



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXV - N° 977

Bogotá, D. C., martes, 8 de noviembre de 2016

EDICIÓN DE 20 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO  
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO  
www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO  
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA  
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## SENADO DE LA REPÚBLICA

### CONCEPTOS JURÍDICOS

#### CONCEPTO JURÍDICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 07 DE 2016 SENADO

*por medio de la cual se establecen normas sobre la información nutricional, el etiquetado de las bebidas azucaradas y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá, D. C.

Doctor

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

Secretario General Comisión Séptima

Honorable Senado de la República

Carrera 7 N° 8-68

Bogotá, D. C.

**Asunto:** Respuesta notificación de control político-Proposición 18. Radicado interno 201642302228722.

Respetado doctor,

De acuerdo con la solicitud del asunto, de manera comedida, me permito dar respuesta a las preguntas relacionadas con el impuesto a bebidas azucaradas contenidas en la proposición 18, en los términos que a continuación se exponen:

**1. Colombia no tiene las prevalencias de obesidad y sobrepeso más altas del continente ¿Por qué este impuesto debería ser considerado un instrumento para combatir problemas de salud pública?**

De acuerdo con el reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incorporado en el Plan de Acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia, en el mundo la prevalencia de obesidad se duplicó entre 1980 y el 2008, siendo la región de las Américas la de mayor pre-

valencia comparada con las otras regiones. En tres países (México, Chile y Estados Unidos) cerca de 7 de cada 10 adultos tiene sobrepeso/obesidad. En Colombia, este panorama es alrededor de 5 de cada 10; sin embargo, en departamentos como San Andrés se registra una prevalencia de exceso de peso del 65% (Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2010)), muy cercana a la prevalencia de los tres países mencionados anteriormente. Adicionalmente, la prevalencia ha aumentado en el país, en promedio, un 10% en la población adulta entre el 2005-2010, siendo aún más preocupante en población entre 5 y 9 años en donde pasó del 14,3% (2005) a 18,9% (2010), de acuerdo a la ENSIN.

Con base en lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, del Plan de Acción global para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles instan a los Estados Miembros a implementar una serie de intervenciones para combatir el incremento de las prevalencias de sobrepeso y obesidad a nivel mundial. Dentro de estas intervenciones –sin que sea la única– está la implementación de políticas fiscales en alimentación para la prevención de enfermedades no transmisibles, en donde recomiendan: “*hay pruebas razonables de que el aumento y el diseño e implementación de impuestos a las bebidas azucaradas daría lugar a reducción en el consumo de estas, especialmente si se opta por imponer un impuesto del 20% en el precio de venta*”<sup>1</sup>. Así mismo, el Plan de Acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (OPS), recomienda dentro de sus líneas de acción, una relacionada con *gravar las bebidas azucaradas*.

<sup>1</sup> Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/fiscal-policies-diet-prevention/en>

En este sentido, son importantes las diferentes acciones que desde este Ministerio se implementan con el propósito de evitar que sigan aumentando las prevalencias de exceso de peso, que constituye un problema de salud pública por sí mismo y un factor de riesgo para desarrollar enfermedades no transmisibles (tales como diabetes, hipertensión) de alto costo social y económico para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el país y para el mismo individuo al estar considerada la salud como un derecho humano fundamental.

El impuesto sobre las bebidas azucaradas es una alternativa para reducir la demanda en el corto plazo. Para los expertos en el tema, los impuestos son medidas costo efectivas para controlar y reducir el consumo de bebidas azucaradas entre la población, ayudando a disminuir la enfermedad y muerte que deriva de su consumo. Diferentes estudios confirman que los impuestos a las bebidas azucaradas reducen significativamente el consumo de estas bebidas y tiene el potencial de generar ingresos sustanciales al sistema<sup>2, 3, 4</sup>.

De esta manera, si bien Colombia no presenta las tasas de obesidad y sobrepeso más altas, sí muestra tasas elevadas y, en ciertas regiones, está al nivel de los países con altas prevalencias. En todo caso, los estudios realizados no supeditan el impuesto a un cierto nivel de afectación, sino que advierten en torno a la prevención de muertes y enfermedades que se originarían por su consumo. En este sentido, el artículo 5° de la Ley 1751 de 2015 determina, dentro de las obligaciones del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho fundamental a la salud, las siguientes:

b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;

c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;

Ante la evidencia, el Estado no puede mantenerse como un espectador impasible y, de paso, no tener en cuenta las investigaciones realizadas y las recomendaciones de la OMS.

<sup>2</sup> Brownell, Farley, Willett, Popoking, Chalopuka, Thompson, ... all, e. (2009). The Public Health and Economic Benefits of Taxing Sugar-Sweetened Beverages. The New England Journal of Medicine, 361:16.

<sup>3</sup> Véase también Mozaffarian, D. 2014. Global Burden of Disease Attributable to Sugar Sweetened Beverages. Cabe anotar que durante la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNNUU) de 2011, en la declaración política emitida (Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles) se incluyeron recomendaciones para políticas fiscales con relación a dietas no saludables.

<sup>4</sup> Aunque no particularmente para el caso de las bebidas azucaradas, Andreyeva (2010), por ejemplo, encuentra que un aumento del precio de alimentos no saludables en un 10%, tiene efectos directos en el peso corporal, llegando a reducirlo entre 0,1 y 0,5 Kg.

## 2. ¿Cuáles son los impactos en salud del consumo de las bebidas azucaradas?

En general, la evidencia científica disponible ha demostrado que el consumo de bebidas azucaradas genera efectos nocivos sobre la salud. Son múltiples, los estudios que demuestran que el consumo de azúcares en exceso en cualquiera de sus formas (sacarosa, fructosa, glucosa, etc.), tan solo brindan calorías vacías y contribuye al aumento de peso y al desequilibrio hormonal. Es importante recordar que son calorías “rápidas” al organismo, pero no aportan nutrientes, lo cual podría desencadenar en problemas de obesidad por un lado y en deficiencias nutricionales, por otro. Igualmente, las personas que ingieren estas bebidas tienen un mayor riesgo de presentar resistencia a la insulina, diabetes, gota, síndrome metabólico, osteoporosis y/o enfermedades cardiovasculares<sup>5</sup>. La mayoría de estas afectaciones tienen un serio impacto sobre la calidad de vida, en especial a largo plazo, y no son curables<sup>6, 7</sup>.

Los resultados del estudio de Singh, G.M., et al. (2015)<sup>8</sup> en donde modelaron –a nivel global, regional y nacional– la carga de enfermedad asociada con el consumo de bebidas azucaradas<sup>9</sup>, por sexo y edad, para el año 2010<sup>10</sup>, son dicentes: en

<sup>5</sup> Existen 11 tipos de cáncer que la Federación Mundial Cáncer (World Cancer Federation) ha demostrado, están relacionadas con estas mismas bebidas.

<sup>6</sup> Portilla, & Salmerón. (21 de mayo de 2015). Un vaso: 12 cucharadas de azúcar. Obtenido de Blog BID: <http://blogs.iadb.org/salud/2015/05/25/bebidas-azucaradas/>

<sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Obtenido de los impuestos y refrescos y a las bebidas azucaradas como medidas de Salud Pública: [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=article&id=627%3alos-impuestos-refrescos-bebidas-azucaradas-medida-salud-publica&Itemid=499](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=627%3alos-impuestos-refrescos-bebidas-azucaradas-medida-salud-publica&Itemid=499).

<sup>8</sup> Singh, Micha, Khatibzadeh, Lim, Ezzati, & Mozaffarian. (n.d.). Estimated Global, regional and national disease burdens related to sugar-sweetened Beverage consumption in 2010.

<sup>9</sup> En este estudio, se entiende por bebidas azucaradas cualquier soda endulzada con azúcar, bebidas de frutas, deportivas/ energéticas, té helado endulzado o bebidas caseras como refrescos (frescas en México), que contienen al menos 50 kcal por porción 8oz. Se excluyen los jugos 100% de fruta.

<sup>10</sup> Las encuestas nacionales fueron la fuente de información sobre consumo. En total, los autores recopilieron datos sobre consumo de bebidas azucaradas de 62 encuestas –incluyendo 611.971 personas– llevadas a cabo entre 1980 y 2010, a través de 51 países. 45 estudios (72%) procedían de países de bajos y medianos ingresos, y 18 (28%) procedían de países de altos ingresos. En conjunto, estos estudios proporcionaron datos sobre el consumo de bebidas azucaradas en los países que concentran el 63% de la población adulta del mundo. El efecto de las bebidas azucaradas sobre el índice de masa corporal (IMC) y la diabetes, y los efectos de altos IMC sobre enfermedades cardiovasculares, diabetes y distintos tipos de cáncer, fueron estimados a partir de grandes estudios de cohorte prospectivos. Los datos de mortalidad/morbilidad por enfermedades específicas se obtuvieron del Estudio sobre Carga Global de Enfermedades, Traumatismos y Factores de Riesgo, 2010 (*Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2010 Study*). Los autores calcularon las fracciones poblacionales atribuibles por causas específicas, según el consumo de bebidas azucaradas, las cuales se multiplicaron por causas específicas de mortalidad/morbilidad. Lo anterior, con el fin de calcular las estimaciones de muerte/discapacidad atribuibles al consumo de estas bebidas.

2010, el promedio de consumo mundial de bebidas azucaradas entre los adultos fue de 0,58 raciones/día. La ingesta media varía sustancialmente entre los hombres y mujeres a través de diferentes edades y regiones del mundo; las ingestas más altas se concentran en los países de América Latina y el Caribe, mientras las más bajas se encuentran en algunos países de Asia Oriental. A nivel mundial, el modelo estima 184.000 muertes/año atribuibles al consumo de bebidas azucaradas: 133.000 por diabetes; 45.000 por enfermedades cardiovasculares (ECV); y 6.450 por distintos tipos de cáncer<sup>11</sup>. Tres de cada cuatro (75,9%) de todas las muertes atribuibles al consumo de bebidas azucaradas ocurrieron en países de bajos y medianos ingresos<sup>12</sup>. A este mismo nivel, la mortalidad absoluta por el consumo de bebidas azucaradas fue mayor en los adultos mayores de 65 años, con una tasa de 167 muertes por millón de adultos. Entre las 9 regiones del mundo, Latinoamérica y el Caribe presentan la mayor tasa de mortalidad absoluta relacionada con el consumo de bebidas azucaradas (48.000 por millones de adultos), mientras que Australia y Nueva Zelanda presentan la tasa más baja (560). De acuerdo con los mismos autores, el consumo de bebidas azucaradas es también un factor de riesgo de discapacidad prematura en el mundo, en 2010 un total de 8.526.456 años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) fueron atribuidos a la ingesta de bebidas azucaradas<sup>13</sup>; 49,5% se debieron a enfermedades cardiovasculares, 41,4% a la diabetes, 4,5% se debieron a cáncer asociado con la obesidad y el 4,9% a los trastornos musculoesqueléticos. Los países de renta media-baja presentaron el mayor número absoluto de AVAD relacionados con la ingesta de bebidas azucaradas; un total de 4.243.602 AVAD, o en otras palabras, 2.931 por millón de adultos<sup>14</sup>.

Otros estudios señalan en la misma línea que, en el caso de las mujeres, el consumo de una porción diaria de refresco aumenta en un 23% el riesgo de presentar enfermedades del corazón y este se incrementa en 35% para quienes las consumen dos o más veces al día. Además, las mujeres que consumen una o más bebidas azucaradas por día pueden tener un mayor riesgo relativo de diabetes tipo 2, en comparación con las que consumen menos de una por mes<sup>15</sup>. Los adultos que consumen refrescos de

manera ocasional son 15% más propensos a padecer sobrepeso y obesidad. Esta cifra aumenta a 27% si el consumo es de una o más porciones diarias, además en niños y adolescentes, el sobrepeso y la obesidad están asociados con un mayor riesgo cardiovascular, colesterol alto, presión arterial alta y diabetes<sup>16</sup>. El caso de los niños y adolescentes es particularmente importante, porque de acuerdo con la Organización Panamericana de Salud (OPS), la obesidad está relacionada con un mayor riesgo de enfermedades mencionadas anteriormente y otras tales como asma y apnea de sueño, que especialmente afectan el crecimiento y el desarrollo psicosocial (Organización Panamericana de Salud, 2014).

Diversos estudios han comprobado la relación entre el consumo de bebidas azucaradas y el exceso de peso<sup>17</sup>, en esto se concluye, que el azúcar y las bebidas azucaradas son un factor en el aumento de peso, no así otros carbohidratos tales como almidón presente en tubérculos, cereales, plátanos, entre otros<sup>18</sup>. Así mismo, estudios de intervención como el de DiMeglio (2000)<sup>19</sup> muestran que el grupo que consumía bebidas azucaradas una vez al día, incrementó 1,6 k de peso corporal y 1,3 k de masa grasa en un periodo de 10 semanas<sup>20</sup>. Las investigaciones disponibles demuestran que el consumo de bebidas azucaradas aumenta el riesgo de sobrepeso y/u obesidad, siendo los niños y adolescentes la población más vulnerables<sup>21, 22</sup>.

<sup>16</sup> Shang Xian Wen LIU Ai Ling, Z. Q. (2014). Report on Childhood Obesity in China: Sugar-sweetened Beverages Consumption and Obesity.

<sup>17</sup> El meta-análisis de (Vartanian LR, 2007) en donde a partir de 88 estudios (transversales, intervención y longitudinales), se analizó la relación entre la ingesta de este tipo de productos y el incremento de peso corporal (peso y grasa corporal) encontrando asociaciones positivas entre estas variables.

<sup>18</sup> El meta análisis realizado por (Te Morenga L.2012) concluye OR= 1,55 (IC95% 1,32-1,82).

<sup>19</sup> DiMeglio DP, M. R. (2000). Liquid versus solid carbohydrate: effects on food intake and body weight. *Int Journal obesity*, 794-800.

<sup>20</sup> Similar resultado fue reportado por (Malik VS, 2010) en otro meta-análisis (11 estudios de cohorte prospectiva) indicando que un consumo de 334 mVdía de bebidas azucaradas se asoció al desarrollo de obesidad RR= 1,20 (IC95% 1,02 1,42).

<sup>21</sup> \*La evidencia científica demuestra que un niño o adolescente con sobrepeso tiene una alta probabilidad de padecer esta condición durante toda su vida. La evidencia muestra que los niños y adolescentes tienen menos capacidad de ajustar sus hábitos pensando en las consecuencias de largo plazo cuando hay una posibilidad de satisfacer un gusto o un placer de corto plazo. La industria es consciente de esta tendencia por lo cual utiliza la publicidad y el mercadeo de manera indiscriminada hacia los niños y adolescentes, cuando no hay una regulación eficaz para protegerlos (OMS, 2013).

<sup>22</sup> Denova-Gutiérrez, E., et.al. (2008) por ejemplo, encuentran que entre los adolescentes mexicanos evaluados (1.055 adolescentes entre los 10 y 19 años) por cada bebida azucarada adicional al día, el índice de masa corporal (IMC) se incrementa en un promedio de 0,33 (p <0,001). En este sentido, los adolescentes que consumen 3 bebidas azucaradas diarias enfrentan un riesgo 2,1 veces mayor de presentar un exceso en la proporción de grasa corporal, que aquellos que consumen menos de una bebida azucarada al día. Se concluye que el consumo de bebidas azucaradas aumenta el riesgo de sobrepeso

<sup>11</sup> El 5,3% de todas las muertes por diabetes se asocia al consumo de bebidas azucaradas. Por su parte, el consumo de estas bebidas es responsable del 0,4% de las muertes relacionadas con el IMC por ECV, y 0,3% del total de muertes por IMC relacionados con las muertes por cáncer.

<sup>12</sup> De las muertes relacionadas con el consumo de bebidas azucaradas. 5.0% se produjeron en países de bajos ingresos, el 70.9% en los de ingresos medios, y el 24.1% en los países de altos ingresos.

<sup>13</sup> A nivel mundial, el 0,7% del total de AVAD estuvieron relacionados con el consumo de bebidas azucaradas.

<sup>14</sup> De los 20 países más poblados del mundo, México presenta el mayor número de AVAD/por millón de adulto, asociados al consumo de estas bebidas (3.960). Por su parte, China tuvo el más bajo (584). En México, casi 1 de cada 6 AVAD relacionados con la diabetes se asocian a la ingesta de bebidas azucaradas.

<sup>15</sup> Schulze M, M. J. (2004). Sugar-Sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-age women.

Adicionalmente, otros estudios han indicado que la ingesta de bebidas azucaradas se asocia con una menor ingesta de leche, (fuente de calcio y otros nutrientes) y con un mayor riesgo de patologías como diabetes mellitus<sup>9</sup>. La evidencia sugiere que personas que consuman una bebida azucarada de 350mL/día tienen entre un 24-31% de mayor riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo2 comparados con quienes no las consumen<sup>23</sup>. Un estudio longitudinal que siguió durante 8 años a 91.249 mujeres, aquellas que consumieron  $\geq 1$  porción/día de bebidas azucaradas, presentaron el doble de probabilidades que las que consumieron  $<1$  porción al mes de bebidas azucaradas de desarrollar diabetes. En otro meta-análisis indicaron que el consumo de 334 ml/día de bebidas azucaradas, se asoció a un incremento en el riesgo de diabetes RR= 1,25 (IC95% 1,10-1,42) frente a quienes no consumieron estos productos. Además, concluyen que cuando los estudios eran financiados por la industria, los efectos negativos de las bebidas azucaradas eran considerablemente más pequeños que aquellos que tenían otra fuente de financiación<sup>24</sup>.

### 3. ¿Existe evidencia que confirme la efectividad del impuesto a la hora de reducir el consumo de estas bebidas y de los impactos de salud?

La OMS, en 2015, realizó un panel de expertos que concluyeron que hay “evidencia razonable y en aumento” que sugiere que un diseño apropiado de impuesto a las bebidas azucaradas resultaría en una reducción proporcional en el consumo<sup>25</sup>.

En el mismo documento, la OMS señala la importancia de las intervenciones fiscales a la hora de corregir una falla de mercado e inducir a la re-

ducción de consumo de productos que constituyen un factor de riesgos para la salud. Uno de los fundamentos que confirman un impacto en salud de esta medida, es que al aumentar el precio en un 20% por ejemplo, se espera una reducción en el consumo de similares proporciones (dado por una elasticidad entre -0,9 y -1,3)<sup>26</sup>.

Por otro lado, y como es mencionado en el mismo informe (OMS, 2015), un meta-análisis de 11 revisiones sistemáticas sobre la efectividad de las políticas muestra que la evidencia es fuerte y consistente cuando el impuesto está en un rango de 20% a 50% del precio<sup>27</sup>. Parte de esta evidencia, se ha construido tomando los ejemplos de diferentes países que han implementado la medida desde el año 2011. En Finlandia, Hungría, Francia, Dinamarca, algunas islas del Pacífico<sup>28,29</sup>, se registraron reducciones del consumo de las bebidas gravadas. Recientemente, se publicaron resultados de una evaluación realizada para Berkeley<sup>30</sup> y se registró una disminución del 21% del consumo de bebidas azucaradas y un aumento del consumo de agua.

Igualmente, este año se presentó la única evaluación publicada en revistas de medicina indexada con los análisis de México<sup>31</sup>; esta evidencia señala que durante el primer año el consumo se disminuyó en 6% en promedio. Así mismo, es importante mencionar, que los resultados en salud se podrán observar en el mediano y largo plazo después de implementada la medida.

En Colombia, estimaciones preliminares muestran que, sin impuesto, en el 2020 se tendrán alrededor de 90.000 casos de diabetes mellitus asociada a bebidas azucaradas. Con un impuesto del 20%, este número se reduciría a 72.000 y la mortalidad se reduciría en alrededor de 700 personas al año. A continuación, se presentan, de manera resumida, los efectos del impuesto en países en donde se ha implementado esta medida:

y/u obesidad, y estimula el exceso de grasa corporal y la obesidad abdominal entre los adolescentes mexicanos. De manera similar Dubois L., Girard M. and Peterson K. (2007) encuentran que en una muestra representativa de 2.103 niños y niñas nacidos en 1998 en la ciudad de Québec (Canadá), los niños que consumían de manera habitual bebidas azucaradas entre comidas tuvieron 2.4 veces mayor probabilidad de tener sobrepeso al ser comparados con niños no consumidores ( $p<0.05$ ). Los niños entre los 2.5 y 4.5 años de edad que consumen bebidas azucaradas de forma regular y pertenecen a familias con ingresos bajos, son tres veces más propensos a sufrir de sobrepeso, en comparación con los niños que no consumen bebidas azucaradas y pertenecen a hogares de ingresos medio-alto. Por su parte Ruyter, J.C. et.al (2012), en una muestra de 641 niños entre los 4 y 10 años de edad, encuentran que el reemplazo (a ciegas) de bebidas azucaradas por bebidas sin calorías previene el aumento de peso y la acumulación de grasa en los niños de peso normal. Como se mencionó anteriormente, el aumento en el consumo de fructosa a expensas del consumo de bebidas azucaradas, no solo se ha asociado al aumento de peso en la población que la ingiere con regularidad, sino también se han encontrado asociaciones positivas con la probabilidad de presentar diabetes mellitus tipo 2.

<sup>23</sup> Schulze M, M.J.(2004). Sugar-Sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-age women.

<sup>24</sup> Malik VS, P.B. (2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 2477- 2483.

<sup>25</sup> World Health Organization. (2016). Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases. *World Health Organization*.

<sup>26</sup> Efectivamente, las dos estimaciones conocidas para Colombia se sitúan entre -0.995 y -1.17, según los estudios adelantados por: Vecino-Ortiz AI, Arroyo D. A tax on Sugar Sweetened Beverages in Colombia: Estimating the impact on weight and revenue generation. Documento de trabajo sometido a publicación. 2016 y Caro J, Popkin B, Ng S Carolina Population Center and Dept of Nutrition, School of Public Health. University of North Carolina. Documento de trabajo sometido a publicación. 2016.

<sup>27</sup> Fiscal policy options with potential for improving diets for the prevention of noncommunicable diseases (NCDs) (draft). Geneva: World Health Organization; 2015.

<sup>28</sup> Ibídem.

<sup>29</sup> Cornelsen, L., & Carreido, A. (2015). Health-related taxes on foods and beverages. *Food Research collaboration*, 50-120.

<sup>30</sup> Falbe, J., Thompson, H., Becker, C., & all, e. (2016). Impact of the Berkley Excise tax on consumption Sugar-Sweetened Beverage Consumption. *Research and Practice*, 7.

<sup>31</sup> Colchero, A., Popkin, B., Rivera, J., & Wen, S. (2016). Beverage purchases from stores in México under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. *The British Medical Journal*.

País	Año	Producto Gravado	Impuesto	Impacto
USA (Berkeley)	2014	Bebidas azucaradas con alto grado de calorías (soda, bebidas energéticas, la helado y endulzantes con azúcar adicionada)	Entre un 12% y 15% del precio de las bebidas dependiendo del tamaño del contenedor.	Precio aumentó en 47% Disminución del consumo en 21% Consumo de agua aumento en 63%
Dinamarca	2001 "Abolido en 2014"	Refrescos (Impuesto diferencial para los refrescos azucarados y los que son basados en azúcar)	Tasa fija por litro	Consumidores compraban dichos productos en la frontera con Alemania y Suecia Altos costos administrativos por impuesto diferencial. Presiones políticas.
México	2014	Bebidas no alcohólicas ni lácteas con azúcares añadidos	Tasa fija por litro	Incremento en los precios Reducción anual del 10% en el consumo de estas bebidas. Incremento anual de 7% en el consumo de bebidas sin impuesto (bebidas con edulcorantes artificiales, agua mineral carbonatada, agua simple, jugos y leche sin azúcares adicionados) Incremento anual del 13% en la compra de agua simple.
Hungría	2011	Comida con altos niveles de azúcar, grasa, sodio y bebidas azucaradas	Tasa fija por litro para productos con más de 8 gr de azúcar por 100 ml	Precio de la Coca Cola aumentó 3,4% en 2011 y 1,2% en 2012 Reducción de 0,7% de la demanda en 2013
Finlandia	2011	Dulces, helados y bebidas azucaradas	Tasa fija por litro y kg	Aumento del precio del 7,3% en 2011 y 2012 y de 2,7% en 2013 Reducción de la demanda en 0,7% en 2011, 3,1% en 2012 y 0,9% en 2013 No hubo cambios en los patrones de competitividad aunque sí hubo ciertos efectos en la productividad laboral y el empleo en la industria.

Fuente: Elaboración propia con información Comelsen, L., & Carreido, A. (2015). Health- related taxes on foods and beverages. Food Research collaboration, 50-120 y Falbe, J., Thompson, H., Becker, C., & all, e. (2016).

#### 4. ¿El monto del impuesto propuesto en la reforma es suficiente para lograr impactos en consumo y salud?

La OMS, basada en evidencia<sup>32,33</sup>, recomienda por lo menos un impuesto del 20% tal y como se lee de lo siguiente:

*“Puede concluirse que hay evidencia razonable y en aumento que señala que un diseño apropiado sobre las bebidas azucaradas resultaría en reducciones proporcionales en el consumo, especialmente si se aumenta el precio de venta al por menor por 20% o más”<sup>34</sup> (traducción propia).*

Según cálculos del Ministerio de Salud y Protección Social<sup>35</sup> –MSPS– un impuesto mínimo de \$300 garantizaría un impacto en el descenso del consumo de acuerdo con la evidencia disponible de países como México, Francia, Finlandia, y Hungría<sup>36</sup>. Es importante destacar que entre más alto el impuesto hay una mayor reducción en el consumo; así lo demuestra la experiencia en lugares como Berkeley (USA) que registra uno de los porcentajes de impuesto más altos (entre el 12% y 25%) y reducciones

más grandes en el consumo como se señaló en el numeral anterior<sup>37</sup>.

#### 5. ¿Por qué no gravar otros productos y alimentos que contienen azúcar?

En primer lugar, es importante señalar que no existe en la naturaleza un alimento con las características nutricionales de las bebidas azucaradas: únicamente el azúcar y otro tipo de aditivos. Ver tabla 1. En ese sentido, las bebidas azucaradas constituyen la mayor fuente de fructosa en la dieta. Las bebidas azucaradas se definen como aquellas bebidas que se encuentran, generalmente envasadas, no son consideradas alcohólicas y a las cuales se les han incorporado azúcares en el momento de su fabricación. Algunas de estas son las bebidas gaseosas, bebidas a base de malta, bebidas tipo té o café embotellados/ envasados, bebidas deportivas, jugos y refrescos, entre otras. Los azúcares añadidos son monosacáridos o disacáridos que se añaden intencionalmente, entre estos los más usados en la fabricación de estos productos son: el azúcar blanco, el azúcar moreno, el azúcar en bruto y el jarabe de maíz alto en fructosa.

Por lo anterior, las bebidas azucaradas aportan lo que se denomina calorías vacías, que son calorías “rápidas” al organismo, pero que no suministran nutrientes, lo cual podría desencadenar en problemas de obesidad por un lado y en deficiencias nutricionales (deficiencia de vitamina A y minerales tales como el hierro y el zinc), de otro, y cuyas prevalencias de déficit son considerados como un problema de salud pública en Colombia, de acuerdo a los resultados de la ENSIN 2010<sup>38</sup>. Así mismo, varios estudios<sup>39, 40</sup> reportan que los azúcares presentes en este tipo de bebidas plantean una preocupación adicional, no pasan por los sistemas reguladores fisiológicos que controlan el apetito y la ingesta de alimentos, por lo cual estas calorías no son tenidas en cuenta por el organismo cuando se consumen, lo cual no ocurre con otro tipo de productos que contienen azúcares adicionados, –que podrían aportar otros nutrientes–, como es el caso de las bebidas lácteas.

También debe mencionarse que, desde el punto de vista nutricional y metabólico, existen diferencias significativas entre los azúcares adicionados (los cuales son básicamente glucosa y fructosa) y la fructosa presente de manera natural en alimentos tales como las frutas y vegetales, en los cuales la fructosa está ligada a nutrientes como la fibra (contribuye a que el proceso de digestión y absorción sea más lento), vitaminas y minerales, en contraste con la fructosa presente en las bebidas azucaradas, en donde está “libre”, haciendo su proceso de digestión y absorción más rápido, además de no disparar controles regulatorios del apetito. Así mismo,

<sup>32</sup> Academy of medical colleges. (2013). MEASURING UP THE MEDICAL PROFESSION'S PRESCRIPTION. LONDON: Academy of Medical Royal Colleges.

<sup>33</sup> Mytton, O., & Clarke, D. (2012). Taxing unhealthy food and drinks to improve health. The British medical journal.

<sup>34</sup> World Health Organization. (2016). Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases. World Health Organization.

<sup>35</sup> Se toma precio implícito proyectado de la información de producción de la Encuesta Anual Manufacturera.

<sup>36</sup> Cornelsen, L., & Carreido, A. (2015). Health- related taxes on foods and beverages. Food Research collaboration, 50-120.

<sup>37</sup> Popkin, B., & Hawkes, C. (2016). Sweetening of the global diet, particularly beverages: Patterns, trends, and policy responses. The Lancet diabetes & Endocrinology, 174-186.

<sup>38</sup> ICBF-MSPS. (2010). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional. Bogotá.

<sup>39</sup> Mattes, R. (2006). Fluid energy-Where's the problem? Journal of the American Dental Association, 1956-1961.

<sup>40</sup> JW, W. (2014;144). Consumption of added sugars from liquid but not solid sources predicts impaired glucose homeostasis and insulin resistance among youth at risk of obesity. Journal of Nutrition, 81-86.

la ingesta de grandes cantidades de fructosa (como la que se obtiene con el consumo de bebidas azucaradas) contribuye a la formación rápida de triglicéridos (TG), que están asociados a la obesidad y la enfermedad cardiovascular<sup>41</sup>. Varios estudios han demostrado que la fructosa proveniente de azúcares adicionados es más lipogénica (favorece la formación de TG) en comparación con la glucosa en el estado posprandial<sup>42</sup>. De la misma manera, considerar gravar otro tipo de productos que contienen azúcar, resulta complejo, en la medida en que es difícil establecer cuáles serían los productos / alimentos que tendrían el impuesto; como se mencionó anteriormente, la mayoría de productos/alimentos que llevan azúcar adicionados, aportan otros nutrientes

de manera natural, caso diferente al de las bebidas azucaradas.

En la tabla 1 se presenta el contenido nutricional de algunas bebidas azucaradas construido a partir de los datos recopilados en la “Tabla de composición de alimentos” (ICBF, 2000), de la “Tabla de composición de alimentos consumidos en Bucaramanga” (Herrán-Falla OF, 2003) y la información de etiquetado de algunos productos. El análisis de contenido nutricional se presenta en 100 gramos o centímetros cúbicos de parte comestible, con el fin de mantener la comparabilidad. Básicamente lo que muestra esta tabla, es que las bebidas catalogadas como azucaradas solo aportan calorías a expensas de azúcares (carbohidratos) adicionados, sin otro aporte nutricional como vitaminas o minerales.

**Tabla 1. Contenido nutricional de algunos productos incluidos en la definición de bebida azucarada**

NOMBRE	DESCRIPCION	ENERGIA (kcal)	PROTEINA (g) Valor medio	LÍPIDOS (g) Valor medio	CARBOHIDRATOS POR DIFERENCIA (g)	FIBRA DIETARIA (g) Valor medio	TIAMINA (mg) Valor medio	RIBOFLAVINA (mg) Valor medio	NICOTINA (mg) Valor medio	VITAMINA B12 (microgramos) Valor medio	Acido Fólico Total (mg) Valor medio	VIT C (mg) Valor medio	Vitamina A (UI) Valor medio	EQUIVALENTE DE RETINOL (mg) Valor medio	CALCIO (mg) Valor medio	HEMO (mg) Valor medio	Zinc (mg) Valor medio	COBALTO (mg) Valor medio	POSOLO (mg) Valor medio	Magnesio (mg)	Manganeso (mg)	Fósforo (mg)	POSOLO (100 gr/100cl)
BEBIDA GASEOSA	COCA-COLA	42.0	0.0	0.0	10.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
BEBIDA GASEOSA	SPRITE	40.8	0.0	0.0	10.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	11.5	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
BEBIDA GASEOSA	QUATRO	31.2	0.0	0.0	7.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.5	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
BEBIDA GASEOSA	FANTA NARANJA	40.0	0.0	0.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.9	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
BEBIDA GASEOSA	FANTA MANZANA	30.0	0.0	0.0	7.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	13.4	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
BEBIDA GASEOSA	FANTA LIMA	35.6	0.0	0.0	8.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.8	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
BEBIDA CON JUGO	DEL VALLE FRESH NARANJA	32.8	0.0	0.0	8.2	0.0	0.0	0.0	2.4	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	27.3	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
BEBIDA CON JUGO	DEL VALLE FRESH LIMON	40.0	0.0	0.0	10.0	0.0	0.0	0.0	2.4	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	35.2	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
REFRESCO DE MORA	DEL VALLE VALLEFRUT MORA	43.2	0.0	0.0	10.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.4	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
REFRESCO DE MANGO	DEL VALLE VALLEFRUT MANGO	49.2	0.0	0.0	12.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.2	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
REFRESCO DE LULO	DEL VALLE VALLEFRUT LULO	43.6	0.0	0.0	10.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.6	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
BEBIDA DE TÉ NEGRO LIMON	FUZE TEA NEGRO LIMON	30.4	0.0	0.0	7.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.3	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
BEBIDA DE TÉ VERDE LIMON	FUZE TEA VERDE LIMON	32.8	0.0	0.0	8.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.3	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
BEBIDA DE TÉ DURAZNO	FUZE TEA NEGRO DURAZNO	30.8	0.0	0.0	7.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	13.4	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
BEBIDA HIDRATANTE PARA DEPORTISTAS	POWERADE NARANJA MANDARINA	22.0	0.0	0.0	5.5	0.0	0.0	0.0	0.8	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	41.5	0.0	0.5	0.0	10.2	1.0
BEBIDA HIDRATANTE PARA DEPORTISTAS	POWERADE FRUTAS TROPICALES	22.0	0.0	0.0	5.5	0.0	0.0	0.0	0.8	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	41.5	0.0	0.5	0.0	10.2	1.0
BEBIDA HIDRATANTE PARA DEPORTISTAS	POWERADE MOUNTAIN BLAST	22.0	0.0	0.0	5.5	0.0	0.0	0.0	0.8	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	41.5	0.0	0.5	0.0	10.2	1.0
BEBIDA MALTA	PONY MALTA	46.0	0.3	0.0	10.8	0.0	0.4	0.6	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0	16.0	0.0	0.0	0.0	1.0
POLO REFRESCO	FRESCO ROYAL	380.0	0.0	0.0	95.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0

**6. ¿Cuánto gasta el sistema de salud en el tratamiento de la obesidad, el sobrepeso y las patologías asociadas?**

Los costos del tratamiento de la obesidad y el sobrepeso son una carga importante en los diferentes países. Para el caso de Europa, la Organización Mundial de la Salud estima que los costos por las patologías asociadas es aproximadamente el 6% del total del gasto en salud y además existen costos indirectos no calculados asociados a la productividad<sup>43</sup>. Cálculos preliminares para Bolivia, Colombia y Perú muestran que para la atención de la obesidad (la diabetes, la hipertensión y la hipercolesterolemia) se requerirían recursos por aproximadamente 25% del presupuesto destinado a salud pública<sup>44</sup>. Igualmente, la literatura habla de costos intangibles e indirectos que se asocian

a problemas como, el ausentismo laboral. Algunos de estos costos indirectos han sido calculados para países como México, donde el porcentaje de horas laborales perdidas está entre 25% y 68%<sup>45</sup>.

En el caso de Colombia y de acuerdo con estimaciones de la Cuenta de Alto Costo el sistema de salud colombiano gasta alrededor de 25 billones de pesos en el tratamiento de Enfermedades No Transmisibles (ETV). Dentro de estas se encuentra la Diabetes Mellitus tipo II la cual en promedio tiene un costo de 5.6 billones de pesos anuales como se muestra en la tabla 2.

Del total del costo asociado en diabetes se calcula que atribuibles al consumo de bebidas azucaradas se tiene alrededor de 740.000 millones de pesos. Si no se toman medidas de prevención los costos atribuibles a estas bebidas por diabetes ascenderían a 1.1 billones de pesos en 2020. Un impuesto del 20% permitiría el ahorro de 220.000 millones de pesos solo en esta patología<sup>46</sup>.

41 Barry. B.G. (2013). Calorie-sweetened beverages and fructose: what have we learned 10 years later. *Pediatric Obesity*, 242-248

42 Havel, P. D. (2005). Dietary Fructose: Implications for Dysregulation of Energy. Homeostasis and Lipid/Carbohydrate Metabolism. *Nutrition Reviews*, 133-157.

43 World Health Organization Europe.(2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Obtenido de World Health Organization Europe: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98243/E89858.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98243/E89858.pdf)

44 García-Rodríguez, J., García-Fariñas, J., Rodríguez-León, G., & Gálvez-González, A. (2010). Dimensión económica del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública. *Salud en Tabasco*.

45 IMCO. (2012). Kilos de Más Pesos de menos: costos de la obesidad en México. Obtenido de IMCO: [http://imco.org.mx/wpcontent/uploads/2015/01/20150127\\_ObesidadEnMexico\\_DocumentoCompleto.pdf](http://imco.org.mx/wpcontent/uploads/2015/01/20150127_ObesidadEnMexico_DocumentoCompleto.pdf)

46 Los costos asociados se tomaron de Cuenta de Alto Costo. Se proyectaron mortalidades tomando información de Estadísticas Vitales Defunciones. La atribuidad se toma de Singh, Micha, Khatibzadeh, Lim, Ezzati, & Mozaffarian. (n.d.). Estimated Global, regional and national disease burdens related to sugar-sweetened Beverage consumption in 2010.

Tabla 2. Costos ENT Cuenta de alto Costo

Patología	Datos del Corte	Casos reportados	Costo promedio/mes por caso	Costo total promedio/año por caso	Costo total promedio/año por patología
HTA	2013	2.414.354	231.108	2.773.296	6.695.718.290.784
ERC (0 a 4)	2013	1.832.709	335.661	4.027.932	7.382.027.227.788
DM	2013	634.098	733.751	8.805.012	5.583.240.499.176
Cáncer	2013	139.789	2.560.593	30.727.116	4.295.312.818.524
VIH	ene-14	53.403	495.299	5.943.588	317.405.429.964
ERC TRR	2013	28.880	2.423.425	29.081.100	839.862.168.000
<b>Total</b>					<b>25.113.566.434.236</b>

Fuente: Cuenta de Alto Costo – 2013

## 7. ¿El impuesto es suficiente para combatir el exceso de peso en el país?

La medida regulatoria del impuesto a las bebidas azucaradas, forma parte de un conjunto de acciones que este Ministerio implementa para prevenir el aumento de exceso de peso; esta necesariamente debe estar acompañada por una serie de acciones complementarias, que se apoyen en la evidencia y que generen impacto en la salud de las personas e impulsen una cultura saludable en la alimentación. Es por esto, que en el 2014 el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y el Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas aprobaron el Plan de acción quinquenal para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia, donde insta a los países miembros a implementar una serie de medidas que incluyen políticas fiscales, reglamentación de la publicidad y etiquetado de los alimentos, mejoramiento de los ambientes escolares de alimentación y la actividad física, y promoción de la lactancia materna y la alimentación saludable. Colombia acoge este plan, dado que centra acciones en factores singulares, intermedios y estructurales determinantes de la obesidad, que cuenta con un nivel de evidencia alta en las acciones propuestas y las cuales, desarrolladas de manera integral, pretenden impactar positivamente en la reducción de peso y el riesgo a la obesidad. A continuación, se mencionan las líneas establecidas, con las acciones que forman parte de estas:

### *Línea de Acción Estratégica 1: Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS*

i. Acciones sectoriales integradas: Construcción de las rutas de atención integral en salud entre ellas, la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, y las Rutas específicas de riesgo de eventos prioritarios, tales como la ruta para el Sobrepeso y obesidad y la ruta Cardiovascular.

ii. Promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria: Estrategia de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna que incluye el Plan decenal de lactancia materna con acciones como la implementación de los Bancos de leche materna, el Monitoreo al Decreto número 1397 de 1992<sup>47</sup> y actualmente se está revisando la guía alimentaria basada en alimentos para la población menor de dos años de edad.

<sup>47</sup> Mediante el cual se adopta el código de sucedáneos de la leche materna y el resultado de la aplicación de esta norma (en revisión).

iii. Promoción de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS): Se construyó la Guía de la Estrategia CERS en los territorios para ser implementada.

### *Línea de Acción Estratégica 2: Promoción de la alimentación saludable y actividad física en Ciudad Entorno y ruralidad Saludable (CERS). (Corresponde a acciones específicas de la Ley 1355)*

i. Reducción en el consumo de nutrientes de interés en salud pública: Grasas trans y saturadas, azúcares adicionados y sal/sodio.

ii. Promoción del consumo de alimentos sanos y frescos en los entornos de vida cotidiana: con énfasis en la promoción de frutas y verduras.

iii. Regulación y promoción de la actividad física en entornos de vida cotidiana.

### *Línea de Acción Estratégica 3: Medidas regulatorias*

i. Impuestos saludables.

- Impuesto a las bebidas azucaradas. Documento técnico y propuesta enviada a la Comisión de Expertos de la Reforma Tributaria y Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

ii. Etiquetado nutricional y rotulado frontal de advertencia. (Ley 1355 del 2009).

iii. Reglamentación de alimentación saludable en entornos de vida cotidiana. (Ley 1355 del 2009).

iv. Reglamentación de la publicidad, promoción y patrocinio de alimentos. (Ley 1355 del 2009).

### *Línea de Acción Estratégica 4: Otras medidas multisectoriales*

El país cuenta con la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional y Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional los cuales incluyen acciones sectoriales e intersectoriales que contribuyen a mejorar la alimentación durante la cadena agroalimentaria. Este Ministerio hace parte de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) en donde se ha realizado la construcción del capítulo étnico, implementación del Observatorio de seguridad alimentaria y nutricional. Actualmente, dentro de la CISAN se tiene establecido el plan de trabajo con temas a desarrollar de manera intersectorial que incluye el diseño e implementación de los lineamientos para la Reducción de Pérdidas y Desperdicios de alimentos durante toda la cadena agroalimentaria, así como la promoción de la biodiversidad para la seguridad alimentaria y nutricional.

Así mismo, está el “Programa Nacional de Agua Potable” construido de forma intersectorial e incluye acciones para el cierre de brechas en la garantía del derecho a gozar de agua potable, tales como:

- Disponibilidad: para reducir la vulnerabilidad por desabastecimiento en los municipios más críticos y diseño e implementación de planes de contingencia articulados a los de atención de emergencias municipales que consideren fuentes alternas de abastecimiento para enfrentar la imposibilidad de acceso al recurso hídrico por la ocurrencia de eventos como inundaciones, sequías, contaminación, o daños en las infraestructuras de captación y conducción.

- Coberturas: Viabilizar proyectos de ampliación de cobertura.

- Calidad: Formulación e implementación de subprograma de seguimiento de vertimientos en el marco del Programa Nacional de Monitoreo del Recurso Hídrico, en función de los cuerpos de agua priorizados en el Plan Hídrico Nacional donde incluye la articulación y complementación de monitoreo de calidad de las aguas entre las autoridades ambientales e Institutos de Investigación; elaboración de mapas de riesgo de la calidad del agua para consumo humano.

- Accesibilidad: Fomento de la Estrategia de Entornos Saludables (EES) por parte de las entidades territoriales, con el fortalecimiento de las entidades, según lo contemplado en el documento Con pes 3550 de 2008.

#### ***Línea de Acción Estratégica 5: Vigilancia, investigación y evaluación***

##### i. Sistemas de información:

- Encuestas y estudios poblacionales tales como la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN).

- Vigilancia de factores de riesgo

##### ii. Ciencia, tecnología e innovación

##### iii. Monitoreo y evaluación

##### iv. Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional (OSAN).

Las acciones que están planteadas, deben desarrollarse de manera complementaria, a las especificadas en la Ley 1355 del 2009, las cuales son detalladas en el punto 11, de este documento.

A todo ello debe sumarse, el Plan Decenal de Salud Pública, adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013, que establece la Línea estratégica de modos, condiciones y estilos de vida saludables.

#### **8. Hay algunos estudios que muestran que el impacto en países como México fue insignificante. ¿Qué nos hace pensar que en Colombia funcionará?**

El impacto en México ha sido significativo. A manera de contexto, en enero de 2014 se incluyó un impuesto de un (\$1) peso por litro a las bebidas –no alcohólicas– con azúcares añadidos. El impuesto, de aproximadamente 10%, aplica a bebidas no alcohólicas ni lácteas con azúcares adicionados. Estudios recientes señalan que efectivamente el impuesto se trasladó a los precios enfrentados por los consumidores. Aunque la medida es relativamente reciente, de

acuerdo con los resultados preliminares, se presentó una reducción de aproximadamente 10% en la compra de bebidas azucaradas con impuesto en el primer trimestre del 2014, en comparación con el primer trimestre del 2013. Los resultados también muestran un aumento de alrededor de 7% en las compras de bebidas sin impuesto (como bebidas con edulcorantes artificiales, agua mineral carbonatada, agua simple, jugos sin azúcares adicionadas y leche sin azúcares adicionados) y dentro de esta categoría un incremento de aproximadamente 13% en la compra de agua simple, durante el mismo periodo de tiempo<sup>48</sup>.

Igualmente, el estudio de Popkin & Hawkes (2016)<sup>49</sup> señala que las compras se redujeron en 6% en todos los grupos socioeconómicos. Las reducciones fueron aún mayores para grupos de bajos ingresos que bajaron a 17% en diciembre de 2014 y generaron un aumento en el consumo de agua. En esta misma línea el estudio más reciente sobre el caso de México muestra que efectivamente el impuesto se trasladó al precio final y efectivamente los mexicanos redujeron el consumo de estas bebidas. En la misma línea el estudio de Colchero, et al (2016) usando como contra factual el periodo antes del impuesto, señala un incremento de cerca de 4% en la compra de bebidas no gravadas, así como reducciones en el consumo de bebidas gravadas que llegaron a ser mayores en el tiempo, y fueron más importantes en estratos socioeconómicos más bajos<sup>50</sup>.

Así mismo, el Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP) y el Centro de Población de la Universidad de Carolina del Norte, Estados Unidos, realizaron un estudio para estimar el efecto del impuesto de MXN 1,00 por litro a las bebidas con azúcares adicionados, aplicado a partir del 1° de enero de 2014. Los datos presentados por el INSP, provenientes de un panel de consumidores, contienen información sobre compras de bebidas en hogares de 53 ciudades del país con al menos 50 000 habitantes. Los resultados preliminares muestran una reducción de aproximadamente 6% en la compra de las bebidas azucaradas con impuesto a diciembre de 2014, en comparación con 2013, y la reducción en el grupo socioeconómico del percentil más pobre redujo la compra en 17% en diciembre de 2014.

Es importante mencionar que parte de los opositores del impuesto han aludido la regresividad del mismo al impactar los hogares más pobres, han señalado reducciones en los ingresos y en el empleo de la industria y han argumentado reducciones mínimas del consumo de calorías<sup>51</sup>. Sin embargo, buena parte de esa información corresponde a “literatura gris” y

<sup>48</sup> Instituto Nacional de Salud Pública de México – INSP. 2014. Resultados preliminares sobre los efectos del impuesto de un peso a bebidas azucaradas en México. Consultado el 16 de junio de 2015. <http://www.insp.mx/eppo/blog/preliminares-bebidas-azucaradas.html>

<sup>49</sup> Popkin, B., & Hawkes, C. (2016). Sweetening of the global diet, particularly beverages: Patterns, trends, and policy responses. *The Lancet diabetes & Endocrinology*, 174-186.

<sup>50</sup> Colchero, A., Popkin, B., Rivera, J., & Wen, S. (2016). Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. *The British Medical Journal*

algunas organizaciones argumentan conflictos de interés en los estudios<sup>52</sup>.

### 9. ¿Reducir la obesidad y el sobrepeso mediante este instrumento de política justifica los costos económicos y sociales asociados?

Como se señaló en los anteriores numerales hay un llamado de la OMS a la utilización de este instrumento de política. Este llamado se hace con base en la evidencia disponible, citada anteriormente, y cuyo principal objetivo informar a los consumidores de los efectos del consumo excesivo de bebidas azucaradas e incentivar la ingesta de otro tipo de bebidas tales como el agua, jugos naturales sin azúcar, leche, entre otros. El sistema de salud colombiano tiene unos costos directos por el tratamiento del exceso de peso y enfermedades asociadas mencionados en la pregunta 6. El impuesto permitiría mitigar este impacto económico, por ejemplo, cálculos preliminares del MSPS, estiman un ahorro 220 millones de pesos por el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 cuyo tratamiento se incluye en el plan de beneficios financiados con cargo a la UPC.

Adicionalmente, existen otro tipo de perjuicios psicológicos y sociales que son evidentes para los individuos y para sus familias. De hecho, como se señaló en el numeral 6 de este cuestionario el costo social de la obesidad, exceso de peso y demás patologías no solo puede cuantificarse a través de los costos directos para el sistema de salud; no pueden olvidarse los costos intangibles e indirectos que se asocian a problemas como el ausentismo laboral.

Por otro lado, los impuestos incentivan el viraje de la oferta de la industria hacia productos saludables tal cual se ha evidenciado en los países donde la medida ha sido implementada.

### 10. ¿El recaudo del impuesto se utilizará para programas de salud pública enfocados en la reducción del exceso de peso en la población, o cuál será la destinación de los recursos?

De acuerdo con el texto del Proyecto de ley, *por medio de la cual se adopta una reforma tributaria estructural, se fortalecen los mecanismos para la*

*lucha contra la evasión y la elusión fiscal, y se dictan otras disposiciones*, los recursos irán destinados al aseguramiento en salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y los cuales serán administrados por la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, creada en los artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015.

De esta manera, los recursos serán utilizados en la financiación de las actividades de las rutas de atención integral planteadas como herramientas de operación de la Política de atención integral en salud que se desarrolla en el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 (Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018).

### 11. ¿Qué otros programas han adelantado el Ministerio para atacar el problema del exceso de peso en Colombia?

Debe mencionarse que, en el Plan Decenal de Salud Pública, al cual ya se hizo referencia, este Ministerio estableció sendas estrategias y metas relacionadas con la disminución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, visibles en las dimensiones de Seguridad Alimentaria y Nutricional y en Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles. Así mismo, en el Plan Nacional de Desarrollo, quedó establecida como mega meta del sector salud la reducción de la mortalidad prematura por ENT en la población de 30 a 70 años, en un 8% a 2018, es decir, salvar la vida de 14.000 mil colombianos en los próximos cuatro años”.

De acuerdo con lo anterior y adicional a los avances expresados en la respuesta al numeral 7 de esta proposición, se describen los avances que se han dado en el marco de la Ley 1355 del 2009, *por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención*.

Artículo	Acción desplegada por el MSPS
Artículo 4°. Estrategias para promover una alimentación balanceada y saludable.	Lineamientos y marco para la implementación del consumo de frutas y verduras en los entornos incluyendo el escolar. Lineamientos para implementación puntos de distribución entornos los cuales incluyen propuestas de tecnologías para puntos de distribución de frutas y verduras en el entorno escolar. Lineamientos y guías para promoción de Estilos de vida saludable: Módulo virtual de Promoción de estilos de vida saludable en instituciones educativas (incluye alimentación saludable). Desarrollo en el año 2012 del curso “Educación virtual en Promoción de estilos de vida saludable en el ámbito escolar” (MSPS y PROINAPSA). Participación en construcción intersectorial de las Guías Alimentarias para la Población Colombiana para la población mayor de dos años. Participación en el Plan Nacional de Divulgación de GASA para mayores de 2 años. En el Marco del Comité Temático de Educación Alimentaria y Nutricional construcción intersectorial del Lineamiento de Educación Alimentaria y Nutricional.

<sup>51</sup> Aguilar, A., Gutierrez, E., & Seira, E. (2016). Taxing Calories in Mexico. Obtenido de CIE-ITAM: <http://cie.itam.mx/sites/default/files/cie/15-04.pdf>

<sup>52</sup> <http://impuestosaludable.org/que-es-el-conflicto-de-interes/>

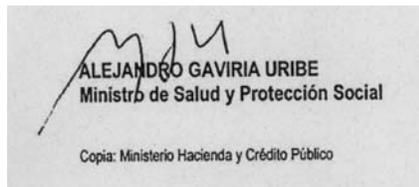
Artículo	Acción desplegada por el MSPS
Artículo 5°. Estrategias para promover Actividad Física. (Despliega el artículo 3°. Promoción).	<p><b>Documento técnico</b> con los contenidos de direccionamiento pedagógico para la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable y el fomento de ambientes 100% libres de humo de cigarrillo a través de la práctica regular de la actividad física cotidiana, dirigidos a los referentes de las entidades territoriales.</p> <p><b>Documento técnico</b> con los contenidos para el mejoramiento de la gestión territorial de los referentes departamentales, en la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación y prevención del consumo de tabaco a través de la práctica regular de la actividad física elaborados en asociación con Coldeportes y Amedco.</p> <p>Documento guía para la gestión en salud pública de la promoción y fomento de la actividad física y herramientas como el boletín educativo, Come bien, siéntete bien; inclusión en el POS, a través del Acuerdo 29 de 2011 (hoy Resolución 5592 de 2015), educación individual y grupal en salud, el decálogo de la actividad física y el desarrollo de material educativo como el Plan A con video de actividad física; campañas muévase a la vida, no te quedes quieto, sé activo físicamente (video, audio y folleto respectivamente).</p> <p><a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Actividad-F%C3%ADsica.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Actividad-F%C3%ADsica.aspx</a></p> <p>Actualmente se está validando los lineamientos para la promoción de la actividad física.</p> <p>Se ha realizado campañas en medios de comunicación y redes sociales (Plataforma Virtual Generación +, Plan A, El Remedio).</p>
Artículo 6°. Reglamentar mecanismos para promover el transporte activo y la prevención de la obesidad.	<p><b>Documento técnico:</b> “Orientación técnica para la promoción del transporte activo” el cual hace parte de la estrategia de Ciudades, Entorno y Ruralidad Saludable (CERS).</p>
Artículo 7°. Regulación en grasas trans.	<p><b>Resolución número 2508 de 2012</b> – modificada por la <b>Resolución número 544 de 2013</b>, que modifica el plazo que tienen las industrias para ajustar sus productos a los requisitos técnicos establecidos en la Resolución 2508.</p> <p>Plan para la reducción del consumo de grasas trans y saturadas (Construido y validado durante el 2016, para ser ejecutado a partir de 2017).</p>
Artículo 8°. Regulación en grasas saturadas.	
Artículo 9°. Promoción de una dieta balanceada y saludable.	<p><b>Resolución 3803 del 2016</b>, por la cual se establecen las Recomendaciones de ingesta de Energía y Nutrientes para la Población Colombiana. Durante el 2017, se debe continuar con la difusión e implementación en el nacional y territorial.</p> <p><b>Guías alimentarias basadas en Alimentos:</b> se cuenta con los 10 mensajes saludables, están publicados las herramientas y el documento técnico.</p> <p><b>Estrategia de reducción del consumo de sodio:</b></p> <p><b>Línea Industria:</b> proyecto normativo que regula contenidos de sodio en productos priorizados en fase I (Snacks, quesos, embutidos, galletas, panificación industrial) pendiente segunda consulta pública nacional.</p> <p>Proyecto normativo que regula contenidos de sodio en productos priorizados en fase II (cereales desayuno, grasas, salsas, atún y sardinas enlatadas, sopas, embutidos a base de pollo) pendiente consulta pública nacional.</p> <p><b>Línea Proveeduría:</b> lineamientos de alimentación saludable para la adquisición de alimentos saludables y su implementación en los procesos contractuales de los programas de asistencia alimentaria a cargo del Estado (reportado artículo 4°).</p> <p><b>Línea sector gastronómico:</b> integrantes escuelas de gastronomía. Manual operativo que orienta la preparación y oferta de platos saludables en restaurantes - guía para la gestión territorial este documento debe ser difundido mediante asistencia técnica a todos los entes territoriales para promover procesos de articulación intersectorial.</p> <p><b>Línea pan fresco:</b> manual operativo para reducción del contenido de sodio en pan fresco.</p>
Artículo 10. Etiquetado.	<p><b>Resolución 333-2011</b> 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. Actualmente se encuentra en revisión por la emisión de la Resolución 3803 del 2016, lo que implica adaptar el rotulado a las recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes para la población colombiana y revisando todos los capítulos de la norma.</p>

Artículo	Acción desplegada por el MSPS
	<p>Construcción de la normatividad que establece el etiquetado frontal de advertencia.</p> <p>Avances para el etiquetado frontal de advertencia a través del acompañamiento al desarrollo del Estudio del Instituto Nacional de Salud-INS sobre conocimientos, percepciones, comprensión y uso de formatos de etiquetado nutricional en las elecciones de alimentos de consumidores en hogares de Colombia (2016).</p>
<p>Artículo 11. Regulación del consumo de alimentos y bebidas en centros educativos.</p>	<p><b>Regulación del consumo de alimentos y bebidas en centros educativos:</b> en la actualidad se cuenta el documento técnico sobre la regulación de las tiendas escolares que recopila la normatividad expedida en la región de las Américas frente a este tema. Proyecto de decreto por medio del cual se promueve la alimentación saludable en el entorno escolar pendiente constituir mesa técnica para consensuar el acto normativo y fortalecer los aspectos técnicos del mismo.</p>
<p>Artículo 12. Publicidad y mercadeo de alimentos y bebidas en medios de comunicación.</p>	<p>Con el fin de regular, vigilar y controlar la publicidad de los alimentos y bebidas para la protección de salud de los usuarios y en especial de la primera infancia y adolescencia se trabajó un resumen de política (revisión de la mejor evidencia para la toma de decisiones en política sanitaria), se cuenta con el Documento con la revisión de las opciones de política pública para regular la publicidad nacional y transfronteriza de alimentos en medios masivos, dirigida a niños menores de 16 años de edad en Colombia.</p>
<p>Artículo 13. Estrategias de información, educación y comunicación.</p>	<p>Boletín ¿Cómo estamos en alimentación saludable? dirigido a las entidades territoriales reportando los avances en el tema.</p> <p>Simposio: Alimentación Saludable un reto posible para vivir mejor 2016.</p> <p>Estrategia IEC en SAN para Colombia formulada y proceso de implementación cuenta con herramientas comunicacionales para el programa de lactancia materna.</p> <p>Cartillas dirigidas al consumidor y otros actores: serie la sal, azúcar, grasas trans en la alimentación, manual de rotulado para manipuladoras de alimentos entre otros.</p> <p>Campaña comunicacional El Remedio que cuenta con videos para la promoción de hábitos de vida saludable (consumo de frutas y verduras, consumo de agua, consumo de sodio, entre otros) Generación más. Se desarrolla una plataforma con el objetivo de impactar en la población de 13 a 17 años, incluyendo un módulo de Actividad Física.</p> <p>Decálogos y abecé: actividad física, alimentación saludable, promoción del consumo de frutas y verduras.</p> <p>Campañas muévase a la vida no te quedes quieto, sé activo físicamente (video, audio y folleto respectivamente).</p> <p>Come bien siéntete bien, con la participación de la Fundación Colombiana del Corazón, la Asociación Colombiana de Medicina Interna y la Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación, bajo la iniciativa de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, se editaron una serie de cartillas con recomendaciones saludables para personas sanas y para pacientes con enfermedad renal, cardiovascular y diabetes.</p> <p>Plan A: Fomentar hábitos saludables como: Alimentación saludable, Amamantar, Actividad Física y Agua potable.</p>
<p>Artículo 14. Reglamentar etiquetado y publicidad de los productos estéticos o de consumo para reducir de peso.</p>	<p><b>Resolución 3951 de 2016</b>, por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones.</p>
<p>Artículos 15, 16 y 17. Artículo 15. Desarrollar, articular y ejecutar políticas y programas de Seguridad Alimentaria y Nutricional de acuerdo a los lineamientos dados por la CISAN. Artículo 16. Integración y entidad que preside: entidades que integran la CISAN donde el MSPS tiene la Presidencia de forma rotativa con el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Artículo 17. Funciones de la CISAN.</p>	<p>Este Ministerio, en su calidad de Presidencia y Secretaría Técnica de la CISAN, lideró el desarrollo de los siguientes productos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019.</li> <li>2. Capítulo étnico del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.</li> <li>3. Sistema de Monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.</li> <li>4. La conformación y consolidación del Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional.</li> <li>5. Acompañamiento técnico para la formulación de los planes de territoriales de seguridad alimentaria y nutricional.</li> </ol>

Artículo	Acción desplegada por el MSPS
Artículo 19. Establecer acciones orientadas a definir una agenda de investigación.	Participación en el diseño, desarrollo y análisis de las ENCUESTA DE SITUACIÓN NUTRICIONAL ENSIN 2005, 2010. Actualmente en ejecución la ENSIN 2015-2016 cuyo objetivo es identificar los aspectos demográficos, socioeconómicos y de salud, que contribuyen a describir y explicar la situación nutricional de la población colombiana como insumo para la priorización, evaluación y formulaciones de acciones en política pública que permitan mejorar la Situación Nutricional de la Población Colombiana. Desde el 2012 se viene desarrollando el componente de sistemas de información del OSAN, actividad que ha permitido poner a disposición de los usuarios un Portal Web que ofrece de forma fácil e integrada, el acceso a recursos y servicios de información estadística y documental relativa a la SAN <a href="http://www.osancolombia.gov.co">www.osancolombia.gov.co</a>
Artículo 20. Declárese el 24 de septiembre como el Día Nacional de Lucha contra la Obesidad y el Sobrepeso y su correspondiente semana como la semana de hábitos de vida saludable.	Informes territoriales de las actividades desplegadas para la conmemoración de la semana de estilos de vida saludable. Congreso Internacional de Estilos de vida saludable 2016.

En estos términos doy respuesta a las inquietudes formuladas y me suscribo,

Cordialmente,



COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE  
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá D. C., a los tres (3) días del mes de noviembre del año dos mil dieciséis (2016).

En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, las siguientes consideraciones.

**Concepto de:** Ministerio de Salud y Protección Social

**Refrendado por:** Alejandro Gaviria Uribe.

**Al Proyecto de ley número 007 de 2016 Senado,** por medio de la cual se establecen normas sobre la información nutricional, el etiquetado de las bebidas azucaradas y se dictan otras disposiciones – Ley para el consumo informado del azúcar.

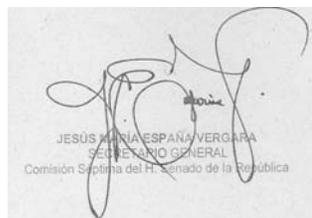
**Número de folios:** veintidós (22)

**Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado el día:** tres (3) de noviembre de 2016.

**Hora:** 2:44 p. m.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5 del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



### CONCEPTO JURÍDICO DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 14 DE 2016 SENADO

*por la cual se fijan los aportes de la Nación para atender la salud del Magisterio colombiano.*

Bogotá

Doctor

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

Secretario General

Comisión Séptima del Senado de la República

Edificio Nuevo del Congreso

Bogotá, D. C.

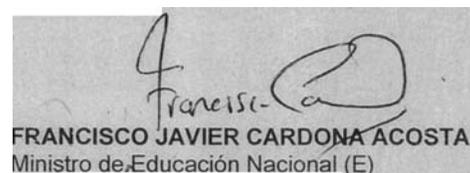
**Referencia: Concepto al Proyecto de ley número 14 de 2016 Senado.**

Respetado doctor España:

Adjunto remito el **Concepto del Ministerio de Educación Nacional sobre el Proyecto de ley número 14 de 2016 Senado**, por la cual se fijan los aportes de la Nación para atender la salud del Magisterio colombiano.

Solicito de manera atenta tener en cuenta las observaciones que el Ministerio hace sobre el proyecto de ley.

Cordialmente,



Copia: honorable Senador Antonio José Correa Jiménez - Coordinador Ponente

Honorable Senador Édison Delgado Ruiz - Ponente

Honorable Senador Luis Évelis Andrade Casamá - Ponente

Honorable Senador Senén Niño Avendaño - Autor

## I. CONSIDERACIONES DE CONSTITUCIONALIDAD

### 1. Sobre el artículo 1°

**“Artículo 1°. Monto de los Aportes de la Nación.** Los aportes que destinará la Nación para atender la salud de los docentes afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio serán en todo caso del 8.5% del valor de la nómina anual, los cuales serán efectivamente girados mensualmente al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio”.

#### 1.1. Iniciativa legislativa reservada

Una vez analizado el presente artículo, mediante el cual se propone que la Nación destine para los aportes en salud de los docentes del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio un valor de la nómina anual del 8.5%, debemos señalar que el mismo podría estar afectado de inconstitucionalidad, en atención a que de acogerse la anterior disposición, se estaría desconociendo el principio de iniciativa legislativa reservada, el cual se encuentra consagrado en el segundo inciso artículo 154 de la siguiente manera:

*“No obstante, solo podrán ser dictadas o reformadas por iniciativa del Gobierno las leyes a que se refieren los numerales 3, 7, 9, 11 y 22 y los literales a), b) y e), del numeral 19 del artículo 150; las que ordenen participaciones en las rentas nacionales o transferencias de las mismas; las que autoricen aportes o suscripciones del Estado a empresas industriales o comerciales y las que decreten exenciones de impuestos, contribuciones o tasas nacionales”.* (Subrayado fuera de texto).

Al respecto, la Corte Constitucional en Sentencia C-821 de 2011 con ponencia del Magistrado Humberto Antonio Sierra Porto expuso:

*“Sin embargo, la Constitución ha reservado la capacidad de presentar proyectos de ley sobre ciertos temas al Gobierno, con el fin de asegurar el cabal cumplimiento de las funciones que le han sido otorgadas al Gobierno nacional e igualmente, lograr una colaboración armónica entre los poderes ejecutivo y legislativo. Con ello, se ha mantenido el criterio aplicado por el artículo 79 de la Constitución de 1886, emergido de la Reforma Constitucional de 1968, en el sentido de procurar mantener un cierto orden institucional que, en lo que toca con las competencias propias del Presidente de la República (C.P. art. 189), facilite la continuidad y uniformidad de las políticas que este haya venido promoviendo y desarrollando, impidiendo con ello que, como resultado de la improvisación o la simple voluntad legislativa unilateral, tales políticas puedan ser modificadas o suprimidas sin su iniciativa o consentimiento expreso.*

*Así, de conformidad con lo ordenado por el inciso 2 del artículo 154 Superior, sólo podrán ser dictadas o reformadas por iniciativa del Gobierno las siguientes leyes: (i) las que aprueban el Plan Nacional de Desarrollo e inversiones públicas[36]; (ii) las que determinan la estructura de la administración nacional y crean, suprimen o fusionan ministerios,*

*departamentos administrativos, superintendencias, establecimientos públicos y otras entidades del orden nacional; (iii) las que reglamenten la creación y funcionamiento de las Corporaciones Autónomas Regionales; (iv) las que crean o autorizan la constitución de empresas industriales y comerciales del Estado y sociedades de economía mixta[37]; (v) las que concedan autorizaciones al gobierno para celebrar contratos, negociar empréstitos y enajenar bienes nacionales[38]; (vi) las que establezcan rentas nacionales y fijen los gastos de la administración [39](vii) las que organicen el crédito público[40]; (viii) las que regulen el comercio exterior y el régimen de cambios internacionales[41]; (ix) las que fijen el régimen salarial y prestacional de los empleados públicos, miembros del Congreso Nacional y de la Fuerza Pública[42]; (x) las relacionadas con el Banco de la República y con las funciones que compete desempeñar a su Junta Directiva[43]; (xi) las que ordenen participaciones en las rentas nacionales o transferencias de las mismas; (xii) las que autoricen aportes o suscripciones del Estado a empresas industriales y comerciales;(xiii) las que decreten exenciones de impuestos, contribuciones o tasas nacionales[44] (...).”*

Ahora en el presente caso, encontramos que el mismo regula los aportes que en materia de seguridad social tendría que hacer la Nación con destino al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (Fomag), para que a través de este se financien los servicios de salud de los educadores oficiales.

Teniendo en cuenta lo anterior, dentro del marco de las contribuciones se encuentran incluidas las contribuciones parafiscales, que fueron definidas por la Sentencia C-545 de 1994 como una *“Expresión que comprende todas las cargas fiscales al patrimonio particular, sustentadas en la potestad tributaria del Estado”*; es decir, son gravámenes que se imponen a ciertos grupos de ciudadanos sin contar con su voluntad, los cuales presentan unas características y elementos esenciales definidos por la Corte Constitucional, en Sentencia C-307 de 2009, así:

*“Las contribuciones parafiscales tienen las siguientes características: (i) Surge de la realización actual o potencial de obras públicas o actividades estatales de interés colectivo, en donde necesariamente debe existir un beneficio para un individuo o grupo de individuos; (ii) Se trata de una prestación que reconoce una inversión estatal, por lo que su producto está destinado a su financiación; (iii) La prestación que surge a cargo del contribuyente es proporcional al beneficio obtenido; (iv) El obligado tributario no tiene la opción de negarse a la inversión, por el contrario, se encuentra comprometido con su pago a raíz del provecho que le reporta; (v) La contribución, por regla general, es progresiva, pues se liquida de acuerdo con el rédito obtenido”.*

En tal sentido, un ejemplo de una contribución parafiscal son las cotizaciones de seguridad social que permiten el acceso al servicio público de salud, las cuales son obligatorias sin importar si estos son utilizados o no. Al respecto la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-838 de 2008, define la naturaleza jurídica de las cotizaciones a salud así:

*“En cuanto a la naturaleza jurídica de las cotizaciones en salud, la Corte ha sido constante en afirmar que (i) se trata de rentas parafiscales que constituyen un instrumento para la generación de ingresos públicos, representadas en forma de gravamen que se establece con carácter impositivo por la ley para afectar a un determinado y único grupo social o económico, y que debe utilizarse en beneficio del propio grupo gravado; (ii) es un gravamen que se cobra a un grupo de personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud, cuya destinación específica es financiar ese mismo Sistema, con fundamento en los principios de solidaridad, eficiencia y universalidad; (iii) se caracteriza, a su vez, por su obligatoriedad, en cuanto se exigen como los demás tributos en ejercicio del poder coercitivo del Estado; su determinación o singularidad, ya que solo grava a un grupo, sector o gremio económico o social; su destinación específica, toda vez que redunde en beneficio exclusivo del grupo, sector o gremio que los tributa; su condición de contribución, teniendo en cuenta que no comportan una contraprestación equivalente al monto de la tarifa fijada, su naturaleza pública, en la medida en que pertenecen al Estado aun cuando no comportan ingresos de la Nación y por ello no ingresan al presupuesto nacional; su regulación excepcional, en cuanto así lo consagra el numeral 12 del artículo 150 de la Carta; y su sometimiento al control fiscal, ya que por tratarse de recursos públicos, la Contraloría General de la República, directamente o a través de las contralorías territoriales, debe verificar que los mismos se inviertan de acuerdo con lo dispuesto en las normas que los crean”.*

En resumen, definida la naturaleza de los aportes a salud a los que se refiere la iniciativa analizada encontramos que el artículo 1º se encasilla dentro del supuesto de hecho consagrado en el inciso 2º del artículo 154 Superior, pues como se verá en detalle en el siguiente numeral, aquella disposición está orientada a que sea la Nación y no las entidades territoriales certificadas en educación las responsables de cancelar los aportes patronales que deben ser girados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio para financiar los servicios de salud de los educadores oficiales, constituyéndose así en una exención a una contribución parafiscal que en la actualidad tienen a su cargo las mencionadas entidades en su calidad de autoridades nominadoras de los referidos empleados públicos, de ahí que se reitera, el proyecto debió ser radicado ante el Congreso de la República por parte del Gobierno nacional.

Resta por señalar que la Ley Orgánica 5ª de 1992 (Reglamento del Congreso de la República), establece lo siguiente en el párrafo del artículo 142:

*“Parágrafo. El Gobierno Nacional podrá coadyuvar cualquier proyecto de su iniciativa que curse en el Congreso cuando la circunstancia lo justifique. La coadyuvancia podrá efectuarse antes de la aprobación en las plenarios”.*

En desarrollo de la anterior disposición, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha indicado en reiteradas ocasiones, que la iniciativa legislativa

reservada del Gobierno nacional, no consiste únicamente en la mera presentación inicial de propuestas al Congreso, sino que también comprende el aval o la coadyuvancia que el mismo Ejecutivo, a través del ministro del ramo, manifieste respecto de los proyectos de ley que trate sobre materias de su exclusiva potestad, saneando con esta expresión de consentimiento la inconstitucionalidad que se hubiere producido por no haberse originado por iniciativa gubernamental. Observemos lo señalado al respecto por la Corte Constitucional:

*“... debe aclararse que la iniciativa legislativa gubernamental no se circunscribe al acto de la mera presentación del proyecto de ley como en principio pareciera indicarlo el artículo 154 Superior. En realidad, teniendo en cuenta el fundamento de su consagración constitucional, cual es el de evitar que se legisle sin el conocimiento y consentimiento del Ejecutivo sobre materias que comprometen aspectos propios de su competencia, dicha atribución debe entenderse como aquella función pública que busca impulsar el proceso de formación de las leyes, no sólo a partir de su iniciación sino también en instancias posteriores del trámite parlamentario. Entonces, podría sostenerse, sin lugar a equívocos, que la intervención y coadyuvancia del Gobierno Nacional durante la discusión, trámite y aprobación de un proyecto de ley de iniciativa reservada, constituye una manifestación tácita de la voluntad legislativa gubernamental y, desde esa perspectiva, tal proceder se entiende inscrito en la exigencia consagrada en el inciso 2 del artículo 154 de la Constitución Política. A este respecto, y entendido como un desarrollo del mandato previsto en la norma antes citada, el párrafo único del artículo 142 de la Ley 5ª de 1992, por la cual se expide el reglamento del Congreso, es claro en señalar que: “el Gobierno Nacional podrá coadyuvar cualquier proyecto de su iniciativa que curse en el Congreso cuando la circunstancia lo justifique”, y que “La coadyuvancia podrá efectuarse antes de la aprobación en las plenarios”.*

*En relación con este tema, la Corte, a partir de una interpretación amplia y flexible de las disposiciones constitucionales que fijan el marco de las funciones parlamentarias, ha considerado que el consentimiento dado por el Gobierno a un proyecto de ley de iniciativa reservada y su participación activa en el proceso formativo de la ley, subsanan la restricción legislativa impuesta al Congreso por el precitado inciso 2 del artículo 154 Superior”<sup>1</sup>.*

No obstante, en el presente caso el Ministerio aclara que tampoco puede coadyuvar la iniciativa propuesta, por las razones que se exponen en el siguiente numeral.

## **1.2. Sobre la descentralización territorial en materia educativa y el Sistema General de Participaciones**

El artículo 1º del proyecto analizado va en contra del principio de descentralización contemplado en el artículo 1º de la Constitución Política que reza: *“Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentrali-*

<sup>1</sup> Sentencia C-1707 de 2000.

*zada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”.*

Por su parte, el artículo 356 Superior creó el Sistema General de Participaciones (SGP), mediante el cual las entidades territoriales reciben los recursos necesarios para atender las competencias que la ley les descentralice en materia de educación, salud, agua potable y saneamiento básico.

En desarrollo de lo anterior, fue expedida la Ley Orgánica 715 de 2001 que descentralizó territorialmente varios servicios públicos, entre ellos el educativo en los niveles de preescolar, básica y media. Por esa razón en la actualidad, las entidades territoriales certificadas en educación son las responsables de administrar las instituciones educativas oficiales y el personal docente y directivo docente que allí labore.

En ese orden de ideas, vale la pena hacer mención al artículo 15 de la Ley 715 de 2001 que establece los gastos que pueden financiar las entidades territoriales certificadas con los recursos del SGP, y entre los que se destaca en primer lugar: el *“Pago del personal docente y administrativo de las instituciones educativas públicas, las contribuciones inherentes a la nómina y sus prestaciones sociales”*. (Resaltado fuera de texto).

Por su parte, en el Decreto 1075 de 2015, Único Reglamentario del Sector Educación, en sus artículos 2.4.4.2.2.1 al 2.4.4.2.4., estipuló que el pago de los aportes que tienen a su cargo las entidades territoriales certificadas con destino al Fomag, se deducen directamente del SGP, una vez las mencionadas entidades efectúan a la entidad fiduciaria encargada de administrar los recursos del fondo, el respectivo reporte de información de nómina de los educadores y de las novedades que respecto de ellos se hayan generado.

Una vez analizado lo anterior, podemos concluir que el pago de los aportes en salud de los educadores oficiales está a cargo de las entidades territoriales certificadas en su calidad de autoridades nominadoras y no de la Nación como erradamente lo consagra el artículo 1° de la iniciativa. No obstante, es de señalar que dichas entidades no administran el dinero de los aportes, sino que deben reportar periódicamente el estado actual de su nómina a la entidad administradora del Fomag, la cual es la responsable del pago de las prestaciones sociales que se causen en materia de pensión, salud y cesantías, según lo dispuesto en la Ley 91 de 1989.

En síntesis, al ser las entidades territoriales las que deben efectuar el desembolso de los recursos destinados a la atención en salud de los educadores oficiales, podemos establecer que el presente artículo no sería constitucionalmente viable puesto que desconoce el proceso de descentralización que se ha efectuado en este tema, atribuyendo responsabilidades que se encuentran ya delimitadas y definidas entre la Nación y las entidades territoriales, como es el caso del manejo de los aportes en salud de los educadores oficiales.

## 2. Sobre los artículos 2° y 3°

Teniendo en cuenta que los artículos 2° y 3° presentan un mismo enfoque se estudiarán en un solo comentario como se realiza a continuación:

**“Artículo 2°. Auditoría Médica de Calidad.** *Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones contractuales de los entes prestadores del servicio de salud con los educadores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, el Consejo Directivo del Fondo designará tres (3) Universidades Públicas para que mediante selección objetiva se contrate una empresa Auditora nacional o internacional que desarrolle:*

*1. Auditoría Médica Nacional de Calidad en los términos establecidos por el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud o el que haga sus veces.*

*2. Auditoría Concurrente para garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de los docentes hospitalizados.*

*3. Auditoría del modelo de salud y de los programas de promoción y prevención para el cabal cumplimiento de las actividades establecidas”.*

**“Artículo 3°. Auditoría Administrativa y Financiera.** *El Ministerio de Educación Nacional como responsable de los recursos económicos destinados por la Nación para la atención de la salud y demás prestaciones sociales y económicas de los docentes afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, realizará auditorías financieras y administrativas de carácter permanente a la entidad Fiduciaria de la que habla el artículo tercero de la Ley 91 de 1989.*

*Parágrafo. Los informes de auditoría serán presentados semestralmente al Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y serán publicados en la página web del Ministerio de Educación Nacional (MEN) y de la Federación Colombiana de Trabajadores de la Educación (Fecode)”.*

### Unidad de materia

El artículo 2° propone la creación de un sistema especial de auditoría encargado de monitorear la adecuada prestación del servicio de salud a favor de los maestros, desde tres ópticas distintas, a saber: calidad según los criterios del sistema general de auditoría médica, calidad en hospitalización y calidad del modelo de salud.

El artículo 3° establece un régimen especial de auditoría administrativa y financiera, a cargo de esta cartera, con periodicidad semestral.

A juicio de esta cartera, los dos artículos estudiados son contrarios al principio de unidad de materia consagrado en el artículo 158 de la Constitución Política, conforme al cual *“todo proyecto de ley debe referirse a una misma materia y serán inadmisibles las disposiciones o modificaciones que no se relacionen con ella”*. En el artículo 169 ibídem a su vez se

establece que: “*el título de las leyes deberá corresponder precisamente a su contenido*”.

Como argumento de esta posición, es preciso tener en cuenta lo pronunciado en la Sentencia C-133 de 2012, mediante la cual la Corte Constitucional aclaró:

*“A partir de su regulación constitucional, la Corte ha destacado que el principio de unidad de materia se traduce en la exigencia de que en toda ley debe existir correspondencia lógica entre el título y su contenido normativo, así como también, una relación de conexidad interna entre las distintas normas que la integran. Con ello, la propia Constitución Política le está fijando al Congreso dos condiciones específicas para el ejercicio de la función legislativa: (i) definir con precisión, desde el mismo título del proyecto, cuáles habrán de ser las materias de que se va a ocupar al expedir la ley, y, simultáneamente, (ii) mantener una estricta relación interna, desde una perspectiva sustancial, entre las normas que harán parte de la ley, de manera que exista entre ellas coherencia temática y una clara correspondencia lógica con la materia general de la misma, resultando inadmisibles las modificaciones respecto de las cuales no sea posible establecer esa relación de conexidad. Consecuencia de tales condiciones, sería, entonces, que el Congreso actúa en contravía del principio constitucional de unidad de materia, “cuando incluye cánones específicos que, o bien [no] encajan dentro del título que delimita la materia objeto de legislación, o bien no guardan relación interna con el contenido global del articulado.*

3.4. *Ha dejado en claro la jurisprudencia, que con la implementación del principio de unidad de materia se busca propiciar un ejercicio transparente y coherente de la función legislativa, de manera que su producto, la ley, se concrete en materias previamente definidas y sea el “resultado de un sano debate democrático en el que los diversos puntos de regulación han sido objeto de conocimiento y discernimiento”. Su observancia contribuye, entonces, “a la coherencia interna de las normas y facilita su cumplimiento y aplicación al evitar, o al menos reducir, las dificultades y discusiones interpretativas que en el futuro pudieran surgir como consecuencia de la existencia de disposiciones no relacionadas con la materia principal a la que la ley se refiere”.*

Para el caso en concreto, es preciso concluir que estos dos artículos no coinciden con la estructura temática propuesta por el título del proyecto, puesto que no sostiene una continuidad temática con el epígrafe ni con el artículo 1° del proyecto presentado. En efecto, estas disposiciones analizadas no desarrollan el tema del monto de los aportes que se debería realizar al Fomag anualmente, sino que por el contrario, se regulan las formas de intervención con las que se busca mejorar la adecuada prestación del servicio de salud, es decir, no abordan directa ni indirectamente el tema inicialmente señalado.

## II. CONSIDERACIONES DE CONVENIENCIA

### Respecto de los artículos 2° y 3°:

Sin perjuicio de lo expuesto en el capítulo anterior, de igual forma, debemos anotar que no se

logra entender con claridad cómo se desarrollaría la participación de las tres universidades públicas en la selección de la empresa encargada de realizar la auditoria de calidad médica, según lo dispuesto en el artículo 2° de la iniciativa. Es decir, de acuerdo con la redacción propuesta se podría entender que la función de selección de la empresa auditora estaría en cabeza de las mencionadas instituciones, frente a lo cual no estaríamos de acuerdo porque desconocería las funciones que prevé el artículo 7° de la Ley 91 de 1989 para el Consejo Directivo del Fomag, así como las responsabilidades que debe asumir la sociedad fiduciaria administradora del fondo especialmente en lo relacionado con la contratación de quienes prestan los servicios médico asistenciales a los afiliados al Fomag.

Lo anterior se deriva de lo establecido en artículo 3° de la Ley 91 de 1989, el cual reza: “*Créase el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, como una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, cuyos recursos serán manejados por una entidad fiduciaria estatal o de economía mixta, en la cual el Estado tenga más del 90% del capital. Para tal efecto, el Gobierno Nacional suscribirá el correspondiente contrato de fiducia mercantil, que contendrá las estipulaciones necesarias para el debido cumplimiento de la presente Ley y fijará la Comisión que, en desarrollo del mismo, deberá cancelarse a la sociedad fiduciaria, la cual será una suma fija, o variable determinada con base en los costos administrativos que se generen. La celebración del contrato podrá ser delegada en el Ministro de Educación Nacional*”.

A fin de implementar lo anterior, se suscribió el Contrato de Fiducia Mercantil número 083 de 1990, entre el Ministerio de Educación Nacional y Fiduprevisora S.A., en el cual el Ministerio de Educación Nacional, funge como fideicomitente y Fiduprevisora S.A. como fiduciario encargado de la administración de los recursos del Fondo.

En consecuencia, para la prestación de servicios médicos asistenciales de los afiliados al Fomag, se estableció en el numeral 1 del literal d) de la cláusula sexta que la contratación de los prestadores del servicio estaría a cargo de la entidad fiduciaria. Igualmente, mediante otrosí del 25 de enero de 2006, la Fiduprevisora S.A. se obliga a realizar las labores de supervisión de los contratos, así como las auditorías de calidad de los servicios de salud.

Es así que lo planteado en el artículo 2° del proyecto de ley, podría no ser acorde con las obligaciones del contrato de fiducia mercantil celebrado entre el Ministerio de Educación Nacional y la Fiduprevisora S.A.

Por último, y respecto de los artículos 2° y 3° de la iniciativa debemos anotar que el contrato de fiducia aquí estudiado se rige por las normas de derecho comercial y particularmente por los acuerdos a que hayan llegado las partes en ejercicio de su autonomía de la voluntad, debiendo respetar en todo caso, el orden público y las buenas costumbres, tal como lo ha reconocido la jurisprudencia de la Corte Cons-

titucional. De manera que si la intención es que las disposiciones analizadas tengan efectos a partir de que el proyecto de ley fuese promulgado debe tenerse en cuenta que una ley que sea posterior a la celebración de un contrato, no puede variar su contenido (tal como lo proponen los artículos en comentario) dado que su modificación está sujeta a la potestad de los contratantes.

### III. CONCLUSIÓN

El Ministerio de Educación Nacional reconoce la intención meritoria de la iniciativa. Sin embargo, de acuerdo con los argumentos esgrimidos por esta cartera se evidencian razones de inconstitucionalidad, por lo que no resulta posible coadyuvar el proyecto revisado. Adicionalmente, se reitera que algunos de los asuntos respecto de los cuales se propuso la iniciativa legislativa se encuentran integral y suficientemente regulados en otras normas actualmente vigentes y en el Contrato de Fiducia Mercantil número 083 de 1990, celebrado entre el Ministerio de Educación Nacional y la Fiduprevisora S.A., por lo cual se solicita respetuosamente considerar el archivo del **Proyecto de ley número 014 de 2016**.

Basado en el concepto emitido por la Subdirección de Recursos Humanos del Sector Educación del MEN.

### COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los ocho (8) días del mes de noviembre del año dos mil dieciséis (2016)

En la presente fecha se autoriza la publicación en *Gaceta del Congreso* de la República, las siguientes Consideraciones.

**Concepto del:** Ministerio de Educación

**Refrendado por:** *Francisco Cardona Acosta*, Viceministro de Educación Superior al **Proyecto de ley número 14 de 2014 Senado**

**Título del Proyecto:** *por la cual se fijan los aportes de la Nación para atender la salud del Magisterio colombiano*

**Número de folios:** Seis (6) doble cara

**Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado el día:** ocho (8) de noviembre de 2016

Hora: 8:44 a. m.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS ESPARZA GONZÁLEZ  
SECRETARIO GENERAL  
Comisión Séptima del Senado de la República

## PROPUESTAS

### PROPUESTA DE LA ASOCIACIÓN DE PENSIONADOS DE ICOLLANTAS AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 170 DE 2016 SENADO, 062 DE 2015 CÁMARA

*por la cual se modifica la cotización mensual al régimen contributivo de salud de los pensionados.*

Bogotá, D. C., noviembre 2 de 2016

Doctor

ANTONIO JOSÉ CORREA

Presidente Comisión Séptima del Senado

Ciudad

Honorable Senador:

La Asociación Nacional de Pensionados de Icollantas "Anpillantas", anexa copia de la petición respetuosa enviada al señor Ministro de Hacienda, con el fin de que por su intermedio se nos resuelva favorablemente nuestra justa reclamación y se haga justicia social con quienes también con nuestra fuerza de trabajo hicimos grande a nuestra amada Colombia.

Fraternalmente,

### JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

*Alvaro Sarmiento V.*  
Presidente

*Juan Manuel Rodríguez*  
Secretario Gral.

Bogotá, D. C., octubre 10 de 2016

Doctor

MAURICIO CÁRDENAS SANTAMARÍA

Ministro de Hacienda y Crédito Público

República de Colombia

Ciudad

Señor Ministro:

Los abajo firmantes le solicitamos cordialmente cambiar su concepto negativo enviado a los señores Senadores de la Comisión Séptima del Senado, respecto del Proyecto de ley número 170 de 2016 del Senado, *por la cual se modifica la cotización mensual al Régimen Contributivo de Salud de los Pensionados, bajándola del 12% al 4%*.

No compartimos su negativa, por cuanto el señor Presidente de la República suscribió en diciembre de 2013, dentro del marco de la Comisión de Concertación del Salario Mínimo Legal, el Acuerdo según el cual se comprometía a presentar al Congreso de la República, el mencionado proyecto para que se convirtiera en Ley de la República y se diera inmediata aplicación, incluso no para bajar el aporte del 12% al 4% sino para eliminarlo. Ese Acuerdo usted también lo suscribió y han transcurrido dos años y medio y esa obligación del Poder Ejecutivo no se ha cumplido, a pesar de que los acuerdos adoptados de manera tripartita entre las partes son obligatorios para las mismas y hacen parte integral de la concertación social.

Al respetar el acuerdo, que conlleva obligatoriedad para el Gobierno Nacional lo único que hace el

Gobierno es obrar en equidad y evitar una gran injusticia, cuando sabe que un trabajador activo aporta el 4% de su salario mientras que el pensionado aporte el 12% de su mesada.

Es importante recordar que dentro de las funciones que se establecen en la Ley 278 de 1996 en relación con la Comisión de Concertación sobre políticas salariales y laborales en el literal h) se expresa "Preparar los proyectos de la ley en materias sujetas a su competencia, para que el gobierno los presente al Congreso de la República". No cabe entonces ninguna duda de la obligatoriedad para el Gobierno Nacional de lo que se firma en dicha Comisión.

Por lo anterior, no entendemos cómo su Despacho utiliza argumentos de la jurisprudencia de las Altas Cortes, para hablar de una supuesta solidaridad que obliga a los pensionados a tributar de forma diferente y más gravosa, frente al resto de la población.

Es importante recordar que según cifras publicadas por la Superintendencia Financiera la distribución actual de los pensionados (con base en una gran muestra de 1.184.986 pensionados) es la que se muestra en el siguiente cuadro:

**PENSIONADOS RPM EXCEPTO FOPEP – DISTRIBUCIÓN POR MESADAS – DIC/14**

Hasta 2 smmlv	892.489	75,32	75,32
Más de 2 y hasta 4 smmlv	184.831	15,60	90,91
Más de 4 y hasta 10 smmlv	90.785	7,66	98,58
Más de 10 smmlv	16.88	1,42	100,00
	1.184.986		

Fuente: Superfinanciera y cálculos autor.

De allí nuestra fuerte convicción que la disminución del aporte a la salud por parte de los pensionados, que ya fue aprobada por la honorable Cámara de Representantes, lo que hace es generar equidad en un grupo de población que merecemos especial protección por parte del Estado. Si analizamos con detenimiento el cuadro mostrado, es fácil entender que el mayor ingreso para los pensionados, dado el bajo nivel de nuestras mesadas, se convertirá en un efecto multiplicador del gasto que servirá para incentivar el crecimiento económico, debilitado actualmente, lo cual ayudará a aumentar los ingresos tributarios ayudando a la estabilidad en el Presupuesto Nacional que se pudiera ver afectada por la disminución del aporte referido que será tomado de dicho Presupuesto.

Por último, señor Ministro, en uso del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política le solicitamos otorgar una cita, personalmente con usted, a los integrantes de la Junta Directiva de la Asociación Nacional de pensionados de Icollantas para tal efecto, nuestro correo electrónico de contacto es gerencia@anpillantas.com y secretaria@anpillantas.com

Atentamente,

Alvaro Sarmiento V  
Presidente

Juan Manuel Rodríguez  
Secretario Gral.

Respetuosamente,

No.	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
	EDGIL EVA BUENA	17160395	[Firma]
	HONORIO ALARCOS	19056815	[Firma]
	JHANE E. GONZALEZ	19.144.559	[Firma]
	ALVARO SARMIENTO V	17009813	[Firma]
	Hermelinda Marten	19210260	[Firma]
	José Fruto Rada	19228904	[Firma]
	Aracelio Torres	14190615	[Firma]
	VICTOR OSILIO ROA C.	2940442	[Firma]
	José Ramón Obes	17190271	[Firma]
	Maria Virginia Rojas	2093969	[Firma]
	Olmas Mejía	7210586	[Firma]
	José Humberto Ortiz V.	17132485	[Firma]
	Yolanda Zamora	11739289	[Firma]
	Raquel María Tindiga	3071509	[Firma]

Respetuosamente,

No.	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
	Adela Nela Casado	26132919	[Firma]
	Gabriel Loza	17126328	[Firma]
	ANA E TELLOZ LOZA	41440590	[Firma]
	Ana Cecilia Mayorga	20937997	[Firma]
	Rosendo Contreras	589832	[Firma]
	MAXIMILIANO DIAZ	80767	[Firma]
	Saumigarcía	5891726	[Firma]
	Bente de Rubio	41306349	[Firma]
	RAFAEL FLORES	17053593	[Firma]
	León Eduard Sánchez	380204	[Firma]
	Saul Espinosa	1823161	[Firma]
	Luis E. Piñe	19093934	[Firma]
	Gilberto Galante	2864230	[Firma]
	Luis Humberto	3780661	[Firma]

No.	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
	Maria Yana Aguirre	2009950	Maria Yana Aguirre
	Miguel Niño	17190866	Miguel Niño
	<del>Antonio</del>	4907100	<del>Antonio</del>
	Jenny	17045268	Jenny
	Maria Eva de Rocha	20114286	Maria Eva de Rocha
	Jose Alvaro Montenegro	17142042	Jose Alvaro Montenegro
	Ludys Lopez	41791736	Ludys Lopez
	Geber Cero	19714519	Geber Cero
	Guillermo Pizarro	17095392	Guillermo Pizarro
	Veronica del Rio H.	5910190	Veronica del Rio H.
	Luis Alberto	39698824	Luis Alberto
	Huoneto Svanoda	17192629	Huoneto Svanoda
	Jose William Gonzalez	14315601	Jose William Gonzalez
	Guillermo Pilla	13084008	Guillermo Pilla

No.	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
	JUAN MANUEL	2892763	Juan Manuel
	Hector Neza	19133323	Hector Neza
	Blanca	41641518	Blanca
	Gloria	41308534	Gloria
	Amalia Sandoval	51598502	Amalia Sandoval
	Juan	19716276	Juan
	Blanca C. Salazar	41422512	Blanca C. Salazar
	Jose Arturo	59102	Jose Arturo
	Blanca	41785479	Blanca
	Luis Rodriguez	28761894	Luis Rodriguez
	Bernardo A. Vivari	29003322	Bernardo A. Vivari
	Hector	2893704	Hector
	Haithe Patricia	52033611	Haithe Patricia
	Jose	41763506	Jose
	Alvaro	13084511	Alvaro
	Carlos	14044199	Carlos
	ARMANDO	12527612	Armando

No.	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
	Haithe Yolanda Zamora	51605349	Haithe Yolanda Zamora
	Abel Amaya	362251	Abel Amaya
	Luis Garzon	49062550	Luis Garzon
	Edy	2453209	Edy
	Eduardo Apamecha	19055141	Eduardo Apamecha
	CARLOS E. S. ANABAN	19210985	Carlos E. S. Anaban
	Maria Liza de Ruiz	20222695	Maria Liza de Ruiz
	Jose	1975793	Jose
	HERNAN TOROZO	7870952	Hernan Torozo
	Alejandro Alvarado	17178879	Alejandro Alvarado
	Maria Ismael	11940921	Maria Ismael
	ANIBAL MUMOZ	2905957	Anibal Mumoz
	Plinio A. Hernandez	17070576	Plinio A. Hernandez
	Jose Briceño	81039	Jose Briceño

No.	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
	Rafael	17054304	Rafael
	JOSUE	5161095	Josue
	Ernesto	453904	Ernesto
	Sirvo de Gonzalez	462153	Sirvo de Gonzalez
	MARIBATO DE LOS RIOS	9127341	Maribato de los Rios
	Patric	41089398	Patric
	Maximiliano	19392686	Maximiliano
	Sergio	370439	Sergio
	Paul	11062321	Paul
	Camilo	19086731	Camilo
	Juan Manuel	17080022	Juan Manuel

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE  
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá D.C., a los cuatro (4) días del mes de noviembre  
del año dos mil dieciséis (2016)

En la presente fecha se autoriza la publicación en *Gaceta  
del Congreso* de la República, las siguientes Consideraciones.

Propuesta de: Asociación de Pensionados de Icollantas  
(Anpillantas)

Refrendado por: *Álvaro Sarmiento V.*, Presidente, y *Juan  
Manuel Rodríguez*, Secretario General

**Al Proyecto de ley número 170 de 2016 Senado, 062 de  
2015 Cámara (acumulado con el Proyecto de ley número  
008 de 2015 Cámara)**

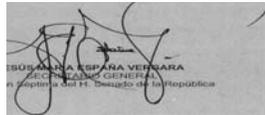
Título del proyecto: *por la cual se modifica la cotización  
mensual al régimen contributivo de salud de los pensionados.*

Número de folios: nueve (9)

Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Se-  
nado el día: cuatro (4) de noviembre de 2016.

Hora: 3:28 a. m.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso  
5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.



**CONTENIDO**

Gaceta número 977 - Martes, 8 de noviembre de 2016

<b>SENADO DE LA REPÚBLICA</b>		<b>Págs.</b>
<b>CONCEPTOS JURIDICOS</b>		
Concepto jurídico del Ministerio de Salud y Protección Social al Proyecto de ley número 07 de 2016 Senado, por medio de la cual se esta- blecen normas sobre la información nutricional, el etiquetado de las bebidas azucaradas y se dictan otras disposiciones. ....	1	
Concepto jurídico del Ministerio de Educación Nacional al Proyecto de ley número 14 de 2016 Senado, por la cual se fijan los aportes de la Nación para atender la salud del Magisterio colombiano. ....	12	
<b>PROPUESTAS</b>		
Propuesta de la Asociación de Pensionados de Icollantas al proyecto de ley número 170 de 2016 Senado, 062 de 2015 Cámara, por la cual se modifica la cotiza- ción mensual al régimen contributivo de salud de los pensionados. ....	17	