y la obesidad entre los niños. Este etiquetado tipo advertencia, establece los límites máximos de contenido de sodio, calorías, grasas saturadas y azúcares por 100 gramos (alimentos sólidos) o por 100 mililitros (alimentos líquidos) por sobre los cuales se habrán de aplicar los nuevos sellos con una leyenda de “ALTO EN”.

Perú

El gobierno peruano aprobó mediante un decreto supremo el Manual de Advertencias Publicitarias (etiquetado), en el año 2018, en el marco de la ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes. Esto significa que las etiquetas de todos los productos procesados que contengan alto contenido en sales, grasas y azúcares deberán llevar impresas advertencias publicitarias las cuales estarán señaladas de manera clara, legible, destacada y comprensible en la cara frontal de la etiqueta del producto con la leyenda de “alto en”.

Uruguay

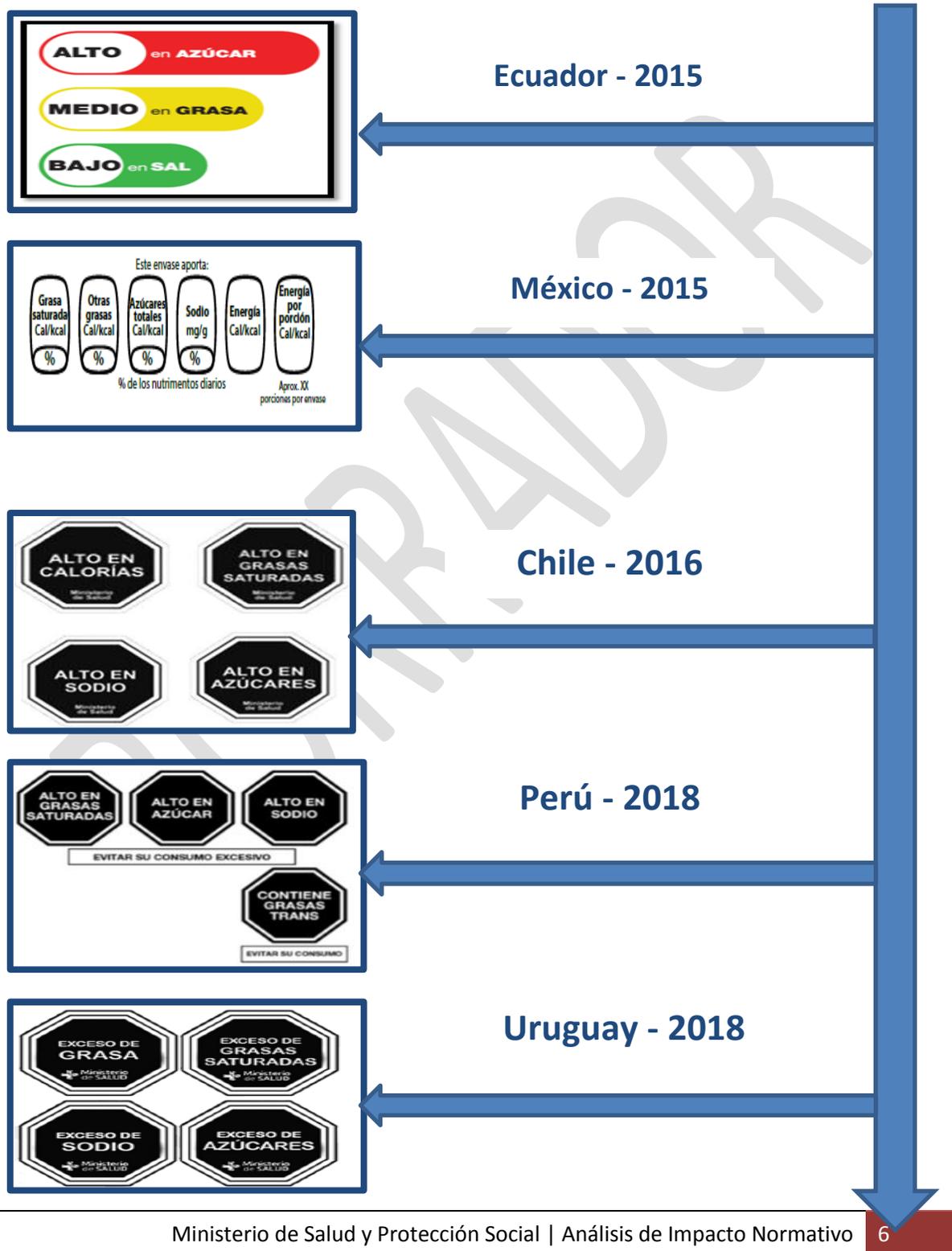
El Gobierno de Uruguay decretó y envió al Parlamento el proyecto de ley que establece el etiquetado frontal de alimentos envasados, en el año 2018, convirtiéndose en el tercer país de las Américas, luego de Chile y Perú en implementar este sistema de advertencias. El objetivo es contribuir a la reducción de la epidemia de enfermedades no transmisibles – ENT- en la población. Regular el Etiquetado Frontal en Alimentos es importante para garantizar al consumidor el derecho a la información que necesita en la toma de decisiones más críticas, protegerlo de engaños y desestimular la compra de productos no saludables.

El etiquetado frontal consistirá en símbolos con diseño octogonal de fondo negro y borde blanco, que contendrán en su interior la expresión “EXCESO” seguida del nutriente que corresponda: GRASA, GRASAS SATURADAS, AZÚCARES o SODIO. Se incluirá un símbolo por cada nutriente que se encuentre en exceso.

Brasil

Actualmente el país brasileño se encuentra en proceso de consulta pública para definir el tipo de etiquetado frontal de advertencia, para el proceso de reglamentación.

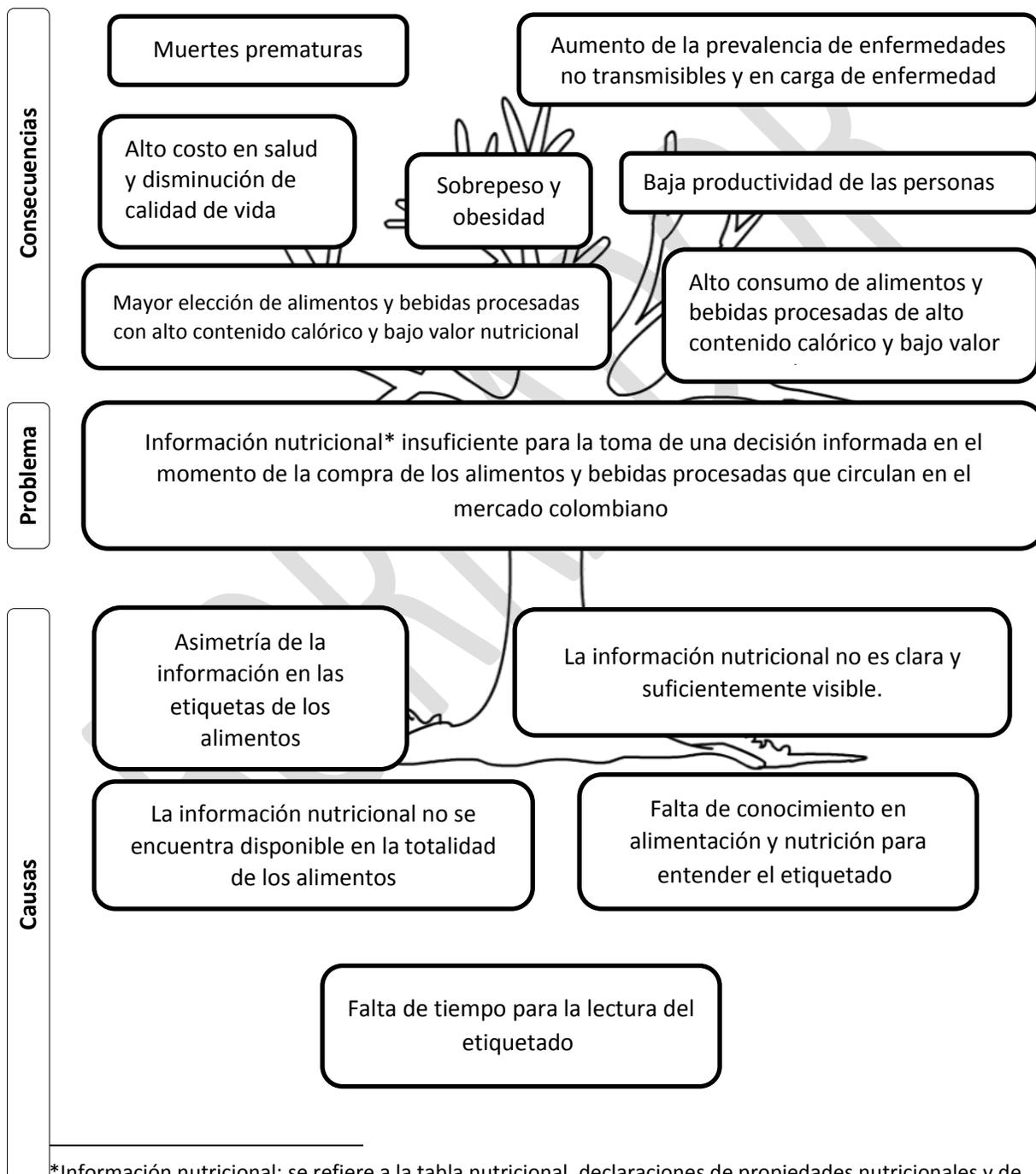
Gráfica 1. Línea de tiempo – tipos de etiquetado frontal en Latinoamérica y el Caribe



2. Definición del problema

2.1 Árbol de problemas

1



*Información nutricional: se refiere a la tabla nutricional, declaraciones de propiedades nutricionales y de salud

Las consecuencias sociales y económicas de las **Enfermedades No Transmisibles** – ENT, se dejan sentir en todos los países, pero son particularmente devastadoras en las poblaciones pobres y vulnerables. Reducir la carga mundial de ENT es una prioridad absoluta y una condición necesaria para un desarrollo sostenible. Las ENT son la principal causa de muerte en el mundo entero, habiendo causado 38 millones (el 68%) de los 56 millones de defunciones registradas en 2012. Más del 40% de ellas (16 millones) fueron **muerres prematuras** ocurridas antes de los 70 años de edad. Casi las tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT (28 millones) y la mayoría de los fallecimientos prematuros (el 82%) se produjeron en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2014).

Estudios recientes indican una clara correlación entre el **exceso de peso, y el desarrollo de las ENT**. Un Índice de Masa Corporal – IMC, elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, tales como: enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon). El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC.

En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían exceso de peso², de los cuales, más de 650 millones eran obesos, lo cual significa, el 39% de los adultos de 18 o más años (un 39% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían **sobrepeso** y alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos. Entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la **obesidad** se ha casi triplicado, por ello, la Organización Mundial de la Salud, ha alertado a los gobiernos para establecer acciones efectivas para mitigar la creciente prevalencia de exceso de peso (OMS, 2016).

En todo el mundo, el número de lactantes y niños pequeños (de 0 a 5 años) que padecen sobrepeso u obesidad aumentó de 32 millones en 1990 a 41 millones en 2016. En los países en desarrollo con economías emergentes (clasificados por el Banco Mundial como países de ingresos bajos y medianos) la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil entre los niños en edad preescolar supera el 30%. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentará a 70 millones para 2025 (OMS, 2016).

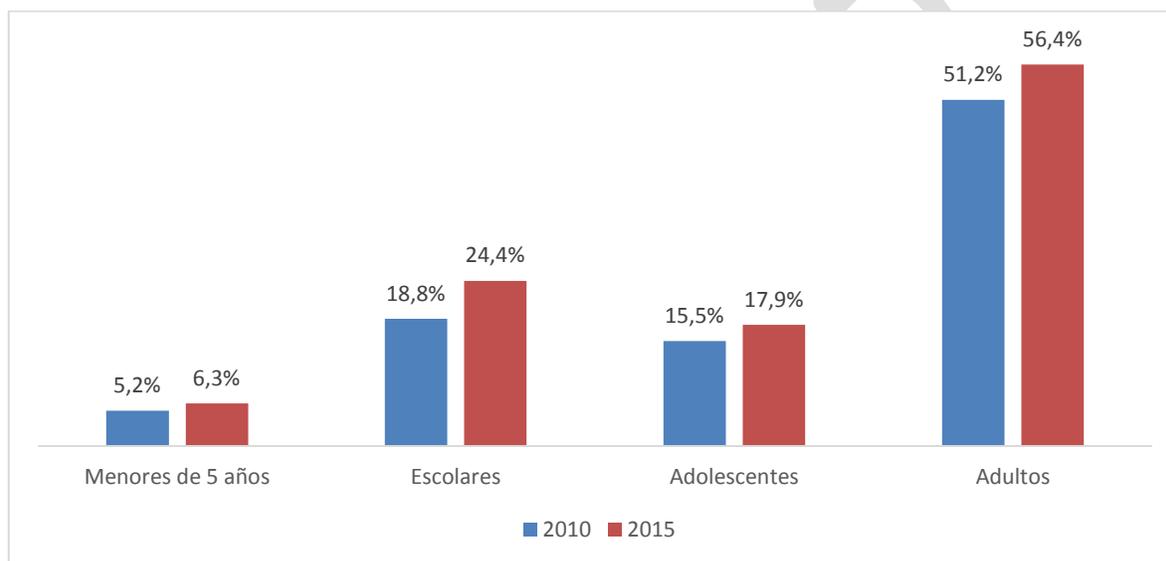
La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Sin embargo, además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos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

² El exceso de peso incluye el sobrepeso y la obesidad.

Este comportamiento es similar a otros países de América Latina, en donde el porcentaje de sobrepeso y obesidad se ha incrementado entre 1990 y 2010; las causas de este incremento se han atribuido a un cambio en los patrones de actividad física y alimentación, además de múltiples factores ambientales y sociales.

Colombia no es ajena a esta situación, los resultados de la Encuesta Nacional de Situación Alimentaria y Nutricional – 2015, mostraron un aumento importante en las prevalencias de exceso de peso, en todos los grupos de edad, especialmente en los escolares, tal como se puede observar en la gráfica 1.

Gráfica 1. Evolución del exceso de peso por grupos de edad, 2010-2015.



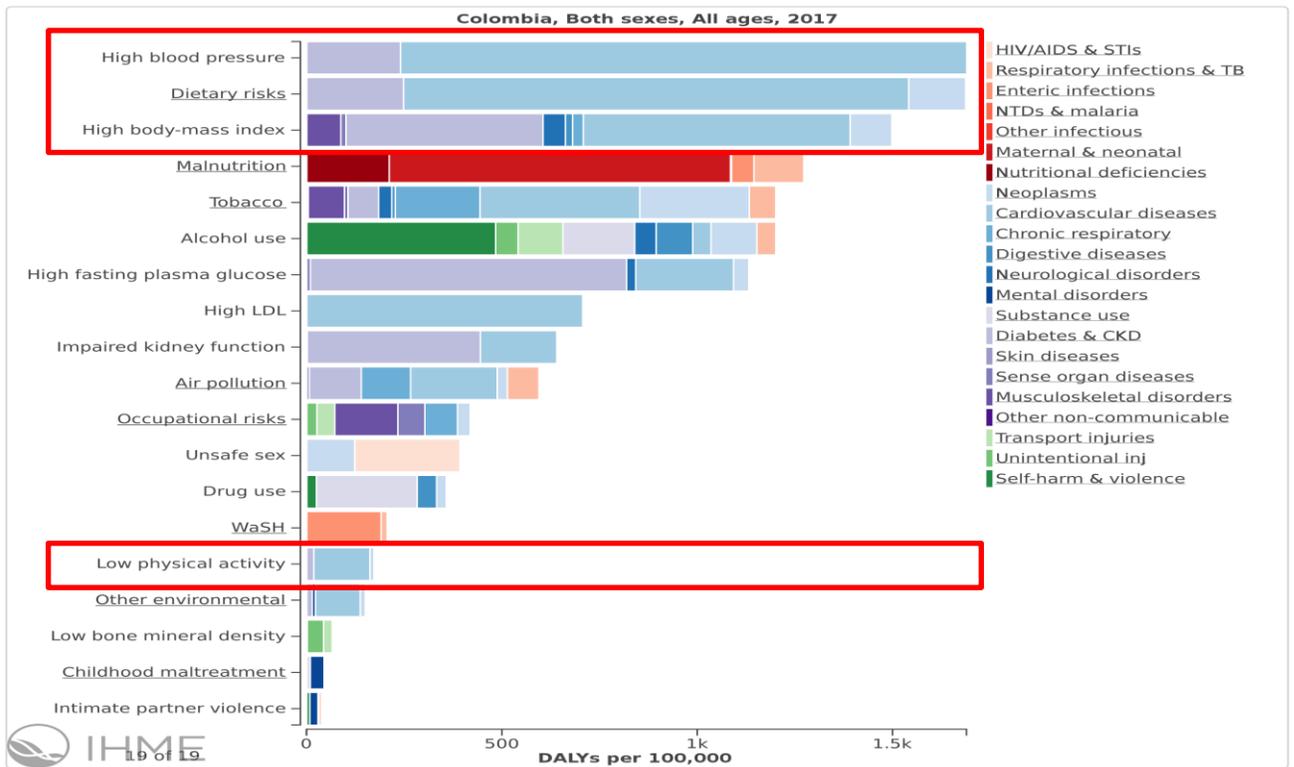
Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia – ENSIN 2010 - 2015.

Al comparar el comportamiento del exceso del peso entre el año 2010 y 2015, se puede observar que hay un **aumento progresivo en las prevalencias**, este aumento observada tanto cuando se incrementa la edad, es decir de niños a adultos, así como con respecto a los puntos de corte en el tiempo evaluados (2010-2015). Es así que para el año 2015, más de la mitad de los adultos tiene exceso de peso y uno de cada 5 adolescentes tiene exceso de peso.

Es importante resaltar que el exceso de peso, tiene graves complicaciones de salud y de años de vida saludables perdidos (AVISAS), como se puede observar en la gráfica 2, el alto índice de masa corporal, es uno de los mayores factores de riesgo, conjuntamente con la hipertensión y los factores dietarios. Se puede observar que el IMC alto (exceso de peso), tiene un alto riesgo atribuible con la enfermedad cardiovascular (3,15%), y con enfermedades endocrinas (2,32%), así mismo, la hipertensión juega un factor fundamental con la enfermedad cardiovascular (6,68%) y los **factores dietarios que contribuyen con el 5,96%** de riesgo atribuible para enfermedad cardiovascular, contrario al factor de riesgo de baja actividad física que únicamente tiene un porcentaje de 0,66%. Igualmente, es necesario destacar que al sumar los tres factores: hipertensión, IMC alto y

factores dietarios, se puede decir que tienen la mayor contribución a la carga de morbimortalidad en el país (IHME, Factores de riesgo expresados como AVISAS para Colombia, 2017).

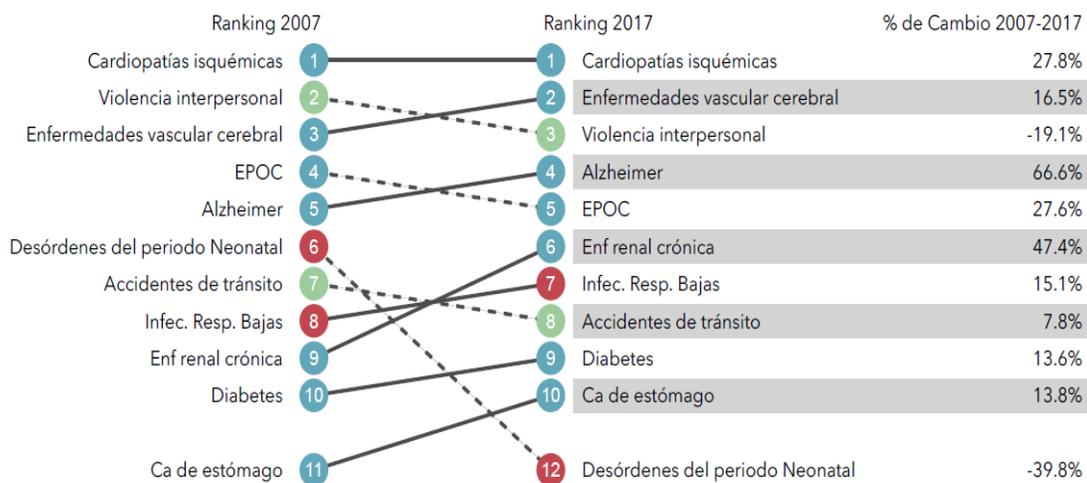
Gráfica 2. Factores de riesgo para morbilidad y mortalidad en Colombia, año 2017.



Fuente: Institute for Health and Metrics. Washington University. Colombia profile. 2017.

En ese mismo sentido, se puede destacar que actualmente Colombia pasa por una transición epidemiológica y nutricional, en la cual se observan diferencias importantes en las primeras causas de muerte (Gráfico 3), estas muertes ya no están relacionadas con enfermedades transmisibles, como en anteriores años. Ahora, se observa que 7 de las 10 **primeras causas de muerte**, son debidas a **enfermedades no transmisibles**, 1 causa por enfermedad transmisible y 2 por lesiones, por ello, se debe prestar atención principalmente a los factores de riesgos que puedan causar las enfermedades no transmisibles, tales como enfermedad cardiovascular, cerebrovascular, renal, entre otras. Asimismo, es importante resaltar que la cardiopatía isquémica es la primera causa de muerte en el país, y que ha tenido un aumento del 27,8% en la última década, así como la enfermedad renal crónica, que aumentó 47,4% y la diabetes con un aumento del 13,6% en los últimos diez años (IHME, 2017).

Gráfico 3. Principales causas de muerte en Colombia (2007-2017)



Fuente: Institute for Health and Metrics. Washington University. Colombia profile. 2016.

Según los anteriores datos, se puede deducir que el exceso de peso y los factores dietarios, son un factor importante para el desarrollo de enfermedades no transmisibles, que actualmente tienen una gran contribución en la carga de morbilidad en Colombia, por ello es importante generar acciones que puedan contribuir a disminuir o a mitigar esta tendencia. Las enfermedades no transmisibles constituyen una **pesada carga económica para los sistemas de salud, sujetos ya, por otra parte, a fuertes presiones, y acarrear grandes costos para la sociedad**. La salud es un factor determinante del desarrollo y un motor del crecimiento económico. La Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud ha destacado la importancia de la inversión en la salud para el desarrollo económico. Los programas encaminados a promover una alimentación sana a fin de prevenir enfermedades son instrumentos decisivos para alcanzar los objetivos de desarrollo (OPS, 2012).

La ENSIN 2010, muestra la presencia de algunas prácticas que, sumadas a la inactividad física, podrían favorecer el exceso de peso en los diferentes grupos de población. Es así como se presenta una **elevada frecuencia del consumo semanal y diario de comidas rápidas, gaseosas, alimentos de paquete, golosinas y dulces** que está acentuada en la población menor de 18 años y con mayor énfasis en las áreas urbanas (MSPS, Encuesta de Salud Nutricional y Alimentaria en Colombia – ENSIN, 2015).

Con relación a los patrones de consumo predominantes en nuestro país, según la Encuesta de Situación Nutricional, ENSIN, 2010, en la población entre 5 y 64 años, 1 de cada 3 colombianos no consume frutas diariamente; el 71,9% de los colombianos no consume verduras ni hortalizas diariamente; aproximadamente 1 de cada 4 consume comidas rápidas semanalmente, y lo hace el 34,2% de los jóvenes entre 14 y 18 años; además, 1 de cada 5 consume bebidas gaseosa azucaradas diariamente, 1 de cada 7 consume alimentos de paquete diariamente, siendo los niños y adolescentes quienes presentan una mayor frecuencia de consumo de estos alimentos; 1 de cada 3 consume

golosinas y dulces diariamente. El 32% de la población consume alimentos fritos diariamente, el 39.5% consume alimentos manipulados en la calle.

En contraposición, **los alimentos procesados**, como los embutidos (salchichas, salchichón, jamón, mortadela), considerados además alta fuente de sodio, son consumidos por **el 73,6% de la población entre 5 y 64 años** de forma semanal. Los niños y jóvenes de 9 a 18 años reportaron un mayor consumo de embutidos diario y semanal; a su vez el consumo es mayor en las áreas urbanas. Esto guarda relación con mayor oferta de los productos en los mercados. Los **alimentos de paquete** también hacen parte de la alimentación de los colombianos, identificando que **el 69,6% de los encuestados los consume**, de éstos el 15,2% los consume a diario y el 45,5% los consume de forma semanal; estos alimentos son preferidos por los niños y adolescentes (MSPS, 2015). Estudios han identificado que las **ventas de alimentos procesados han aumentado en la última década**, específicamente para Colombia, ha aumentado un 27.4% del 2000 al 2013 (OPS, 2015).

Adicionalmente, estudios han estimado el impacto potencial del etiquetado frontal y han llegado a concluir que esta intervención puede ofrecer una **excelente relación costo-beneficio como medida de prevención de la obesidad**. Las estimaciones de los cambios de ingesta se basan en asumir un 10% del consumo hacia opciones más saludables en cuatro categorías de alimentos (cereales para el desayuno, pasteles, embutidos y platos preparados para el consumo). Dado este supuesto, una intervención de etiquetado conduciría a una reducción media de peso de 1,3 kg que corresponde a una reducción significativa en la carga de enfermedad y los costos de salud, los cuales, según el estudio pueden llegar a 81 millones de dólares (Sacks, Veerman, & Swinburn, 2011)

Teniendo en cuenta la relación existente entre el consumo excesivo de algunos nutrientes como sodio, azúcares, grasas saturadas, trans y calorías, con la incidencia o aumento de prevalencia de sobrepeso y obesidad y las enfermedades no transmisibles asociadas a la alimentación, es importante que el consumidor tenga la **información disponible, de forma visible, clara y comprensible**, para que éste pueda elegir alimentos más saludables y así contribuir a mitigar estas problemáticas en la población. Es de resaltar que los resultados de impacto de los países que han implementado medidas de etiquetado frontal, evidencian una mejora en la selección de alimentos y por ende en la salud nutricional.

Las etiquetas de los alimentos pueden llamar la atención de los consumidores sobre los beneficios y riesgos para la salud de nutrientes o ingredientes específicos y motivar a los productores a producir alimentos más saludables, mejorando de ese modo el medio ambiente y ayudando a los consumidores en forma directa a practicar una alimentación saludable (FAO O. , 2016).

Estas etiquetas están generalizadas en muchos entornos alimentarios; algunas se incluyen en forma voluntaria, mientras que otras son requeridas por la ley. Las políticas de **etiquetado permiten a los productores decidir qué información difundir**. Generalmente, los productores se sienten motivados a incluir una etiqueta cuando la

información estimula las ventas porque las etiquetas aumentan la conciencia del consumidor acerca de los beneficios de un producto.

Cuando los alimentos se envasan en bolsas, cajas, botellas, latas y envoltorios, el consumidor no puede detectar la calidad y cantidad de los ingredientes y aditivos, a través de sus sentidos de la vista, el olfato, sabor y tacto. Esto significa que el productor tiene información sobre el producto que está desconocido para el consumidor. Los economistas llaman a esta diferencia entre vendedores y compradores "**asimetría de la información**". La asimetría de la información debe corregirse para garantizar que el mercado funciona bien porque los consumidores necesitan información sobre el producto, antes de que decidan si comprar el producto, conociendo la identidad del producto, cantidad y calidad, así como los riesgos de algunos ingredientes o nutrientes en exceso, los consumidores deciden si el precio es satisfactorio de acuerdo con sus necesidades y deseos (FAO O. , 2016).

Las etiquetas nutricionales pueden representar una amplia gama de información que puede, cuando se presenta claramente, ser útil y fácilmente interpretable. Sin embargo, algunas encuestas sugieren que **algunos aspectos de la etiqueta son confusos** para los consumidores, o propensos a ser mal entendidos. Hay una **falta de comprensión** acerca de la diferencia entre calorías y energía, y sobre la información de tamaño de la porción. Las personas mayores y aquellas con menores niveles de educación o ingresos son menos propensos a entender la etiqueta (OMS, 2004).

Una revisión sistemática sobre la comprensión del consumidor del etiquetado nutricional también concluyó que los consumidores tienen algunos problemas para entender las etiquetas de nutrición. Conducido por el European Heart Network, la revisión, que se centró principalmente en estudios de los Estados Unidos y Europa, encontró que: "Los consumidores generalmente consideraron que el **etiquetado nutricional estándar es complejo**, especialmente el **uso de términos técnicos, e información numérica que requieren cálculos**. Las personas también tienen dificultad en la comprensión del **papel que juegan los diferentes nutrientes mencionados en las etiquetas en su dieta**" (Network, 2003). De igual manera los consumidores expresan que no hay manera de saber si los contenidos expresados en la tabla representan mucho o poco de cada nutriente (Group, 2002).

Otro estudio de la FSA identificó que los consumidores afirman que el formato de la **etiqueta debería ser completo, claro, coherente y conciso**. Los entrevistados expresaron una preferencia por un formato con las siguientes características:

- El uso de descriptores "alto, medio y bajo" por cada nutriente clave;
- La agrupación de los nutrientes más comúnmente utilizados (energía, grasa total y saturados, sal) en la parte superior de la etiqueta (FSA, 2001).

Estudios han identificado que las barreras para el uso de etiquetas nutricionales incluían: **la falta de comprensión de los términos, símbolos y valores; mala presentación de la información; y preocupaciones sobre la exactitud de la información**. Los

consumidores que deseaban usar etiquetas para tomar decisiones saludables exigían una ubicación y un formato estandarizados para las etiquetas, así como información simplificada que se transmite con términos y declaraciones comprensibles (Besler HT, 2012).

De otra parte, la evidencia científica cada día avanza más en los requerimientos de los nutrientes y ha evidenciado la relación directa entre la dieta y la salud, identificando tanto las deficiencias nutricionales así como los excesivos consumos de algunos nutrientes que se relacionan con la aparición de enfermedades no transmisibles. Bajo este contexto, Colombia, actualizó las recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes para la población colombiana en el año 2016, a través de la Resolución 3803 de 2016, estas recomendaciones son insumo para la modificación de los valores de referencia con fines de etiquetado nutricional (MSPS, 2016), y por ende, deberían ser actualizados en la norma de etiquetado nutricional, a fin de proveer una mejor información al consumidor para tomar una decisión informada de compra.

Teniendo en cuenta que estos valores de referencia actualizados son la base para definir los puntos de corte de las declaraciones de propiedades nutricionales y de propiedades en salud, por ejemplo: “bajo en”, “light”, “reducido”, “buena fuente”, “adicionado”, “libre de”, “sin adición de”. Se hace necesario que el consumidor tenga la información nutricional actualizada y clara en la etiqueta, así como que esta información sea comprensible y que pueda ser insumo para que pueda elegir alimentos más saludables.

En Colombia, la información nutricional está regida por la **Resolución 333 de 2011**, en la cual se establecen los requisitos de etiquetado nutricional, los cuales incluyen: declaración de nutrientes, valores de referencia, declaración de propiedades nutricionales y de propiedades en salud (MSPS, 2011). Es de resaltar que esta información **no es de carácter obligatorio** para los productores de alimentos, únicamente es obligatoria cuando el fabricante realiza alguna declaración de nutrientes o de propiedades nutricionales, esto hace que no todos los alimentos tengan este tipo de información en la etiqueta, lo cual genera vacíos en la información de algunos alimentos que el consumidor desearía obtener.

De acuerdo a las anteriores consideraciones, el Instituto Nacional de Salud, realizó un estudio de percepción, conocimiento y actitud frente a la información nutricional a nivel nacional, este estudio encontró que el precio (60.6%) es un criterio a la hora de seleccionar un alimento, seguido en la misma proporción por la marca (60%) y un 38.8% tiene en cuenta la información nutricional para comprar sus alimentos. Esto muestra que la actual **información no es entendida, o no es visible o no es relevante** para que pueda ser determinante en la decisión de compra. Las razones para no leer las etiquetas nutricionales están relacionadas con sus prácticas de compra, con el tiempo que destinan para la realización de la compra (**consideran que leerlas les tomaría más tiempo**) y con limitaciones de la misma etiqueta nutricional (**el tamaño pequeño de la letra de la etiqueta no les permite leerla**) (INS, 2016).

Un estudio realizado en Medellín concluyó que la ubicación de un estímulo en la **parte superior frontal de un empaque es clave para un efectivo** de enganche cognitivo. Se sugiere que **la información nutricional tenga dicha ubicación preferencial** para poder ser atendida por los consumidores. Una etiqueta centrada, al igual que los nutrientes situados en la parte superior, reciben aproximadamente 30% más de tiempo en su visualización, por tanto recomiendan un diseño adecuado del formato de las etiquetas de información nutricional que impacté la atención de los consumidores, para llevar un estilo de vida saludable (Alzate Colorado, Castrillón Taba, & Castillo Parra, 2015)

Adicionalmente, un estudio con 1175 adultos colombianos, identificó que cerca el 70% de los encuestados consideraron que las etiquetas actuales son difíciles de entender y no **no brindan información útil; para tomar una decisión informada sobre qué alimentos deben consumir**. Sin embargo, 9 de cada 10 dijeron preocuparse por los efectos negativos de estos comestibles en su salud y toman decisiones de compra sin información clara (Red Papaz; Vital Strategies, 2017).

Finalmente, se puede concluir que actualmente la información nutricional presentada en la etiquetado resulta insuficiente para que el consumidor pueda tomar una decisión informada de compra, que a su vez contribuye al alto consumo de alimentos con alto valor calórico y bajo valor nutricional, el cual se relaciona con las altas prevalencias de exceso de peso en crecimiento constante y de las enfermedades no transmisibles asociadas a una alimentación poco saludable.

Bibliografía

- Alzate Colorado, D., Castrillón Taba, M., & Castillo Parra, H. (2015). Las etiquetas nutricionales: una mirada desde el consumidor. *En-Contexto Revista de Investigación en Administración, Contabilidad, Economía y.*
- Arrúa. (2017). Warnings as a directive front-of-pack nutrition labelling scheme: Comparison with the Guideline Daily Amount and traffic-light systems. *. Public health nutrition, 20(13): 2308-2317, .*
- Becker, M. W., Bello, N. M., Sundar, R. P., Peltier, C., & Bix, L. (2015). Front of pack labels enhance attention to nutrition information in novel and commercial brands. *Food Policy , 56; 76–86.*
- Besler HT, B. Z. (2012). Consumer understanding and use of food and nutrition labeling in Turkey. *J Nutr Educ Behav., 44(6):584-91.*
- Codex. (2017). *Directrices sobre etiquetado nutricional. CAC/GL 1985.*
- Crockett RA, K. S. (2018). Nutritional labelling for healthier food or non-alcoholic drink. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD009315.*
- FAO, O. (2016). *Handbook on Food Labelling to protect consumers.*
- FAO, O. (2016). *Influir en los entornos alimentarios en pro de las dietas saludables.* Roma.
- FAO/OMS. (1997). *Grasas y aceites en la nutrición humana.* Roma.
- FAO/OMS. (2007). *Etiquetado de alimentos.* Roma.
- Feunekes. (2008). Front-of-pack nutrition labelling: Testing effectiveness of different nutrition labelling formats front-of-pack in four European countries. *Appetite., 50: 57–70.*
- FSA, F. (2001). *Nutritional Labelling: Qualitative Research.*
- Garde, A. (2007). The Contribution of Food Labelling to the EU's Obesity Prevention Strategy. *ur. Food & Feed L. Rev., 378.*
- Group, T. C.-o. (2002). *Lie of the Label II: Why Dishonest Labelling is Past its Sell-by Date.*
- IHME, I. (2017). *Factores de riesgo expresados como AVISAS para Colombia.*
- IHME, I. (2017). *Perfil de Colombia.*

- INS, I. (2016). *CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES, COMPRENSIÓN Y USO DE TRES FORMATOS DE ETIQUETADO NUTRICIONAL, EN LAS ELECCIONES DE ALIMENTOS DE CONSUMIDORES EN HOGARES DE COLOMBIA*.
- Jessie A. Satia, J. A. (2005). Food nutrition label use is associated with demographic, behavioral, and psychosocial factors and dietary intake among African Americans in North Carolina. *Journal of academy of nutrition an dietetics*, Volume 105, Issue 3, Pages 392–402.
- Kanter. (2018). Front-of-package nutrition labelling policy: global progress and. *Public Health Nutrition*, 21(8), 1399–1408.
- López-Cano, L. A., Restrepo-Mesa, S. L., & Medellín, S. d. (2014). Etiquetado nutricional, una mirada desde los consumidores de alimentos. *Perspect Nutr Humana*, 16: 145-158.
- Maria L. Loureiroa, S. T. (2012). The effects of nutritional labels on obesity. *Agricultural Economics*, 43 333–342.
- Mhurchu, C. N., Eyles, H., & Jiang, Y. (2018). Do nutrition labels influence healthier food choices? Analysis of label viewing behaviour and subsequent food purchases in a labelling. *Appetite*, 121 360-365.
- Miller, L. M., & Cassady, D. L. (2015). The effects of nutrition knowledge on food label use. A review. *Appetite*, 92; 207–216.
- MSPS, M. (2011). Resolución 333 de 2011.
- MSPS, M. (2015). *Encuesta de Salud Nutricional y Alimentaria en Colombia – ENSIN*.
- MSPS, M. (2016). Resolución 3803 de 2016.
- Network, E. H. (2003). *A Systematic Review of the Research on Consumer Understanding of Nutrition Labelling*.
- OMS, O. (2004). *Estrategia Mundial de Regimen Alimentario y Actividad Física*.
- OMS, O. (2004). *Nutrition labels and health claims: the global regulatory environment*.
- OMS, O. (2014). *Situación mundial de las Enfermedades No Transmisibles*.
- OMS, O. (2016). *Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil*.
- OMS, O. (2016). *Obesidad y sobrepeso*.
- OPS, O. (2012). *La carga económica de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas*.
- OPS, O. (2014). *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*. Washington.

- OPS, O. (2015). *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas*. Washington.
- OSAN, O. (2014). *Aproximación a los determinantes de la doble carga nutricional en Colombia*. Bogotá.
- Pettigrew, S., & Pescud, M. (2013). The Saliency of Food Labeling Among Low-income Families With Overweight Children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, Volume 45, Number 4, 332.
- Red Papaz; Vital Strategies. (2017). *Encuesta percepción del consumidor etiquetado nutricional*.
- Sacks, Veerman, & Swinburn, M. (2011). Traffic-light' nutrition labelling and 'junk-food' tax: a modelled comparison of cost-effectiveness for obesity prevention. *International Journal of Obesity*. 35: 1001-1009.
- UN, N. (2018). *Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición (2016-2025)*.
- Viswanathan, M. T. (2009). Understanding the influence of literacy on consumer memory: The role of pictorial elements.19(3): . *Journal of Consumer Psychology*, 389-402.