



ANEXO TÉCNICO No. 3

FORMATO A DILIGENCIAR TRATÁNDOSE DE PROYECTOS DE REGULACIÓN QUE DEBAN PUBLICARSE PARA COMENTARIOS DE LA CIUDADANÍA EN GENERAL

(Numeral 8º del Artículo 8º del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y artículo 2.1.2.1.23 del Decreto 1081 de 2015)

Análisis de Impacto Normativo

N o	Entidad	Párrafo	Comentario	Se acepta	Respuestas
1	ANDI	En la página 1 se establece el siguiente título del documento: "Análisis de Impacto Normativo del proyecto de resolución: por el cual se definen los contenidos máximos de sodio en alimentos priorizados"	En la página 1 se señala que se el documento versa sobre el análisis de impacto normativo que se derivará de establecer en Colombia contenidos máximos de sodio en las categorías de alimentos industrializados que sean priorizados. Sin embargo, cabe advertir, que en el documento puesto en consulta pública no presenta evidencias estadísticas sobre la situación nutricional reciente de los colombianos ni hace referencia a aspectos como: 1. ¿Cuál fue la línea de base del Ministerio de Salud para señalar que actualmente los alimentos industrializados tienen un alto contenido de sodio? Es muy importante que en el documento se incluya una relación del contenido actual de sodio de los alimentos industrializados que consumen los colombianos, que respalde la afirmación del Ministerio sobre su alto contenido de sodio. Consideramos relevante tener un punto de partida de los contenidos actuales de sodio de los alimentos para efectos de poder determinar cuáles serán los niveles de reducción que se necesitan para lograr la meta de "disminuir el consumo de sodio en la población colombiana", estas cifras nos podrán ayudar establecer metas de reducción específicas y posteriormente el seguimiento y evaluación de las medidas que se pretenden implementar.	Si	En el documento se realiza una comparación de los contenidos de sodio entre un alimento natural y uno procesado, en donde se evidencia una gran diferencia en sus contenidos. No obstante, se complementa con la evaluación de la base de datos de la estrategia nacional de Reducción de consumo de Sodio, con el modelo de perfil de nutrientes, el cual clasifica cuando un alimento tiene excesiva cantidad de sodio, encontrando porcentajes del 80-95% de los productos que actualmente se encuentran en el mercado colombiano, tienen una cantidad excesiva de sodio. Estos datos presentan una línea de base más actualizada, por tanto, se incluyen en los ajustes al documento.

2	ANDI	En la página 1 se establece el siguiente título del documento: "Análisis de Impacto Normativo del proyecto de resolución: por el cual se definen los contenidos máximos de sodio en alimentos priorizados"	¿Cuáles son los alimentos priorizados por el Ministerio de Salud y cuál es la metodología que se utilizará para identificar los alimentos a los cuales se les establecerán límites máximos de sodio? En el documento no se hace referencia a cuál es la situación actual de la población colombiana respecto de la ingesta diaria de sodio y cuáles son las fuentes alimentarias que contribuyen a esa ingesta de sodio. Se debe partir de la realidad alimentaria de los colombianos, sus costumbres y hábitos para establecer las fuentes de ingesta de sodio y poder establecer acciones enfocadas y efectivas que realmente contribuyan a la disminución de consumo de sodio de la población colombiana. Las referencias internacionales son relevantes, no obstante, para adoptar políticas públicas costo efectivas se debe partir de la realidad de consumo de la población colombiana. En la ENSIN 2005 se hace referencia a la ingesta dietética, se calculó el porcentaje de personas que ingirieron diferentes grupos de alimentos (por departamentos, nivel de Sisbén y grupos de edad) y se calculó el promedio en gramos de los alimentos consumidos por los colombianos, pero no se hace referencia a la ingesta de sodio. En la ENSIN 2010 se hace referencia a las prácticas de alimentación de interés en nutrición y salud pública señalando el porcentaje de consumo diario de alimentos de paquete (no se define alimentos de paquetes), comidas rápidas (no se define comidas rápidas), embutidos, lácteos, verduras y frutas, pero no se hace referencia a la ingesta de sodio.	No	<p>1. En el marco de la consulta pública del Análisis de Impacto Normativo, se recuerda que la consulta se hace sobre el problema, objetivos, y alternativas, en ese sentido no está en consulta pública, los alimentos priorizados, ni la metodología para establecer esta priorización.</p> <p>2. La ingesta de sodio del país se explica en la página 14 del documento: Este estudio reportó para Colombia una ingesta promedio de 5,3 g de sodio/día (13,7 g de sal/día) en los hombres y de 3,9 g de sodio/día (10.1 g de sal/día) en las mujeres, la cual fue calculada mediante el análisis de excreción de sodio en orina de 24 horas. Esta ingesta triplica la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, de ingerir 2g de sodio/día (5g de sal/día), lo cual evidencia una gran problemática en cuanto al consumo excesivo de sodio por la población colombiana. Otros estudios regionales, indican que en promedio el consumo de sal en Colombia es de 7,97g/día por persona para el año 2013 . Sin embargo, hay regiones en donde este promedio se ve aumentado, por ejemplo, en Santander con 10,82g, San Andrés y Providencia con 8,93g y Bogotá con 8,39g .</p>
3	ANDI	En la página 1 se establece el siguiente título del documento: "Análisis de Impacto Normativo del proyecto de resolución: por el cual se definen los contenidos máximos de sodio en	Para obtener resultados contundentes en la disminución de ingesta de sodio no se puede tener como línea base afirmaciones sin evidencia estadística sólida, consideramos que el documento tiene un enfoque de causalidad dirigido únicamente a la incidencia del consumo de sodio por alimentos industrializados desconociendo que en la dieta de un colombiano la ingesta de sodio se puede dar a través de: alimentos naturales, alimentos que han tenido un procesamiento, alimentos preparados y cuando voluntariamente se le adiciona sal a los alimentos ya listos para consumir. En el documento no se hace referencia a todos los factores que tienen impacto en el incremento de las enfermedades no transmisibles relacionadas directamente con el alto consumo de sodio. Como lo señala el Ministerio de Salud hay evidencia científica sólida que relaciona el alto consumo de sodio con el incremento en la presión arterial lo que puede llevar a causar enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial o enfermedades coronarias, pero no hay un estudio sólido que permita concluir la cuantificación de ingesta de sodio de la población colombiana y que esa ingesta, en un alto porcentaje, sea proporcionada por los alimentos industrializados que se consumen en Colombia. Adicionalmente, no se presenta información sobre la cantidad diaria de alimentos industrializados en la población colombiana.	No	Es necesario aclarar que el ministerio es consciente de que la ingesta de sodio, está dada por alimentos procesados, preparados y mínimamente por los alimentos naturales, razón por la cual, en la formulación de la Estrategia Nacional de Reducción de Consumo de Sal/Sodio, se hacen acciones para reducir este consumo de forma integral a través de sus 5 líneas de acción: industria proveeduría, sector gastronómico, IEC e investigación. No obstante, este AIN hace énfasis en los alimentos procesados, debido a que la evidencia sugiere que tiene mayor peso en la totalidad de ingesta, aproximadamente del 70%. Es importante destacar que para establecer este tipo de enunciados, la OPS/OMS ha establecido metodologías específicas, a través de la guía de acción para los países para la reducción de sal en las Américas, la cual especifica que si no se cuenta con información detallada de la proporción de atribución de los tipos de alimentos en la ingesta de sodio, se debe partir de encuestas nacionales de nutrición y alimentación con información de frecuencia de alimentos y se compara con las tablas de composición de alimentos. Teniendo en cuenta esta metodología, se puede observar que el consumo de alimentos procesados (embutidos, paquete, quesos y los demás mencionados en el AIN) es alto aproximadamente del 70% y adicionalmente, el contenido de sodio en estos alimentos es alto, como se revisó

		alimentos priorizados"			en el punto 1 de estas observaciones, por lo cual se puede deducir que los alimentos procesados tienen una carga importante en la alta ingesta de sodio en el país.
--	--	---------------------------	--	--	---

4	ANDI	Página 12 Árbol de Problema	<p>Falta evidencia robusta frente a las causas identificadas: No compartimos las causas del problema señaladas en el árbol del problema. El documento no presenta información y estadísticas robustas que demuestre la relación directa que tiene el alto consumo de sodio en la población colombiana con las causas enunciadas: 1) "Mayor venta de alimentos procesados altos en sodio", 2) "falta de información del consumidor respecto del contenido de sodio de los alimentos consumidos", 3) el uso de "aditivos y conservantes que incrementan el contenido de sodio de los alimentos procesados" y 4) el "gusto por los sabores salados e intensos". Insistimos en la necesidad de tener soportes técnicos estadísticos que respalden estas afirmaciones. El documento no presenta ningún estudio ni información que contenga la línea base que le permite afirmar al Ministerio de Salud que, en un periodo de tiempo determinado, se haya incrementado la oferta y publicidad de alimentos procesados altos en sodio. Ahora bien, en relación con la información que se le brinda al consumidor, cabe resaltar que el Ministerio de Salud tiene la función de expedir las normas que rigen la producción, fabricación, comercialización, importación y exportación de alimentos, bajo esta responsabilidad expidió la Resolución 5109 de 2005 y la Resolución 333 de 2013, que regulan el etiquetado general y el etiquetado nutricional de los alimentos. La industria de alimentos tiene la obligación de cumplir con lo establecido en las mencionadas resoluciones, cabe resaltar que en la Resolución 333 se estableció que la información nutricional se le brindaría al consumidor a través de la tabla nutricional. Adicionalmente, el Ministerio de Salud estableció que la tabla nutricional no era obligatoria, esta se debe usar solamente cuando se hacen declaraciones nutricionales. La industria de alimentos afiliada a la Cámara de Alimentos considera necesario tener un etiquetado nutricional completo, veraz y suficiente, que le permita tener decisiones informadas de consumo para tener unos hábitos alimenticios adecuados. Las etiquetas de los alimentos son un vehículo para brindar información al consumidor, sin embargo, la información nutricional es compleja y, por lo tanto, no es fácil incluirla en los empaques de los alimentos por el tamaño que estos tienen. La información nutricional requiere de campañas de lectura, comprensión e identificación de la información nutricional que no ha adelantado el estado.</p> <p>En aras de buscar una herramienta que facilitará la lectura de la información nutricional de los alimentos, las empresas afiliadas a la Cámara de Alimentos voluntariamente desde el año 2016 han incluido en la parte frontal de los empaques un sistema de etiquetado basado en las cantidades diarias orientativas de los nutrientes de interés en salud pública como las grasas, el azúcar y el sodio, así como el porcentaje de calorías y adelantó una campaña educativa en redes sociales para que los consumidores aprendieran a leer este etiquetado, la tabla nutricional y a adoptar estilos de vida saludable.(De acuerdo al seguimiento al acuerdo de autorregulación en etiquetado, a marzo de 2018 4.682 alimentos tienen en la parte frontal de los empaques el etiquetado nutricional basado en</p>	Si	<p>El documento se ajusta con la siguiente frase "mayor venta de alimentos procesados altos en sodio" y proporcionan datos de aumento en la venta de estos procesados.</p> <p>Por lo que se refiere a la falta de información del contenido de sodio, se ajustará a que "esta información no es comprensible para el consumidor (no se conoce cuando este contenido es alto o no)".</p> <p>Por otro lado, en el documento no se discute el tipo de etiquetado a adoptar en el país, únicamente se propone como una alternativa de solución, por lo cual esta observación no es pertinente.</p>
---	------	--------------------------------	---	----	--

		<p>cantidades diarias orientativas). Los colombianos han reconocido las ventajas del etiquetado nutricional basado en cantidades diarias orientativas, como se concluye en el estudio “Conocimientos, percepciones, comprensión y uso de formatos de etiquetado nutricional en las elecciones de alimentos de consumidores en hogares de Colombia” realizado por el Instituto Nacional de Salud. Así mismo nos permitimos señalar que la industria de alimentos utiliza los aditivos y conservantes que han sido autorizados en Colombia para uso en la producción de alimentos, de acuerdo con la Resolución 2606 de 2009 expedida por el Ministerio de Salud establece el “Reglamento Técnico sobre los requisitos que deben cumplirlos aditivos alimentarios que se fabriquen, procesen, envasen, almacenen, transporten, expendan, importen, exporten, comercialicen y se empleen en la elaboración de alimentos para consumo humano en el territorio nacional”. Los aditivos tienen la función de proteger los alimentos contra la contaminación microbiana y prolongar la vida útil de los alimentos, de forma que estos puedan mantenerse en perfectas condiciones mientras llega el momento de su consumo. No se debe satanizar el uso de los aditivos y conservantes en la producción de alimentos, su uso ha sido ampliamente reconocido a nivel mundial y su uso está permitido por el Codex Alimentarius – estándar internacional de normas de alimentos.</p>		
--	--	---	--	--

5	ANDI	Página 15	<p>En la página 15 se hacen las siguientes afirmaciones: “La mayor contribución de sodio a la dieta proviene de los alimentos procesados y los preparados en los restaurantes” y “Los alimentos procesados contienen la mayor cantidad de sodio, en comparación con los alimentos naturales, cuyo contenido total de sodio es mínimo. El 77% del sodio ingerido proviene de los alimentos procesados, el 12% corresponde al contenido de alimentos naturales y sólo el 11% restante se agrega al cocinar y en la mesa”. Como se señala en las referencias bibliográficas, estas citas reflejan la realidad de consumo de Estado Unidos. Reiteramos que el AIN puesto en consulta no presenta evidencia sobre el aporte de los alimentos industrializados en la dieta de los colombianos, hay alguna aproximación en la ENSIN 2010, sin embargo, no es posible según esta encuesta determinar el porcentaje de sodio que los alimentos industrializados le aportan a la dieta de los colombianos. Si bien el problema a resolver es “El Alto consumo de sodio en la población Colombiana”, el documento no presenta ninguna evidencia que soporte el nivel ni cantidades de consumo, solo se limita a hacer referencia a un estudio realizado en Estados Unidos.</p>	No	Se responde en la observación 2 y 3.
6	ANDI	Página 18	<p>En página la 18, se afirma que “Además del excesivo contenido de sodio en los alimentos procesados, la evidencia sugiere que estos productos están hechos para saciar antojos. A menudo se exageran los sabores para generar un hábito de consumo, que incluso puede llegar a ser adictivo” y “Ciertas características (sabores, propiedades, etc.) incorporadas a este tipo de productos, mediante la ciencia de los alimentos y otras tecnologías, pueden distorsionar los mecanismos del aparato digestivo y del cerebro que envían la señal de saciedad y controlan el apetito, lo que lleva a un consumo excesivo”: Sobre estas afirmaciones consideramos que son afirmaciones no soportadas en el documento y la revisión científica no presenta evidencia robusta concluyente ya que no existen estudios de cohorte robustos en donde se demuestre adicción alguna causada por la composición de los alimentos, ni sobre la influencia de nutrientes específicos como el sodio en el mecanismo de saciedad. La alimentación es un acto complejo en donde tienen influencia diferentes factores tales como el entorno geográfico, la cultura y las costumbres, la disponibilidad de alimentos, la genética y la epigenética. En el artículo “Eating dependence and weight gain; no human evidence for a ‘sugaraddiction’ model of overweight” (Benton, 2010; Benton Young, 2016; Choo, Ha,&Sievenpiper, 2015), se menciona que hay una amplia evidencia en revisiones sistemáticas y meta-análisis sobre estudios controlados en humanos que no soportan la suposición de que un macronutriente en particular como el azúcar cause consumo excesivo y aumento de peso más que otras fuentes alimenticias, se presentan datos que muestran baja correlación del consumo de alimentos con síntomas de adicción.</p>	Sí	Se ajusta en el documento.

8	ANDI	Página 21	<p>En la página 15 del documento se señala que el problema a solucionar “Es el alto consumo de sodio en la población colombiana”, sin embargo, en la página 21 cuando se establecen los objetivos que se pretenden con la alternativa de regular, se observa que están enfocados únicamente en reglamentar a los alimentos industrializados, desconociéndose que, para efectos de reducir realmente el consumo de sodio, se debe plantear una estrategia que incluya a todos los alimentos que hacen parte de la dieta de los colombianos. Nos permitimos resaltar que en noviembre de 2012 el Ministerio de Salud lanzó la Estrategia Nacional de Reducción de Sodio en donde se establecieron dos líneas de acción: · Línea de trabajo 1: Industria y restaurantes. · Línea de trabajo 2: información, educación y comunicación. Durante más de 3 años el Ministerio de Salud y la industria de alimento trabajaron conjuntamente en mesas técnicas para, en primer lugar, definir la priorización de los alimentos de las categorías señaladas por el Ministerio y, en segundo lugar, para establecer respecto de los alimentos los límites máximos de sodio y las metas de implementación de las reducciones de sodio. El trabajo de estas mesas técnicas tuvo un alto nivel técnico y se plantearon las limitaciones tecnológicas que existían para lograr las reducciones de sodio en algunos tipos de alimentos. Resaltamos que este trabajo realizado desde el 2012 hasta el 2015, fue el origen para el proyecto de resolución por medio del cual se fijan límites máximos de contenido de sodio que fue puesto en consulta pública nacional en el año 2015 e internacional en el año 2017. Paralelamente, el Ministerio de Salud trabajó con las escuelas de gastronomía para implementar acciones que permitieran la reducción del uso de sal en los restaurantes. Sabemos por parte de nuestros afiliados que, a pesar que los proyectos normativos construidos y puestos en consulta no fueron expedidos, la industria de alimentos que representamos utilizaron dichos referentes en sus estrategias de reformulación, por lo que se sugiere que sea realizada una encuesta reciente para determinar los avances en dicha estrategia. Según las metodologías del Análisis de Impacto Normativo, una de las alternativas es la autorregulación, sin embargo, el Ministerio de Salud desconoce esta alternativa y no la plantea como una posible solución. A manera de ejemplo, nos permitimos señalar que en España se suscribió el “Plan de Colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas 2017-2020”, entre la industria y el Gobierno, en donde se busca reducir la sal, grasas saturadas y azúcares añadidos en más de 3.500 alimentos de 13 grupos de alimento, teniendo en cuenta los alimentos que más les aportan energía diaria a los españoles.</p>	No	<p>No, los objetivos no solo están enfocados en reglamentar, se dice también objetivos sobre mejorar la información y promover la disminución del sabor salado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Mejorar la disponibilidad y calidad de la información que recibe el consumidor respecto al contenido de sodio de los alimentos consumidos y los efectos en salud del excesivo consumo.</i> 2. <i>Disminuir el contenido de sal/sodio en los alimentos procesados.</i> 3. <i>Disminuir o controlar la oferta y publicidad de alimentos procesados altos en sodio.</i> 4. <i>Promover la disminución del gusto por el sabor salado y/o intenso.</i> <p>Por lo que se refiere a la Estrategia Nacional de Reducción de Consumo de Sal/Sodio no es objeto de discusión de este AIN.</p> <p>La autoregulación no se incluyó porque la evidencia es suficientemente fuerte en concluir que esta alternativa tiene muy bajo impacto.</p> <p>*Collins (2014), encontró que la autorregulación el impacto sobre la disminución de la reducción de sodio es del 15%, mientras que con la regulación el impacto es del 20%, modelamiento para Inglaterra a 10 años.</p> <p>*Cobiac (2010), encontró que con la autorregulación se reduce 0.02-0.03g de sal al día, mientras que con la regulación el impacto es de 0.4-0.6g de sal al día, es 10 veces mayor, estudio realizado en Australia a 30 años.</p> <p>*Murray (2003), realiza estudios a 100 años en Europa, encontrando que con la autorregulación se espera reducir un 15%, mientras que con la regulación el porcentaje se duplica al 30%.</p> <p>Collins M, Mason H, O’Flaherty M et al. (2014) An economic evaluation of salt reduction policies to reduce coronary heart disease in England: a policy modeling study. <i>Value Health</i> 17, 517–524.</p> <p>Cobiac LJ, Magnus A, Lim S et al. (2012) Which interventions offer best value for money in primary prevention of cardiovascular disease? <i>PLoS One</i> 7, e41842.</p> <p>Murray CJL, Lauer JA, Hutubessy RCW et al. (2003) Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. <i>Lancet</i> 361, 717–725</p>
---	------	-----------	--	----	---

9	ANDI	Página 24	<p>En la página 24 se indica la necesidad de establecer en el frente del empaque una advertencia sanitaria que le informe cuando el alimento presente un alto contenido de sodio. No conocemos los estudios y/o análisis que le permitan concluir al Ministerio de Salud que la advertencia sanitaria es la mejor herramienta de información para los consumidores colombianos. El Ministerio de Salud no está incorporando en su análisis para la toma de decisiones sobre implementación de etiquetados nutricionales el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud sobre “Conocimiento, percepciones, comprensión y uso de formatos de etiquetado nutricional en las elecciones de alimentos de consumidores en hogares de Colombia”, realizado en el 2015, que tuvo en enfoque cuantitativo y un enfoque cualitativo, con una cobertura de 15 municipios, población entre los 18 hasta los 65 años de todos los estratos socioeconómicos e incluyó participantes que pertenecían a las diferentes etnias (indígenas, raizal y afrodescendiente). Reiteramos que la alimentación es un proceso que está influenciado por múltiples factores, por lo tanto, no es conveniente implementar en Colombia modelos de etiquetado nutricional usados en otros países porque pueden terminar implementándose medidas de salud pública que no van a impactar los índices de reducción de ingesta de nutrientes críticos para la salud pública y, por el contrario, si podría tener un impacto económico muy fuerte en el sector productivo.</p>	No	<p>En el marco de la construcción del Análisis de Impacto Normativo, se identificó el etiquetado frontal de advertencia como una alternativa de solución, no se especifica que la advertencia sanitaria es la mejor herramienta de información en los consumidores colombianos, adicionalmente, el tema de etiquetado frontal no es objeto de discusión del presente AIN.</p>
10	ANDI	Página 24	<p>En la página 24 ítem 3 se señala que para la regulación de contenidos de sodio en alimentos procesados “Es importante que se cuente con la participación de la industria; para la cual se parte de criterios claros en la selección de las categorías de alimentos y su factibilidad tecnológica de reducción de sal relacionada con los aspectos de inocuidad a fin de asegurar que sean sostenibles”. Reiteramos que la industria de alimentos afiliada a la Cámara de Alimentos de la ANDI trabajó durante más de 3 años con el Ministerio de Salud en la “Estrategia de Reducción de Sodio”, durante este periodo se llevaron a cabo reuniones técnicas en donde se plantearon aspectos como los retos y la viabilidad de porcentajes de reducción de sodio en las categorías de alimentos. Desconocemos las razones por la cuales el Ministerio de Salud no hace mención a esta experiencia en el documento que está actualmente en consulta pública. En la página 26 se menciona el trabajo que se hizo en la “Estrategia de reducción de sodio” en restaurantes, escuelas de gastronomía, escuelas de nutrición y proveeduría institucional, pero se omite el trabajo que se hizo con la industria de alimentos. Sabemos por parte de nuestros afiliados que, a pesar que los proyectos normativos construidos y puestos en consulta no fueron expedidos, la industria de alimentos que representamos utilizaron dichos referentes en sus estrategias de reformulación, por lo que se sugiere que sea realizada una encuesta reciente para determinar los avances en dicha estrategia. Según las metodologías del Análisis de Impacto Normativo, una de las alternativas es la autorregulación, sin embargo el Ministerio de Salud desconoce esta alternativa y no la plantea como una posible</p>	No	<p>Se aclara que el Ministerio no desconoce el trabajo realizado con la industria durante los años 2014-2017, pero para efectos del AIN se explican las otras líneas de la estrategia: restaurantes, proveeduría, IEC e investigación, como parte del status quo, y no se nombra el trabajo con la industria porque las mesas técnicas dirigidas a discutir las metas del proyecto normativo, no son acciones que actualmente tengan impacto en el problema definido.</p>

			solución.		
11	ANDI	Página 28	<p>En la página 28 ítem 5 se hace referencia sobre la oferta de alimentos a nivel nacional y se señala sin mencionar la fuente de referencia que “hay una oferta muy alta de alimentos procesados con altos contenidos de sodio y una oferta baja de alimentos naturales y frescos”. Reiteramos que el documento no presenta la evidencia estadística ni estudios de referencia que le permite al Ministerio de Salud hacer esta afirmación. Por el contrario, consideramos que esta afirmación desconoce la realidad de la población colombiana y la realidad de los hábitos de alimentación de los colombianos, en donde las recetas tradicionales, la comida fuera del hogar, la compra ambulante, tienen una gran incidencia en los patrones de alimentación de los colombianos. Colombia es un país con una gran tradición agrícola y con unas condiciones climáticas que permiten durante los 365 días del año tener una oferta permanente de frutas y verduras, no obstante, en Colombia el consumo de frutas y verduras es aún bajo de acuerdo con los datos brindados por la ENSIN (2005, 2010 y 2015). Consideramos que no es un problema de falta de disponibilidad de frutas y verduras, por el contrario, es un problema de hábitos de vida y para cambiar estos hábitos debe implementarse campañas educativas para incrementar el consumo de frutas y verduras.</p>	Sí	De acuerdo a la falta de información, se ajusta en el documento.

12	ANDI	Página 37	<p>Frente a las variables, datos y calculo de los respectivos escenarios con las cuales se construye el análisis de costo beneficio para cada alternativa, solicitamos considerar: Los costos en los que incurrirá en la vigilancia y cumplimiento del proyecto de resolución que se pretende expedir. La vigilancia no va a estar solamente a cargo del INVIMA, también estarán involucradas las entidades territoriales de salud porque de expedirse el proyecto de resolución será aplicable a alimentos nacionales e importados que se comercialicen en el territorio colombiano. De conformidad con la Resolución 1229 de 2013 el INVIMA ejerce las actividades de inspección, vigilancia y control sobre las fábricas de alimentos, sitios de control de primera barrera y plantas de beneficio animal; y las entidades territoriales de salud (departamentales y municipales) ejercen la vigilancia en la distribución y comercialización de alimentos y en los establecimientos gastronómicos (restaurantes, servicios de alimentación, cafeterías, entre otros.) y en el transporte asociado a dichas actividades. En Colombia existen 32 departamentos y 1.123 municipios (incluye distritos y corregimientos). Como se observa los costos de implementación de una medida como la que se pretende implementar tendrá un alto costo porque implica la vigilancia en 1.123 municipios. Así mismo, si nos guiamos por el trabajo realizado conjuntamente con la industria y el Ministerio de Salud en la Estrategia Nacional de Reducción de sodio, el proyecto normativo que se pretende expedir se aplicaría a 13 categorías de alimentos industrializados que involucraron 67 tipos de alimentos, nacionales e importados que se comercializan actualmente en todo el territorio nacional (el texto del documento sobre análisis de impacto normativo no se enuncia claramente a cuáles alimentos se les aplicará el proyecto normativo que se pretende expedir). Esta información se encuentra en el proyecto de resolución puesto en consulta pública internacional en octubre de 2017. La industria de alimentos, de acuerdo con la DIAN, durante las 2016 registró ventas por un valor de 134.5 billones de pesos, por la premura de la presentación de observaciones a este impacto normativo, no es posible determinar el valor exacto correspondiente a los alimentos a los cuales se les aplicarían los límites máximos de sodio, la cifra citada corresponde a las ventas de todos los alimentos, de acuerdo al comportamiento de las categorías de alimentos en el mercado, la cifra de 13.194 millones parece subestimada.</p>	No	<p>En el marco del enfoque de riesgo previsto en Resolución 1229 de 2013, y en las Circular 046 de 2014 y 046 de 2016, para las acciones de IVC, se estima que las autoridades sanitarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignen prioridades, es decir más recursos donde existe un mayor riesgo. • Se enfoquen en los alimentos, establecimientos, etapas y peligros de mayor riesgo. • Utilicen los datos resultantes de la inspección y vigilancia para gestionar el riesgo. • Optimicen el tiempo que el inspector empleará para realizar cada visita. • Incluyan el enfoque preventivo en las acciones de IVC sanitario de alimentos y bebidas. <p>Los costos que implicaría la vigilancia del cumplimiento de la norma de sodio en alimentos, se realizaron bajo este enfoque en los 1.123 municipio de Colombia para las autoridades sanitarias del orden nacional (Invima) y territorial (Entidades Territoriales de Salud), se estimaron de acuerdo a lo establecido por las tarifas de costeo de visitas y muestras de laboratorio de Invima.</p> <p>De otra parte, es importante recordar que las ventas se tomaron de los estados financieros en la superintendencia de sociedades, y que si este dato no se encuentra ahí reportado o no está actualizado, no es posible modificar el cálculo hecho en ventas. Adicionalmente, la fuente de la DIAN no es posible tomarla teniendo en cuenta que únicamente se tiene acceso con clave de cada empresa y que por otro lado, debe haber un filtro sobre los alimentos priorizados.</p>
----	------	-----------	--	----	---

13	ANDI	Página 37	Se sugiere hacer un análisis del comportamiento de las categorías que se quieren regular, para lo cual nos ponemos a disposición del ministerio para la realización de éste análisis. Como se observa, de acuerdo con la cifra de ventas de la industria de alimentos, la cantidad de tipos de alimentos que se pretenden intervenir y la cantidad de municipios existentes las actividades de vigilancia de límites máximos de sodio será un gran reto que demandará recursos importantes por parte de las entidades territoriales. Actualmente el Ministerio de Salud asigna los recursos a las entidades territoriales de salud para que realicen todas las actividades de IVC en el territorio de su competencia, motivo por el cual estas entidades deben optimizar los recursos y, se ven en la obligación de priorizar los problemas más críticos y en estos invierten los recursos asignados. Sugerimos respetuosamente analizar el número de muestras estimadas que realizará el INVIMA debido al alto número de empresas que existen en Colombia que se dedican a la industria de alimentos.	No	Las categorías de alimentos no son objeto de discusión del AIN.
----	------	-----------	--	----	---

14	ANDI	Página 38	<p>En la página 38 se señala en el año 2015 el INVIMA expidió una base de datos en donde se establece que existen 75 empresas productoras de alimentos a los que se pretende aplicar los límites máximos de sodio que posiblemente se incrementaran hasta 120 empresas. En el evento, en que efectivamente la medida tenga un campo de aplicación a 120 empresas, nos permitimos señalar que sería una medida que no tendría un gran campo de aplicación, ya que en Colombia de acuerdo con el RUES a febrero 2019 (Registro Único Empresarial y Social administrado por la Cámaras de Comercio) existen en Colombia 63.028 empresas (de las cuales 18.814 son sociedades, 46.615 son personas naturales y 599 son ESAL) que tienen como actividad económica principal con industria de alimentos (CIUU 1011 a 1089). Esta industria de alimentos esta conformada en el 98,3% por micro y pequeñas en todo el territorio nacional. Ahora bien, en relación con los costos enunciados en los que incurrirá el sector privado para implementar el proyecto normativo que establecerá los límites máximos de sodio, nos permitimos señalar que estos costos no han sido adecuadamente calculados. Las reducciones de sodio implican grandes inversiones en tecnología, procesos de innovación, pruebas industriales, estudios con consumidores, cambios de empaques de alimentos para declarar menor contenido de sodio, lanzamiento de productos, entre otros.</p> <p>Adicionalmente, es importante resaltar que los costos en que debe incurrir una empresa para reducir el sodio en los alimentos, en muchos casos, no podrán ser asumidos fácilmente y a corto plazo por las MIPYMES que actualmente producen y comercializan alimentos industrializados. Sugerimos la realización de un estudio técnico que permita estimar dicho valor por tipo de empresas (micro, pequeña, mediana y grande) y por tipo de categoría de alimentos que se quiere regular (no es lo mismo la inversión en lácteos que en snacks o galletería). A manera de ejemplo, en Colombia existen aproximadamente 4.512 empresas dedicadas a la elaboración de productos lácteos (CIUU 1040), en las cuales se producen alimentos como quesos, yogures, quesos hilados y quesos frescos. de las cuales el 98,67% son micro y pequeñas empresas. (Cifra estimada con base en el análisis del RUES de Confecámaras). Es importante anotar que este dato no incluye la producción informal de lácteos en Colombia que con base en el informe Técnico Misión 1.3 Caracterización del eslabón de la cadena láctea, Valle de Ubaté Chiquinquirá financiado por la Unión Europea supera las 9.000 unidades productivas. Por lo tanto, consideramos que el AIN presentado subestima profundamente el número de empresas que serán objeto de la regulación y por lo tanto los cálculos del impacto económico no corresponden a la realidad del mercado colombiano.</p>	Sí	<p>Con respecto al número de empresas afectadas se realiza un ajuste al número, teniendo en cuenta que la fuente oficial para este tipo de cálculos son las encuestas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, razón por lo cual se tomaron los datos de la última Encuesta Anual Manufacturera (2017), la cual reporta una totalidad de 8214 establecimientos industriales, de los cuales se filtraron por código de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1011: Procesamiento y conservación de carne y de productos cárnicos. 1012: Procesamiento y conservación de pescados, crustáceos y moluscos. 1020: Procesamiento y conservación de frutas, hortalizas, legumbres y tubérculos. 1030: Elaboración de grasas y aceites de origen vegetal y animal. 1040: Elaboración de productos lácteos. 1081: Elaboración de productos de panadería. <p>Para una totalidad de 904 empresas afectadas. Adicionalmente, los costos por cada empresa no solo se estimaron desde la fuente primaria, sino que se contrastó con fuentes secundarias (análisis de encuestas en otros países, costeos secundarios: mano de obra - observatorios laborales, cambios de aditivos - cotizaciones, cambios de tecnologías - referencias, entre otras), llegando a una misma conclusión, por lo tanto, este costo no se modifica. No obstante se deja claro que es un valor promedio, que pueden haber empresas que sus costos sean más altos, como también otras que refirieron que No tiene ningún costo adicional, dado que simplemente es una reducción en la reformulación, o que ya cumplen con los contenidos propuestos en la regulación y por tanto no deben hacer ninguna modificación.</p>
----	------	-----------	--	----	--

15	ANDI	Páginas 40, 41 y 42	<p>En las páginas 40, 41 y 42 se enuncian los beneficios económicos que tendrían el Gobierno, el sector privado y la sociedad si se llegará a implementar la medida de establecer límites máximos de sodio en alimentos industrializados. Respetuosamente nos permitimos señalar que es muy difícil establecer el cálculo del impacto que tendría esta alternativa de regulación, principalmente porque las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alta presión arterial no tienen como causa exclusiva la alta ingesta de sodio. Hay otros factores que pueden incidir en la ocurrencia de enfermedades coronarias o en cuadros de hipertensión arterial, como por ejemplo condiciones genéticas, inactividad física, estar sometido a situaciones que generen estrés, entre otros. No desconocemos la importancia de reducir la ingesta diaria de sodio para prevenir o evitar la ocurrencia de enfermedades no transmisibles, pero no podemos afirmar que con la reducción de sodio se reducirán positivamente las cifras de enfermedades asociadas a la presión arterial. Las medidas de política de salud pública que tengan como objetivo la disminución de enfermedades no transmisibles deben tener en consideración que estas enfermedades son multicausales. Nos permitimos citar el estudio: "Prevention of Cardiovascular Disease Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk World Health Organization 2007"</p> <p>https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43685/9789241547178_eng.pdf?sequence=1, en donde se señala que "El riesgo total de desarrollar enfermedad cardiovascular está determinado por el efecto combinado de los factores de riesgo cardiovascular, que comúnmente coexisten y actúan de manera multiplicativa".</p>	No	<p>Para el cálculo del impacto de la regulación en las prevalencias de hipertensión se tomó como referencia la metodología IMPACT: es cual es un modelo de política determinista, utiliza información epidemiológica para estimar las contribuciones de los cambios en los factores de riesgo a nivel de la población (que afectan principalmente a la incidencia) y los cambios en la aceptación de los tratamientos basados en la evidencia (que afectan principalmente a la letalidad) entre dos puntos en el tiempo (el inicio y el año final). La medida de resultado primaria del modelo son las muertes evitadas o pospuestas, si la mortalidad está disminuyendo (DPP), o el aumento de la mortalidad, en poblaciones donde las tasas de mortalidad por ECC están aumentando. Este modelo se ha validado en Europa, Nueva Zelanda, China y los Estados Unidos, y se ha implementado en más de 20 poblaciones.</p> <p>El punto de partida para el modelo es calcular el número objetivo de muertes y de casos de morbilidad que el modelo debe explicar. Este número objetivo se obtiene utilizando los recuentos de muertes registrados en el sistema de registro oficial y de casos de morbilidad, para calcular la diferencia entre las muertes reales observadas de enfermedad coronaria observadas al final del año de las muertes esperadas, es decir, la estandarización indirecta simple: el número que tendría ocurrido en el final del año si las tasas de mortalidad por ECC permanecieran igual que en el año inicial.</p> <p>El modelo aplica la reducción del riesgo relativo cuantificada en ensayos controlados aleatorios previos y metanálisis para estimar la reducción de la mortalidad atribuible a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) cambio temporal en la prevalencia de factores de riesgo (en aquellos sin CHD diagnosticados) para calcular los DPP "explicados" por tendencias específicas de factores de riesgo; b) el cambio neto durante el período en la adopción de tratamientos específicos en pacientes con cada forma específica de CC para estimar los DPP "explicados" debido a la mejora de las tasas de letalidad en un año. Se tiene mucho cuidado para evitar el doble conteo de los mismos individuos. <p>A continuación se resumen los beneficios de mortalidad de la reducción del factor de riesgo en la población y los beneficios del tratamiento en grupos de pacientes. Esta suma de mortalidad representa las muertes evitadas o pospuestas (DPP) "explicadas" por el modelo.</p> <p>Al final del proceso de modelado, el total de DPP "explicado" por el modelo se compara con la caída observada en morbimortalidad (el "objetivo" que se explicará). Por lo tanto, el ajuste del modelo se calcula como la diferencia entre las muertes observadas y los DPP modelo, y se expresa como el porcentaje explicado.</p>
----	------	---------------------	---	----	--

Esto mide hasta qué punto el modelo logró explicar el cambio observado en la mortalidad por cardiopatía coronaria en la población y en las prevalencias de hipertensión. Es importante considerar que este efecto es el estimado a nivel mundial, únicamente por la ingesta de sodio. Los modelos utilizados se argumentan los siguientes supuestos:

1. La presión arterial elevada es la causa dominante de muerte y discapacidad en adultos de todo el mundo, responsable por aproximadamente el 50% de las muertes coronarias, enfermedad cardíaca y más del 60% de las personas con ictus. El riesgo de enfermedad cardiovascular aumenta con aumento de la presión arterial, y la causalidad es soportado por ensayos clínicos controlados aleatorios, en el que bajar la presión arterial durante cinco años reduce la enfermedad cardiovascular en aproximadamente la cantidad predicha por los estudios de observación (50-60%).
2. La evidencia de una gran variedad de estudios muestra una relación directa consistente entre la ingesta de sal y presión sanguínea. Una reducción de 4,6 g en la ingesta diaria de sal (equivalente a una reducción de 1840 mg. en sodio diario) disminuye la presión arterial en aproximadamente 5.0 / 2.7 mm Hg en individuos con hipertensión por 2.0 / 1.0 mm Hg en personas normotensas. El efecto de reducir la ingesta de sal es eficaz en hombres y mujeres, en todos los grupos étnicos, en todas las edades y grupos.
3. Las reducciones en morbimortalidad por efecto de la regulación (disminución de contenidos de sodio) son del 10% únicamente, asumiendo que el 90% restante se debe a los demás factores de riesgo: actividad física, tabaco, alcohol, consumo excesivo de azúcares libres, grasas saturadas y trans, entre otros factores.

16	ANDI	Página 48	En los análisis de impacto normativo se deben analizar las alternativas que se tienen para solucionar el problema que se tiene, entre las alternativas están la autorregulación, la correulación y la regulación. Desde la Cámara de Alimentos invitamos al Ministerio de Salud a adoptar la alternativa que se considere mas costo eficiente para reducir las enfermedades no transmisibles, sin embargo, en temas relacionados con la alimentación, recomendamos adoptar las decisiones teniendo en cuenta lo siguiente: 1. Basar las decisiones en un estudio sobre composición nutricional por categorías de alimentos consumidos por los colombianos, lo que me permitirá construir un perfil nutricional para Colombia. 2. Adoptar regulaciones que se construyan sobre la base del conocimiento del consumidor colombiano y evidencia científica robusta. 3. Tomar decisiones teniendo en cuenta las porciones que se consumen. Desde la Cámara de la Industria de Alimentos, reiteramos nuestra voluntad para construir escenarios de autorregulación que permita el cumplimiento de los objetivos en salud pública.	No	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los estudios de composición se hicieron con base en la tabla de composición de alimentos colombianos (2015) y de datos de consumo de las encuestas ENSIN 2005 y 2010. 2. Hay evidencia suficiente para la adopción de medidas regulatorias sobre la reducción de contenidos de sodio en alimentos priorizados. 3. Los detalles técnicos del proyecto normativo no son objeto de discusión del AIN.
17	ANDI	Página 57	En la página 57 se hace referencia a una encuesta contestada por 14 empresas. Establecer conclusiones para la construcción de políticas públicas de salud basada en la respuesta otorgada por 14 empresas, no es un análisis significativo teniendo en cuenta, como lo señalamos anteriormente, que en Colombia existen 67.323 empresas registradas en el RUES que tienen dentro de su objeto social la producción y comercialización de alimentos. Sugerimos actualizar el estudio y cuenten con el apoyo desde la Cámara de Alimentos de la ANDI para lograr una cobertura que permita tener información concluyente. Se sugiere al Ministerio que se apoye en varias iniciativas de clusters que en categorías como lácteos, snacks, cárnicos, entre otros esta adelantando el país, iniciativas donde la presencia de micro y pequeñas empresas es significativa.	No	<p>Es de resaltar que la encuesta se envió a la base total de personas (85) que pertenecen a las mesas técnicas de la línea de industria de la Estrategia Nacional de Reducción de Consumo de Sal/Sodio, además, se solicitó reenvío a la totalidad de las empresas afiliadas a la ANDI. Adicionalmente, se brindo un tiempo prudente para contestar la encuesta (15 días), en ese sentido no es posible retrasar el proceso de construcción del AIN (costos estimados), por causa de no contestación de la encuesta.</p> <p>De otra parte, no solo se tuvo en cuenta la encuesta (información de fuente primaria), sino que se contrastó con fuentes secundarias (análisis de encuestas en otros países, costeos secundarios: mano de obra - observatorios laborales, cambios de aditivos - cotizaciones, cambios de tecnologías - referencias, entre otras), llegando a una misma conclusión.</p>

18	ANDI	Comentarios generales	Nos permitimos reiterar los comentarios enviados por la Cámara de Alimentos de la ANDI en la comunicación del 30 de julio de 2015 radicada bajo el número 201542301324102 y la comunicación del 10 de noviembre de 2017 radicada bajo el número 201742302431822, enviadas durante los procesos de consulta pública nacional y consulta pública internacional del Proyecto de Resolución “Por el cual se establece el reglamento técnico que define los límites de contenido de sodio para los alimentos priorizados en el marco de la estrategia nacional de reducción del consumo de sodio y se dictan otras disposiciones.” Es muy importante tener en cuenta los comentarios técnicos que hicimos en su momento, porque las reducciones de sodio deben ser tecnológicamente posibles. Insistimos en que la reducción de sodio en embutidos y quesos debe hacerse sin afectar la inocuidad de estos tipos de alimentos que por su origen animal y alto nivel de humedad tienen un alto riesgo de contaminación. Compartimos la preocupación del Ministerio de Salud por el incremento de las enfermedades no transmisibles y consideramos pertinente resaltar la necesidad de disminuir la ingesta de sodio, pero no consideramos que la medida más costo efectiva sea regular los límites máximos de sodio de los alimentos industrializados. Las reducciones de sodio deben ser con el tiempo adecuado para lograr que los consumidores se adapten a los cambios organolépticos de los alimentos reducidos en sodio y, por tal motivo, adelantar un acuerdo de reducción de sodio con la industria de alimentos puede tener un mayor impacto en lograr esta gradualidad y así obtener resultados que incidan en la disminución de enfermedades no transmisibles. Adicionalmente para lograr cambio en los comportamientos de las personas es trascendental adelantar campañas educativas efectivas.	No	El proyecto normativo no es objeto de discusión en este AIN.
19	Asoleche	Contexto Internacional, tercer párrafo	Frente al párrafo “... en la mayoría de los países desarrollados, la mayor contribución de sal a la dieta proviene de la industria de alimentos y no está bajo el control del consumidor”, no se observan referencias específicas que soporten esta afirmación.	Si	Se incluye referencia: Foro de la OMS sobre la Reducción del Consumo de Sal en la Población (2006, París). Reducción del consumo de sal en la población: informe de un foro y una reunión técnica de la OMS, 5-7 de octubre del 2006, París (Francia).
20	Asoleche	1. Definición del problema	Dentro de la formulación del problema se considera muy importante incluir en las causas los hábitos de consumo de alimentos arraigados en la población colombiana, con contenido importante de sal en preparaciones elaboradas en el hogar, sabores aprendidos, adición de sal sin haber probado los alimentos previamente, entre otros.	No	La observación sobre hábitos se encuentra especificada en el documentio en la causa: Gusto por los sabores salados e intensos y se explica en el descrito de esta causa.
21	Asoleche	2.2 Descripción del problema	En el reporte de ingesta de sodio para Colombia, es importante mencionar cuáles son las vías de consumo de las cantidades mencionadas en la población colombiana.	No	En el documento se explica por frecuencia de consumo, según datos de ENSIN (2010).

22	Asoleche	Problema: Alto consumo de sodio en la población colombiana. Segundo párrafo	La referencia 39 citada es del Centro de Investigación en Nutrición y Salud del Instituto Nacional de México y no es claro su aplicación dado que el marco es el consumo de sodio en la Población Colombiana.	Sí	Se ajusta en el documento
23	Asoleche	Tabla 2. En la mención de Queso, Kumis, Yogurt, Queso Crema.	Se considera que existen grandes diferencias en el contenido de sodio en los productos lácteos mencionados, dado que son diferentes tanto en su elaboración como en su composición nutricional.	No	Sí, este ministerio tiene conocimiento de las diferencias de contenido, no obstante, la tabla muestra un contenido a manera de ejemplo, para visualizar de una mejor manera el problema.
24	Asoleche	Definición de Objetivos 3,1 árbol de Objetivos	Dentro de los objetivos mencionados sería importante incluir la Educación en hábitos de consumo de sodio como una campaña masiva de educación para toda la población y permanente que permita realmente influir realmente en los hábitos de consumo de la población.	No	Se sugiere revisar la guía metodologica para el análisis de impacto normativo, en la cual se explica que los objetivos no son las alternativas de solución, por tanto no se puede hablar de educación en hábitos de consumo, ya que ésta es una alternativa.
25	Asoleche	3. Selección de las opciones o alternativas 3,1 identificación de alternativas	Se considera importante incluir dentro de las temáticas a desarrollar la educación en lectura de la tabla nutricional.	No	En la alternativa de educación, va incluida esta opción (lectura de la tabla nutricional).
26	Invima	2. Disminuir el contenido de sal/sodio en los alimentos procesados	Incluir en este ítem las nuevas formulaciones de productos procesados que se encuentren en investigación y desarrollo en la industria, se dirijan a ser bajas en sodio	No	Se sugiere revisar la guía metodologica para el análisis de impacto normativo, en la cual se explica que los objetivos no son las alternativas de solución, por tanto no se puede hablar de hacer que la investigación y desarrollo sea dirigida a hacer alimentos bajos en sodio, ya que ésta sería una alternativa de solución, que entre otras no tiene evidencia suficiente sobre el impacto en la reducción del consumo de sodio. Igualmente, realizar un ajuste a la normatividad (Res. 402) es otra alternativa, no un objetivo.

		Pág. 21	Además de: la revisión y ajuste de la normatividad que permite el uso de aditivos con sodio, como es el caso de la Resolución 402 de 2002 para pollo marinado y revisar la necesidad de reglamentar o no permitir este tipo de técnica en otras carnes como de bovino y porcino, en las cuales ya se está realizando el marinado y al no estar reglamentado no se tienen definidos los ingredientes y aditivos permitidos entre otros requisitos técnicos.		
27	Invima	Problema: Alto consumo de sodio en la población colombiana Pág. 15	Incluir u observar acerca del pollo marinado, ya que se ha convertido en un producto procesado que la población en general desconoce el aditivo agregado y su contenido en sodio, en el párrafo tercero dice: “Es de resaltar que los snacks, quesos y carnes frías entre las que se encuentran los embutidos de carnes de res, cerdo y pollo, se cuentan entre los alimentos de mayor consumo en la población infantil del grupo de 4 a 13 años de edad, lo que genera preocupación si se suma a la creciente situación de sobrepeso infantil y enfermedades cardiovasculares mencionada anteriormente”.	No	Es de resaltar que el Análisis de Impacto Normativo se debe hacer con la mejor evidencia disponible, en este caso para los temas de consumo, se toman la mejor fuente (representatividad, evidencia, metodología usada) sobre el consumo. Para el tema de pollo marinado no se conoce específicamente el consumo en la población colombiana.
28	Invima	Costos del sector privado	En el año 2015, Invima expidió una base de datos de las empresas productoras de este tipo de alimentos, para un total de 75 empresas, y se asume un aumento de 45 empresas adicionales (nuevas) a la fecha, para un total de 120 empresas. Los datos establecidos en el anterior párrafo que se encuentran resaltados no obedecen al censo de 2015, dado que el número de establecimientos reportados por el INVIMA es mayor. Se debe revisar esta cifra ya que los cálculos proyectados no corresponden a la realidad.	Sí	Con respecto al número de empresas afectadas se realiza un ajuste al número, teniendo en cuenta que la fuente más confiable para este tipo de cálculos son las encuestas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, razón por lo cual se tomaron los datos de la última Encuesta Anual Manufacturera (2017), la cual reporta una totalidad de 8214 establecimientos industriales, de los cuales se filtraron por código de la siguiente manera: 1011: Procesamiento y conservación de carne y de productos cárnicos. 1012: Procesamiento y conservación de pescados, crustáceos y moluscos. 1020: Procesamiento y conservación de frutas, hortalizas, legumbres y tubérculos. 1030: Elaboración de grasas y aceites de origen vegetal y animal. 1040: Elaboración de productos lácteos. 1081: Elaboración de productos de panadería. Para una totalidad de 904 empresas afectadas. Adicionalmente, los costos por cada empresa no solo se estimaron desde la fuente primaria, sino que se contrastó con fuentes secundarias (análisis de encuestas en otros países, costeos secundarios: mano de obra - observatorios laborales, cambios de aditivos - cotizaciones, cambios de tecnologías - referencias, entre otras), llegando a una misma conclusión, por lo tanto, este costo no se modifica. No obstante se deja claro que es un valor promedio, que pueden haber empresas que sus costos sean más altos, como también otras que refirieron que No tiene ningún costo adicional, dado que simplemente es una reducción en la reformulación, o que ya cumplen con los contenidos propuestos en la regulación y por tanto no deben hacer ninguna modificación.

29	Amcham colombiana	Páginas 6 a 9 Párrafos: Estrategias de reducción en el mundo.	No se ha implementado una regulación similar en otro país del mundo, por tanto puede considerarse como un obstáculo técnico al comercio, al limitar la cantidad de sodio que tendrán los alimentos tanto nacionales como extranjeros que se pretendan comercializar en el país; adicionalmente esta propuesta de regulación puede acarrear la disminución de la competitividad del sector de alimentos colombiano en cuanto a exportaciones a países que aún no han implementado etiquetados de advertencia como Estados Unidos de América, países centro americanos y países de la Unión Europea.	No,	En el marco de la consulta pública del Análisis de Impacto Normativo, se recuerda que la consulta se hace sobre el problema, objetivos, y alternativas, en ese sentido no está en consulta pública el proyecto normativo.
30	Amcham colombiana	Página 22-29 Párrafos: Identificación de alternativas	EL AIN presentado hace referencia a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud con la finalidad de reducir el aumento e impacto de enfermedades no transmisibles (ENT) a nivel mundial. Dentro de las recomendaciones, se menciona en el documento las campañas educativas, la regulación del etiquetado frontal y nutricional, regulación de contenido sodio en productos procesados, promoción de entornos saludables y regulación de la promoción y publicidad de los alimentos. Sin embargo, se omitió la alternativa de acuerdos de autorregulación entre el Gobierno y la Industria; siendo esta recomendación adoptada en varios países y presentando resultados favorables para los consumidores, ya que mejora la información, el diseño de etiquetados y la creación de compromisos responsables. Consideramos que los consensos entre los diferentes actores involucrados llevan a mejores resultados, ya que la elección de una regulación restrictiva no garantiza que efectivamente se reduzca el impacto de las ENT asociadas al alto consumo de sodio.	No	La autoregulación no se incluyó porque la evidencia es suficientemente fuerte en concluir que esta alternativa tiene muy bajo impacto. *Collins (2014), encontró que la autorregulación el impacto sobre la disminución de la reducción de sodio es del 15%, mientras que con la regulación el impacto es del 20%, modelamiento para Inglaterra a 10 años. *Cobiac (2010), encontró que con la autorregulación se reduce 0.02-0.03g de sal al día, mientras que con la regulación el impacto es de 0.4-0.6g de sal al día, es 10 veces mayor, estudio realizado en Australia a 30 años. *Murray (2003), realiza estudios a 100 años en Europa, encontrando que con la autorregulación se espera reducir un 15%, mientras que con la regulación el porcentaje se duplica al 30%. Collins M, Mason H, O'Flaherty M et al. (2014) An economic evaluation of salt reduction policies to reduce coronary heart disease in England: a policy modeling study. Value Health 17, 517–524. Cobiac LJ, Magnus A, Lim S et al. (2012) Which interventions offer best value for money in primary prevention of cardiovascular disease? PLoS One 7, e41842. Murray CJL, Lauer JA, Hutubessy RCW et al. (2003) Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. Lancet 361, 717–725
31	Amcham colombiana	Página 38-39 Párrafo y tabla: Costos del sector privado	Consideramos pertinente para el análisis del impacto normativo y su metodología de coste-beneficio para la elección de la estrategia de reducción de ENT, incluir valores y variables, como las que mencionaremos a continuación: 1. Incluir costos y estudios de consumidores, modificaciones de empaque, campañas comerciales, entre otros. 2. La reformulación de producto involucra tareas adicionales como pruebas industriales, estudios con consumidores (sensoriales y organolépticos), ejercicios de precios y mercadeo, que son realizadas por diferentes profesionales con diferentes años de experiencia/jerarquía.	No	Los costos mencionados en esta observación se incluyeron en costos de adaptación con análisis de fuentes primarias (promedio de costos según encuesta a empresas afectadas), fuentes secundarias (análisis de encuestas en otros países, costeos secundarios: mano de obra - observatorios laborales, cambios de aditivos - cotizaciones, cambios de tecnologías - referencias, entre otras).

32	Amcham colombiana	Página 38-39 Párrafo y tabla: Costos del sector privado	Llevar a cabo la transformación de un portafolio de productos, no es equivalente entre una PYME que puede contar con 1-5 productos, a una compañía multinacional con más de 60 productos, de aquí que, los costos calculados como promedio pueden resultar poco precisos si solo se consideran costos promedios. Adicionalmente, el AIN presentado no considera todos los costos involucrados detrás de la reformulación de productos alimenticios, y tiene en cuenta únicamente un muy bajo costo de mano de obra.	No	Los costos mencionados en esta observación se incluyeron en costos de adaptación con análisis de fuentes primarias (promedio de costos según encuesta a empresas afectadas), fuentes secundarias (análisis de encuestas en otros países, costeos secundarios: mano de obra - observatorios laborales, cambios de aditivos - cotizaciones, cambios de tecnologías - referencias, entre otras).
33	Amcham colombiana	Página 57 - 58 Párrafos: Anexo 1 Resultados de la encuesta el sector productivo	Amcham Colombia reitera su interés de lograr un diálogo abierto en la formulación de regulación con relación a las ENT, motivo por el cual ofrecemos nuestro apoyo para incrementar la muestra en las encuestas realizadas, ya que consideramos un factor determinante para delimitar el sector de alimentos y medir el impacto de los proyectos normativos.	No	La encuesta surtió su tiempo de realización, sin embargo, se agradece la disposición.

Se deja constancia que el proyecto fue publicado en la página web del Ministerio entre los días 15 de febrero al 6 de marzo del 2019