



ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA REDUCCION DEL CONSUMO DE SAL/SODIO EN COLOMBIA 2012 - 2021

SUBDIRECCIÓN DE SALUD NUTRICIONAL, ALIMENTOS Y BEBIDAS
DIRECCION DE PROMOCION Y PREVENCION
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
NOVIEMBRE 10 DE 2015



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GOMEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DAVILA GUERRERO

Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

ELKIN DE JESUS OSORIO SALDARRIAGA

Director de Promoción y Prevención

ANA PATRICIA HEREDIA VARGAS

Subdirectora Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas

DIRECCIÓN TÉCNICA:

Blanca Cecilia Hernández Torres
Claudia Patricia Moreno Barrera
Subdirección de Salud Nutricional Alimentos y Bebidas
Ministerio de Salud y Protección Social

El presente documento fue construido con los aportes de:

Ana Rubiela Buitrago González
Nancy Paola Escobar Q.E.P.D
Blanca Cecilia Hernández Torres
Claudia Patricia Moreno Barrera

Subdirección de Salud Nutricional
Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y protección Social

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	9
1. JUSTIFICACIÓN	12
2. SITUACIÓN NACIONAL	15
3. MARCO NORMATIVO	18
4. MARCO CONTEXTUAL	20
5. OBJETIVOS	22
5.1 Objetivo General	
5.2 Objetivos Específicos	

6. LÍNEAS DE ACCIÓN	23
6.1 Industria	
6.2 Sector Gastronómico	
6.3 Pan fresco	
6.4 Información, Educación y Comunicación IEC	
6.5 Proveduría Institucional	
6.6 Investigación	
7. SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN	31
8. BIBLIOGRAFÍA	34

LISTA DE TABLAS

Tabla 1

Frecuencia de Consumo de Alimentos categorizados con mayor aporte de sal (%)
población 5 a 64 años

INTRODUCCIÓN



Reconociendo que la carga de las enfermedades no transmisibles es pesada y cada vez mayor, la Organización Mundial de la Salud OMS desarrolló la “Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud¹”, en la cual se establecieron para los Estados miembros, recomendaciones dirigidas tanto a las poblaciones como a las personas en la que se incluye entre otras limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia y consumir sal yodada.

¹Organización Mundial de la Salud OMS. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, pag 5. Mayo 2004.

En Noviembre del año 2009 la Organización Panamericana de la Salud, lanzó la “Declaración de la Política para reducir el consumo de sal en las Américas”. La declaración estableció como meta, un descenso gradual y sostenido en el consumo de sal en la dieta con el fin de alcanzar los objetivos nacionales o en su ausencia, la meta internacionalmente recomendada de un valor inferior a 5g/día/persona para el 2020 ²

La prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen una prioridad de la salud pública; están apareciendo a edades más tempranas, relacionadas con los procesos de transición demográfica y epidemiológica, con el sedentarismo, consumo de tabaco y deterioro de los hábitos alimentarios de la población. La enfermedad cardiovascular, como parte de las enfermedades no transmisibles, tiene como principal factor de riesgo, el aumento en la presión arterial que se constituye en la causa probable de muerte y el segundo de discapacidad por enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. ³

Es por ello que la reducción de la ingesta de sal alimentaria contribuye a la disminución de la tensión arterial tanto en las personas hipertensas como en las normotensas y constituye la estrategia más costo-efectiva para la reducción de las enfermedades cardiovasculares.⁴

Si la reducción en la ingesta de sal se implementa como hábito desde edades tempranas se previene la hipertensión arterial asociada con el aumento de la edad.

Colombia se adhirió en Agosto de 2011 a la declaración de la política de “*Prevención de las enfermedades cardiovasculares en las Américas, mediante la reducción de la ingesta de sal alimentaria en toda la población*”⁵, desarrollada por el programa regional de enfermedades no transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud OPS, y desde el año 2012 avanza en un trabajo serio para aportar las bases y elementos necesarios para la construcción de los lineamientos de fundamentación de la Estrategia de Reducción del Consumo de sal/sodio para Colombia.

² Organización Panamericana de la Salud OPS. Declaración de la Política para reducir el consumo de sal en las Américas. 2009

³ Organización Mundial de la Salud OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra:OMS; 2002.

⁴ He FJ, Campbell NRC; Mac Gregor GA. Reducing salt intake to prevent hypertension and cardiovascular disease. Rev Panam Salud Pública. 2012; 32 (4):293-300.

⁵ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Declaración de la Política “Prevención de las enfermedades cardiovasculares en las Américas mediante la reducción de la ingesta de sal alimentaria en toda la población”. 2009.

El aporte de sodio de la dieta proviene en mayor proporción, de los alimentos preparados, alimentos industrializados y de la sal agregada⁶; sin embargo la mayoría de personas no son conscientes de la cantidad de sal que consumen en los alimentos y de los efectos adversos para la salud de una ingesta excesiva, siendo particularmente vulnerables los niños y los adultos mayores. Para lograr reducir el consumo de sal al nivel recomendado por la Organización Mundial de la Salud, no es razonable esperar que los individuos actúen por sí mismos pues el contenido de sodio de los alimentos no es fácilmente identificable⁷.

Según la Organización Mundial de la Salud un programa nacional exitoso de reducción de sal se base en tres pilares:

1. reformulación de alimentos y comidas.
2. concientización y campañas educativas dirigidas principalmente al consumidor.
3. cambios en el entorno. Con base en el planteamiento de la Organización Mundial de la Salud, Colombia para la implementación de la Estrategia de reducción del consumo de sal definió cuatro líneas de acción: industria y sector gastronómico, Información, educación y comunicación IEC, proveeduría e investigación.

El presente documento describe los objetivos, actores involucrados, líneas de acción, para la implementación de la estrategia de reducción del consumo de sal/sodio en Colombia.

El aumento de la presión arterial en el mundo constituye el principal factor de riesgo de muerte y el segundo de discapacidad por enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal⁸. En el mundo la hipertensión es la causa del 6% de los accidentes cerebrovasculares y del 49% de las cardiopatías coronarias⁹. Los costos estimados de la hipertensión van del 5% al 15% del PIB en los países de altos ingresos y del 2.5% al 8% del PIB en América Latina y el Caribe¹⁰. Provoca 7,6 millones de muerte prematuras (cerca del 14% del total mundial) y la pérdida de 92 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (6% del total mundial)¹¹. En América Latina y el Caribe las tasas anuales son de hasta 77,5 defunciones por 100.000 mujeres en Santa Lucía¹².

⁶ World Health Organization. Reducing salt intake in populations: Report of a WHO Fórum and Technical Meeting. October 2006

⁷ Idem

⁸ C, McCulloch CE, Darbinian J, Go AS, Iribarren C. Elevated blood pressure and risk of end-stage renal disease in subjects without baseline kidney disease. Arch Int Med. 2005; 165:293-28.

⁹ WHO. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana.

¹⁰ Pan American Health Organization - World Health Organization. Cardiovascular disease prevention through dietary salt reduction. Washington, D.C.: OPS-OMS; 2011.

¹¹ Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. Lancet. 2008; 371:1513.

¹² OPS. Non communicable disease project and health information and analysis project and sustainable development and environment area. Washington .C, 2011.

1. JUSTIFICACIÓN



En el año 2000, en el mundo aproximadamente mil millones de individuos (un cuarto de la población adulta) tenía presión arterial elevada (>140/90 mmHg) y se prevé que en el 2025 esta cifra aumentará a cerca de 1500 millones¹³. En 2001, el manejo inadecuado de la presión arterial, es decir más de 115 mm Hg de la presión arterial sistólica, consumió alrededor del 10% de todos los gastos de salud en el mundo¹⁴.



¹³ Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of world wide data. Lancet. 2005; 365: 217-23.

¹⁴ OPS-OMS. Reducción del consumo de sal en la población; informe de un foro y una reunión técnica de la OMS; Paris 2006.

En las Américas entre una quinta y una tercera parte de todos los adultos tienen hipertensión arterial¹⁵ y su prevalencia aumenta a medida que la población envejece¹⁶.

Uno de los principales factores de riesgo es el elevado consumo de sal; en la medida que aumenta el consumo de sal en la dieta también lo hace la presión arterial. La cantidad de sal recomendada por la OMS es de 5 g/persona/día; sin embargo en las Américas, el consumo puede llegar a ser más del doble del nivel recomendado en todos los grupos de edad, incluidos los niños.

Un estudio realizado en Canadá, calculó que con una reducción del consumo de sal de 4,6 g/día se podrían ahorrar aproximadamente \$430 millones de dólares por año en medicamentos, consultas médicas y estudios de laboratorio directamente relacionados con la hipertensión¹⁷.

En Colombia las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en el grupo de edad 18 y 69 años a nivel nacional. Según el estudio de carga de enfermedad realizado por el Ministerio de Protección

Social en el año 2008, la cardiopatía hipertensiva fue la primera causa de enfermedad según Años de Vida Saludables (AVISAS) en ambos sexos y en todas las edades¹⁸. En la Encuesta Nacional de Salud del 2007 se encontró que el 22,82% de la población de adultos de 18 a 69 años presentó cifras de presión arterial elevadas; se consideraron como cifras hipertensivas las medidas de presión arterial sistólica mayor a 140 y/o diastólica mayor a 90. La proporción de personas con hipertensión en las regiones Atlántica, Oriental, Central y Bogotá fue similar al país y entre sí; la región de menor prevalencia fue la Orinoquia y Amazonia (14.6%) y la región del Pacífico presentó la prevalencia más alta (28%)¹⁹; asimismo el 62% de las personas que presentaron cifras tensionales normales y el 85% de las que mostraron cifras compatibles con hipertensión arterial, refirieron haber sido diagnosticadas como hipertensas en dos o más consultas médicas²⁰. Se ha evidenciado un incremento proporcional del 10% entre las tasas de mortalidad por Enfermedad Cardiovascular ECV en Colombia para el período comprendido entre 1998 y 2008.

¹⁵Pan American Health Organization - World Health Organization. Cardiovascular disease prevention through dietary salt reduction. Washington, D.C.: OPS-OMS; 2011.

¹⁶Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ*. 1988; 297:319-28.

¹⁷Joffres MR, Campbell NR, Manns B, Tu K. Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada. *Can J Cardiol*. 2007; 23:437-43.

¹⁸MSPS- Cendex. Estudio de carga de enfermedad en Colombia 2005 Bogotá D.C., 2008.

¹⁹MSPS- Colciencias. Encuesta Nacional de Salud ENS 2007. Bogotá D.C. 2007.

²⁰MSPS- Colciencias. Encuesta Nacional de Salud ENS 2007. Bogotá D.C. 2007.

La asociación de la hipertensión con el aumento de riesgo para cardiopatía isquémica es de un 49%, y el 62% de los trastornos cerebrovasculares. De las primeras veinte causas de egreso hospitalario, las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el tercer lugar, aportando un 3,5% del total; la insuficiencia cardíaca el 2,0%; y la diabetes mellitus el 1,6%. La enfermedad isquémica del corazón y la insuficiencia cardíaca congestiva ocupan el primer lugar de egresos hospitalarios en el grupo de personas mayores de 50 años de edad, y junto con la enfermedad cerebrovascular, la diabetes mellitus y otras enfermedades de origen arterial, también hacen parte de las diez primeras causas de egreso hospitalario en mayores de 45 años. Asimismo en los mayores de 45 años, la hipertensión arterial constituye el motivo de consulta más frecuente, tanto de los hombres como de las mujeres .²¹

La hipertensión arterial se relaciona con aproximadamente dos tercios de los casos de accidente cerebrovascular, enfermedades coronarias y aproximadamente con la mitad de las cardiopatías; según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en Colombia para el año 2008, la tasa estandarizada de mortalidad por accidentes cerebro vasculares fue de 42.2 por cada 100.000 habitantes, a su vez, la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón para este mismo periodo fue de 85.8 casos por cada 100.000 habitantes. Incluso el

aumento de la presión arterial dentro de los límites de la normalidad, acarrea un riesgo y causa aproximadamente la mitad de los casos de enfermedad atribuible a la hipertensión.

Lo anteriormente descrito, evidencia la necesidad de calcular la ingesta dietética de sodio, a fin de evaluar la tendencia de la misma y la eficacia en el tiempo de las acciones formuladas en la estrategia nacional de reducción del consumo de sal/sodio tal como lo recomienda la Organización Panamericana de la Salud; en la actualidad el país no cuenta con datos de la ingesta de sal/sodio de la población.

Es muy importante reducir el consumo de sal/sodio para disminuir el riesgo de hipertensión, enfermedades cerebro-vasculares y enfermedades renales a nivel individual y poblacional, ya que la calidad de vida de las personas con estas enfermedades es baja y los costos de su tratamiento elevados.

Aunque en Colombia no existe un estudio de carga de enfermedad que permita cuantificar el costo social y económico de ningún factor de riesgo que conduzca al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, las encuestas nacionales de salud y los registros de muerte apuntan a las enfermedades cardiovasculares como prioridad de salud pública y en éste contexto el estado Colombiano tiene la justificación para realizar acciones de intervención a fin de reducir el consumo de sal/sodio en la población.

21 MSPS- Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021, pag 108.

2. SITUACIÓN NACIONAL



En Colombia las encuestas nacionales de la situación nutricional, ENSIN 2005 y 2010 que constituyen la principal base de estimación de la ingesta dietética de la población de 5 a 64 años no precisan la cantidad de sodio que se consume por persona/día a nivel nacional, regional o municipal, tampoco se ha utilizado la determinación de sodio en orina de 24 horas como método estándar para determinar indirectamente la ingesta de sodio; pero se estima que está cercana a la de otros países de la región y por encima del límite superior de consumo de sodio recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

La ENSIN 2010²² ofrece información sobre la frecuencia de consumo de alimentos elaborados con mayor contenido de sal, comidas fuera de casa y la práctica del uso del salero en la mesa. En la Tabla 1 se compendian los datos reportados en la ENSIN 2010.

²² ICBF. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN 2010.

Se observó que el 50% de la población consume comidas rápidas con mayor frecuencia de consumo semanal, los grupos de edad que más ingieren estas comidas son los de 19 a 30 años, seguido del grupo de 14 a 18 años particularmente en el área urbana en especial en Bogotá. El 40% de la población adquiere alimentos en la calle, especialmente los grupos de edad de 14 a 18 y 19 a 30 años, es decir la población joven. En cuanto a los alimentos industrializados el 73.6% de la población consume embutidos y el 69.6% de la población del país consume alimentos de paquete, donde el 15.2% los consume diariamente y 45.5% refiere un consumo semanal.²³

Tabla 1. Frecuencia de Consumo de Alimentos categorizados con mayor aporte de sal (%) población 5 a 64 años

ALIMENTO	Puesto en la lista de alimentos consumidos	DIARIA (1-3 veces al día)	SEMANAL (1-6 veces a la semana)	MENSUAL (1-3 veces al mes)	NO CONSUMO USUAL
Queso, kumis, yogurt, queso crema	2	16.5	56.5	12.5	14.5
Pan, arepa o galletas	3	76.1	21.2	1	1.6
Atún o sardinas enlatadas	6	0.3	33	29.9	36.8
Embutidos	8	7	50.7	15.9	26.4
Alimentos de comidas rápidas	19	1.2	24.5	24.3	50
Alimentos de Paquete (snacks)	24	15.2	45.5	9	30.4
Alimentos de la calle	32	2.9	25.3	11.2	60.6
USO DEL SALERO					83.3

Fuente: ENSIN 2010

²³ ICBF. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN 2010.

Respecto al uso del salero el 16.7% de los colombianos adiciona más sal a sus alimentos después de servidos en la mesa, siendo el grupo de 19 a 30 años el grupo que realiza esta práctica con mayor frecuencia, seguido del grupo de 14 a 18 años y los niños de 5 a 8 años. Esta práctica es más frecuente en Bogotá (21.3%), la región Oriental (20.1%) y el Pacífico (17.5%) y en los niveles de Sisben 1 y 2²⁴.

La encuesta ENSIN 2010 reportó además que más de un tercio de la población presenta un consumo insuficiente de frutas, verduras legumbres, alimentos fuente de potasio; favoreciendo un posible desequilibrio entre los niveles de sodio y potasio. Algunos estudios han sugerido que la ingesta alta de po-

tasio en individuos sensibles protege de la hipertensión y otros riesgos cardiovasculares²⁵. Como punto de referencia, para establecer el consumo de sodio, se tomó el dato arrojado por el estudio Intersalt publicado por la Organización Mundial de la Salud, 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 horas²⁶. El estudio Intersalt es un estudio multicéntrico que se desarrolló entre 1985 y 1987, y que analizó la asociación entre ingesta de sal, presión arterial y la excreción urinaria, en 10079 personas procedentes de 32 países, entre ellos Colombia (191 personas)²⁷.



²⁴ ICBF. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN 2010.

²⁵ Velásquez G. y López, L. 2006. Hipertensión y su relación con el sodio, el potasio, el calcio y el magnesio. *Perspectivas en nutrición humana (Colombia)* 15:47-66.

²⁶ Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ*. 1988; 297:319.

²⁷ Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ*. 1988; 297:319.

3. MARCO NORMATIVO Y ESTRATÉGICO



Los documentos estratégicos a nivel internacional y la normatividad nacional que favorecen la adopción e implementación de políticas para la promoción de una alimentación balanceada y saludable y que contextualiza acciones para la implementación de la “Estrategia de Reducción del Consumo de Sal/ sodio en Colombia” se presenta a continuación.

Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Organización Mundial de la Salud OMS. Mayo de 2004.

Declaración de la Política para reducir el consumo de sal en las Américas” Organización Panamericana de la Salud 2009.

Plan para la reducción del sobrepeso y la obesidad en la infancia y la adolescencia, OMS - OPS. 2014.

Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES 113 de 2008.

Ley 1355 de 2009. Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a ésta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. Artículo 9 “Promoción de una dieta balanceada y saludable donde se establezcan mecanismos de regulación de los nutrientes críticos, que representan un riesgo para la salud, entre ellos el sodio”.

Resolución 333 de 2011. Por la cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional que deben cumplir los alimentos envasados para consumo humano.

Resolución 5109 de 2005. Establece el reglamento técnico a través del cual se

señalan los requisitos que deben cumplir los rótulos o etiquetas de los envases o empaques de alimentos para consumo humano envasados o empacados, así como los de las materias primas para alimentos.

Ley 1450 de 2011. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2010 a 2014.

Resolución 1438 de 2013. Mediante la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública para el periodo 2012 a 2021, el cual es obligatorio para todos los integrantes del sistema general de seguridad social en salud y del sistema de protección social en el ámbito de sus competencias y obligaciones.

Resolución 1067 de 2014. Por la cual se crean, organizan y conforman los grupos internos de trabajo de la Dirección de promoción y prevención del Ministerio de Salud y la Protección Social.

Conferencia internacional de Nutrición ICN 2 de 2014. Dentro de las medidas recomendadas para lograr sistemas alimentarios sostenibles que promuevan dietas saludables. Recomendación 14: Fomentar la reducción gradual del consumo de grasas saturadas, azúcar, sal o sodio y grasas trans a través de los alimentos y las bebidas para prevenir una ingesta excesiva por parte de los consumidores y mejorar el contenido de nutrientes de los alimentos, según sea necesario²⁸.

²⁸ Segunda Conferencia internacional sobre Nutrición ICN 2. Medidas recomendadas para crear un entorno favorable a una acción eficaz. Roma 2014. <http://www.fao.org/3/a-mm215s.pdf>

4. MARCO CONTEXTUAL



El Plan Decenal de Salud Pública 2012/ 2021²⁹, en la Dimensión de “Seguridad Alimentaria y Nutricional”, en el componente de consumo y aprovechamiento Biológico, estableció como objetivo: “Lograr que la población colombiana consuma una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada”, y como estrategias del componente la gestión de la política y el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional a través del CISAN a fin de implementar acciones hacia el logro de objetivos comunes y compromisos nacionales e internacionales, así como la articulación de los distintos sectores involucrados en la construcción de la SAN, de estrategias de IEC y concreción a nivel territorial en los planes departamentales y municipales de SAN.

²⁹ MSPS. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012 – 20121. La Salud en Colombia la Construyes Tú.

Asimismo el Plan Decenal de Salud Pública en la dimensión de “Vida saludable y condiciones no transmisibles”, abordó dos componentes:

1) Modos, condiciones y estilos de vida saludables.

2) Condiciones crónicas prevalentes; y para cada uno de ellos formuló las siguientes metas:

Disminuir el consumo de sal-sodio/ persona/día a partir de la línea de base que se defina.

Incrementar el consumo diario de frutas y verduras en la población en general.

Incluir mínimo 300 minutos de actividad física semanal.

A 2021, reducir un 25% la Hipertensión arterial en mayores de 25 años, a partir de la línea base definida en el año 2014.

A través entre otras de las siguientes estrategias, las cuales sustentan, la implementación de la estrategia

Desarrollo de regulación y control adecuado de la composición de alimentos procesados y bebidas, tendientes a reducir los contenidos de sal-sodio, grasas totales, grasas trans, grasas saturadas, azúcares añadidos, refinados y libres; entre otros nutrientes de interés

en salud pública.

Información, comunicación y educación que incentive la adopción de estilos de vida saludable, y la movilización de los diferentes grupos humanos que favorecen la cultura de la salud, el autocuidado y el desarrollo de habilidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana

Desarrollo e implementación de estrategias de alto impacto, tales como, tamizaje poblacional para riesgo cardiometabólico y peso saludable en la población menor de 18 años y mayor de 18 años; atención para población de alto riesgo cardiovascular Un millón de corazones

Bajo este contexto la Subdirección de Salud Nutricional Alimentos y Bebidas a través del área temática de Alimentación Saludable de la Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas³⁰, en cumplimiento de los diferentes planes, normas y mandatos establecidos a nivel internacional y nacional está desarrollando e implementando a nivel territorial la Estrategia Nacional de Reducción del Consumo de Sal/sodio ERS dando también cumplimiento a su función de “Proponer, orientar, formular, difundir, implementar y evaluar políticas, planes, programas y proyectos, modelos y lineamientos para la promoción de la salud, nutrición y una alimentación balanceada y saludable en conjunto con todos los actores del SGSSS y de otros sectores de manera articulada con las políticas y planes nacionales”.

³⁰ MSPS. Resolución 1067 de 2014, Título V. Literal n.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Contribuir a la disminución de la morbi mortalidad atribuible a hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular en la población Colombiana, mediante la reducción gradual del consumo de sal proveniente de las diferentes fuentes alimentarias, hasta lograr la recomendación de la OMS prevista para el año 2021 (5 g sal ó 2 g sodio/ persona/día).

5.2 Objetivos Específicos

Conocer la situación nacional respecto a la ingesta de sodio, las fuentes alimentarias, su contenido en los alimentos de mayor consumo y los conocimientos, actitudes y comportamientos del consumidor.

Implementar estrategias en coordinación con la industria alimentaria y los servicios de alimentación para disminuir el contenido de sal/sodio en los alimentos procesados y preparados.

Promover un cambio de hábitos en la población, sobre el consumo excesivo de sal en la alimentación, mediante un plan de educación y promoción de hábitos alimentarios saludables.

Monitorear y evaluar las acciones para la reducción del consumo de sal/sodio en la población.



6. LÍNEAS DE ACCIÓN



En coordinación con el Centro de control de enfermedades de Atlanta, la Industria, la academia, el Ministerio de Salud y Protección Social, y la sociedad civil, se definieron las siguientes líneas de acción para abordar la reducción del consumo de sal en Colombia:

6.1 Industria

Son varios los países que han implementado medidas nacionales para disminuir la ingesta de sal en la población, otros se han unido a un programa más global como el grupo “World Action on Salt and Health” (WASH) creado en el año 2005³¹, que se basa en el modelo que desarrolló en el Reino Unido el grupo “acción de con-

³¹ World Action on Salt and Health. Aims. Disponible en: <http://www.worldactiononsalt.com/home/aims.htm>

senso sobre la sal y la Salud (CASH), constituido por un grupo de especialistas que se ocupan del consumo de sal y sus efectos sobre la salud. Para el año 2013 WASH contaba con 527 miembros de 95 países³²; su objetivo es el mismo de la OMS, disminuir el consumo de sal a nivel mundial a 5 gr/día; su misión es interactuar con la industria alimentaria con el fin de reducir el uso de sal en los alimentos industrializados, compartir estrategias de reducción de sal para ser traducidas en políticas públicas por parte de los gobiernos; además desde el año 2008 a nivel mundial desarrolla la “World Salt Awareness Week”, con el objetivo de concientizar a la población sobre el efecto nocivo para la salud de la ingesta excesiva de sal.

En las Américas, a enero del 2013 ya se habían establecido metas y cronologías para la reducción del contenido de sal de los alimentos en cinco países:

- Argentina
- Brasil
- Canadá
- Chile
- Estados Unidos

con la Iniciativa Nacional de Reducción de la Sal (NSRI)³³.

El punto de partida de la reformulación del contenido de sodio en los alimentos procesados, es la formulación de metas y plazos de reducción del contenido de sodio 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.

Asimismo se examinan las variaciones en los contenidos de sal en productos de una misma categoría y si ya hay metas fijadas para algunas categorías de esos alimentos en otros países³⁴; aunque es de aclarar que existen grandes diferencias regionales en la descripción de los contenidos de sodio de algunos productos, lo cual dificulta su comparación; así como en la metodología de definición de metas de reducción lo cual no facilita una comparación homogénea de las metas fijadas y requiere de profundización del análisis en función del método utilizado.

³² Database members WASH. <http://www.worldactiononsalt.com/home/aims.htm> Policy Statement: Preventing cardiovascular disease in the Americas by reducing dietary salt intake population wide. Disponible en http://www.worldactiononsalt.com/media/docs/PAHO/policy_statement_paho.pdf

³³ OPS/OMS. Guía para el Establecimiento de Metas y Cronologías para Reducir el Contenido de Sal de los Alimentos. OPS. 2013.

³⁴ OPS/OMS. Guía para el Establecimiento de Metas y Cronologías para Reducir el Contenido de Sal de los Alimentos. OPS. 2013

Colombia forma parte de los países que han iniciado la implementación de medidas nacionales para disminuir la ingesta de sal en la población; de hecho ya se definieron categorías alimentos, en una primera fase para la definición de metas y plazos de reducción del contenido de sodio.

Para la selección de las categorías de alimentos se tuvieron en cuenta los hábitos alimentarios, la frecuencia de consumo de alimentos que incrementan el nivel de ingesta de sal a partir de los datos obtenidos en las encuestas nacionales de consumo de alimentos; el contenido de sodio a partir de la información registrada en las etiquetas nutricionales; los alimentos de alto consumo en grupos vulnerables de la población, especialmente los niños; los alimentos cuyo consumo es frecuente aun cuando su contenido de sodio por porción no es muy elevado (como el pan); y los alimentos que se comercializan como ingredientes de productos premezclados utilizados por la industria de panificación para la elaboración de pan, productos horneados y las bases de sopa para restaurantes. De la igual forma se tuvieron en cuenta las categorías de alimentos priorizadas en otros países.

Gran cantidad de alimentos industrializados contienen la mitad o más de la Ingesta Adecuada* de sodio/día (1500 mg), siendo la industria de alimentos

la que determina la cantidad de sodio que añade a los alimentos durante el procesamiento a partir de fuentes como sal, conservantes, colorantes y otros aditivos alimentarios que contienen este mineral.

El Gobierno Colombiano asumió un firme compromiso nacional con la reducción de la sal alimentaria en el año 2011, cuando se adhirió a la declaración de la política de “Prevención de las enfermedades cardiovasculares en las Américas, mediante la reducción de la ingesta de sal alimentaria en toda la población³⁵”, y para lograrlo convocó a la industria, mediante el desarrollo de mesas técnicas de trabajo a fin de establecer de metas y plazos de tiempo a fin de reducir el contenido de sodio de los alimentos industrializados.

Como objetivos de esta línea de acción está la disminución gradual del contenido de sodio de alimentos procesados mediante el establecimiento de objetivos, metas, y plazos para la reducción del contenido de sodio.

Este proceso es continuo, multietápico y requiere de la participación activa de los departamentos de investigación y desarrollo de la industria alimentaria para lograr reducciones efectivas y aportar a la meta fijada por la Organización Mundial de la Salud (2000 mg de sodio/persona/día).

³⁵ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Declaración de la Política “Prevención de las enfermedades cardiovasculares en las Américas mediante la reducción de la ingesta de sal alimentaria en toda la población”. 2009.



6.2 Sector Gastronómico

La mayoría de personas no son conscientes de la cantidad de sal que consumen en los alimentos y de los efectos adversos para la salud de una ingesta excesiva, siendo particularmente vulnerables los niños y los adultos mayores; y aunque se puede controlar la sal que se añade en la mesa y en la cocción de los alimentos, no puede controlar el contenido de sodio en los alimentos industrializados como tampoco la cantidad de sal añadida en los restaurantes. El CSPI (Center for Science in the Public Interest) analizó cientos de comidas en restaurantes y encontró amplia variación en el contenido de grasa, pero evidenció que las concentraciones de sodio estaban generalmente elevadas, tal como se referencia en los artículos Salt: the forgotten killer (Jacobson, 2005) y Salt

assault: brand name comparisons of processed foods (Jacobson, Emami y Grasmick, 2005)³⁶.

Como parte de la estrategia para lograr una reducción del contenido de sal en las comidas de los restaurantes, es necesario reformular la sal añadida a las preparaciones, realizar campañas de información y concientización de los consumidores y obtener cooperación de los proveedores. Sin embargo no se cuenta con suficiente información que sugieran procedimientos para controlar el uso de la sal en los restaurantes.

La Organización Mundial de la Salud considera que es necesario dar asistencia a las pequeñas empresas (panaderías, restaurantes, queserías) para trabajar en la reducción del consumo de sal/sodio; y entre otras considera necesario declarar el contenido de sodio en las comidas de restaurantes³⁷, como herramienta de información para que los consumidores realicen una selección informada de los alimentos.

La línea del Sector Gastronómico enfoca su trabajo a la sensibilización de los formadores del talento humano y los manipuladores de alimentos. En esta línea se desarrolló un plan piloto cuyo resultado permite formular un plan de trabajo para el abordaje de la reducción del contenido de sal en las comidas preparadas en restaurantes y servicios de alimentación, constitu-

³⁶ OPS-OMS. Reducción del consumo de sal en la población; informe de un foro y una reunión técnica de la OMS; París 2006.

³⁷ PHAC/PAHO,2009

yéndose en la guía para la ejecución de las acciones a nivel territorial.

En esta línea de acción se plantean los siguientes objetivos

- Proponer el porcentaje inicial de reducción de sal en alimentos preparados en restaurantes que sirva como punto de partida para la reducción del contenido de sal para las preparaciones incluidas en los programas sociales de alimentación suministrados por el Estado.
- Establecer una alianza estratégica entre las escuelas de gastronomía, el SENA, los restaurantes y servicios de alimentación, así como de las entidades que los agremian, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud; a fin de facilitar apoyo técnico para el desarrollo de las actividades de reformulación del contenido de sal/sodio en alimentos preparados.
- Establecer actividades concretas de sensibilización dirigidas a los manipuladores de alimentos, de quienes depende principalmente el contenido final de sal y sodio total en los alimentos preparados en restaurantes y servicios de alimentación.



6.3 Pan fresco

A nivel mundial dieciséis países identificaron el pan como el mayor contribuyente de sodio en la dieta, dado que es un alimento de consumo frecuente en la población. En 11 países de Europa se han llevado a cabo acciones para reducir el contenido de sal en productos de bollería. En América Las autoridades nacionales de salud pública de Canadá, la NSRI de Estados Unidos, Argentina, Brasil y Chile, incluyeron el pan entre los alimentos priorizados a ser intervenidos en las iniciativas de reducción de la ingesta de sal. En el caso de Argentina ya se logró una reducción del 25% del contenido de sal en el pan³⁸.

Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN 2005, el pan era consumido por el 40.5% de la población en una cantidad promedio de 74,4 gramos al día. Por su parte la ENSIN 2010 ubicó el grupo de pan,

³⁸ OPS. La reducción de la sal en las Américas: una guía para la acción en los países, 2011.

galletas y arepa en el tercer lugar de los más consumidos, y evidenció que el 76% de la población de 5 - 64 años consumía pan diariamente (sin especificar la cantidad), siendo el mayor el consumo en el área urbana (79%) que en el área rural (67%); la región de mayor consumo era la región Central (83.1%), seguida de Bogotá (82,5%), Región Oriental (79.7%), Región del Pacífico (73.3%), Región de la Amazonia y Orinoquia (65%) y Región del Atlántico (61.8%) respectivamente; asimismo se observó que aumentaba su consumo de acuerdo al nivel del Sisben, siendo en el nivel 1 de 71.1%, nivel 2 77.9%, nivel 3 79.8% y nivel 4 o más 80.7%.

Colombia se ubica entre los menores consumidores de pan del mundo y Latinoamérica (24 kilos per cápita al año³⁹), aun así la industria panificadora tiene un papel importante en el crecimiento de la economía y generación de empleo; y de ella forman parte las panaderías de punto caliente que por tradición tienen procesos semi-industriales y generalmente se constituyen como microempresas y famiempresas; las grandes superficies con sus marcas propias y las compañías industriales que venden diferentes referencias de pan envasado.

El mercado de “pan artesanal” o “pan fresco” constituye actualmente el 80% del mercado de pan, según Kantar World Panel (empresa que analiza lo que la gente compra y consume y

las actitudes detrás de este comportamiento), así el consumo per cápita de pan Industrial es de 5 kilos en el UAM (último año móvil), mientras que el de pan artesanal asciende a 18 Kilos aproximadamente⁴⁰.

Aunque al pan industrializado se fijaron metas de reducción; el panorama de las panaderías de pan fresco que comercializan el 80% de éste, es mucho más complejo (no solo por el gran número que hay de ellas, sino por la formulación libre de sus ingredientes, entre ellos la sal). Esto justifica el trabajo con este sector a fin de reformular la sal adicionada en su formulación, de manera gradual de tal forma que se no sea percibida por el consumidor y por ende no se afecte su comercialización.

Teniendo en cuenta la multiplicidad de actores de este sector así como las preferencias de los consumidores los objetivos planteados esta relacionados con:

- Sensibilizar a actores clave del sector de panificación con relación a la necesidad de reducir de manera gradual el contenido de sal en la formulación del pan, a fin de comercializar un producto más saludable y de óptimas características sensoriales.
- Establecer la reducción gradual del contenido de sal en los tipos de pan fresco de mayor consumo a

³⁹ Fechipan / OMS

⁴⁰ Fechipan / OMS

nivel territorial, partiendo de las formulaciones utilizadas en entidades formadoras de recurso humano calificado.

6.4 Información, Educación y Comunicación IEC

Su objetivo es sensibilizar a la población y a todos los actores (industria alimentaria, productores, distribuidores, servicios de alimentos, consumidores, personal de salud, alto gobierno) para que realicen cambios de comportamiento, modifiquen sus hábitos alimentarios relacionados con la ingesta excesiva de sal/ sodio; se reformule la adición de sal/sodio en los productos y preparaciones a fin de reducir la prevalencia de hipertensión arterial en la población y promover una dieta balanceada y saludable.

Dentro de la estrategia multidisciplinar para la reducción del consumo de sal/ sodio en la población Colombiana, se deben priorizar acciones de comunicación masiva y educación dirigidos a grupos específicos de población que sirvan de multiplicadores sobre conceptos básicos como los efectos nocivos del consumo excesivo de sal y educar sobre alternativas saludables para dar sabor a las comidas.

Es imperante, educar a todos los actores (industria alimentaria, productores, distribuidores, servicios de alimentos, consumidores, personal de salud, sector gubernamental y población en general) sobre la importancia de disminuir el consumo de sodio, las implicaciones que se presentan en la

salud por el excesivo consumo de sal/ sodio y así mismo promover los estilos de vida saludable como parte de una política pública que contribuye al mantenimiento de la salud de la población colombiana.

En la actualidad el Ministerio de Salud y Protección Social, contando con el apoyo técnico de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, trabaja en la construcción de la Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional, en donde uno de los temas priorizados es la reducción del consumo de sodio a través del desarrollo de un programa de implementación que cuenta con: grupos interactivos, objetivos de información, educación y comunicación, mensajes, herramientas pedagógicas e indicadores.

6.5 Proveeduría Institucional

Esta línea de acción tiene un alcance a nivel nacional, busca establecer los lineamientos sobre los contenidos máximos de nutrientes de interés en salud pública (incluido el sodio), en los alimentos procesados que son incluidos en los programas sociales de ayuda alimentaria suministrados por el gobierno a beneficiarios de diferentes grupos de edad.

En el marco de la estrategia de reducción del consumo de sal/sodio formulada para Colombia, en el frente de proveeduría se ha trabajado con entidades gubernamentales como ICBF, MEN, DPS, entre otros; entidades que

aportan a la construcción intersectorial de lineamientos de política pública para la adquisición de alimentos saludables por parte del estado.

Con este contexto los Objetivos planteados implican:

- La participación de los sectores del gobierno a implementar la adquisición de alimentos saludables en el marco del fomento de una alimentación balanceada y saludable, dentro de las políticas de adquisición de alimentos y suministro de alimentación; a fin de crear entornos saludables para el consumo de alimentos con contenidos apropiados de calorías, sodio, azúcares, grasas saturadas, grasas trans y colesterol.
- Definir estándares técnicos para la compra de alimentos como requisito para la selección de los mismos y de sus proveedores; vinculando a todos los sectores de gobierno a implementar la estrategia de reducción de sal dentro de sus políticas de adquisición de alimentos.
- Categorizar los productos de acuerdo a su contenido de nutrientes de interés en salud pública (calorías, sodio, azúcares añadidos, grasa saturada, grasas trans y colesterol), como base para la selección de compras y planeación de los menús.
- Promover el uso de las recetas estandarizadas en los servicios de alimentación por parte de los operadores, incluyendo la utilización de pesos y medidas caseras para la adición de sal, azúcar y grasas.

6.6 Investigación

Esta línea de acción estudia y evalúa la situación de Colombia respecto a las fuentes alimentarias, el contenido de sodio en los alimentos, la ingesta diaria de sodio por parte de la población, las actitudes, prácticas y costumbres de la población respecto al consumo de sal, a fin de establecer las líneas de base para fijar metas de reducción del contenido de sal/sodio en los productos y preparaciones que consume la población para alcanzar la meta de consumo fijada por la OMS 2 gramos de sodio/persona/día.



7. SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN



Según el Ministerio de Salud y Protección Social⁴¹ un sistema de sistema de seguimiento y evaluación es un conjunto de instrumentos e insumos de información que apoya la toma de decisiones de los principales actores del Sistema de la Protección Social. Algunos de los objetivos el Sistema de Seguimiento y Evaluación son:

⁴¹ <https://www.minsalud.gov.co/estadisticas/Paginas/SeguimientoyEvaluaci%C3%B3ndelaProtecci%C3%B3nSocial.aspx>

- Mejorar el nivel de información en el sector en cuanto a resultados e impactos de sus políticas, programas y proyectos.
- Ampliar la utilización de este tipo de datos tanto en los procesos de toma de decisiones al interior del sector, como en los procesos de rendición de cuentas a la ciudadanía.
- Tomar mejores decisiones en torno a la ampliación o modificación de políticas, programas y proyectos.
- Decidir qué ajustes son necesarios en los diseños de los mismos y en general adoptar medidas correctivas frente a síntomas de mal desempeño.
- Usar la información ideal para desarrollar procesos de rendición de cuentas continuos y enfocados en la difusión de los resultados y efectos alcanzados por la gestión pública.

Los Componentes del Sistema de Seguimiento y Evaluación -SSE

El Sistema de Seguimiento y Evaluación está compuesto por tres componentes que interactúan y se retroalimentan constantemente:

1. Componente de Seguimiento y Monitoreo de las Políticas y Programas: consiste en el seguimiento sistemático de las políticas y programas del SPS a través de instrumentos de seguimiento como indicadores, reportes, balances, etc. El SSE realiza el seguimiento y monitoreo sobre la base de objetivos definidos, metas medibles e indicadores concretos con valores de línea de base cuantificados y verificables.

2. Componente de Evaluación: consiste en la formulación y el desarrollo de una agenda de evaluación concreta sobre los principales programas del Ministerio en donde se identifican los

efectos e impactos de estos programas de tal forma sea posible su ajuste y rediseño de los mismos en la política social

3. Componente de Rendición de Cuentas: consiste en la difusión hacia la sociedad civil y al público en general de los resultados de la gestión del Ministerio en sus principales programas sociales y su retroalimentación por parte de la sociedad civil para el mejoramiento de la gestión.

Bajo este contexto y para mantener hiliaridad de la estrategia con el lineamiento del Ministerio, la estrategia plantea las siguientes acciones encaminadas a:

Evaluar en la encuesta de la situación de alimentación y nutrición de la población colombiana ENSIN prevista para

el año 2015, los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el consumo de sal/sodio de la población, información que servirá de base para las acciones que se formulen para la reducción del consumo como también para evaluar las acciones que se vienen desarrollando en el marco de la Estrategia.

Realizar seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos para la reducción de sodio por parte de los diferentes actores y evaluar el avance de las acciones de formuladas en sus diferentes líneas de acción.

Establecer indicadores que permitan correlacionar la ingesta de sodio con cambios en la salud pública, como son: la variación en la tendencia de valores de tensión arterial y morbi- mortalidad por enfermedad cardiovascular y enfermedad renal.

Eventualmente realizar mediciones en orina de 24 horas en muestras accesibles de la población y observar los cambios en el tiempo de dichos niveles.



8. BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, 2004.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Declaración de la Política “Prevención de las enfermedades cardiovasculares en las Américas mediante la reducción de la ingesta de sal alimentaria en toda la población”. 2009.

World Health Organization. Reducing salt intake in populations: Report of a WHO Fórum and Technical Meeting. October 2006

C, McCulloch CE, Darbinian J, Go AS, Iribarren C. Elevated blood pressure and risk of end-stage renal disease in subjects without baseline kidney disease. Arch Int Med. 2005; 165:293-28.

WHO. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana.

Revista Panamericana de Salud Pública, Octubre de 2012. Prevención de enfermedades cardiovasculares y reducción de sal en la dieta.

OPS. Non communicable disease project and health information and analysis project and sustainable development and environment area. Washington .C, 2011

OPS 2010

Selmer R, et al. Cost and health consequences of reducing the populations intake of salt. J Epidemiol Community Health 2000; 54(9):697-702.

Valverde Guillén Mónica, Picado Pérez Jennifer. Estrategias mundiales en la reducción de sal/sodio en el pan. Rev. costarric. salud pública [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2013 Oct 02]; 22(1): 61-67. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-292013000100011&lng=es.

MSPS- Cendex. Estudio de carga de enfermedad en Colombia 2005 Bogotá D.C., 2008.

MSPS- Colciencias. Encuesta Nacional de Salud ENS 2007. Bogotá D.C. 2007

MSPS- Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021.

Intersalt Co-operative Research Group. 1988

ICBF. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010.

Velásquez G. y López, L. 2006. Hipertensión y su relación con el sodio, el potasio, el calcio y el magnesio. *Perspectivas en nutrición humana (Colombia)* 15:47-66.

Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012 – 20121. *La Salud en Colombia la Construyes Tú.*

MSPS. Resolución 1067 de 2014, Título V. Literal n.

Guía para el Establecimiento de Metas y Cronologías para Reducir el Contenido de Sal de los Alimentos. OPS. 2013

World Health Organization. *Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies.* July 2011.

Segunda Conferencia internacional sobre Nutrición ICN 2. *Medidas recomendadas para crear un entorno favorable a una acción eficaz.* Roma 2014.

**SUBDIRECCIÓN DE SALUD NUTRICIONAL, ALIMENTOS Y BEBIDAS
DIRECCION DE PROMOCION Y PREVENCION
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
NOVIEMBRE 10 DE 2015**



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN