

PROYECTO DE LEY DE PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA.

RELACIÓN DE DOCUMENTOS:

TODOS LOS DOCUMENTOS DEL EXPEDIENTE SON ACCESIBLES

Nº de orden	Denominación del documento
1	Memoria justificativa.
2	Memoria económica.
3	Memoria de evaluación de impacto de género.
4	Memoria de evaluación de impacto sobre la infancia.
5	Relación de entidades a las que se concede trámite de audiencia e informes.
6	Memoria de valoración de cargas administrativas.
7	Acuerdo de inicio.
8	Informe de la Dirección General de Formación Profesional para el Empleo.
9	Memoria de restricción de la libertad de establecimiento.
10	Certificado sobre borrador de Acta del Consejo de Gobierno relativa a la presentación del Anteproyecto de Ley ante dicho órgano.
11	Acuerdo de apertura del trámite de audiencia e informes.
12	Publicación en BOJA de la Resolución de la SGT de la Consejería de Salud de fecha 9 de noviembre de 2016 por la que se acuerda someter a información pública el Anteproyecto de Ley.
13	Informe del Consejo de las Personas Consumidoras y Usuarias de Andalucía.
14	Informe de evaluación del enfoque sobre los derechos de la infancia de la Dirección General de Infancia y Familias.
15	Informe del Ayuntamiento de Málaga.
16	Informe de la Unidad de Igualdad de Género.
17	Informe del Consejo Andaluz de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación.
18	Informe de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.
19	Informe de la Dirección General de Relaciones Laborales y Seguridad y Salud Laboral.
20	Informe de la Secretaría General de Educación y Formación Profesional.
21	Informe de la Dirección General de Planificación y Evaluación.
22	Informe de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Educación.
23	Informe de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Presidencia y Administración Local.
24	Informe del Consejo Audiovisual de Andalucía.
25	Informe del Consejo Andaluz de Gobiernos Locales.
26	Informe de la Federación Andaluza de Municipios y Provincias.
27	Informe de la Secretaría General de Salud Pública y Consumo al informe del Consejo Andaluz de Gobiernos Locales.
28	Memoria funcional y económica de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud de fecha 15 de diciembre de 2016.
29	Informe de la Secretaría General para la Administración Pública.
30	Informe de la Viceconsejería de la Consejería de Turismo y Deporte.
31	Informe de la Secretaría General de Agricultura y Alimentación.
32	Informe de la Secretaría General de Salud Pública y Consumo sobre las alegaciones realizadas durante el trámite de audiencia e información pública.
33	Informe de legalidad de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud.

34	Informe del Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía.
35	Memoria funcional y económica de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud de fecha 1 de junio de 2017.
36	Informe del Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía.
37	Certificado del responsable de la Unidad de Transparencia de la Consejería de Salud sobre publicidad del expediente en el momento de su presentación ante el Consejo de Gobierno.
38	Memoria de la Secretaría General de Salud Pública y Consumo en relación con la motivación del trámite de audiencia.
39	Memoria de la Secretaría General de Salud Pública y Consumo justificante del cumplimiento de los principios de buena regulación.
40	Informe de la Secretaría General de Salud Pública y Consumo al Informe del Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía.
41	Informe de la Secretaría General de Salud Pública y Consumo al Informe del Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía.
42	Informe de la Dirección General de Presupuestos.
43	Informe de la Comisión Consultiva del Consejo de la Transparencia y la Protección de Datos.
44	Dictamen del Consejo Económico y Social de Andalucía.
45	Informe de la Secretaría General de Salud Pública y Consumo al dictamen del Consejo Económico y Social de Andalucía.
46	Certificado del responsable de la Unidad de Transparencia de la Consejería de Salud relativa a la publicidad del expediente tras su remisión al Consejo Económico y Social de Andalucía.
47	Certificado de la Secretaría General Técnica relativa a la publicación de la Resolución de fecha 9 de noviembre de 2016 por la que se acuerda someter a información pública el expediente del Anteproyecto de Ley junto con el texto en el Portal de la Transparencia de la Junta de Andalucía.
48	Memoria de la Secretaría General de Salud Pública y Consumo en relación a la proporcionalidad de las medidas recogidas en el Anteproyecto de Ley.
49	Dictamen del Consejo Consultivo de Andalucía.
50	Informe de la Secretaría General de Salud Pública y Consumo relativo al dictamen del Consejo Consultivo de Andalucía.

En virtud de lo establecido en el Acuerdo de 17 de diciembre de 2013, del Consejo de Gobierno, por el que se adoptan medidas para la transparencia del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, y dando cumplimiento a las Instrucciones de coordinación para asegurar la homogeneidad en el tratamiento de la información en cumplimiento de lo establecido en el citado Acuerdo, se emite la presente propuesta sobre la aplicación de los límites de acceso de los documentos que integran el expediente relativo al asunto indicado.

En Sevilla a 8 de enero de 2018

LA VICECONSEJERA



Fdo. María Isabel Baena Parejo

MEMORIA JUSTIFICATIVA DE LA LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA ACTIVA Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA.

Identificación del problema de salud. La obesidad representa el primer problema de salud pública del mundo desarrollado

Entre 2010 al 2030, en casi todos los países, se prevé que el porcentaje de sobrepeso y obesidad aumente intensamente: un 75% en el Reino Unido, un 80% en la República Checa, España y Polonia, y un 90% en Irlanda, el nivel más elevado calculado. Si bien, niños y niñas los más afectados, del 20% pasan al 60%

Los estudios de prospectivas alertan que se espera que las tasas de obesidad en los países de la OCDE en el año 2050 sean del 60% en los hombres, el 50% en las mujeres y el 25% en los niños.

La obesidad esta relacionada con un incremento del riesgo de padecer problemas de salud física importantes con un incremento de la probabilidad de padecer algunos tipos de cáncer (colon y recto), con incremento de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes, problemas del aparato locomotor, etc... Con un incremento de padecer sufrimiento relacionado con la salud psicosocial como bajo autoestima o depresión y con claros problemas funcionales en las personas que padecen obesidad. como limitaciones a la movilidad, aptitud física baja, mayor absentismo escolar y laboral entre otros. Numerosos estudios lo relacionan con mayor probabilidad de desempleo. Fuente: OIM, BofA Merrill Lynch Global Research

Identificación del problema social. La obesidad incrementa la brecha de las desigualdades económicas y de género y tiene un gran coste económico para la sociedad.

El género, la etnia y el nivel socioeconómico son causas de inequidades en la obesidad en Europa. Las desigualdades socioeconómicas en las personas obesas en Europa son cada vez más amplias y profundas

Es preciso conocer los promedios poblacionales de la prevalencia de la obesidad para evitar difuminar el aumento de los niveles en los grupos desfavorecidos

Las mujeres y los niños en los grupos de bajo nivel socioeconómico son más vulnerables y soportan inequidades en la obesidad que se transmite de generación en generación. El Pre-embarazo, el embarazo, la lactancia y la primera infancia son periodos críticos para las intervenciones para reducir las inequidades de obesidad.

El coste o la carga de la obesidad deben ser medidas tanto por la pérdida de años de vida y de la calidad de vida y el impacto financiero como por los relacionados con la enfermedad en el sistema de salud (costos directos) y en la sociedad (costos indirectos)

Se ha calculado una pérdida en la esperanza de vida de 7 años atribuible a la obesidad. No obstante el impacto será casi nulo debido al abordaje de las patologías crónicas relacionadas con la obesidad por parte de los sistemas sanitarios públicos, lo que supondrá un incremento en su presupuesto muy importante.

En el estudio prospectivo realizado en el Reino Unido se ha calculado en un alrededor de 5% incremento del coste del National Health Service en el momento actual que ascenderá a 7,3%

Causas de la obesidad

La casuística que produce la obesidad es extensa y compleja, generando un nuevo abordaje ecológico y prospectivo que se denomina Sistema de Obesidad, que representa: *“La suma de un conjunto relevante de factores y sus interdependencias que determinan la condición de la obesidad de un individuo o un grupo de personas”* (*Tackling Obesities: Future Choices – Modelling. Future Trends in Obesity&Their Impact on Health*). En este estudio prospectivo realizado en el Reino Unido se han estudiado 108 variables que se han agrupado en clústeres temáticos, tales como la influencia social, la producción de alimentos, el consumo de alimentos, la actividad física que se realiza o se puede realizar en el entorno, la actividad individual, la psicología individual, la biología. Y se han analizado también el peso que cada grupo tiene sobre la enfermedad. Las conclusiones llevan a una multicausalidad que exige una intervención multifactorial que incida en el amplio ecosistema de la obesidad

Recomendaciones Internacionales

Las Estrategias para la prevención de la obesidad están cambiando, lejos de enfocarse sólo en el individuo evolucionan hacia un modelo ecológico para tratar las influencias ambientales y sociales en el comportamiento

Una intervención sistémica a través del Mapa del Sistema de Obesidad incidiendo en el mayor número de las 108 variables. Intervenciones a diferentes niveles: individual, local, sectorial y regional. Acciones distribuidas en todo el ciclo de vida. Conjuguar una mezcla de iniciativas, facilitadoras y amplificadoras. Planes a corto, mediano y largo plazo para el cambio.

La Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en el 2014 elabora un documento *Obesity an Inequities* en el que realiza unas recomendaciones para el desarrollo de estrategias eficaces, igualitarias e inclusivas para la lucha contra la obesidad. En este documento se afirma que “la mayoría de las personas de bajos ingresos en Europa saben lo que constituye una dieta saludable. En lugar de la falta del conocimiento, la prioridad es hacer frente a la asequibilidad, accesibilidad, disponibilidad y la práctica en relación a la alimentación saludable”.

- Las intervenciones para tratar la obesidad a nivel de población tienen más probabilidades de ser eficaces que las intervenciones a nivel individual, especialmente para los grupos de bajo nivel socioeconómico.
- Las políticas universales para mejorar los hábitos alimenticios, y modificar los entornos que fomenten la actividad física son importantes, pero los grupos más desfavorecidos puede requerir medidas adicionales a beneficiarse de estas políticas, tales como:
 - Intervenciones para abordar la autoestima, la falta de conocimientos y tener en cuenta las necesidades y percepciones de las mujeres y los mas desfavorecidos;
 - Programas para ayudar a los niños a desarrollar un gusto por las verduras, además de proporcionar gratis comidas / verduras y frutas en las escuelas.
- Las personas con bajos ingresos son más sensibles a los precios que los de ingresos más altos. Estrategias que gravaen alimentos alto contenido de grasas, azúcar y sal y la eliminación de impuestos sobre las verduras y las frutas permiten reducir las desigualdades.
- Es importante desarrollar y evaluar el coste de los contenidos de una cesta de la compra nacional de alimentos saludables para ayudar a decidir el salario mínimo y los niveles de beneficios sociales.
- Las iniciativas para restringir la comercialización de alimentos poco saludables de alto contenido en grasas, azúcar y sal y bebidas azucaradas a los niños contribuyen a reducir las desigualdades, debido a la mayor exposición y vulnerabilidad de los niños desfavorecidos a la comercialización.
- Medidas para mejorar la composición de los alimentos procesados (por ejemplo, la reducción de grasa, azúcar y contenido de sal) tiene el potencial de reducir las desigualdades, con la condición de que su costo es el mismo, o menor que, alternativas poco saludables.
- Con una renta baja, la compra de alimentos poco saludables puede ser la opción más viable. Por lo que las intervenciones necesitan enfocarse en:
 - Aumentar la protección social y el apoyo a los ingresos, para cubrir el costo de comprar un alimento saludable cesta;
 - Ayuda para la comida, por ejemplo a través de vales de verduras y frutas;

- Reducir la disponibilidad y la comercialización de alimentos poco saludables en las zonas desfavorecidas y las escuelas;
 - Promover la oferta local de verduras y fruta a través de iniciativas que incluyen la participación activa de los grupos desfavorecidos.
- El embarazo y la primera infancia son periodos críticos para la intervención sobre las desigualdades en la obesidad. Las intervenciones prioritarias incluyen:
 - El pago de la licencia de maternidad durante seis meses para apoyar la lactancia materna exclusiva durante ese período;
 - Aumentar la asistencia a la atención prenatal para las mujeres socialmente desfavorecidas y jóvenes mediante el uso de métodos participativos para hacer frente a sus necesidades y percepciones;
 - El apoyo a la lactancia materna y la alimentación complementaria especializada, adaptada a las específicas necesidades de las madres obesas desfavorecidas, incluidas las adolescentes, y sus familias;
 - Proporcionar comidas saludables gratuitos o subvencionados (incluyendo desayuno), junto con las verduras y fruta en las escuelas y centros de educación infantil.

En cuanto a la iniciativa reguladora por parte de los gobiernos también se ha analizado y recomendado la pertinencia de ésta. Algunas buenas prácticas analizadas en la bibliografía son

- 1) Prohibición publicidad alimentos no saludables en medios de comunicación.
- 2) Prohibición publicidad alimentos para niños inferiores a 12 años, Regulación de las grasas saturadas y trans.
- 3) Establecimiento etiquetado productos con grasas trans.
- 4) Prohibición de determinantes positivos en los alimentos no saludables. (Por ejemplo, los juguetes en las hamburguesas).
- 5) Establecimiento de determinantes positivos en los alimentos saludables. Prohibición de dosis distorsionantes.
- 6) Envasado y embotellado de dosis humanas saludables.
- 7) Información de las calorías en los menú servidos en las cadenas de restauración.
- 8) Establecimiento sistema de etiquetas de colores según contenido de grasa, grasa trans, azúcar y sal (Modelo inglés del semáforo: verde, naranja y rojo).
- 9) Mecanismo de autorregulación industrial.

En mayo de 2012 un estudio del British Medical Journal sobre la base de una investigación de la obesidad en todo el mundo, centrada en los efectos sobre la salud de los impuestos sobre

los alimentos, sostiene que los impuestos sobre los alimentos y bebidas no saludables tendrían que alcanzar al menos 20% del precio para tener un efecto significativo en las condiciones relacionadas con la dieta, tales como la obesidad y las enfermedades del corazón (Fuente: Mytton et al, BMJ). Idealmente, argumentan esto debería ser combinado con subsidios a los alimentos saludables, como frutas y verduras.

El último informe publicado por la OMS en 2016 sobre Obesidad Infantil concluye “La obesidad infantil socava el bienestar físico, social y psicológico de los niños y es un conocido factor de riesgo para la obesidad y las enfermedades no transmisibles en la edad adulta. Es imperativo actuar ahora para mejorar la salud de esta generación y la siguiente. La Comisión reconoce que la diversidad de posibles recomendaciones normativas para hacer frente al problema de la obesidad infantil es muy amplia y contiene una serie de elementos novedosos. Ahora bien, solamente adoptando un enfoque multisectorial a través de un conjunto amplio e integrado de intervenciones que combatan el entorno obesogénico, la dimensión del curso de vida y el sector educativo, podrán lograrse progresos sostenidos. Ello exige compromiso y liderazgo del gobierno, inversiones a largo plazo y la participación del conjunto de la sociedad para proteger los derechos de los niños a la buena salud y el bienestar. La Comisión está convencida de que pueden lograrse progresos si todos los agentes mantienen su compromiso de trabajar juntos en pro de un objetivo común: acabar con la obesidad infantil”

La Escuela Andaluza de Salud Pública está revisando la experiencia en el mundo sobre impuestos, en su Estudio sobre los impuestos especiales a las bebidas refrescantes azucaradas (Faulkner et al., 2011) destaca la importancia del proceso de implementación de la medida, más allá de la evidencia disponible. Para estos autores “Considerando la evidencia existente, es más probable que las políticas tengan que ser implementadas con una base de pruebas incompletas,Cuando la evidencia empírica todavía no es lo suficientemente fuerte, tal vez los principales criterios reconocidos por la mayoría son aquellos relativos al daño potencial.”

La Organización Mundial de la Salud ha pedido a los gobiernos que establezcan nuevos impuestos para las bebidas azucaradas, a las que responsabilizó del aumento de la diabetes, las caries y la obesidad, una patología con dimensiones epidémicas en algunos países. Se pone como ejemplo a México de un país donde el Gobierno ha tomado medidas para frenar el aumento acelerado de consumo de bebidas azucaradas, mediante el establecimiento, en enero de 2014, de una tasa especial que causó un incremento del 10 % en el precio final del producto. El impacto ya podía medirse a finales de ese mismo año, con una reducción del 6 % del consumo general y de hasta un 17 % en los sectores de menores recursos.

Estrategias de Intervención en Andalucía y la decisión del desarrollo de una Ley andaluza.

En el año 2004 se pone en marcha el Plan para la Promoción de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía, sus objetivos se centran en que 1) la población andaluza conozca las ventajas derivadas de la realización de actividad física, así como aquellas actividades más recomendadas para diferentes grupos sociales (edad, sexo, etc.) 2) La población andaluza conozca los beneficios de la alimentación equilibrada, así como aquéllas recomendaciones concretas para conseguirla (composición de los alimentos, frecuencia de consumo, etc). 3) La familia andaluza tenga los conocimientos necesarios para poder hacer una lectura correcta del etiquetado de los alimentos, la mejora de su dieta cotidiana y su repercusión en la cesta de la compra. 4) Se ofrezca a la familia andaluza la información necesaria sobre una conservación correcta de los alimentos. 5) La población andaluza tenga acceso a la información mínima, que le permitiera hacer una valoración correcta de los mensajes publicitarios en los que la alimentación y el ejercicio se tomen como valores, así como de las prácticas de riesgo más difundidas dentro de la población (dietas milagro y realización de ejercicios físicos no controlados). El paradigma en el que se inserta este Plan se relaciona con la capacidad que puede tener el individuo de modificar su comportamiento en función del acceso a una información adecuada sobre hábitos de vida saludable

En el 2007 se pone en marcha el Plan Integral de Obesidad Infantil al detectar el incremento continuo de la prevalencia de la obesidad en los niños. Los objetivos de este Plan son:

- 1) Frenar la tendencia ascendente de las tasas de obesidad infantil de nuestra Comunidad a corto plazo e invertirla en un plazo intermedio.
- 2) Mejorar la atención sanitaria de los niños y niñas con obesidad y sus familias.
- 3) Disminuir la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas con obesidad.

Estos objetivos se pretenden conseguir a través de:

- 1) Sensibilizar a la población general sobre la necesidad de mantener un peso adecuado en todas las edades, mediante el equilibrio entre una alimentación saludable y la práctica de actividad física regular.
- 2) Promover en las familias andaluzas la adquisición de conocimientos adecuados para la adopción de hábitos saludables para el mantenimiento de un peso saludable, haciendo especial énfasis en los hijos e hijas.
- 3) Potenciar el desarrollo de condiciones socio-ambientales facilitadoras de dichos hábitos.
- 4) Involucrar activamente a las diferentes instituciones y agentes sociales para la prevención de la obesidad infantil.

- 5) Avanzar en el diagnóstico precoz y garantizar una atención sanitaria basada en la mejor evidencia científica disponible, asegurando la continuidad asistencial como elemento de calidad integral.
- 6) Promover proyectos de investigación relacionados.
- 7) Facilitar la formación profesional de todas las personas potencialmente implicadas en la prevención y atención a la obesidad infantil. 8.- Reorientar los servicios actualmente existentes. Y para lograrlo, se han elegido una serie de Líneas generales de actuación en las áreas de:
 - Comunicación e información a la población.
 - Promoción y prevención primaria.
 - Asistencia sanitaria integral.
 - Participación e intersectorialidad
 - Formación y desarrollo de profesionales.
 - Investigación e innovación.
 - Desarrollo normativo.

Este Plan ya aborda el problema desde un paradigma más abierto en el que se debe trabajar con otras administraciones públicas y determinados actores sociales para intentar actuar sobre otros factores determinantes además de los individuales.

El enfoque es correcto pero la eficacia de las acciones que dependen de exclusivamente de la voluntad de los diferentes actores no ha ayudado a frenar las tasas de obesidad infantil.

La experiencia andaluza se puede encontrar en diferentes regiones europeas y ello lleva a revisar los planteamientos por parte de la Organización Mundial de la Salud para impulsar una implicación de los poderes públicos para que en el marco del paradigma de *salud en todas las políticas* se asuman regulaciones desde todos los niveles de administración: europea, nacional, regional y local y que vayan más allá de la mera información o progresiva pero muy lenta estrategia de alianzas (como la Estrategia NAOS)

El proceso de participación con todos los actores implicados para la elaboración de la Ley

La Secretaría General de Salud Pública y Consumo en el año 2015 elabora un estudio de prospectiva sobre el problema de la epidemia de obesidad mundial y las diferentes estrategias que recomiendan los expertos y las diferentes instancias internacionales. La principal recomendación que se extrae de dicho estudio es la de poner marcha normas que pongan de manifiesto el liderazgo de los poderes públicos en esta materia como paso imprescindible para poder avanzar en la lucha contra la obesidad.

Posteriormente se asume por parte de la Consejería de Salud la necesidad de elaborar una ley que permita desplegar las estrategias necesarias para combatir la principal epidemia del mundo desarrollado, la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas, ya que resulta imprescindible alinear y articular las acciones con todos los actores sociales implicados en los diferentes factores de riesgo, trabajando desde un modelo ecológico, tal y como se recomienda desde todas la OMS y todas las instancias internacionales.

Para ello la Secretaría General de Salud Pública y Consumo en la sesión de trabajo de la SGSPyC el 22 de febrero aprueba un proceso de participación social como metodología imprescindible para la elaboración del texto. Se decide la participación de la Escuela Andaluza de Salud Pública para su desarrollo y apoyo. Este proceso consiste en el diseño de talleres de trabajo con los diferentes actores implicados (representantes de la Administración Autonómica, representantes de Administraciones Locales, representantes de consumidores, pacientes y asociaciones ciudadanas, representantes de sociedades científicas y colegios profesionales, representantes de empresarios de alimentación y bebidas de los diferentes sectores afectados, representantes de productores de alimentos y de medios de comunicación con la siguiente secuencia: Nueve talleres autonómicos monográficos y ocho talleres provinciales donde participan conjuntamente los diferentes actores.

El objetivo de estos talleres es iniciar un proceso de sensibilización social y a la vez recabar opiniones e iniciativas provenientes de los sectores implicados que pudieran incorporarse en la futura Ley

El primer taller se realizó el martes 9 de marzo. En este primer taller se buscó la convocatoria del abanico de perfiles que representarían a todos los actores sociales identificados como implicados en el problema que queríamos abordar y con los que más adelante se realizaría un taller específico Acudieron representantes de la Administración Autonómica: Consejerías de Agricultura, Educación, Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, Turismo y Deporte entre otras, representantes de Administraciones Locales, representantes de consumidores, pacientes y asociaciones ciudadanas, representantes de Sociedades Científicas y Colegios Profesionales, representantes de productores de alimentos, de la industria agroalimentaria y de los restauradores. Entre ellos estuvieron representantes de la Confederación de Empresarios de Andalucía (CEA) que contaba entre sus miembros a empresarios asociados a la Federación Nacional de Industrias de Alimentación y Bebidas, hasta un total de 25 personas

Tras este taller se acordó con la CEA celebrar un encuentro específico con esta confederación, monográfico sobre la futura Ley de lucha contra la obesidad. La CEA decidiría los representantes de los empresarios que considerase oportuno. Nuestra recomendación es que hubiera representantes de al menos tres sectores: sector de las grasas y aceites, sector

de la bollería industrial y sector de las bebidas refrescantes. Este encuentro se celebró el pasado 29 de marzo (9 horas) con una participación amplia de unos 8-10 empresarios.

Los talleres monográficos se fueron realizando desde el 29 de marzo hasta el 27 de abril. Taller monográfico con representantes de Medios de Comunicación, 29 de marzo. Taller con empresarios de la industria agroalimentaria 30 marzo. La CEA colabora activamente en la designación de empresarios de los tres sectores más significativos (grasas, bollería y bebidas) además de una búsqueda activa por parte de la Secretaría. Taller con los empresarios del sector de Restauración (HORECA) 6 de abril. La CEA también colabora activamente en la designación de empresarios. Taller de representantes del ámbito de la producción de alimentos el 20 de abril. Taller con representantes de Sociedades Científicas y Colegios Profesionales del área sanitaria el 7 abril. Taller de consumidores, pacientes y asociaciones ciudadanas el 18 abril. Taller sobre los entornos en el que participan representantes de administraciones locales y autonómicas de Medio ambiente, el 26 de abril. Taller Educación: Participan representantes de los ciclos formativos de educación primaria, secundaria y universidades además de las Asociaciones de Padres y Madres de Andalucía (AMPAS), el 27 de abril. Posteriormente se celebra una reunión de trabajo con representantes de la Federación de Industrias de la Alimentación y Bebidas (FIAB) se celebra el 30 de mayo en la sede de la Dirección General de Consumo. En ese encuentro se explica el objetivo de la Ley y el proceso de exploración y recogida de iniciativas realizadas. Los talleres provinciales comienzan el 10 de mayo en Jaén, Provinciales.

Posteriormente se celebraron talleres de carácter provincial con la colaboración de las Delegaciones Territoriales. Los perfiles de los participantes pretendían reproducir de nuevo a todos los actores sociales implicados en cada provincia. Comienzan el 10 mayo en Jaén, 16 mayo en Granada, 17 mayo en Almería, 31 mayo en Sevilla, 23 junio en Málaga, 28 junio en Córdoba, 30 de junio en Huelva y 5 de julio en Cádiz

Se dio indicación a los Jefes de Servicio de Salud Pública que convocaran a las empresas radicadas en la provincia de los sectores de la producción, de la industria agroalimentaria y de la restauración. En estos talleres se observó el peso de los diferentes sectores diferente por provincias (por ejemplo el del aceite en Jaén, el de la restauración en Málaga o la industria agroalimentaria en Huelva y Córdoba).

El borrador del Anteproyecto de Ley de promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada

Por todo lo expuesto la propuesta de anteproyecto incorpora en su objeto 1) el establecimiento y desarrollo de las acciones necesarias para la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable y equilibrada entre la población, con la finalidad de prevenir los problemas del sobrepeso y la obesidad en Andalucía y los riesgos para la salud que llevan

asociados, así como favorecer una atención integral a las personas que padecen estos problemas y la concienciación social sobre los mismos y 2) el establecimiento de medidas para la promoción de la salud, la prevención y la adecuada atención sanitaria de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos de la conducta asociados a una distorsión negativa de la propia imagen corporal.

1.Fomentar una nutrición adecuada mediante una alimentación saludable en todas las personas en Andalucía.

2.Fomentar la actividad física saludable en la toda la población, desde una perspectiva de género, favoreciendo un urbanismo saludable, políticas de transporte activo adaptadas a este objetivo, políticas de accesibilidad a instalaciones deportivas, de ocio y tiempo libre y políticas de envejecimiento activo y saludable.

3.Favorecer entornos e instalaciones educativas, laborales y sociales que sean saludables y que favorezcan la actividad física y la alimentación saludable y, como consecuencia, la prevención del sobrepeso y la obesidad.

4.Garantizar la atención sanitaria a la población en situación de sobrepeso y obesidad y a las personas con trastornos de la conducta alimentaria y luchar contra la estigmatización social y la discriminación que sufren las personas afectadas por estos problemas de salud.

5.Proteger a la población, especialmente a los grupos más vulnerables, frente a la publicidad, la promoción y el patrocinio de alimentos y bebidas no saludables y regular las condiciones para que la ciudadanía reciba una información veraz sobre la calidad nutricional de alimentos y bebidas de consumo comercial.

6.Promover en la sociedad y en los sectores implicados, una conciencia social sobre estándares de belleza y cuidados del cuerpo que fomenten una imagen realista y saludable de la diversidad

7.Fomentar y promover la responsabilidad social ante la salud de empresas de producción y comercialización de alimentos y bebidas para crear condiciones que favorezcan un consumo saludable, equilibrado y sostenible entre la población.

Sevilla, 29 de septiembre 2016



Josefa Ruiz Fernández

Secretaria Gral. Salud Pública y Consumo

MEMORIA ECONÓMICA DE LA LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA.**Consideraciones previas**

En primer lugar es necesario hacer mención como se ha reseñado en la memoria funcional de la presente Ley, la implantación efectiva de ésta supondrá una progresiva reducción de los costes sanitarios al reducir los costes derivados de la atención de las enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad.

En cuanto a costes en el ámbito de los centros educativos será la Consejería competente en materia educativa quien deberá pronunciarse al respecto. No obstante en los trabajos preparatorios de la Ley se ha contado con su participación. Tanto en los talleres monográficos antes de la elaboración del borrador como posteriormente en la valoración de un primer borrador. Nos han expresado que se incorpora la mayoría de los extremos en los planes actualmente en marcha (Plan de extensión de los comedores escolares)

En cuanto a los costes para los centros laborales, en primer lugar mencionar que la reducción del sobrepeso y en especial la obesidad es un factor de mejora de la productividad de los trabajadores junto con un plan de promoción de la salud dentro de las empresas.

Los costes de la Ley en el sistema sanitario.

La implantación de la Ley en el ámbito del sistema sanitario conlleva la puesta a disposición de espacios para lactancia materna recogida en el art. 7.2.a requiere de reorganización de espacios en algunas ocasiones en los centros sanitarios pero que no entendemos que suponga coste económico alguno.

En relación a la puesta en marcha de una red de bancos de leche que se recoge en el art. 19.1. Se ha iniciado ya por parte de la Consejería la puesta en marcha de esta red. Contamos hasta este momento funcionando 2, uno de reciente creación en el hospital Virgen del Rocío y el primero en el Hospital en el Hospital Virgen de las Nieves con lo que la cobertura de la

demanda actual está cubierta, actuando de centros donantes el resto de centros hospitalarios de la red del SSPA.

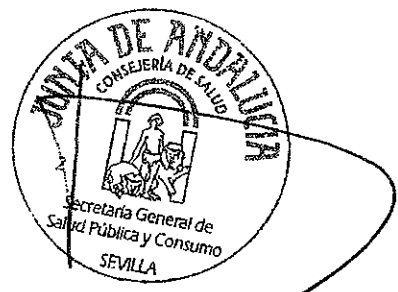
En relación con los aparcamientos de bicicletas que los centros sanitarios con más de 50 trabajadores deben contar, recogido en el artículo 6.2 , la instalación de estos se enmarca dentro de las líneas estratégicas del Plan Andaluz de la de la bicicleta que gestiona la Consejería de Fomento y vivienda y que incluye garantizar unos niveles adecuados de funcionalidad en los servicios e infraestructuras complementarias (aparcamientos, bicicleta pública, intermodalidad, etc.).

En cuanto al "Proceso Asistencial Integrado para la Atención a Personas con Obesidad Mórbida" recogido en el art. 22.4 este queda recogido en la actividad de diseño y puesta en marcha de procesos asistenciales integrados donde se realizan los análisis de evidencias para las diferentes técnicas de diagnóstico y tratamiento de la Secretaría de Investigación, Desarrollo e Innovación, con la colaboración de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

En cuanto a la formación de profesionales sanitarios en relación a las competencias en promoción, prevención y atención de las personas con obesidad, estará integrada dentro de los planes anuales de formación continuada de los profesionales sanitarios.

En cuanto a los tiempos máximos de atención que se garantizarán para el tratamiento quirúrgico de la Obesidad cuando esté indicado realizarlo, recogido en el artículo 22.5, estos tratamientos se incorporarán en la cartera de servicios de aquellos hospitales que estén previamente capacitados para ello y por lo tanto con los requisitos técnicos con los que ya cuente. Con lo que fundamentalmente el esfuerzo se centra en la formación de los profesionales que quedará recogida en los planes anuales de formación continuada de los profesionales sanitarios.

Sevilla, 29 de septiembre 2016



Josefa Ruiz Fernández
Secretaria Gral. Salud Pública y Consumo

INFORME DEL IMPACTO DE GÉNERO QUE IMPLICA LA IMPLANTACIÓN DE LA LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA ACTIVA Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA.

1. Fundamentación y objetivo Informe.

La Secretaría General de Salud pública y Consumo, haciendo uso de sus competencias en relación con la promoción de estilos de vida saludable recogidas en el Decreto de estructura de la Consejería de Salud propone la elaboración de esta norma con rango de Ley para abordar el principal problema de salud de los países desarrollados, la obesidad

2. Identificación de la pertinencia de Género de la Norma.

La norma se dirige a toda la población andaluza en su conjunto: hombres y mujeres y a todos los grupos de edad.

No obstante, y partiendo de la realidad social circundante, tanto el objeto de la norma, el sobrepeso y la obesidad en la población y su incremento progresivo, como muchas de las medidas propuestas para trabajar sobre ellos, inciden de forma diferente en hombre y mujeres. Así, se plantean diferencias en el nivel de prevalencia de estos fenómenos en ambos sexos, en los hábitos individuales y sociales que los originan, y, por último, en la influencia que la asunción de las medidas correctoras, según sean asumidas por hombres o mujeres, pueden ejercer en el entorno (nos referimos con esto último, por ejemplo, a las medidas dirigidas al fomento de hábitos de alimentación saludable y actividad física entre los niños y niñas).

3. Valoración del impacto de género de la norma.

3.1 Incremento de la obesidad y consecuencias.

Según datos de la OMS, en España, en el período comprendido entre 2020 y 2030, el porcentaje de hombres obesos habrá pasado del 27% al 36% y el de mujeres obesas, del 19% al 21%.

Las consecuencias de la obesidad, en términos de salud física, psicosocial y funcional, y partiendo de un planteamiento holístico de las mismas, inciden también de forma diferente, según género. Así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares e

hipertensión para la afectación física; los estereotipos negativos y baja autoestima para la salud psicosocial; y el desempleo en los aspectos, referido a las consecuencias en salud funcional.

Los costes del sobrepeso y la obesidad. Según estudios realizados sobre la población estadounidense, los hombres obesos tienen 5'9 días más de enfermedad al año y las mujeres más obesas, 9'4 días más. En conjunto, el absentismo derivado de la obesidad supone un coste aproximado de 6 billones dolares / año. Esta disminución de productividad implica mayor dificultad de contratación y salarios menores (en torno al 11%) y un incremento, por tanto, de la desigualdad socioeconómica.

Mayor discriminación hacia las mujeres. Según esos mismos estudios, las mujeres cargan con el mayor peso de los prejuicios anti-obesidad: mujeres obesas ganan alrededor de un 11% menos que las mujeres de peso saludable. Las fotos en los CV fueron la causa de discriminación por obesidad en los criterios de selección de empleo, salario inicial, categoría, etc.

La inequidad en Europa. En Europa, el género, la etnia y el nivel socioeconómico son causas de inequidades en la obesidad. Las mujeres y los niños en los grupos de bajo nivel socioeconómico son más vulnerables y soportan inequidades en la obesidad que se transmite de generación en generación. El Pre-embarazo, el embarazo, la lactancia y la primera infancia son periodos críticos para las intervenciones para reducir las inequidades de obesidad.

Recomendaciones OMS contra la inequidad en obesidad. Dentro de las recomendaciones generales, la OMS indica que los grupos más desfavorecidos requieren medidas adicionales para combatir la inequidad en obesidad y, entre otras, tener en cuenta las necesidades y percepciones de las mujeres más desfavorecidas. El embarazo y la primera infancia, períodos críticos, según la OMS. Y, como medidas prioritarias, recomienda:

- a) El abono de la licencia de maternidad durante seis meses para apoyar la lactancia materna exclusiva durante ese período.
- b) Servicios de atención prenatal creciente de mujeres socialmente desfavorecidas.
- c) El apoyo profesional sobre lactancia y alimentación complementaria, adaptada a lo específico necesidades de las madres obesas desfavorecidas, incluidas los adolescentes, y sus familias.

- d) El suministro de comidas saludables gratuitos o subvencionados (incluyendo desayunos), junto con las verduras y fruta en las escuelas y centros de educación infantil.

En cuanto a la actividad física, considerando la brecha de género existente en esta materia, serían medidas necesarias, entre otras:

- a) Mejorar la participación de la actividad física de las niñas en la escuela;
- b) Mejorar el trabajo con las niñas y las mujeres en situación desventajosa y eliminar los obstáculos a su actividad física.

Según las prospectivas, cinco temas son las opciones políticas más prometedoras en la lucha contra la obesidad. De ellas, en tres: "Niños: crecimiento saludable y peso saludable", "Promoción de la elección de alimentos saludables" y "El hábito de la actividad física en nuestra vida", tiene un papel fundamental la formación recibida, tanto en la escuela como en la familia y, en este último ámbito, la influencia de la madre / cuidadora.

Entre las medidas de buenas prácticas contra la obesidad, destaca el fomento de la lactancia materna, ya que se ha evidenciado que la lactancia materna se asocia a menores tasas de obesidad infantil. Son importantes también las medidas de apoyo a las familias para promover dietas saludables y el fomento de buenas prácticas de escuelas saludables.

3.2. Grado de respuesta del proyecto normativo inicial a las desigualdades detectadas.

En su Capítulo Preliminar, art. 2., se cita como fin específico de la Ley, entre otros, el fomento de la actividad física saludable en toda la población *"desde una perspectiva de género"*. También, *"luchar contra la estigmatización social y la discriminación que sufren las personas afectadas por estos problemas de salud"*, *"proteger a la población, especialmente a los grupos más vulnerables, frente a la publicidad..."* y *"promover en la sociedad y en los sectores implicados una conciencia social sobre estándares de belleza y cuidados del cuerpo que fomenten una imagen realista y saludable de la diversidad"*, en los que resulta evidente la importancia de la inclusión de la perspectiva de género.

En el art. 5, se citan *"como principios inspiradores para la acción"* entre otros, el de *"la igualdad y la equidad"*, plasmado en que *"las acciones emprendidas tendrán en cuenta*

el género, la etnia, el nivel socioeconómico y el entorno donde viven las personas como causas de inequidad en la obesidad, desarrollando actuaciones que permitan mitigarlas". También el principio del respeto a la diversidad, que "implica el reconocimiento y el respeto social a la diversidad de las personas en relación con su imagen corporal".

En el Capt. I., Derechos y garantías, se indica en el art. 7, Garantías por las administraciones públicas, que se impulsarán, entre otras medidas, "*adoptar las medidas necesarias, y más eficaces, para la promoción de la lactancia materna como garantía del mejor desarrollo físico e intelectual del recién nacido*", "*instaurar, de manera reglada, el asesoramiento y consejo dietético personalizado*" y "*desarrollar e implementar programas de capacitación, concienciación e innovación social dirigidos a contrarrestar las actitudes discriminatorias, los prejuicios y los estereotipos dominantes por motivos del sobrepeso u obesidad*".

En el Capt. II, Medidas para la lucha contra el sobrepeso y la obesidad, en art. 8, Prioridad Salud Pública, en su punto 3, se recoge que "*la población menor, las personas jóvenes y las mujeres gestantes se considerarán como grupos de intervención prioritaria en relación con este problema de salud pública*".

En la Sección Primera, "*Estrategias para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable*", en art. 9, cuyo epígrafe es "*Plan andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable*", se establece que la consejería responsable en materia de salud, en colaboración con el resto de consejerías, administraciones locales y otros entes relacionados, elaborará un Plan andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía (PAFASA), que se basará, entre otras cuestiones, en el análisis de la situación y el conocimiento científico existente en la materia y atenderá a la contextualización de nuestro entorno.

Se indica también que en el Plan se establecerán las medidas e intervenciones específicas y se fijarán los indicadores y herramientas que permitan realizar el correspondiente seguimiento del mismo.

Así mismo, en el punto 4, se manifiesta que se "*priorizarán las medidas dirigidas a la infancia, adolescencia, a las mujeres gestantes y a las personas mayores, y prestará especial atención a las necesidades de los grupos socioeconómicos más vulnerables, con el fin de reducir y evitar las desigualdades en alimentación, actividad física, obesidad y salud*".

En su art. 10, *“La promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros educativos”*, en el punto 2, apartado b, se recoge que se promoverá *“el fomento de los juegos de actividad física, ... teniendo en cuenta la situación de desigualdad con relación al género”*.

En la Sección Segunda, *“Promoción de los entornos y espacios saludables”*, en art. 16, *“Promoción de entornos favorables para una alimentación saludable”*, se recogen diversas medidas relacionadas con el fomento de la lactancia materna. Así que:

“Por la Consejería competente en materia de salud se impulsará la extensión y organización de una red de Bancos de leche materna en Andalucía que pueda atender todas las necesidades de uso de este alimento en recién nacidos en los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía”.

Que se fomentarán acciones dirigidas a reforzar el compromiso en Andalucía por la observancia del Código Internacional de Comercialización de los sucedáneos de leche materna de la OMS/UNICEF, suscrito por el Gobierno de España, en los Centros y servicios sanitarios de Andalucía.

Y que *“en los lugares de alta afluencia y circulación de personas... centros de trabajo donde se concentren más de cien trabajadores u otros que reglamentariamente se definan, será obligatoria la existencia de espacios adecuados para la práctica de la lactancia materna”*.

En la Sección Cuarta, *“Atención sanitaria a las personas que padecen sobrepeso y obesidad”*, en art. 20, *“Formación de los profesionales de la salud”*, se establece que esta formación *“se abordará con perspectiva de género, de desigualdades sociales y de lucha contra la estigmatización y discriminación de las personas con obesidad...”*

En el Capt. IV, *“Publicidad y comercialización en alimentos y bebidas”*, en art. 26, referido a *“publicidad ilícita”*, se dice que *“por las Administraciones públicas en Andalucía se desarrollarán acciones educativas, de sensibilización social y de fomento de estándares de belleza y cuidado corporal que respondan a una imagen realista y saludable de la diversidad corporal, evitando distorsiones asociadas a la imagen del sobrepeso, la obesidad y el bajo peso. Y que “toda publicidad o mensaje de comunicación social que utilice a las personas con sobrepeso u obesidad bajo peso de forma vejatoria o estigmatizante, vulnerando los derechos recogidos en el artículo 6 de esta Ley, se considerará publicidad ilícita”*.

El Capt. V, "Organización, coordinación y gobernanza", en el Capt. 31, "Mapa andaluz de la situación de sobrepeso y obesidad", establece que, en el marco del Sistema de Información de Vigilancia en Salud de Andalucía, se recogerán variables que permitan, entre otros, "realizar un análisis epidemiológico de los datos desagregados por edad y sexo y otras variables que sean necesarias para configurar un Mapa Andaluz del sobrepeso y la obesidad".

3.3. Valoración del impacto.

En función del grado de respuesta del proyecto normativo a las desigualdades de género existentes, el centro directivo emisor concluye que el proyecto normativo tiene un impacto de género previsiblemente POSITIVO, al tener en cuenta las diferencias de la situación de partida y desplegando estrategias alineadas con la situación diferencial.

Sevilla, 29 de septiembre 2016



Josefa Ruiz Fernández
Secretaria Gral. Salud Pública y Consumo

Informe de evaluación del impacto en la infancia de la Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía

1. Justificación

La valoración del impacto en la niñez de los desarrollos normativos está inspirada en la Convención de Derechos del Niño de 1989 (ratificada por España en 1990) y se concreta en el siguiente marco normativo y estratégico:

- **La Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia** que establece en el artículo 22 quinquies la obligación de valorar el impacto en la infancia y adolescencia en todos los proyectos normativos.
- **El II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016**, aprobado el 5 de abril de 2013, desarrolla la medida 1.2.6 con el siguiente contenido: *"Incorporar en la memoria del análisis de impacto normativo que acompaña a todos los Proyectos de Ley y de reglamentos un informe sobre su impacto en la infancia."*
- En Andalucía, el **Decreto 103/2005, de 19 de abril, por el que se regula el Informe de evaluación del Enfoque de derechos de la Infancia en los Proyectos de Ley y Reglamentos que apruebe el Consejo de Gobierno.**

2. Derechos y necesidades de los niños, niñas y adolescentes en el marco de la Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía

Esta norma puede tener incidencia en algunos de los **derechos** reconocidos por la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas. Algunos de estos son:

- derecho a la información
- derecho a la salud
- derecho a un nivel de vida adecuado para su desarrollo
- derecho al esparcimiento, el juego y a participar en actividades culturales

Asimismo, algunas de las **necesidades** fundamentales de la infancia sobre las que esta norma puede tener impacto son:

- alimentación adecuada
- atención sanitaria
- entornos físicos saludables y seguros
- actividad física
- participación social
- interacciones con adultos y con iguales
- educación no formal
- juego y tiempo de ocio

Hay que destacar que algunos **niños con características o circunstancias específicas** pueden verse particularmente afectados por la norma:

- niños en situación de vulnerabilidad o riesgo social
- niños institucionalizados por razón de salud, justicia o medida de protección
- niños inmigrantes
- niños en acogimiento y/o adopción procedentes de otro país
- niños de etnia gitana y otras minorías
- niños con discapacidad

3. Análisis de la norma desde el punto de vista de su posible impacto en la infancia

- Esta norma aborda dos esferas que son medulares para el desarrollo y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes:
 - Una **alimentación saludable** (que debe iniciarse privilegiando la lactancia materna), y la atención a los factores de riesgo involucrados en el consumo y a la nutrición insalubre
 - el derecho de los niños a **entornos seguros y amigables** que faciliten su desenvolvimiento, exploración, interacción social, actividad física y movilidad confiable.
- La **Exposición de Motivos** está enfocada esencialmente a las dimensiones asociadas a la malnutrición, en detrimento de las que se asocian a la actividad física y la movilidad segura, que se encuentran subrepresentadas en la redacción y que resultan particularmente importantes en las etapas infantiles.
- La Ley recoge en su artículo 5 el **Principio del ciclo vital** que orienta las políticas y las prioridades al grupo de población infantil por entender que es la etapa de la vida más importante con relación al impacto de las distintas influencias biológicas, comportamentales y sociales y para la prevención de la acumulación y la combinación de riesgos que persistirán a lo largo de la vida, incluyendo su transmisión a las generaciones posteriores.
- Bajo este principio se redacta el **artículo 6.3** (Derecho de las personas) que reconoce a la niñez como el grupo de población que tendrá una *“consideración preferente y prioritaria en las actuaciones de las administraciones públicas, con el fin de garantizar los presentes derechos, para lo cual las medidas deberán*

adaptarse a la edad, a sus necesidades y al entorno donde desarrollan su vida". Igualmente se hace en el artículo 8.3 (Medidas para la lucha contra el sobre peso y la obesidad)

- En esta misma lógica se contemplan los **centros educativos** y los **entornos comunitarios** como escenarios fundamentales para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, incluyendo los **caminos escolares** como una propuesta que persigue recuperar la confianza, la seguridad, la actividad física y el derecho infantil a caminar, explorar el entorno y resolver dificultades de la vida cotidiana en su cotidiana asistencia a la escuela.
- La mención a "Forma Joven" en el artículo 21 (Medidas de promoción de la salud y prevención) debería hacerse extensiva al conjunto del programa y citarlo con la denominación correcta: "**Hábitos de vida saludables: creciendo en salud y Forma Joven en el ámbito educativo**".
- En ese mismo artículo se debería incluir la citación expresa del **Programa de Salud infantil y adolescente de Andalucía** por su carácter universal y su importancia estratégica en la prevención, la promoción y la identificación precoz de problemas de salud asociados al sedentarismo y a una alimentación inadecuada.
- El impacto en la salud infantil de esta Ley deberá monitorizarse con una consideración específica a **tres cuestiones**:

◦el especial seguimiento de la influencia que la aplicación de esta ley deba tener en grupos de **niños y niñas con especiales circunstancias o características** (discapacidad, pertenencia a otras etnias, inmigrantes, en situación de acogimiento familiar o residencial, etc.), de modo que se asegure el principio de no discriminación y la equidad en el acceso a los recursos y servicios.

◦La inclusión de las **opiniones de los niños, niñas y adolescentes** y de las entidades que hacen abogacía de la infancia en el sistema de información y en la evaluación previstas por la Ley.

◦La adaptación de las **campañas de información y sensibilización** a las características de las diferentes etapas del desarrollo infantil y de los distintos grupos de niños que componen este rango de edad.

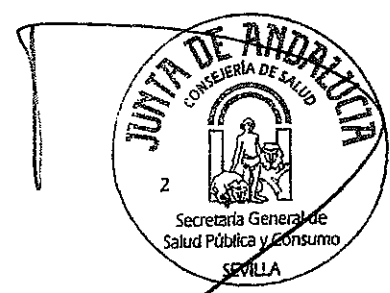
4. Valoración final

La Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía constituye una oportunidad relevante para mejorar la vida de los niños, niñas y adolescentes de Andalucía con actuaciones que incidan en los entornos (para hacerlos más seguros y amigables) , en la cultura de ser activos y en la nutrición de este grupo de población.

La infancia está bien posicionada en el conjunto de la Ley. Habría que asegurar en la aplicación de la misma que los **distintos grupos de niños** y, especialmente, aquellos que se puedan encontrar en circunstancias de desventaja tengan un acceso equitativo y adaptado a sus necesidades a los beneficios que se deriven de la norma.

Igualmente, se debe garantizar la **participación de la niñez** para incluir sus perspectivas y experiencias en el sistema de monitoreo y evaluación que se implante.

Sevilla, 29 de septiembre 2016



Josefa Ruiz Fernández
Secretaria Gral. Salud Pública y Consumo

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

Secretaría General de Salud Pública y Consumo

RELACIÓN DE ENTIDADES A LAS QUE SE CONSIDERA CONVENIENTE DAR TRÁMITE DE AUDIENCIA Y CUYOS FINES GUARDAN RELACIÓN DIRECTA CON EL OBJETO DE LA DISPOSICIÓN, Y SOBRE LOS DICTÁMINES E INFORMES QUE RESULTEN CONVENIENTES

RELACIÓN DE ENTIDADES PARA EL TRÁMITE DE AUDIENCIA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

- SOCIEDAD ANDALUZA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICOS ATENCIÓN PRIMARIA- ANDALUCÍA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS GRALES Y DE FAMILIA- ANDALUCÍA
- SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA
- SOCIEDAD ANDALUZA ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICIÓN
- SOCIEDAD ANDALUZA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA
- ASOCIACIÓN PEDIATRAS DE A.P. ANDALUCÍA
- SOCIEDAD PEDIATRIA ANDALUCIA OCCDTAL Y EXTREMEMADURA
- SOCIEDAD PEDIATRIA DE ANDALUCIA ORIENTAL
- ASOCIACIÓN ANDALUZA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
- SOCIEDAD ANDALUZA DE CALIDAD ASISTENCIAL
- SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEdia
- SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN
- SOCIEDAD DE HIPERTENSIÓN Y RIESGO VASCULAR
- ESTUDIO MULTICÉNTRICO PREDIMED.
- SOCIEDAD DE ODONTOLOGÍA
- ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS
- SOCIEDAD ANDALUZA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA OBESIDAD

COLEGIOS PROFESIONALES

- COLEGIO DE MÉDICOS
- COLEGIO DE ENFERMERÍA
- COLEGIO DE FARMACÉUTICOS
- COLEGIO DE NUTRICIONISTAS CODINAN
- COLEGIO DE ODONTÓLOGOS
- COLEGIO PROFESIONAL DE PERIODISTAS DE ANDALUCÍA (CPPA)

ASOCIACIONES CIUDADANAS Y DE USUARIOS Y PACIENTES DEL SISTEMA SANITARIO

- ASOCIACIÓN PACIENTES CON SD PRADER WILLI.
- ASOCIACIÓN PACIENTES DIABÉTICOS ANDALUCÍA
- ASOCIACIÓN NACIONAL DE PERSONAS OBESAS (ASEPO)
- ASOCIACIÓN NACIONAL DE OBESIDAD Y SOBREPESO (ANDOS)

- CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES EN FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL
- ASOCIACIÓN CARDIACA DE CÁDIZ "TRÉBOL DE CORAZONES"
- ASOCIACIÓN DE PACIENTES CARDIACOS DE GRANADA Y PROVINCIA (ASPACGRAP)
- ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE LA COMUNICACIÓN (AUC)
- ASOCIACIÓN DE MUJERES CINEASTAS Y DE MEDIOS AUDIOVISUALES (CIMA)
- CONFEDERACIÓN ANDALUZA DE ASOCIACIONES DE PADRES Y MADRES DEL ALUMNADO
- ASOCIACIÓN VIAS VERDES DE ANDALUCÍA
- ANDALUCÍA POR LA BICI

ASOCIACIÓN DE CONSUMIDORES

- FACUA
- UNIÓN DE CONSUMIDORES
- ALANDALUS
- ADICAE

UNIVERSIDADES PÚBLICAS ANDALUZAS

- UNIVERSIDAD DE SEVILLA
- UNIVERSIDAD DE PABLO DE OLAVIDE
- UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
- UNIVERSIDAD DE GRANADA
- UNIVERSIDAD DE ALMERÍA
- UNIVERSIDAD DE CÁDIZ
- UNIVERSIDAD DE HUELVA
- UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
- UNIVERSIDAD DE JAÉN

ASOCIACIONES EMPRESARIALES

- CONFEDERACIÓN ANDALUZA DE EMPRESARIOS (CEA)
- FEDERACIONES DE EMPRESAS DE LA ALIMENTACIÓN O BEBIDAS (FIAB)
- FEDERACIÓN EMPRESAS BEBIDAS ESPIRITUOSAS (FEBE)
- ASOCIACIÓN DE EMPRESAS DE PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL Y PRODUCTORES INDEPENDIENTES DE ANDALUCÍA (AEPAA-APRIA)
- CARTA MALACITANA
- HORECA ANDALUCÍA
- MARCAS DE RESTAURACIÓN
- ASAJA-ANDALUCIA
- COAG ANDALUCÍA UNIÓN DE AGRICULTORES Y GANADEROS DE ANDALUCIA
- UPA ANDALUCÍA
- QUESANDALUZ

EMPRESAS MÁS IMPORTANTES DEL SECTOR EN ANDALUCÍA

- LANDALUZ
- ASEMESA
- AZUCARERA
- COOPERATIVAS AGROALIMENTARIAS
- DCOOP
- FOE
- REFRESCANTES
- FAMADESA

- ACAMACHO
- ADAME
- COCACOLA
- COVAP
- MIGASA
- PROCAVI

RELACIÓN DE ENTIDADES PARA EL TRÁMITE DE INFORME

ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA

- CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
- CONSEJERÍA DE AGRICULTURA, PESCA Y DESARROLLO
- CONSEJERÍA DE TURISMO Y DEPORTE
- CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES
- CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA Y ADMINISTRACIÓN LOCAL
- CONSEJERÍA DE FOMENTO Y VIVIENDA
- CONSEJERÍA DE EMPLEO, EMPRESA Y COMERCIO
- CONSEJERÍA DE MEDIO AMBIENTE Y ORDENACIÓN DEL TERRITORIO
- CONSEJO AUDIOVISUAL DE ANDALUCÍA (CAA).
- GABINETE JURÍDICO DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA
- CONSEJO DE CONSUMIDORES Y USUARIOS DE ANDALUCÍA
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL
- INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER
- CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA
- DIRECCIÓN GENERAL DE INFANCIA Y FAMILIA
- CONSEJO ANDALUZ DE LA JUVENTUD
- CONSEJO ANDALUZ DE UNIVERSIDADES
- CONSEJO ANDALUZ DE GOBIERNOS LOCALES

ADMINISTRACIÓN LOCAL

- AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
- AYUNTAMIENTO DE MÁLAGA

Sevilla, 29 de septiembre 2016



JOSEFA RUIZ FERNÁNDEZ
SECRETARIA GRAL. SALUD PÚBLICA Y CONSUMO

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD

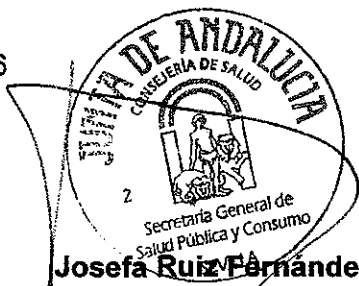
Secretaría General de Salud Pública y Consumo

INFORME SOBRE LAS CARGAS ADMINISTRATIVAS QUE LLEVARÁ LA IMPLANTACIÓN DE LA LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA ACTIVA Y UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

La presente Ley pondrá en marcha una Unidad de Control y Evaluación de la Información en Salud alimentaria y Nutrición, dependiente del órgano responsable de salud pública de la Administración de la Junta de Andalucía para El control oficial de los productos alimenticios, que se ejerce por parte de la autoridad sanitaria de Andalucía, procediendo, en todas las fases de la producción transformación y distribución, a controlar y evaluar la información alimentaria en todos sus soportes y medios para evitar que se incluyan elementos que promuevan una alimentación no saludable o equilibrada, tal y como se recoge en el artículo 36.1

Esta Unidad se desarrollará con los recursos con los que cuenta la propia Subdirección de Protección de la salud de la Secretaría General de Salud pública y Consumo

Sevilla, 29 de septiembre 2016



Josefa Ruiz Fernández

Secretaria Gral. Salud Pública y Consumo

ACUERDO DE INICIO

Visto el Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida activa y una alimentación equilibrada en Andalucía y la documentación que la acompaña, de conformidad con lo establecido en el artículo 43.2 y 3 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, esta Consejería de Salud

ACUERDA

Primero. Iniciar el procedimiento de elaboración del Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida activa y una alimentación equilibrada en Andalucía, y su elevación al Consejo de Gobierno.

Segundo. Proponer que se solicite los dictámenes, informes y consultas a los organismos y entidades que se relacionan en el Anexo.

Tercero. Someter el Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida activa y una alimentación equilibrada en Andalucía de Andalucía a Información pública.

En Sevilla a 29 de septiembre de 2016

EL CONSEJERO

Edo. Aquilino Alonso Miranda

RELACIÓN DE ENTIDADES A LAS QUE SE CONSIDERA CONVENIENTE DAR TRÁMITE DE AUDIENCIA Y CUYOS FINES GUARDAN RELACIÓN DIRECTA CON EL OBJETO DE LA DISPOSICIÓN, Y SOBRE LOS DICTÁMINES E INFORMES QUE RESULTEN CONVENIENTES**I. RELACIÓN DE ENTIDADES A LAS QUE SE LES CONCEDE AUDIENCIA**

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria- Andalucía
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia- Andalucía
Sociedad Andaluza de Medicina Interna
Sociedad Andaluza Endocrinología y Nutrición
Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética
Asociación Pediatras de Atención Primaria de Andalucía
Sociedad de Pediatría Andalucía Occidental y Extremadura
Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental
Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria
Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial
Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia
Sociedad Andaluza de Medicina Física y Rehabilitación
Sociedad de Hipertensión y Riesgo Vascular
Estudio Multicéntrico PREDIMED.
Sociedad de Odontología
Asociación Andaluza de Matronas
Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia
Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad
Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Médicos
Consejo Andaluz de Enfermería
Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos
Colegio Profesional de Dietistas Nutricionistas de Andalucía (CODINAN)
Colegio de Odontólogos
Colegio Profesional de Periodistas de Andalucía (CPPA)
Asociación Pacientes con Síndrome Prader Willi.

Asociación Pacientes Diabéticos Andalucía.

Asociación Nacional de Personas Obesas (ASEPO)

Asociación Nacional de Obesidad y Sobrepeso (ANDOS)

Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual

Asociación Cardíaca de Cádiz "trébol de corazones"

Asociación de Pacientes Cardíacos de Granada y Provincia (ASPACGRAP)

Asociación de Usuarios de la Comunicación (AUC)

Asociación de Mujeres Cineastas y de Medios Audiovisuales (CIMA)

Confederación Andaluza de Asociaciones de Padres y Madres del Alumnado.

Asociación Vías Verdes de Andalucía

Andalucía por la bici

FACUA

Unión de Consumidores de Andalucía

Federación Andaluza de Consumidores y Amas de Casa AL ANDALUS

ADICAE

Universidad de Sevilla

Universidad Pablo de Olavide

Universidad de Málaga

Universidad de Granada

Universidad de Almería

Universidad de Cádiz

Universidad de Huelva

Universidad de Córdoba

Universidad de Jaén

Confederación de Empresarios de Andalucía (CEA)

Comisiones Obreras de Andalucía.

Unión General de Trabajadores de Andalucía.

Federaciones de Empresas de la Alimentación o Bebidas (FIAB)

Federación de Empresas Bebidas Espirituosas (FEBE)

Asociación de Empresas de Producción Audiovisual y Productores Independientes de Andalucía (AEPAA-APRIA)

CARTA MALACITANA

HORECA ANDALUCÍA

Marcas de Restauración

ASAJA-ANDALUCIA

Unión de Agricultores y Ganaderos de Andalucía. COAG ANDALUCÍA.

UPA ANDALUCÍA

QUESANDALUZ

LANDALUZ

ASEMESA

AZUCARERA

COOPERATIVAS AGROALIMENTARIAS

DCCOOP

FOE

REFRESCANTES

FAMADESA

ANGEL CAMACHO

ADAME

COCACOLA

COVAP

MIGASA

PROCAVI

II. RELACIÓN DE ORGANISMOS A LOS QUE SE SOLICITA INFORME

Consejería de Educación

Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural.

Consejería de Turismo y Deporte

Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

Consejería de Presidencia y Administración Local

Consejería de Fomento y Vivienda

Consejería de Empleo, Empresa y Comercio

Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio

Dirección General de Infancia y Familia. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

Secretaría General para la Administración Pública. Consejería de Hacienda y Administración Pública.

Dirección General de Presupuestos. Consejería de Hacienda y Administración Pública.

Servicio Andaluz de Salud

Consejo Audiovisual de Andalucía.

Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía

Consejo de las Personas Consumidoras y Usuarias de Andalucía.

Consejo Económico y Social

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD
El Consejero

Instituto Andaluz de la Mujer

Consejo Consultivo de Andalucía

Consejo Andaluz de la Juventud

Consejo Andaluz de Universidades

Consejo Andaluz de Gobiernos Locales

Consejo Andaluz de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación

Agencia de Defensa de la Competencia.

Exmo. Ayuntamiento de Sevilla

Exmo. Ayuntamiento de Málaga

**INFORME 14/2016. ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA
PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN
EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA**

En relación con el anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía , exclusivamente desde el ámbito de la Formación Profesional para el Empleo, informar de lo siguiente:

PRIMERO.-En fecha 25 de octubre de 2016, recibo por correo electrónico el texto del anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía a los efectos de la emisión, en su caso, de las correspondientes observaciones sobre el mismo.

Examinado el citado, se formulan las alegaciones que constan en el presente informe, exclusivamente desde el punto de vista de la Formación Profesional para el Empleo:

SEGUNDO.- El texto del anteproyecto de Ley se incardina en el ámbito específico de la protección de la salud, sobre todo desde el punto de vista preventivo, puesto que se entiende que unos hábitos de vida saludables junto con una alimentación equilibrada, pueden evitar determinados riesgos asociados a la salud, como el sobrepeso y la obesidad.

El artículo 2 del anteproyecto de Ley establece y detalla los fines específicos de la Ley.

Se propone insertar en los apartados c) y f) una referencia específica a favorecer la formación tanto en los correspondientes entornos que define el anteproyecto así como en el ámbito de la promoción de los estándares estéticos que se reseñan.

TERCERO.- El artículo 4 del anteproyecto analizado hace mención expresa a los "centros educativos", entendiéndose como tales aquellos en los que se imparten enseñanzas regladas para menores de dieciocho años.

Se propone la inclusión en ese precepto de otro apartado que haga mención a los centros formativos que impartan acciones formativas no regladas, en especial los inscritos o acreditados en el ámbito de la Formación Profesional para el Empleo.

CUARTO.- Por lo que se refiere al artículo 6 del anteproyecto de Ley que estamos analizando, igualmente se propone insertar, como un derecho de la población andaluza, el referente a disponer de una formación tendente al objetivo de fomentar y mantener una alimentación saludable y equilibrada.

QUINTO.-El artículo 7, concretamente en su letra l), del anteproyecto que tratamos, menciona, entre los diversos aspectos que las Administraciones Públicas impulsarán (se entiende, en plural, aunque el texto recibido se expresa en este punto en singular), el de la colaboración con las Universidades de Andalucía y los Centros de Formación Profesional en el desarrollo de estrategias de formación, investigación e innovación en materia de actividad física, alimentación saludable y lucha contra la obesidad.

Pues bien: se propone que, en el meritado apartado, se incluya el siguiente párrafo, después de la referencia que se hace a los Centros de Formación Profesional:

"....., públicos y privados, que impartan ciclos de Formación Profesional reglada y Especialidades Formativas de Formación Profesional para el Empleo..."

SEXTO.- En lo referente al artículo 9 del anteproyecto, se propone una inclusión específica a la Consejería competente en materia de FPE, al igual que se hace en relación a las que mantienen competencias en el ámbito de la salud, la educación, la agricultura y el deporte.

SÉPTIMO.- Los artículo 10 a 16, ambos inclusive, establecen especificaciones relativas a la promoción de los hábitos alimenticios saludables, el deporte, etc...tanto en los centros educativos reglados como en las Universidades, en los centros de trabajo así como en los centros de atención a las personas mayores y con discapacidad.

Se propone insertar un artículo "ex novo" o bien añadir un párrafo en el actual artículo 15, de un tenor análogo al siguiente:

"Igualmente, se articularán las correspondientes medidas para que en aquellos centros de formación que impartan acciones formativas no regladas(específicamente en el ámbito de la Formación Profesional para el Empleo) se impartan módulos o especialidades transversales que fomenten los objetivos de alimentación saludable y alimentación equilibrada que se definen en la presente Ley"

OCTAVO.- En lo que atañe al artículo 23 del anteproyecto de Ley, se considera adecuada la inserción, en el párrafo primero, de la expresión "continuada" en relación a la formación de los profesionales de la salud.

NOVENO.- Con respecto al contenido del artículo 24 del anteproyecto de Ley, el mismo menciona, en su párrafo segundo "in fine" el programa "Forma Joven", como conjunto entre salud y educación.

En este punto, recordar que igualmente participa en este programa la Dirección General de Formación Profesional para el Empleo, es decir, esta Consejería de Empleo, Empresa y Comercio

DÉCIMO.- Los artículos 32, 33 y 37 del anteproyecto de Ley se refieren a la acción coordinada de las políticas públicas en las materias objeto de la Ley, las competencias de las Administraciones Públicas en las mismas y, por otra parte, la creación de la Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

En los citados tres artículos, se mencionan a las Consejerías o Administraciones Públicas genéricamente, que tienen atribuidas competencias en materia de Educación, Deporte, Salud y Agricultura, alternativamente.

Por consiguiente, y teniendo en cuenta el propio contenido del presente informe, consideramos adecuado que, igualmente, se establezca una mención expresa a la Consejería competente en materia de Formación no Reglada o en materia de Formación Profesional para el Empleo.

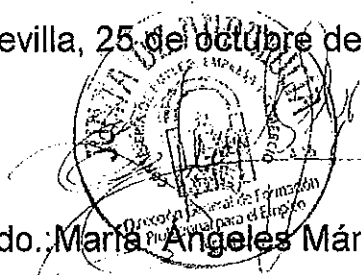
UNDÉCIMO.- Singular relevancia, se considera, tiene el Título VI del anteproyecto de Ley, puesto que se refiere a la Formación, Investigación e Innovación aplicados todos ellos a la alimentación y nutrición equilibrada, la actividad física, la aceptación de la diversidad corporal, etc.

Incidir, nuevamente en este punto y con respecto al citado Título VI, en la conveniencia de añadir una mención expresa a la Formación

Profesional para el Empleo, en análogo sentido que hemos realizado a lo largo del presente informe.

Es cuanto cumpíeme informar.

Sevilla, 25 de octubre de 2016



Fdo.: María Angeles Márquez López

MEMORIA EN LA QUE INDICA QUE EL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA NO ESTABLECE RESTRICCIONES NI A LA LIBERTAD DE ESTABLECIMIENTO, NI A LA LIBRE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

El Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada que se presenta no establece restricciones ni a la libertad de establecimiento, ni a la libre prestación de servicios.

Este anteproyecto busca con su articulado que tanto las empresas de la industria agroalimentaria realicen una información lo más clara y fidedigna posible de sus productos en relación a la presencia de determinados componentes o combinación de ellos que la evidencia científica pone de manifiesto que no son saludables.

Sólo en el caso de los centros educativos o centros sanitarios o sociales públicos aquellas empresas que quieran contratar su catering u ofrecer servicios de cantina o máquinas expendedoras deberán de ofrecer y garantizar las características de sus menús como saludables y orientados a la dieta mediterránea o en el caso de las máquinas expendedoras contener información sobre las calorías allí donde estén permitidas.

Esta Ley promueve la suscripción de cartas de compromiso para aquellas empresas que quieran colaborar con la autoridad sanitaria en promover hábitos saludables entre sus empleados y empleadas para después obtener un distintivo que así lo certifique.

Sevilla, a 2 noviembre de 2016

LA SECRETARIA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO



CRITERIOS PARA DETERMINAR LA INCIDENCIA DE UN PROYECTO DE NORMA EN RELACIÓN AL INFORME PRECEPTIVO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 3.i) DE LA LEY 6/2007, DE 26 DE JUNIO, DE PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LA COMPETENCIA DE ANDALUCÍA

Organismo (Consejería o Entidad local):	CONSEJERÍA DE SALUD
Centro Directivo proponente:	SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO
Título del proyecto normativo:	LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA
Titular del Centro Directivo:	JOSEFA RUIZ FERNÁNDEZ
Fecha de remisión:	2 de Noviembre 2016
Email contacto:	sg.saludpublica.csalud@juntadeandalucia.es

Evaluación previa de la necesidad de informe		
<p>Para establecer si el proyecto de norma tiene incidencia en las actividades económicas, en la competencia efectiva y en la unidad de mercado; y determinar si es necesario solicitar el preceptivo informe, debe analizarse y contestarse en primer lugar a la siguiente pregunta.</p>		
	Si	No
¿La norma prevista regula un sector económico o mercado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>En el supuesto de que esta respuesta sea negativa, este formulario será debidamente suscrito por el titular del Centro Directivo, se incorporará al expediente y se continuará con la tramitación de la norma.</p>		
<p>En el supuesto de que la respuesta sea afirmativa, debe analizarse y contestarse a la siguiente pregunta:</p>		
	Si	No
¿La norma prevista, considerando los criterios del Anexo II de la Resolución de 19 de abril de 2016, del Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía, incide en la competencia efectiva, en la unidad de mercado o en las actividades económicas, principalmente, cuando afecten a los operadores económicos o al empleo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>En el supuesto de que esta respuesta sea negativa, este formulario será debidamente suscrito por el titular del Centro Directivo, se incorporará al expediente y se continuará con la tramitación de la norma.</p>		
<p>En el supuesto en el que, por aplicación de los referidos criterios del Anexo II, se determine que el proyecto normativo tiene incidencia, el Centro Directivo encargado de la tramitación del proyecto normativo solicitará a la Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía la emisión del referido informe preceptivo, de conformidad con lo previsto en el apartado segundo de la Resolución de 19 de abril de 2016, del Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía.</p>		

Solicitud, lugar, fecha y firma
--



JUNTA DE ANDALUCÍA

Secretariado del Consejo de Gobierno

MARÍA FELICIDAD MONTERO PLEITE, VICECONSEJERA DE LA PRESIDENCIA Y SECRETARIA DE ACTAS DEL CONSEJO DE GOBIERNO DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA,

CERTIFICA: Que en el borrador del Acta de la sesión del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, de fecha 25 de octubre de 2016, y salvo lo que resulte de su aprobación, en relación con el Anteproyecto de ley para la promoción de una vida activa y una alimentación equilibrada en Andalucía, consta, literalmente, lo siguiente:


“El Consejero de Salud presenta al Consejo de Gobierno el Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida activa y una alimentación equilibrada en Andalucía, elaborado por su Consejería.

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 43.3 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, a los efectos de tramitación previsto en el mismo, el Consejero de Salud, teniendo en cuenta el contenido del Anteproyecto de Ley, propone solicitar y recabar los siguientes dictámenes, informes y consultas, sin perjuicio de otros que se considere preciso solicitar durante la tramitación del procedimiento:

I. RELACIÓN DE ENTIDADES A LAS QUE SE LES CONCEDE AUDIENCIA

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.
 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria- Andalucía.
 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia- Andalucía.
 Sociedad Andaluza de Medicina Interna.
 Sociedad Andaluza Endocrinología y Nutrición.
 Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética.
 Asociación Pediatras de Atención Primaria de Andalucía.
 Sociedad de Pediatría Andalucía Occidental y Extremadura.
 Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental.
 Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria.
 Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial.
 Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia.
 Sociedad Andaluza de Medicina Física y Rehabilitación.
 Sociedad de Hipertensión y Riesgo Vascular.
 Estudio Multicéntrico PREDIMED.
 Sociedad de Odontología.
 Asociación Andaluza de Matronas.
 Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia.
 Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad.
 Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Médicos.
 Consejo Andaluz de Enfermería.
 Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos.
 Colegio Profesional de Dietistas Nutricionistas de Andalucía (CODINAN).
 Colegio de Odontólogos.
 Colegio Profesional de Periodistas de Andalucía (CPPA).

Código:	9eavq885DE3LBPiXNgYybK85mg1ZUr	Fecha:	02/11/2016
Firmado Por:	MARIA FELICIDAD MONTERO PLEITE		
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	1/3



259



JUNTA DE ANDALUCÍA

Secretariado del Consejo de Gobierno

- Asociación Pacientes con Síndrome Prader Willi.
- Asociación Pacientes Diabéticos Andalucía.
- Asociación Nacional de Personas Obesas (ASEPO).
- Asociación Nacional de Obesidad y Sobrepeso (ANDOS).
- Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.
- Asociación Cardíaca de Cádiz "trébol de corazones".
- Asociación de Pacientes Cardíacos de Granada y Provincia (ASPACGRAP).
- Asociación de Usuarios de la Comunicación (AUC).
- Asociación de Mujeres Cineastas y de Medios Audiovisuales (CIMA).
- Confederación Andaluza de Asociaciones de Padres y Madres del Alumnado.
- Asociación Vías Verdes de Andalucía.
- Andalucía por la bici.
- FACUA.
- Unión de Consumidores de Andalucía.
- Federación Andaluza de Consumidores y Amas de Casa AL ANDALUS ADICAE.
- Universidad de Sevilla.
- Universidad Pablo de Olavide.
- Universidad de Málaga.
- Universidad de Granada.
- Universidad de Almería.
- Universidad de Cádiz.
- Universidad de Huelva.
- Universidad de Córdoba.
- Universidad de Jaén.
- Confederación de Empresarios de Andalucía (CEA).
- Comisiones Obreras de Andalucía.
- Unión General de Trabajadores de Andalucía.
- Federaciones de Empresas de la Alimentación o Bebidas (FIAB).
- Federación de Empresas Bebidas Espirituosas (FEBE).
- Asociación de Empresas de Producción Audiovisual y Productores Independientes de Andalucía (AEPAA-APRIA).
- Asociación Carta Malacitana.
- Patronal del Sector de la Hostelería de la Provincia de Cádiz (HORECA ANDALUCÍA).
- Federación Onubense de Empresarios (FOE).
- Asociación Empresarial de Marcas de Restauración.
- Federación de Asociaciones Agrarias Jóvenes Agricultores de Andalucía (ASAJA-ANDALUCIA).
- Unión de Agricultores y Ganaderos de Andalucía (COAG ANDALUCÍA).
- Unión de Pequeños Agricultores y Ganaderos (UPA ANDALUCÍA).
- Asociación de Queseros de Andalucía (QUESANDALUZ).
- Asociación Empresarial Alimentos de Andalucía (LÁNDALUZ).
- Asociación Española de Exportadores e Industriales de Aceituna de Mesa (ASEMESA).
- AB Azucarera Iberia S.L.U.
- Cooperativas Agro-alimentarias.

Código:	9eavq885DE3LBPiXNgYybK85mgLZUr	Fecha:	02/11/2016	
Firmado Por:	MARIA FELICIDAD MONTERO PLEITE	Página:	2/3	
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			



JUNTA DE ANDALUCÍA

Secretariado del Consejo de Gobierno

DCOOP.

Asociación de Bebidas Refrescantes (ANFABRA).

FAMADESA.

Ángel Camacho Alimentación.

ADAME Congelados.

Coca-Cola Iberia.

Cooperativa Ganadera del Valle de los Pedroches (COVAP)

Miguel Gallego S.A. (MIGASA).

PROCAVI S.L.

II. RELACIÓN DE ORGANISMOS A LOS QUE SE SOLICITA INFORME

Consejería de Educación.

Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural.

Consejería de Turismo y Deporte.

Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

Consejería de Presidencia y Administración Local.

Consejería de Fomento y Vivienda.

Consejería de Empleo, Empresa y Comercio.

Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio.

Dirección General de Infancia y Familia. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

Secretaría General para la Administración Pública. Consejería de Hacienda y Administración Pública.

Dirección General de Planificación y Evaluación. Consejería de Hacienda y Administración Pública.

Dirección General de Presupuestos. Consejería de Hacienda y Administración Pública.

Servicio Andaluz de Salud.

Consejo Audiovisual de Andalucía.

Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía.

Consejo de las Personas Consumidoras y Usuarias de Andalucía.

Consejo Económico y Social.

Instituto Andaluz de la Mujer.

Consejo Consultivo de Andalucía.

Consejo Andaluz de la Juventud.

Consejo Andaluz de Universidades.

Consejo Andaluz de Gobiernos Locales.

Consejo Andaluz de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación.

Agencia de Defensa de la Competencia.

Exmo. Ayuntamiento de Sevilla.

Exmo. Ayuntamiento de Málaga.

El Consejo de Gobierno, tras conocer la iniciativa legislativa presentada por el Consejero de Salud, cuerda que se continúe con la tramitación preceptiva hasta su definitivo análisis como proyecto de ley.”

Y para que así conste y a los efectos oportunos, firmo la presente en Sevilla, a veintiocho de octubre de dos mil dieciséis.

Código:	9eavq885DE3LBPiXNgYybK85mgLZUr	Fecha:	02/11/2016	
Firmado Por:	MARIA FELICIDAD MONTERO PLEITE			
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	3/3	

ACUERDO DE APERTURA TRÁMITE DE AUDIENCIA E INFORMES

Vista la certificación del Secretariado del Consejo de Gobierno de fecha 2 de noviembre de 2016, en relación con el Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida activa y una alimentación equilibrada en Andalucía, examinado el mismo y la documentación que lo acompaña, y habida cuenta que su contenido afecta a los derechos e intereses legítimos de la ciudadanía

Esta Secretaría General Técnica, de conformidad con el artículo 43.5 y 45.1.c) de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma, en relación con lo dispuesto en la Disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas,

ACUERDA


PRIMERO: La apertura del trámite de audiencia e informes del Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida activa y una alimentación equilibrada en Andalucía.

SEGUNDO: Someter el Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida activa y una alimentación equilibrada en Andalucía al trámite de información pública en el plazo establecido en la Resolución que dictará esta Secretaría General Técnica para ello, que se publicará en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

TERCERO: Conceder un plazo de 15 días a las entidades que se relacionan en la certificación del Secretariado del Consejo de Gobierno de fecha 2 de noviembre de 2016, así como a las entidades propuestas por Viceconsejería con fecha 29 de septiembre de 2016, a petición del Centro Directivo proponente, para que puedan emitir su parecer en razonado informe.

CUARTO: Solicitar a los organismos que se relacionan en la certificación del Secretariado del Consejo de Gobierno de fecha 2 de noviembre de 2016, los informes que se establecen en las disposiciones que los regulan y en los plazos previstos en las mismas.

Sevilla, 4 de noviembre de 2016
EL SECRETARIO GENERAL TECNICO


Ángel Serrano Cugat



I. RELACIÓN DE ENTIDADES A LAS QUE SE LES CONCEDE AUDIENCIA

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA – ANDALUCIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICOS GENERALES Y DE FAMILIA – ANDALUCIA

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA

SOCIEDAD ANDALUZA ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

SOCIEDAD ANDALUZA DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA

ASOCIACION PEDIATRAS DE ATENCION PRIMARIA DE ANDALUCIA

SOCIEDAD DE PEDIATRIA DE ANDALUCIA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA

SOCIEDAD DE PEDIATRIA DE ANDALUCIA ORIENTAL

ASOCIACION ANDALUZA DE ENFERMERIA COMUNITARIA

SOCIEDAD ANDALUZA DE CALIDAD ASISTENCIAL

SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

SOCIEDAD DE HIPERTENSION Y RIESGO VASCULAR

ESTUDIO MULTICENTRICO PREDIMED

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRIA

ASOCIACION ANDALUZA DE MATRONAS

SOCIEDAD ANDALUZA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA OBESIDAD

CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS OFICIALES DE MEDICOS

CONSEJO ANDALUZ DE ENFERMERIA

CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE FARMACEUTICOS

COLEGIO PROFESIONAL DE DIETISTAS NUTRICIONISTAS DE ANDALUCIA (CODINAN)

COLEGIO OFICIAL DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS

COLEGIO PROFESIONAL DE PERIODISTAS DE ANDALUCIA (CPPA)

ASOCIACION PACIENTES CON SINDROME PRADER WILLI

FEDERACION DE ASOCIACIONES DE DIABETICOS DE ANDALUCA SAINT VICENT (FADA SV)

ASOCIACION NACIONAL DE PERSONAS OBESAS (ASEPO)

ASOCIACION NACIONAL DE OBESIDAD Y SOBREPESO (ANDOS)

CONFEDERACION ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES EN FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

ASOCIACION CARDIACA DE CADIZ "TREBOL DE CORAZONES"

ASOCIACION DE PACIENTES CARDIACOS DE GRANADA Y PROVINCIA (ASPACGRAP)

ASOCIACION DE USUARIOS DE LA COMUNICACIÓN (AUC)

ASOCIACION DE MUJERES CINEASTAS Y DE MEDIOS AUDIOVISUALES (CIMA)

CONFEDERACION ANDALUZA DE ASOCIACIONES DE PADRES Y MADRES DEL ALUMNADO

ASOCIACION VIAS VERDES DE ANDAUCIA

FACUA SEVILLA- CONSUMIDORES EN ACCION

UNION DE CONSUMIDORES DE ANDALUCIA

FEDERACION ANDALUZA DE CONSUMIDORES Y AMAS DE CASA AL ANDALUS

ADICAE

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

UNIVERSIDAD DE MALAGA

UNIVERSIDAD DE GRANADA

UNIVERSIDAD DE ALMERIA

UNIVERSIDAD DE CADIZ

UNIVERSIDAD DE HUELVA

UNIVERSIDAD DE CORDOBA

UNIVERSIDAD DE JAEN

CONFEDERACION DE EMPRESARIOS DE ANDALUCIA (CEA)

COMISIONES OBRERAS DE ANDALUCIA

UNION GENERAL DE TRABAJADORES DE ANDALUCIA

FEDERACION ESPAÑOLA DE INDUSTRIAS DE LA ALIMENTACION Y BEBIDAD (FIAB)

FEDERACION DE EMPRESAS DE BEBIDAS ESPIRITUOSAS (FEBE)

ASOCIACION DE EMPRESAS DE PRODUCCION AUDIOVISUAL Y PRODUCTORES INDEPENDIENTES DE ANDALUCIA (AEPAA-APRIA)

ASOCIACION CARTA MALACITANA

HORECA ANDALUCIA

ASOCIACION EMPRESARIAL MARCAS DE RESTAURACION

ASAJA- ANDALUCIA

UNION DE AGRICULTORES Y GANADEROS DE ANDALUCIA. COAG – ANDALUCIA

UPA ANDALUCIA

QUESANDALUZ

LANDALUZ

ASEMESA

AZUCARERA

COOPERATIVAS AGRO – ALIMENTARIAS DE ANDALUCIA

DCCOOP

FEDERACION ONUBENSE DE EMPRESARIOS (FOE)

ASOCIACION DE BEBIDAS REPRESANTES (ANFABRA)

FAMADESA

ANGEL CAMACHO ALIMENTACION

ADAME PRODUCTOS CONGELADOS

COCA – COLA ESPAÑA

COVAP

MIGASA

PROCAVI

II. RELACIÓN DE ORGANISMOS A LOS QUE SE SOLICITA INFORME

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

CONSEJERÍA DE AGRICULTURA, PESCA Y DESARROLLO RURAL

CONSEJERÍA DE TURISMO Y DEPORTE

CONSEJERIA DE IGUALDAD Y POLITICAS SOCIALES

CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA Y ADMINISTRACIÓN LOCAL

CONSEJERIA DE FOMENTO Y VIVIENDA

CONSEJERIA DE EMPLEO, EMPRESA Y COMERCIO

CONSEJERIA DE MEDIO AMBIENTE Y ORDENACION DEL TERRITORIO

DIRECCION GENERAL DE INFANCIA Y FAMILIAS (CONSEJERIA DE IGUALDAD Y POLITICAS SOCIALES)

SECRETARIA GENERAL PARA LA ADMINISTRACION PUBLICA (CONSEJERA DE HACIENDA Y ADMINISTRACION PUBLICA)

DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION Y EVALUACION (CONSEJERA DE HACIENDA Y ADMINISTRACION PUBLICA)

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

CONSEJO AUDIOVISUAL DE ANDALUCIA

CONSEJO DE PERSONAS CONSUMIDORAS Y USUARIAS DE ANDALUCIA

CONSEJO DE LA JUVENTUD DE ANDALUCIA

CONSEJO ANDALUZ DE UNIVERSIDADES (CONSEJERIA DE ECONOMIA Y CONOCIMIENTO)

CONSEJO ANDALUZ DE GOBIERNOS LOCALES (CONSEJERIA DE PRESIDENCIA Y ADMINISTRACION LOCAL)

CONSEJO ANDALUZ DE CAMARAS DE COMERCIO, INDUSTRIA Y NAVEGACION

AGENCIA DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA DE ANDALUCIA

AYUNTAMIENTO DE SEVILLA

AYUNTAMIENTO DE MALAGA

UNIDAD DE GENERO

DIRECCIÓN GENERAL DE PRESUPUESTOS. CONSEJERÍA DE HACIENDA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

GABINETE JURÍDICO DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL

CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA.

5. Anuncios

5.2. Otros anuncios oficiales

CONSEJERÍA DE SALUD

Resolución de 9 de noviembre de 2016, de la Secretaría General Técnica, por la que se acuerda someter a información pública el Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida activa y una alimentación equilibrada en Andalucía.

Por la Consejería de Salud se elevó al Consejo de Gobierno el «Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida activa y una alimentación equilibrada en Andalucía», en cumplimiento del trámite previsto en el artículo 43.3 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

El Consejo de Gobierno, en su reunión del día 25 de octubre de 2016, conoció el citado Anteproyecto de Ley, acordando que, en el procedimiento de elaboración de dicho Anteproyecto de Ley, se realizaran las consultas y se solicitaran los dictámenes e informes que se detallan en la certificación del Consejo de Gobierno de 2 de noviembre de 2016, sin perjuicio de la realización de aquellos otros que, en desarrollo del procedimiento, se estimase oportuno realizar.

En virtud de lo expuesto, de conformidad con lo previsto en el artículo 45.1.c) de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, en relación con la disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y en el artículo 7.h) del Decreto 208/2015, de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud,

RESUELVO

Primero. Someter a información pública el «Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida activa y una alimentación equilibrada en Andalucía», durante un plazo de quince días hábiles, contado a partir del día siguiente al de la publicación de esta Resolución en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, con la finalidad de que los organismos, entidades, colectivos y ciudadanos interesados formulen las alegaciones que estimen pertinentes.

Segundo. Durante dicho plazo, el texto del Anteproyecto de Ley estará disponible en las dependencias de esta Secretaría General Técnica, sita en Avenida de la Innovación, s/n, Edificio Arena-1, de Sevilla, así como en las Delegaciones Territoriales de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, en horario de 9,00 a 14,00 horas, de lunes a viernes.

Tercero. Asimismo, podrá consultarse el texto del Anteproyecto de Ley en el Portal de la Administración de la Junta de Andalucía en la página web de la Consejería de Salud en la dirección electrónica [http:// www.juntadeandalucia.es/salud](http://www.juntadeandalucia.es/salud).

Cuarto. Las alegaciones y observaciones podrán ser remitidas a través de la dirección de correo electrónico leypromocion.csalud@juntadeandalucia.es, incluida en el enlace citado. Asimismo, podrán formularse mediante escrito dirigido a la Secretaría General Técnica, sita en Avenida de la Innovación, s/n, Edificio Arena-1, de Sevilla, adjuntándose a las mismas, en el supuesto de organismos, entidades y colectivos interesados, la acreditación de la constitución y representación de los mismos, y se presentarán, preferentemente, en el registro de la Consejería de Salud, sin perjuicio de lo establecido

00102123



en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en relación con lo dispuesto en la disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Sevilla, 9 de noviembre de 2016.- El Secretario General Técnico, Ángel Serrano Cugat.

00102123



INFORME CCUA Nº 60/2016

A LA CONSEJERÍA DE SALUD

Sevilla, a 15 de noviembre de 2016

**INFORME DEL CONSEJO DE LAS PERSONAS CONSUMIDORAS Y
USUARIAS DE ANDALUCÍA AL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA
PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN
EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA.**

El Consejo de las Personas Consumidoras y Usuarias de Andalucía, en ejercicio de la función que le reconoce el Decreto 58/2006 de 14 de marzo de 2006, ante la Consejería de Salud, comparece y como mejor proceda,

EXPONE

Que por medio del presente escrito procedemos a evacuar informe respecto al Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía, y ello en base a las siguientes:

ALEGACIONES

PRIMERA.- Consideración General.

En primer lugar quiere este Consejo realizar una valoración positiva de la norma tanto en lo que respecta a su objeto como a sus fines. Sin embargo tal y como se conforma su articulado, resulta poco ambiciosa y presenta poca contundencia para poder conseguir una influencia real y eficaz en el mercado al que extiende su ámbito de aplicación.

419

SEGUNDA.- A la Exposición de motivos.

Este Consejo advierte que la referida exposición de motivos es excesivamente amplia, su texto resulta a veces demasiado explicativo, deteniéndose en detalles genéricos o meramente descriptivos que después no encuentran reflejo en el articulado, por lo que recomendamos se sintetice atendiendo de una forma más concreta al contexto, antecedentes y motivos que responden a la elaboración de la misma.

TERCERA.- A la Exposición de motivos.

Como se viene reiterando ante esta Consejería, interesamos que expresamente se mencione el cumplimiento del trámite de audiencia al Consejo de las Personas Consumidoras y Usuarias de Andalucía, trámite que por ser preceptivo debería venir reflejado en el texto, haciendo referencia al Decreto regulador de este Consejo, Decreto 58/2006 de 14 de marzo. Aún cuando dicho carácter preceptivo no conlleva un deber de información al respecto en el texto normativo, no es menos cierto que el principio de democracia participativa que impregna nuestra Constitución y nuestro ordenamiento hace deseable una mención al mismo, aportando valor añadido, desde esa perspectiva, a la producción normativa.

CUARTA.- Al artículo 1. Objeto

Se propone la inclusión de un nuevo epígrafe que añada como objeto el incidir sobre el mercado alimentario y en la publicidad asociada al tipo de mercado que se pretende regular.

QUINTA.- Al artículo 2. Fines

En el apartado f), se hace necesaria la inclusión, al final del mismo, de la siguiente expresión *“evitando conductas contrarias a dicha conciencia social”*.

SEXTA.- Al artículo 2. Fines

Asimismo, en este mismo artículo se propone la inclusión del siguiente nuevo epígrafe:

“Fomentar un uso responsable y sostenible de los productos alimenticios a los que resulta de aplicación esta norma”.

SÉPTIMA.- Al artículo 3.1. Ámbito de aplicación

Se interesa un cambio de redacción que haga más entendible la idea que trata de plasmar el artículo. En ese sentido, se propone la siguiente redacción:

“La presente Ley será de aplicación a la Administración de la Junta de Andalucía y a las entidades locales, cada una en sus ámbitos de competencia, a todas las personas físicas o jurídicas e Andalucía, de naturaleza pública o privada, en cuanto a que sus actividades estén relacionadas directa o indirectamente con lagunas de las finalidades de esta Ley”.

OCTAVA.- Al artículo 5. Principios de actuación.

Se propone la inclusión de un nuevo epígrafe, con el siguiente tenor literal:

“Principio de protección de los derechos de las personas consumidoras y usuarias “

NOVENA Al artículo 5. Principios de actuación.

428

Asimismo, en lo que se refiere al apartado c) se propone que el enunciado del mismo sea "*principio ecológico, social y cultural*", solicitando la modificación del texto en dicho sentido.

DÉCIMA.- Al artículo 6.2 Derecho de las personas

En el artículo 6 se propone la eliminación de la expresión "*a tal fin*", ya que el carácter de los derechos que se enuncian el apartado 2 son de naturaleza diferente e independiente al contenido del apartado 1, referente a los derechos reconocidos en la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

UNDÉCIMA.- Al artículo 7. Garantías por las Administraciones Públicas

En primer lugar se propone la inclusión de una nueva acción, en los siguientes términos:

"perseguir la publicidad o divulgación de conductas alimentarias no saludables".

DUODÉCIMA.- Al artículo 7. Garantías por las Administraciones Públicas

Asimismo y continuado con este mismo artículo, se debe cambiar la expresión "*impulsarán*" por la expresión "*elaborará*", toda vez que este Consejo entiende que las Administraciones Públicas deben tener un papel más activo en este materia que no se limite a ser meros impulsores de planes, programas o actividades específicas orientadas a esta materia, sino que debe ser ellas mismas las que activamente procedan a la elaboración de las mismas.

DÉCIMOTERCERA.- Al artículo 7. 2. Garantías por las Administraciones Públicas

Se propone una redacción alternativa más completa del epígrafe h), que quedaría como sigue:

“promover iniciativas informativas, educativas y de reflexión sobre los determinantes de los estilos de vida y la alimentación saludables en colaboración con las entidades sociales y en particular con las Asociaciones de Consumidores más representativas de Andalucía”.

DÉCIMO CUARTA.- Al artículo 9.2. Plan andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable

Entiende este Consejo que se en la norma debe venir claramente determinada la vigencia del Plan, así como debe venir especificado cual es la forma y el método por el cual se va a llevar a cabo la revisión del mismo.

DÉCIMO QUINTA.- Al artículo 9.7. Plan andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable

Se propone añadir al final del apartado 7 la expresión *“y seguimiento”*, entendiéndose fundamental dicha actuación para la evaluación global de los resultados a la que alude expresamente el apartado 2.

DÉCIMO SEXTA.- Al artículo 10. La promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros educativos.

Se propone añadir la siguiente expresión al epígrafe e) del artículo:

“promoviendo la apertura de las instalaciones deportivas fuera del horario escolar, tanto para la comunidad educativa como para el resto de ciudadanos”.

DÉCIMO SÉPTIMA.- Al artículo 11. 1 Los menús y dietas saludables en los centros educativos.

Este Consejo ~~entiende que debe proceder a~~ solicita la supresión de la expresión "en la medida de lo posible" de la redacción del artículo, ya que la actividad de fomento a la que se refiere el texto debe siempre llevar a cabo, en todo caso.

DÉCIMOOCtava.- Al artículo 12.2 Limitaciones a la venta y publicidad de alimentos hipercalóricos y medidas de promoción de la salud nutricional en los centros educativos.

Se propone una nueva redacción al principio del texto, añadiendo la siguiente expresión "Se prohíbe la promoción comercial, el patrocinio de actividades o eventos y la venta en los centros educativos (...)".

DÉCIMONOVENA Al artículo 12.2 Limitaciones a la venta y publicidad de alimentos hipercalóricos y medidas de promoción de la salud nutricional en los centros educativos.

Entiende este Consejo que la redacción del texto debe ir encaminada a la obligación de los centros directivos el desarrollo de programas de inspección y control en la materia de referencia, y no ser una mera declaración sobre a quién corresponde dichas competencia. En este sentido, se propone la ~~inclusión del el en el~~ modificar el texto indicando que el centro directivo competente en materia de salud pública "desarrollará" programas de inspección y control en el marco de los correspondientes planes anuales de inspección.

VIGÉSIMA. Al artículo 17. La promoción de entornos saludables que faciliten la actividad física y la lucha contra el sedentarismo.

En la línea de comentado anteriormente, se debe sustituir el término "estarán", por el término "están", por ser este último término más adecuado a la redacción del texto.

VIGÉSIMOPRIMERA. Al artículo 17.3 b) La promoción de entornos saludables que faciliten la actividad física y la lucha contra el sedentarismo.

En este epígrafe debe especificarse que la dotación de parques infantiles deberá hacerse acorde a la normativa vigente en materia de seguridad de dichos parques.

VIGÉSIMOSEGUNDA. Al artículo 17. 3 e) La promoción de entornos saludables que faciliten la actividad física y la lucha contra el sedentarismo.

Se propone la mención expresa de las Asociaciones de Consumidores en la redacción del texto, por la importancia que tienen y deben tener las mismas en esta materia, de cara a la suscripción de acuerdos de colaboración en campañas e iniciativas a favor de la actividad física y la lucha contra el sedentarismo.

VIGÉSIMOTERCERA.- Al artículo 19.5 Promoción de entornos favorables para una alimentación saludable.

En la parte del texto referido a la promoción de los canales cortos de comercialización no se hace mención ni se explica de qué manera y qué medidas se van a adoptar para poder llevarlo a cabo, por lo que se solicita un mayor desarrollo del apartado contemplando los aspectos mencionados.

VIGÉSIMOCUARTA.- Al artículo 21.1. Cartas de compromiso para la prevención del sobrepeso y la obesidad

125

Se propone la mención expresa de las Asociaciones de Consumidores en la redacción del texto, por la importancia que tienen y deben tener las mismas en esta materia, en lo que respecta a su participación en la elaboración de cartas de compromiso para la prevención del sobrepeso y la obesidad.

VIGÉSIMOQUINTA.- Al artículo 21.6. Cartas de compromiso para la prevención del sobrepeso y la obesidad.

Se hace necesaria la introducción de un plazo máximo para proceder al desarrollo reglamentario que se menciona.

VIGÉSIMOSEXTA.- Al artículo 27.2 c) Atención sanitaria a las personas con trastornos de la conducta alimentaria.

Se propone que tras la expresión *“respecto de los beneficios nutricionales”* se añada la expresión *“u otras características alimenticias”*

VIGÉSIMOSÉPTIMA.- Al artículo 28.2. Principio de veracidad publicitaria.

Este Consejo entiende que el comienzo del apartado segundo debe ser el siguiente: *“Los mensajes publicitarios sobre alimentos deben ser claros, objetivos, pertinentes, precisos, y aportar una documentación completa y veraz, teniendo en cuenta (...)”*

VIGÉSIMO OCTAVA.- Al artículo 32. Mapa andaluz de la situación de sobrepeso y obesidad.

Se echa en falta en la redacción del artículo la previsión y regulación de una forma de acceso público a dicho mapa así como una referencia acerca de los que tipo de mecanismos se van a utilizar para darle la necesaria difusión al mismo.

VIGÉSIMONOVENA.- Al artículo 35. Sistemas de información de calidad nutricional de os alimentos en Andalucía.

Se hace necesaria la introducción de un plazo máximo para proceder al desarrollo reglamentario que se menciona.

TRIGÉSIMA.- Al artículo 37.4 Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

Atendiendo a que la disposición adicional primera establece un plazo de 6 meses para su constitución, entiende este Consejo que en este artículo se debería concretar, al menos la composición de dicha Comisión, y no dejar este aspecto a posterior desarrollo reglamentario de la norma.

TRIGÉSIMOPRIMERA.- Al artículo 37.5. Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable

Debe incluirse la información sobre los expedientes de infracción entre las funciones asignadas a la Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

TRIGÉSIMOSEGUNDA. Al artículo 38.7. Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

Se hace necesaria la introducción de un plazo máximo para proceder al desarrollo reglamentario que se menciona.

Por lo expuesto, procede y

SOLICITAMOS A LA CONSEJERÍA DE SALUD, Que habiendo presentado este escrito, se digne admitirlo, y tenga por emitido informe sobre el Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía, y si así lo tiene a bien, proceder a

427

incorporar las modificaciones resultantes de las alegaciones expuestas en el presente informe. Por ser todo ello de Justicia que se pide en lugar y fecha arriba indicados.

INFORME DE EVALUACIÓN DEL ENFOQUE DE DERECHOS DE LA INFANCIA DEL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA.

De conformidad con el artículo 7 del Decreto 103/2005, de 19 de abril, por el que se regula el Informe de evaluación del enfoque de derechos de la infancia en los proyectos de ley y reglamentos que apruebe el Consejo de Gobierno, esta Dirección General de Infancia y Familias emite el preceptivo informe, cuya finalidad radica en garantizar la legalidad, acierto e incidencia de los proyectos de ley y reglamentos cuya aprobación corresponda al Consejo de Gobierno, en orden al pleno respeto de los derechos de niños y niñas, según la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989, y su concreción en el resto de la normativa internacional, estatal y autonómica aplicable en materia de menores.

Asimismo, el artículo 2 del Decreto 103/2005 dispone que el Informe de evaluación del enfoque de derechos de la infancia será de obligado cumplimiento en la tramitación de todos los proyectos de ley y reglamentos cuya aprobación corresponda al Consejo de Gobierno y que sean susceptibles de repercutir sobre los derechos de la infancia.

De este modo, tras el estudio del Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía, se considera que el mismo carece de repercusión negativa sobre los derechos de los niños y las niñas.

Todo ello sin perjuicio de que, en caso de considerarlo oportuno, se pueda modificar la actual redacción en los siguientes aspectos:

1. En el artículo 16, referente a "La promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros de personas mayores y personas con discapacidad", se propone añadir una referencia específica también a los centros de acogimiento residencial a personas menores de edad en situación de guarda y tutela por la Junta de Andalucía.
2. Asimismo, se podría dar una nueva redacción al apartado 3 de este artículo 16, en el sentido de que la Administración Sanitaria promueva y fomente, en el seno de estos centros de acogimiento residencial de menores, el desarrollo de programas de formación y sensibilización sobre hábitos saludables, alimentación sana y equilibrada y promoción de la actividad física, colaborando activamente con el personal profesional de estos centros en la confección de menús, su elaboración y determinación de las cantidades adecuadas de los alimentos que se suministren en los mismos, teniendo en cuenta las necesidades personales de cada usuario o usuaria.
3. Por último, en el artículo 19, relativo a "La promoción de entornos favorables para una alimentación saludable", y teniendo en cuenta los estudios que se vienen realizando que ponen en relación directa la obesidad infantil con la pobreza, en particular, con la mala alimentación y los malos hábitos que se están adquiriendo por las personas menores de edad, se podría añadir en el apartado 4 de este artículo 19, en el que se manifiesta que "Las Administraciones Públicas en Andalucía, en el ámbito de sus respectivas competencias, facilitarán y, en su caso, desarrollarán la creación y mantenimiento de una red de Huertos Urbanos, dando prioridad a las zonas con necesidades

415

de transformación social de Andalucía", la necesidad de promover, igualmente, los medios de transportes adecuados para que los productos de estos Huertos se puedan distribuir entre las diferentes instituciones que gestionan los comedores sociales y los Bancos de Alimentos, a fin de que puedan llegar productos frescos a las familias.

Sevilla, 15 de noviembre de 2016.
La Directora General de Infancia y Familias,



Fdo.: Ana Conde Trescastro.



INFORME: ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIONDE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACION EQUILIBRADA EN ANDALUCIA

Tal y como indica la exposición de motivos del Anteproyecto de Ley para la Promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía, el problema de la Salud Pública, desde las distintas administraciones, se ha convertido en una base fundamental para la implementación y desarrollo de actuaciones dirigidas a la promoción y la prevención de la Salud en los municipios. Es así que hoy día sabemos que los Ayuntamientos son unos agentes de primera línea en la promoción de la salud pública. De hecho, **la ley 5/ de 11 de junio, LEY DE AUTONOMIA LOCAL**, en Materia de Sanidad, establece que le corresponde a los municipios:

1.- Promoción, defensa y protección de la salud pública, que incluye:

- a) La elaboración, aprobación, implantación y ejecución del plan local de salud.
- b) El desarrollo de políticas de acción local y comunitaria en materia de salud.
- c) El control preventivo, vigilancia y disciplina en las actividades públicas y privadas que directa o indirectamente puedan suponer riesgo inminente y extraordinario para la salud.
- d) El desarrollo de programas de promoción de salud, educación para la salud y protección de la salud, con especial atención a las personas en situación de vulnerabilidad o de riesgo.
- e) La ordenación de la movilidad con criterios de sostenibilidad, integración y cohesión social, promoción de la actividad física y prevención de la accidentabilidad.
- f) El control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, consumo, ocio y deporte
- g) El control sanitario oficial de la distribución de alimentos.
- h) El control sanitario oficial de la calidad del agua de consumo humano.
- i) El control sanitario de industrias, transporte, actividad y servicios.
- j) El control de la salubridad de los espacios públicos, y en especial de las zonas de baño.

La ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, atribuye a los municipios, en su artículo 25, competencias que tienen repercusiones importantes para la salud de la población. Materias como urbanismo, medio ambiente urbano, infraestructura viaria y equipamiento, evaluación e información de necesidad social y atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social, policía local, protección civil, tráfico, movilidad y transporte colectivo, etc. Entre las competencias propias se encuentra el apartado j) Protección de la salubridad. El entendimiento general del término “salubridad pública” se asocia con “el estado de salud de la población” y la definición profesional incluye las áreas de más reciente desarrollo de la salud pública: la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Por ello el área de Derechos Sociales toma la iniciativa de elaborar el **Plan Municipal Málaga Ciudad Saludable** cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los malagueños y



723



malagueñas, a través de actuaciones que incidan en una mejora de las costumbres (mantener una alimentación equilibrada y práctica de ejercicio físico) pero también en el cuidado de la calidad del agua, aire, limpieza y todos aquellos factores que podemos relacionar con una ciudad saludable.

Para la elaboración del Plan se ha realizado un diagnóstico de Salud de la población de Málaga con el fin de conocer el estado de salud actual, así como los hábitos y costumbres de los ciudadanos del municipio de Málaga.

El Plan Municipal Málaga Ciudad Saludable consta de cinco programas:

1.- Programa para la prevención de las situaciones psico-sociales que afectan a la salud de los malagueños y malagueñas.

El programa en prevención de situaciones psicosociales, es un conjunto de actuaciones que tiene como objetivo principal reducir determinados factores y conductas que afectan a la salud de los malagueños.

Con este programa, se ofrecen actuaciones destinadas a que la ciudadanía tenga acceso a los recursos sociales, que faciliten la prevención sobre todo a los grupos con especial riesgo de exclusión social, sin olvidar que para poder llevar a cabo este programa es necesario que exista colaboración entre los distintos agentes sociales.

2.- Programa en materia de promoción de acciones orientadas a la calidad de vida de la ciudadanía a través de la mejora, vigilancia y protección medioambiental.

En la actualidad, existen distintos tipos de acciones humanas que dañan el medio ambiente, muchas de ellas de manera irreversible. La relación del medio ambiente con la salud es compleja, ya que está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de la persona. Por ello, este programa pretende garantizar la protección medioambiental a través de la limpieza municipal, la prevención de contaminación acústica y lumínica, así como también la calidad del aire y del agua, fomentar el consumo responsable y garantizar la protección y mejora de la flora y fauna municipal con especial cuidado de la protección de la dignidad animal.

3. Programa para el fomento de hábitos de salud que contribuyan a aumentar la calidad de vida

En la actualidad hemos desarrollado hábitos de alimentación no saludables debido al ritmo de vida que llevamos. Por ello, vemos estrictamente necesario fomentar un cambio de estilo de vida de los ciudadanos/as que ven como el sedentarismo y una alimentación inadecuada hace mella en sus organismos.

Una mala alimentación va ligada a problemas de sobrepeso y obesidad, la cual es causa de tensión alta, diabetes, colesterol alto, enfermedades cardiovasculares, etc.





A través de este programa se pretende ofrecer a la población malagueña determinadas alternativas saludables en cuanto a dieta, ocio, deporte, etc., para que sean incorporadas en su estilo de vida.

4. Programa para la reducción del riesgo de accidentes domésticos, laborales y viales

Los accidentes laborales ocurren porque los trabajadores cometen actos incorrectos o porque los equipos, herramientas, maquinarias o lugares de trabajo no se encuentran en condiciones adecuadas.

Con este programa se pretende contribuir a la disminución de accidentes de tráfico a través de la educación vial, al descenso de los accidentes laborales, así como también reducir los accidentes en el ámbito doméstico, urbano y escolar.

5. Programa de participación de la ciudadanía en el ámbito de la salud, así como el fomento de la investigación y la formación.

Se pretende resaltar la importancia que tiene la investigación en la salud como instrumento para la mejora de la salud pública, donde las instituciones, como mayores responsables para la toma de decisiones, deben contextualizar la información atendiendo a las necesidades locales

Se pretende promover la formación de profesionales, movilizar y apoyar la participación de los ciudadanos en la defensa de sus derechos en materia de salud, apoyar la investigación médica en prevención y tratamiento de la enfermedad.

El Plan Municipal Málaga Ciudad Saludable 2016-2020 se aprobó el pasado 28 de abril, tiene como finalidad el mejorar la calidad de vida de la ciudadanía mediante estrategias de prevención, promoción de hábitos saludables y la protección y mejora de los determinantes de la salud comunitaria y cuyos principios fundamentales son la participación de las entidades sociales y la transversalidad de las acciones de las distintas Áreas Municipales.

En esta misma fecha se aprobó ya **La Adhesión a la Estrategia para la promoción de la salud** y prevención del Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo último es la elaboración e implantación de un plan local de salud que contemple los diversos determinantes de salud que influyen en la calidad de vida de la ciudadanía. Por ello, podemos considerar que el primer paso importante de la Estrategia ya está cumplimentado, con la aprobación del Plan Municipal Málaga Ciudad Saludable.

Posteriormente, el 28 de julio el ayuntamiento de Málaga se adhería a la **iniciativa "Imagen y Salud"** de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía que reúne a instituciones, asociaciones y entidades pertenecientes a los sectores de la salud, la comunicación, el deporte, la publicidad, el diseño de moda, la alimentación, el consumo, la educación y la cultura con el objetivo de llevar a cabo actuaciones conjuntas orientadas a la



725



prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y a la promoción de mensajes positivos para la ciudadanía sobre los patrones de belleza física y la alimentación saludable.

La iniciativa Imagen y Salud conlleva la adopción de un enfoque que reconoce y valoriza los activos de salud comunitarios, en coherencia con la visión amplia de la salud basada en el bienestar subjetivo, el funcionamiento óptimo necesario para un proyecto vital satisfactorio y el reconocimiento de múltiples influencias biológicas, psicológicas y sociales (determinantes en salud).

Su objetivo es complementar las necesarias acciones preventivas para evitar o reducir los riesgos con aquellas otras que potencian la salud de las personas y las comunidades, como el refuerzo y optimización de los llamados activos de salud.

Para facilitar y coordinar la transversalidad de las actuaciones se han creado mesas de trabajo con la Áreas Municipales por un lado y por otro lado con el tejido asociativo.

El pasado 7 de julio se convocó reunión constitutiva de la Mesa Técnica Transversal, compuesta por las distintas Áreas Municipales cuyas acciones se han incorporado al Plan Municipal Málaga Ciudad Saludable, y cuya misión es la coordinación, seguimiento, impulso y evaluación de la implementación del Plan. Las Áreas implicada son las de Juventud y Deporte, Accesibilidad, Movilidad, Sostenibilidad Medioambiental, Promoción Empresarial y Empleo, Instituto Municipal de la Vivienda, Infe, Seguridad, Educación, Servicios Operativos, Régimen Interior, Playas y Fiestas.

La Agrupación de Desarrollo Málaga Ciudad Saludable, constituida el pasado 20 de febrero de 2015, cuyo objetivo es facilitar el trabajo en red de las entidades que trabajan en el ámbito de la salud.

En esta misma línea, recordar que el municipio de Málaga pertenece desde marzo de 1988 al a Red Federación Española de Municipios y Provincia FEMP, dentro del proyecto europeo de CIUDADES SALUDABLES que es una iniciativa internacional, dirigida por la Organización Mundial de la Salud, cuyo objetivo es la salud y el desarrollo sostenible, a nivel local, según la estrategia "Salud para todos". El proyecto busca mejorar el bienestar y el medio ambiente físico, mental y social de la ciudadanía.

Por todo lo anteriormente expuesto, podemos decir que el Ayuntamiento de Malaga está desarrollando actuaciones dirigidas a la promoción y prevención de la Salud, derecho que recoge el Anteproyecto de Ley y que ya tiene una amplia trayectoria en la actividad municipal

En relación a los aspectos que creemos que tienen que incluirse es este anteproyecto de Ley, vemos que en el desarrollo de la misma no regula las bases necesarias para establecer mecanismos de financiación dirigido tanto para las administraciones locales como por otra parte para las entidades sociales, siendo también fundamental plasmar un cuadro competencial y organigrama para dotación de recurso humanos con profesionales cualificados que puedan planificar y desarrollar las actuaciones contempladas en el documento.





Así mismo, vemos conveniente que se recoja actuaciones encaminadas a establecer **planes de formación** dirigidos a profesionales para dotarles de las herramientas necesarias para abordar y desarrollar su trabajo.

Por último, el Anteproyecto de Ley tendría que recoger un **plan de evaluación y seguimiento** de todas las actividades recogidas en el mismo, con el fin de valorar la eficacia y eficiencia del mismo recogiendo el impacto ocasionada en la población, ya que las revisiones sistemáticas de los proyectos y actuaciones que se lleven a cabo son una herramienta esencial para realizar políticas que mejoren la eficiencia y la equidad de los servicios dirigidos a la ciudadanía.





INFORME

En relación con la petición formulada por Alcaldía para que se informe de los aspectos que se crean convenientes sobre el **Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía**, se puede decir lo siguiente:

- El Ayuntamiento de Málaga viene trabajando desde hace años en la línea general del concepto deporte-salud desde una perspectiva de transversalidad plenamente operativa entre distintas Áreas Municipales, fundamentalmente y por competencias el Área de Deporte y Derechos Sociales, e incluso con otras organizaciones de la propia Junta y Asociaciones diversas. Entendiendo la premura del trámite, hubiese sido más enriquecedor plantear una propuesta común de las Áreas relacionadas con el objeto de la Ley.
- Otro aspecto general a destacar es la obligación que en su cumplimiento tendrán los Ayuntamientos desde la publicación y el "difuso" compromiso de financiación por parte del Legislador.
- Se pone de manifiesto la necesidad, ya inmediata, de establecer con carácter prioritario líneas de colaboración en la planificación de la ciudad entre el Área de Deporte y la GMOUI, en la que se consideren los usos deportivo-saludables del entorno urbano.
- El planteamiento del programa **Málaga Ciudad Saludable** conforma una fórmula eficaz para, incluso, los fines del Anteproyecto.
- Siguiendo el articulado del Anteproyecto, a continuación se detallan algunas propuestas.
 - En la *exposición de motivos*, y a lo largo de bastantes ocasiones, se constata la preocupación por las bebidas azucaradas al alcance de los niños y se intentan establecer criterios diversos para su control en centros escolares o instalaciones deportivas. Sería imprescindible que por parte de la propia regulación se facilitara una lista real de productos comercializados para facilitar la tarea de vigilancia a la que se somete a la Administración Local, que nunca podrá tener medios para determinar qué productos estarían afectados.
 - En éste sentido, también influirá en los patrocinios deportivos habituales de empresas con estos productos, muy vinculadas al sector y que podrían verse obligadas a retirar estos apoyos económicos.
 - Art. 7 c) añadir: **crear programas de salud y actividad física para personas con enfermedades crónicas que puedan beneficiarse de la práctica habitual del ejercicio.**

Código Seguro de verificación:h0a+m1AWghkJWW2qGX8QtA==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://valida.malaga.eu>
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	Publio Francisco Parra Trujillano		FECHA	21/11/2016
ID. FIRMA	10.1.252.143	h0a+m1AWghkJWW2qGX8QtA==	PÁGINA	1/2



h0a+m1AWghkJWW2qGX8QtA==

128



- o Art. 8 3 redactar: "...las personas jóvenes, las mujeres gestantes y los mayores se considerará..."
- o Art. 10 a) redactar: "...establecimiento de un tiempo mínimo recomendable de cinco horas **lectivas** semanales de ejercicio físico...". En el apartado e) añadir: **Favorecer las actividades al aire libre y en contacto con la naturaleza.**
- o Art. 39 2 añadir: **Igualmente se incluirán en los contenidos de formación de las Federaciones Deportivas y otros formadores en deporte.**

Sin más que informar al respecto, firmo el presente en Málaga a veintiuno de noviembre de dos mil dieciséis.


EL JEFE DE SERVICIO
ÁREA DE DEPORTE.

F. Digital Publio F. Parra Trujillano.

Doña ELISA PÉREZ DE SILES. CONCEJALA DELEGADA DEPORTE.

Plaza John F. Kennedy, 3 ■ 29004 ■ Málaga ■ TLF. 951 927262 ■ www.deporte.malaga.eu

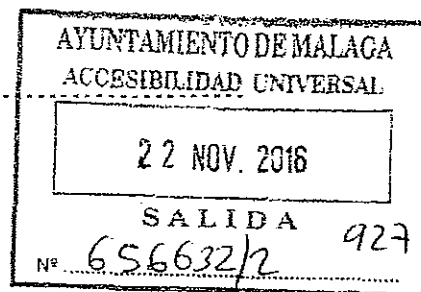
Código Seguro de verificación:h0a+M1AWghkJWW2gGX8QtA==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://valida.malaga.eu>
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	Publio Francisco Parra Trujillano		FECHA	21/11/2016
ID. FIRMA	10.1.252.143	h0a+M1AWghkJWW2gGX8QtA==	PÁGINA	2/2
 h0a+M1AWghkJWW2gGX8QtA==				



Unidad Administrativa: secretaría dirección
Ref: FBG/psm

A/A D. Jose Ramón Fernández García
Director Técnico de Alcaldía



Málaga, 22 de noviembre de 2016

Estimado Jose Ramón,

En relación al escrito de Alcaldía, de entrada en este Área de Accesibilidad el día 11 de noviembre con número de documento 656632/2, en el que solicita informe para el Anteproyecto de ley para la promoción de una vida activa y una alimentación equilibrada en Andalucía, se transcribe informe emitido por funcionarios, trabajadoras sociales de esta Área de Accesibilidad en relación al mismo y cuyo tenor literal es el siguiente:

“ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA

*La aprobación por parte del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía del Anteproyecto de Ley para la Promoción de una Vida Saludable y una Alimentación Equilibrada, establece las bases de las **políticas contra la obesidad**.*

1.- Promoción de la actividad física y la alimentación saludable en Centros de Personas Mayores y de Personas con Discapacidad, actuaciones básicas:

- *Difusión y fomento entre los **profesionales de centros de día y residenciales** y entre las **P. con D.** de recomendaciones sobre estilos de vida saludable relacionados con la alimentación saludable, la actividad física y el control de peso*
- *Los centros deberán contar con una programación de estilos de vida saludable y prevención de la obesidad y deberán contar con el apoyo de profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía*

730



- *En los centros no se podrá llevar a cabo campañas de publicidad de bebidas y alimentos con alto contenido en grasas trans, sal o azúcar*

- *Se tendrá en cuenta las características gastronómicas de la zona y la producción local*

2.- Promoción de la actividad física y la alimentación saludable en Centros Educativos y de la Administración:

- *Se fomentarán políticas de transporte activo y movilidad sostenible*

- *Se asegurará un mejor acceso a las instalaciones deportivas, de ocio y de tiempo libre en cada pueblo y cada ciudad de Andalucía*

- *Planes específicos dirigidos a profesionales de la salud*

- *Atención sanitaria integral a personas obesas y con trastornos de la salud*

- *Planes de formación al profesorado*

- *Planes curriculares específicos en facultades de Ciencias de la Salud*

- *Dirigido a centros educativos y centros de mayores y centros de personas con discapacidad*

- *Ampliación a cinco horas la actividad física en los colegios*

- *Los centros docentes tendrán un máximo de cuatro años para establecer un tiempo mínimo recomendable de cinco horas efectivas semanales de actividad física*

- *Se fomentarán igualmente los juegos y recreos activos*

- *Se ampliará la oferta de actividades extraescolares que incluyen ejercicio.*

- *Favorecer menús saludables en centros y menús saludables en los comedores escolares, con utilización de productos locales y regionales y de temporada basados en la dieta mediterránea.*

- *Acceso gratuito a agua potable en lugares públicos*



- Se prevén iniciativas para la distribución de frutas y verduras y la participación del alumnado en programas de granjas escuelas y huertos escolares

- Dotar de aparcamientos para bicicletas en lugares de trabajo de más de 50 trabajadores,

- Límites a la publicidad de bebidas azucaradas y alimentos envasados en los centros educativos, etc.

La norma trasladara todo su contenido o la mayor parte del mismo a la **Ley definitiva**, a la lucha contra la obesidad y otras enfermedades derivadas de la vida sedentaria, la ausencia de actividad física y la alimentación no saludable en Andalucía.

Una vez leído el anteproyecto, informamos:

- Que en el contenido de la misma no se contempla ninguna parcela del Trabajo Social

- Que está enfocado a centros residenciales

- En el Área de Accesibilidad no se cuenta con ningún centro para su aplicación.

Nos consta que en algunas asociaciones si tienen proyectos referidos a Vida saludable con alimentación mediterránea a través de charlas divulgativas.

La intervención del Área en este tema se limita a subvencionar proyectos de Vida Saludable y participar en la organización de rutas saludables.

Málaga, 17 de Noviembre de 2016"

Atentamente,

LA CONCEJALA DELEGADA DE
ACCESIBILIDAD

Fdo.: Paqui Bazalo Gallego

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Unidad de Igualdad de Género

OBSERVACIONES DE LA UNIDAD DE IGUALDAD DE GÉNERO AL INFORME DE EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE GÉNERO DEL PROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA, EMITIDO POR LA SECRETARÍA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO

1. FUNDAMENTACIÓN Y OBJETO DEL INFORME

1.1. CONTEXTO LEGISLATIVO. De acuerdo con lo establecido en el Decreto 17/2012, de 7 de febrero, por el que se regula la elaboración del Informe de Evaluación del Impacto de Género, es responsabilidad del Centro Directivo emisor de la norma la elaboración de un informe que de cuenta del impacto que, previsiblemente, la misma pudiera causar por razón de género. Por otra parte, según estipula dicho Decreto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 del Decreto 275/2010, de 27 de Abril, por el que se regulan las Unidades de Igualdad de Género en la Administración de la Junta de Andalucía, corresponde a éstas el asesoramiento a los órganos competentes de la Consejería en la elaboración de los informes de evaluación del impacto de género de las disposiciones normativas, formulando las observaciones a los mismos y valorando su contenido.

En base a estos requerimientos, la Unidad de Igualdad de Género de la Consejería de Salud emite el presente Informe de Observaciones y Recomendaciones al Informe de Evaluación emitido por la Secretaría General de Salud Pública y Consumo sobre el proyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía.

1.2. OBJETO DEL PRESENTE INFORME. El objeto del informe que se presenta es realizar observaciones al Informe de Evaluación emitido por la Secretaría General de Salud Pública y consumo para su posterior traslado a la misma, con la finalidad de que incorpore las recomendaciones realizadas y modifique el texto normativo - si fuera el caso - antes de su aprobación, garantizando así un impacto positivo de la norma en la igualdad de género.

2. OBSERVACIONES SOBRE LA PERTINENCIA DE GÉNERO DE LA NORMA.

1. Analizado el objeto y contenido del proyecto normativo, la Unidad de Igualdad de Género está de acuerdo con la conclusión a la que llega el Centro Directivo en cuanto que considera que la norma resulta ser **PERTINENTE AL GÉNERO**.

2. Dado el objeto y contenido de la norma el grupo destinatario de la misma será toda la población andaluza, puesto que el objeto de la Ley es la prevención de problemas de sobrepeso y obesidad y riesgos para la salud asociados así como la atención integral a las personas que padecen estos problemas. La Ley por tanto afecta a personas, al acceso a recursos en este caso asistenciales, afectando directa/indirectamente a la situación y posición social de mujeres y hombres por lo que el proyecto de Ley resulta ser: **PERTINENTE**

3. Procediendo, pues, a analizar el Impacto de Género de la norma en cuestión, teniendo en cuenta la normativa de aplicación en relación con la igualdad de género (ver Anexo), se realizan las siguientes observaciones:

3. OBSERVACIONES SOBRE LAS DESIGUALDADES DETECTADAS

1. Justificación normativa: La Ley 12/2007 de 26 de noviembre para la promoción de la igualdad de género en Andalucía (BOJA núm. 247 de 18 de diciembre de 2007) en su Art. 6.2 dispone la obligatoriedad de presentar un informe de evaluación del impacto de género en

449

todos los proyectos de ley, disposiciones reglamentarias y planes que apruebe el Consejo de Gobierno. Y en el apartado 3 del citado artículo, señala que deberá ir acompañado de indicadores pertinentes al género, que nos permitan analizar la situación real existente, y valorar si lo previsto en la norma en cuestión, atiende de forma igualitaria (que no igual) a las mujeres y hombres a los que van destinadas las medidas que se pretenden regular.

El informe de Evaluación de Impacto de Género aporta datos, aunque son escasos. Para poder valorar mejor el impacto de género del proyecto de Orden serían necesarios los siguientes datos desagregados por sexo.

- Porcentaje de personas obesas y con sobrepeso en Andalucía en los veinte últimos años, desagregado por sexo y por tramos de edad.

Con estos datos mas específicos, se podría hacer un diagnóstico de la situación, y establecer medidas para evitar el posible impacto negativo y realizar un seguimiento para observar el impacto futuro de la Ley.

En el Informe aparece la siguiente información: "Según la OMS, en España en el periodo comprendido entre 2020 y 2030 el porcentaje de hombres obesos habrá pasado del 27 al 36% y el de mujeres obesas del 19 al 21%". Se echa en falta datos de Andalucía, de qué año son estos porcentajes, y los grupos de edad.

En función de los datos aportados, parece que a nivel estatal hay mayor obesidad masculina y en el futuro se espera que aumente considerablemente la brecha de género que aumentaría según los datos aportados, de ocho puntos de diferencia a quince, casi el doble.

4. TRANSVERSALIDAD DEL PRINCIPIO DE IGUALDAD E INCLUSIÓN EN OBJETO

1. Justificación normativa: El artículo 5 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad en Andalucía (BOJA núm. 247 de 18 de diciembre de 2007) prescribe que en todos los reglamentos se tiene que tener en cuenta la transversalidad de género tanto en la elaboración como en la ejecución y seguimiento de las disposiciones normativas

2. En este sentido, en la norma que se analiza no se muestra de forma explícita el principio de transversalidad de la igualdad de género, por lo que se recomienda su inclusión en:

- Exposición de motivos o preámbulo, recomendamos por ejemplo en la página 9, un último párrafo quedando redactado de la manera que sigue:

- "Asimismo esta Ley incorpora de forma transversal la perspectiva de género, tal y como establece el artículo 5 de la Ley 12/2007 de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía ". El principio de transversalidad establece que los poderes públicos integrarán el enfoque de género en la elaboración, ejecución y seguimiento de las disposiciones normativas, con el objeto de eliminar los efectos discriminatorios que pudieran causar y fomentar la igualdad entre mujeres y hombres".

5. INCORPORACIÓN DE MEDIDAS COMPENSATORIAS Y QUE FAVOREZCAN LA IGUALDAD

1. Justificación normativa: Por otra parte, de acuerdo con lo dispuesto en el Art. 6 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía y en el informe de evaluación del impacto de género se deberán mencionar los mecanismos y medidas dirigidas a paliar y neutralizar los posibles impactos negativos que la norma pudiera causar.

2. En este sentido, en el Informe que se analiza se recogen diferentes medidas que incorpora la Ley, dos medidas si hacen mención explícita a la igualdad de género y de las otras medidas, una hace referencia a la equidad y a evitar desigualdades en general y las otras que se contemplan no son específicas de género.

Se felicita al centro directivo porque incluye la perspectiva de género en diferentes apartados: en los principios de actuación, en la formación de profesionales y en la promoción de la actividad física saludable. Aún así en los problemas de sobrepeso y obesidad hay una brecha de género bastante considerable, con lo cual se recomienda incluir la perspectiva de género transversalmente en toda la Ley. Igualmente los trastornos de conducta alimentaria son mas frecuentes en mujeres, con lo cual hay que tener en cuenta las necesidades diferentes de mujeres y hombres en la alimentación e imagen corporal, incorporando en las medidas la mirada de género.

Desde la Unidad de Igualdad y con los datos de que se disponen se realizan algunas recomendaciones:

- Incluir la perspectiva de género en el objeto de la Ley, en el punto 1 y en el punto 2, puesto que la perspectiva de género no sólo hay que considerarla en la promoción de la actividad física sino también en la promoción de la alimentación saludable. Incluyendo la perspectiva de género en este punto afectará a todas las medidas de promoción y prevención que se contemplan en la Ley. Además también existe una brecha de género significativa en los trastornos de la conducta alimentaria y distorsión negativa de la propia imagen (punto 2 del objeto), con lo cual también es necesario incluirla en este apartado.

De esta forma queda patente que se analiza y proponen medidas específicas de género para los problemas de sobrepeso y obesidad en toda la Ley. Si no hay que ir incluyendo el enfoque de género en cada título de la Ley.

Podría quedar de la siguiente forma:

"El establecimiento y desarrollo de las acciones necesarias para la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable y equilibrada entre la población, desde una perspectiva de género, con la finalidad de prevenir los problemas del sobrepeso y la obesidad en Andalucía y los riesgos para la salud que llevan asociados, así como favorecer una atención integral a las personas que padecen estos problemas y la concienciación social sobre los mismos".

"El establecimiento de medidas con enfoque de género para la promoción de la salud, la prevención y la adecuada atención sanitaria de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos de la conducta asociados a una distorsión negativa de la propia imagen corporal".

- En el artículo 9 punto 4 incluir la perspectiva de género:

" El Plan abarcará todas las etapas de la vida de las personas, aunque priorizará las medidas dirigidas a la infancia, adolescencia, a las mujeres gestantes y a las personas mayores, y prestará especial atención a las necesidades de los grupos socioeconómicos más vulnerables y a la perspectiva de género, con el fin de reducir y evitar las desigualdades en alimentación, actividad física, obesidad y salud".

- En el artículo 10 punto 2 se incluye la perspectiva de género, pero yo la incluiría mejor al principio del artículo, porque además del ejercicio físico, también hay que incluir el enfoque de género en la nutrición y alimentación. Se sugiere:

Artículo 10. La promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros educativos con enfoque de género.

- En el artículo 27, Publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en Andalucía, se recomienda incluir la perspectiva de género. Se podría añadir al final del punto 1 del artículo. " y a las consideraciones que aparecen en el artículo 57 de la Ley 12/2007 de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía. Otra opción podría ser incluir la perspectiva de género en el artículo 30, Publicidad ilícita.

- Para la designación del personal de la Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable (artículo 37) y para el Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable (artículo 38), órganos colegiados, se recomienda que se respete el principio de representación equilibrada de mujeres y hombres prevista en los artículos 18 y 19 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía. Igualmente se recomienda que al menos una persona de cada órgano colegiado tenga formación en igualdad de género.

451

Se recomienda incluir, por ejemplo, en el artículo 37 punto tres al final:

"garantizando la representación equilibrada de hombres y mujeres como establece el artículo 11 de la Ley 12/2007 de 26 de noviembre"

Y en el artículo 38 punto 2, se recomienda incluir al final:

"Para su nombramiento se garantizará la representación equilibrada de hombres y mujeres como establece la ley 12/2007 de 26 de noviembre"

- En el artículo 39, formación en nutrición y alimentación saludable, en el punto 2 se recomienda incluir "y formación en igualdad de género"

- En el artículo 40 en el punto 1 al final se recomienda incluir "con perspectiva de género"

6. REVISIÓN DEL LENGUAJE

1. justificación normativa. De acuerdo con el art. 4 y el art. 9 sobre lenguaje no sexista e imagen pública de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía, y de acuerdo con la Instrucción de 16 de marzo de 2005, de la Comisión General de Viceconsejerías, se deberá evitar un uso sexista del lenguaje en las disposiciones de carácter general de la Junta de Andalucía.

2. En base a ello, se hace necesario realizar las siguientes observaciones:

- En el Informe se utiliza un lenguaje sexista, por ejemplo aparece "los niños", "los adolescentes", "los recién nacidos", "los profesionales", "los trabajadores". Se recomienda utilizar un lenguaje inclusivo y no sexista, pudiendo sustituir los términos descritos por ejemplo por "la población infantil", "la juventud", "las personas recién nacidas" "profesionales" sin el artículo los, "las personas trabajadoras" etc.

- En cuanto al proyecto de Ley, también es necesario realizar observaciones al lenguaje sexista utilizado en la redacción de la norma, asegurando que el lenguaje utilizado sea inclusivo y facilite la visualización tanto de las mujeres como de los hombres, en todos los aspectos tratados, lo que facilitará a su vez la comprensión de las situaciones concretas de unas y otros que puedan ser motivo de desigualdades, y la posterior actuación a favor de la igualdad entre mujeres y hombres. No obstante, las recomendaciones que se proponen deben articularse de tal manera que la coherencia discursiva del texto se mantenga respetando en todo momento tanto el significado como la comprensión y concordancia de lo escrito.

Así pues en la norma aparece repetidamente :

- los profesionales, los pacientes, los adultos, los ciudadanos, los tutores, el recién nacido, los operadores, los trabajadores, los niños, los clientes, los consumidores, los expertos, los usuarios...etc. Se recomienda sustituir el lenguaje sexista por lenguaje inclusivo, como puede ser: el equipo de profesionales, las personas adultas, la ciudadanía, las personas tutoras, las personas trabajadoras, la población infantil, la clientela, las personas consumidoras, personas usuarias...etc

En Sevilla a 23 de noviembre de 2016

La Asesora Técnica de Igualdad

El Jefe de Servicio de Innovación e Igualdad

Fdo. M^a José de la Rosa Vázquez

Fdo: Javier López Narbona

La Secretaría General de Salud Pública y Consumo

Fdo: Josefa Ruiz Fernández
Salud Pública y Consumo

SEVILLA

ANEXO DEL INFORME DE OBSERVACIONES.

Normativa vigente sobre igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres que más frecuentemente afectan a la elaboración del informe de impacto de género.

- ✦ Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (BOE núm. 71 de 23 de marzo de 2007)
- ✦ Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género en Andalucía (BOJA núm. 247 de 18 de diciembre de 2007)
- ✦ Ley 12/2007 de 26 de noviembre para la promoción de la igualdad de género en Andalucía (BOJA núm. 247 de 18 de diciembre de 2007)
- ✦ Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.

A continuación se recogen las referencias legislativas en función de su temática y ámbito:

✦ **Transversalidad del principio e igualdad**

Art. 5 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. (BOJA núm. 247 de 18/12/07)

✦ **Objetivo de igualdad por razón de género**

Art. 6.2 Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. (BOJA núm. 247 de 18/12/07)

✦ **Evaluación de impacto de género**

Artículo 6 la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. (BOJA núm. 247 de 18/12/07)

Decreto 17/2012, de 7 de febrero, por el que se regula la elaboración del Informe de Evaluación del Impacto de Género.

✦ **Datos desagregados por sexo Ley Plan Estadístico de Andalucía**

Estudios y Estadísticas con perspectiva de género Artículo 10 Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. (BOJA núm. 247 de 18/12/07)

✦ **Presencia equilibrada de mujeres y hombres**

Artículo 11 Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. (BOJA núm. 247 de 18/12/07)

✦ **Contratación y Subvenciones Públicas**

Art. 12.y 13 Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. (BOJA núm. 247 de 18/12/07)

453

Art. 101, art.102 y art. art. 49 Ley 30/2007, de 30 de octubre, de contratos del sector público (BOE nº 261 de miércoles 31 de octubre de 2007)

✚ **Lenguaje administrativo no sexista**

Artículo 9 la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. (BOJA núm. 247 de 18/12/07)

Instrucción de 16 de marzo de 2005, de la Comisión General de Viceconsejeros para evitar un uso sexista del lenguaje en las disposiciones de carácter general de la Junta de Andalucía

✚ **Imagen pública, Información y publicidad no sexista**

Artículo 9 y Artículo 54 Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. (BOJA núm. 247 de 18/12/07)

Ref. 1459/28-11-16

REGISTRO DE ENTRADA
Secretaría General Técnica
23 NOV 2016
N.º 23

UG

429

N. Ref. MAC/AMAR/rmmt

Asunto: Trámite de Audiencia. Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía.

RECEPCION
JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD
23 NOV. 2016
Registro General 2100/32491² Hora
Sevilla

Ilmo. Sr.:

CONSEJO ANDALUZ DE CÁMARAS
23 NOV 2016
SALIDA NUM. S/16/305
EXPEDIENTE JS

275/16

Habiendo sido solicitado informe al **CONSEJO ANDALUZ DE CÁMARAS DE COMERCIO, INDUSTRIA Y NAVEGACIÓN**, por parte de la **SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA DE LA CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA**, respecto del "Anteproyecto de ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía", y cumplimentando el trámite de audiencia, de conformidad con lo establecido en el artículo 45.1c) de la Ley 6/2006 de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y artículo 2.f) de la Ley 10/2001, de 11 de octubre, de Cámaras Oficiales de Comercio, Industria y Navegación, **cúmpleme realizar**, las siguientes

CONSIDERACIONES:

Es de interés y obligación de esta Corporación realizar observaciones, "valorando especialmente los intereses del comercio, la industria y la navegación" en cumplimiento de lo previsto en el **artículo 40.1** de la Ley 10/2001, de 11 de octubre, de las Cámaras Oficiales de Comercio, Industria y Navegación de Andalucía y **artículo 5** del Reglamento de Régimen Interior del Consejo Andaluz de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación de 25 de octubre de 2006.

PRIMERA: VALORACIÓN POSITIVA DEL ANTEPROYECTO DE LEY INFORMADO

El Consejo Andaluz de Cámaras, traslada y hace constar la valoración positiva que desde el mundo cameral se hace de toda actuación de la Administración Autonómica que contemple la salud como un objetivo de bienestar colectivo y de plenitud personal, ámbito que afecta y revierte en todos los sectores de la sociedad y en especial en aquellos establecimientos cuya actividad principal se relaciona con el sector agroalimentario, e incide en todos los centros de trabajo respecto a la salud de sus trabajadores. Se apoya desde estas Corporaciones toda iniciativa que tienda a promover la modernización y mejora del sector y lograr una mayor calidad de la actividad comercial.

SEGUNDA: COLABORACIÓN DE LAS CÁMARAS DE COMERCIO EN LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE

Desde las Cámaras Andaluzas se quiere aprovechar, una vez más, la oportunidad de este trámite de audiencia para reiterar a la Administración Autonómica el valor y potencial de la red cameral, con la solvencia que le avala su vocación centenaria de servicio a la empresa y al comercio, unido su naturaleza de Corporación de Derecho Público dotada de funciones público –administrativas para la defensa de los intereses generales del comercio, la industria, los servicios y la navegación.

Partiendo de estas premisas y del hecho de que las Cámaras Andaluzas tienen atribuidas por ley funciones públicas relativas a los intereses generales del comercio, estas Corporaciones **ponen a disposición de la Administración autonómica su red para coadyuvar** en la consecución de los objetivos marcados por *Anteproyecto de Ley para la Promoción de una Vida Saludable y una Alimentación Equilibrada en Andalucía*, pudiendo articularse la oportuna participación a través de los mecanismos que prevé la normativa vigente para regular la colaboración entre entidades pertenecientes al sector público andaluz.

Añadimos, también, que la red cameral la constituyen órganos consultivos y de colaboración con las Administraciones Públicas, destacando el papel de las Cámaras de Comercio en el Consejo Andaluz de Comercio y en su composición, así como la asistencia y participación activa en sus distintas comisiones.

Igualmente destacar que dichas Corporaciones contribuyen a alcanzar el cumplimiento del principio de eficacia de la actuación administrativa, poniendo a disposición del interés general la larga trayectoria acumulada por las mismas en el ámbito de la competitividad, innovación, creación de empresas, internacionalización y formación, en cuanto funciones público-administrativas tradicionales de las mismas.

Todo lo anteriormente expuesto, encuentra su fundamento en la normativa básica y autonómica que regula las Cámaras de Comercio:

La Ley 4/2014, de 1 de abril, **Básica de Cámaras Oficiales de Comercio, Industria, Servicios y Navegación**, en la redefinición del nuevo modelo cameral del siglo XXI, manifiesta "la importancia y necesidad de éstas como instituciones básicas para el desarrollo económico y empresarial de nuestro país, manteniendo su naturaleza como corporaciones de derecho público de carácter consultivo y de colaboración con las Administraciones Públicas, y garantizando el ejercicio de las funciones público

administrativas que, en el actual contexto económico, tienen una especial relevancia de cara a la regeneración del tejido económico y la creación de empleo".

En virtud de los *artículos 2 y 3 de esta Ley Básica "las Cámaras Oficiales de Comercio, Industria, Servicios y Navegación son corporaciones de derecho público con personalidad jurídica y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines, que se configuran como órganos consultivos y de colaboración con las Administraciones Públicas"* que *"tienen como finalidad la representación, promoción y defensa de los intereses generales del comercio, la industria, los servicios y la navegación, así como la prestación de servicios a las empresas que ejerzan las indicadas actividades."*

Además, la citada **Ley Básica** en su *artículo 5* atribuye a las Cámaras Oficiales de Comercio, Industria y Navegación como funciones de carácter público administrativo, entre otras:

1.c) "Ser órgano de asesoramiento de las Administraciones Públicas, en los términos que las mismas establezcan, para el desarrollo del comercio, la industria, los servicios y la navegación."

1.e) "Participar con las administraciones competentes en la organización de la formación práctica en los centros de trabajo incluida en las enseñanzas de Formación Profesional y en las acciones e iniciativas formativas de la Formación Profesional Dual, en especial en la selección y validación de centros de trabajo y empresas, en la designación y formación de tutores de los alumnos y en el control y evaluación del cumplimiento de la programación, sin perjuicio de las funciones que puedan atribuirse a las organizaciones empresariales en este ámbito."

1.h) Actuar de ventanillas únicas empresariales, cuando sean requeridas para ello por las Administraciones Públicas competentes

1.j) Impulsar actuaciones dirigidas al incremento de la competitividad de las pequeñas y medianas empresas, y fomentar la innovación y transferencia tecnológicas a las empresas.

2.b) "Colaborar en la elaboración, desarrollo, ejecución y seguimiento de los planes que se diseñen para el incremento de la competitividad del comercio, la industria, los servicios y la navegación."

2.g) *“Colaborar en los programas de formación establecidos por centros docentes públicos o privados y, en su caso, por las Administraciones Públicas competentes.”*

2.j) *“Colaborar con la administración competente informando los estudios, trabajos y acciones que se realicen para la promoción del comercio, la industria, los servicios y la navegación.”*

Igualmente, la Ley 10/2001, de 11 de octubre, de las Cámaras Oficiales de Comercio, Industria y Navegación de Andalucía, establece en su artículo 2 que además de las funciones atribuidas por la Ley Básica, corresponderán a las Cámaras Oficiales de Comercio, Industria y Navegación de Andalucía las siguientes:

“a) Asesorar a las Administraciones autonómica y local en lo que se refiere al desarrollo del comercio, la industria y la navegación.”

“b) Fomentar la actividad económica de Andalucía.”

“c) Establecer servicios de información y asesoramiento empresarial, y difundir e impartir formación empresarial no reglada.”

“d) Colaborar en los programas de formación permanente establecidos por las empresas, por centros docentes públicos o privados, y en su caso, por las Administraciones Públicas competentes.”

“h) Colaborar, a instancias de las distintas administraciones competentes, en los estudios, trabajos y acciones que aquellas realicen sobre la ordenación del territorio y la localización industrial y comercial”

“i) Fomentar la competitividad de las empresas, impulsando, entre otros medios, el desarrollo de la investigación aplicada, la calidad, el diseño y la transparencia del mercado.”

De acuerdo con lo argumentado, desde el Consejo Andaluz de Cámaras se solicita se introduzca la siguiente redacción para los artículos que se mencionan, con la intención de la incorporación expresa de la referencia a las Cámaras andaluzas, en cuanto órganos que por ley les corresponde la colaboración y participación con las Administraciones Públicas en materia comercial.

ARTÍCULO 7 J y L del Anteproyecto informado: *Garantías por las Administraciones Públicas.*

- El art 7 establece que las Administraciones Públicas impulsarán el desarrollo de planes, programas y/o acciones específicas orientadas a: j) *Apoyar la constitución y el reconocimiento de asociaciones, colectivos y organizaciones que promueven y protegen los derechos de las personas que padecen obesidad; l) Colaborar con las Universidades de Andalucía y en los Centros de Formación Profesional en el desarrollo de estrategias de formación, investigación e innovación en materia de actividad física, alimentación saludable y lucha contra la obesidad.*
- *Se propone la siguiente redacción: j) Apoyar la constitución y el reconocimiento de asociaciones, colectivos y organizaciones que promueven y protegen los derechos de las personas que padecen obesidad; l) Colaborar con las Universidades de Andalucía y las Cámaras de Comercio de Andalucía, en los Centros de Formación Profesional en el desarrollo de estrategias de formación, investigación e innovación en materia de actividad física, alimentación saludable y lucha contra la obesidad.*

ARTÍCULO 9.1 y 9.7 del Anteproyecto informado: *Plan andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.*

- El art 9.1 establece: *"1. la Consejería competente en materia de salud, en coordinación con el resto de Consejerías, especialmente las competentes en materia de educación, agricultura y deporte, las Administraciones locales y con participación de los operadores económicos y agentes sociales (...) definirá un Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía".*
- *Se propone la siguiente redacción: Art 9.1: 1. La Consejería competente en materia de salud, en coordinación con el resto de Consejerías, especialmente las competentes en materia de educación, agricultura y deporte, las Administraciones locales y con participación de los operadores económicos, agentes sociales, y **Cámaras de Comercio de Andalucía** (...) definirá un Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía".*

ARTÍCULO 11.4 del Anteproyecto informado: *Los menús y dietas saludables en los centros educativos.*

- El art 11.4 establece: *"La Administración educativa de Andalucía, en colaboración con el sector agroalimentario, promoverá la distribución de*

frutas y verduras en los centros educativos, y la participación de los alumnos en programas de granjas escuelas."

- Se propone la siguiente redacción: **"La Administración educativa de Andalucía, en colaboración con el sector agroalimentario y con las Cámaras de Comercio de Andalucía, promoverá la distribución de frutas y verduras en los centros educativos, y la participación de los alumnos en programas de granjas escuelas."**

ARTÍCULO 17.3.E del Anteproyecto informado: La promoción de entornos saludables que faciliten la actividad física y la lucha contra el sedentarismo.

- El art 17.3.e establece: *"e) Propiciarán acuerdos de colaboración con entidades y asociaciones ciudadanas, culturales, sociales, turísticas, deportivas o de cualquier otra índole, para fomentar entre sus miembros la colaboración proactiva con las diversas campañas e iniciativas a favor de la actividad física y la lucha contra el sedentarismo"*.
- Se propone la siguiente redacción: **"e) Propiciarán acuerdos de colaboración con entidades y asociaciones ciudadanas, culturales, sociales, turísticas, deportivas, o de cualquier otra índole, así como con las Cámaras de Comercio Andaluzas, para fomentar entre sus miembros la colaboración proactiva con las diversas campañas e iniciativas a favor de la actividad física y la lucha contra el sedentarismo"**.

ARTÍCULO 21.1 del Anteproyecto informado: Cartas de compromiso para la prevención del sobrepeso y la obesidad.

- El art 21.1 establece: *"1. La Administración sanitaria de la Junta de Andalucía podrá formalizar con otras entidades públicas y privadas en Andalucía interesadas en la promoción de la actividad física, el fomento de una nutrición equilibrada y en la prevención del sobrepeso y la obesidad, cartas de compromiso con los objetivos del Plan de fomento de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía"*
- Se propone la siguiente redacción: **"1. La Administración sanitaria de la Junta de Andalucía podrá formalizar con otras entidades públicas y privadas, en Andalucía interesadas en la promoción de la actividad física, así como con las Cámaras de Comercio Andaluzas, el fomento de una nutrición equilibrada y en la prevención del sobrepeso y la obesidad, cartas de compromiso con los objetivos del Plan de fomento de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía"**

ARTÍCULO 24.3 del Anteproyecto informado: Medidas de promoción de la salud y prevención.

- El art 24.3 establece que: *"Por la Consejería competente en materia de salud se establecerán acuerdos con distintos sectores para el impulso de la formación en aspectos de promoción y prevención de los TCA".*
- Se propone la siguiente redacción: *"Por la Consejería competente en materia de salud se establecerán acuerdos con distintos sectores, y con las **Cámaras de Comercio Andaluzas**, para el impulso de la formación en aspectos de promoción y prevención de los TCA".*

ARTÍCULO 25 del Anteproyecto informado: Iniciativa "imagen y Salud" en Andalucía

- El art 25 establece que *"la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía impulsará la iniciativa "Imagen y salud" como una alianza institucional y social estratégica por el fomento de la aceptación de la diversidad y por la aceptación social de una imagen corporal compatible con una buena salud. Esta iniciativa se formalizará mediante el establecimiento de una alianza entre las entidades públicas y privadas que voluntariamente se comprometan de forma expresa con los objetivos de la misma"*
- Se propone la siguiente redacción: *"la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía impulsará la iniciativa "Imagen y salud" como una alianza institucional y social estratégica por el fomento de la aceptación de la diversidad y por la aceptación social de una imagen corporal compatible con una buena salud. Esta iniciativa se formalizará mediante el establecimiento de una alianza entre las entidades públicas y privadas y **Cámaras de Comercio Andaluzas**, que voluntariamente se comprometan de forma expresa con los objetivos de la misma."*

ARTÍCULO 36.3 del Anteproyecto informado: Control oficial de los productos alimentarios.

- El art 36.3 establece que: *"El centro directivo con competencias en materia de salud pública, con el fin de mejorar el acceso a la información por parte de la ciudadanía en relación a la alimentación equilibrada y saludable y facilitar la incorporación de la identificación de las calorías contenidas en las diferentes opciones de menús que ofrezcan en su carta las empresas restauradoras en Andalucía, colaborará, asesorará y dará apoyo técnico a las mismas, generando instrumentos que permitan este cálculo con facilidad y no suponga especial dificultad para las empresas"*

- Se propone la siguiente redacción: *"El centro directivo con competencias en materia de salud pública, con el fin de mejorar el acceso a la información por parte de la ciudadanía en relación a la alimentación equilibrada y saludable y facilitar la incorporación de la identificación de las calorías contenidas en las diferentes opciones de menús que ofrezcan en su carta las empresas restauradoras en Andalucía, colaborará, asesorará y dará apoyo técnico a las mismas, con la colaboración de las Cámaras de Comercio de Andalucía, generando instrumentos que permitan este cálculo con facilidad y no suponga especial dificultad para las empresas"*

ARTÍCULO 39.4 del Articulado informado.: Formación en nutrición y alimentación saludable.

- El art 39.4 establece: *"La Administración Sanitaria promoverá y fomentará el desarrollo de programas de formación en los entornos empresariales de los diferentes sectores relacionados con la alimentación en Andalucía y de los medios de comunicación social y acreditará los programas formativos de las empresas comprometidas con los objetivos del Plan andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable. Se fomentará una alimentación saludable y espacios para la actividad física en los entornos de la propia empresa y sus trabajadores"*.
- Se propone la siguiente redacción: *"La Administración Sanitaria promoverá y fomentará, el desarrollo de programas de formación en los entornos empresariales de los diferentes sectores relacionados con la alimentación en Andalucía y de los medios de comunicación social y acreditará los programas formativos de las empresas comprometidas con los objetivos del Plan andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, con la colaboración de las Cámaras de Comercio de Andalucía. Se fomentará una alimentación saludable y espacios para la actividad física en los entornos de la propia empresa y sus trabajadores"*.

ARTÍCULO 41.1 del Artículo informado: Premio a la innovación y las buenas prácticas en materia de actividad física y alimentación saludable.

- El art 41.1 establece que: *"La Consejería competente en materia de salud publicará, con la periodicidad que se determine, una convocatoria de premios a las mejores experiencias de innovación y buenas prácticas que se hayan desarrollado en Andalucía en el ámbito de la promoción de la actividad física y*

la alimentación equilibrada y saludable, dirigida a los diferentes sectores sociales, públicos y privados, que asuman iniciativas en dichas materias"

- Se propone la siguiente redacción: *"La Consejería competente en materia de salud publicará, con la periodicidad que se determine, una convocatoria de premios a las mejores experiencias de innovación y buenas prácticas que se hayan desarrollado en Andalucía en el ámbito de la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada y saludable, dirigida a los diferentes sectores sociales, públicos y privados, que asuman iniciativas en dichas materias, con la colaboración de las Cámaras de Comercio de Andalucía."*

TERCERA: PARTICIPACIÓN EN LA COMISIÓN ANDALUZA Y EN EL COMITÉ CIENTÍFICO PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Solicita esta Corporación que, se contemple en la composición de dicha Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable (art 37) y del Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable (art 38) , la **participación de las Cámaras de Comercio, Industria, Servicio y Navegación de Andalucía** a través de la **presencia del Consejo Andaluz de Cámaras de Comercio, Industria, Servicios y Navegación**, en cuanto Corporación de ámbito regional de representación de los intereses del comercio.

Esta petición la justificamos sobre la base de los dos siguientes argumentos:

1. Las Cámaras de Comercio como Corporaciones de Derecho Público-organizaciones profesionales que contribuyen a la defensa de los intereses económicos generales:

De la consideración del Estado como Social y Democrático de Derecho surge la obligación de los poderes públicos de facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social (artículo 9.2 de la Constitución Española). Además, el Capítulo III recoge los principios rectores de la política social y económica, cuyo reconocimiento, respeto y protección informará la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos y, que, de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los establezcan, podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria (artículo 53.3 de la Constitución Española). Uno de estos principios es precisamente el reconocimiento de la relevancia constitucional de las organizaciones profesionales que contribuyan a la defensa de los intereses económicos que les sean propios, entre las que se encuentran indubitadamente las Cámaras de Comercio, en defensa de los intereses económicos generales. Podemos añadir que se encuentra admitido de manera pacífica que entre las organizaciones profesionales que

contribuyen a la defensa de los intereses económicos que les son propios (artículo 52 de la Constitución), se encuentran las Corporaciones de Derecho Público.

- 2. Las Cámaras de Comercio como órganos de consulta y asesoramiento de las Administraciones Públicas en las materias económicas:

Volvemos a reiterar en esta apartado que las Cámaras de Comercio, Industria y Navegación aparecen como colaboradoras de las Administraciones Públicas en sus leyes reguladoras, en las materias que les son propias así cabe traer a colación:

- 1. Los **artículos 2.1 y 5**, de la **Ley 4/2014** Básica de las Cámaras Oficiales de Comercio, Industria y Navegación, que define a las Cámaras Oficiales de Comercio, Industria, Servicios y Navegación como *"corporaciones de derecho público y con personalidad jurídica y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines, que se configuran como órganos consultivos y de colaboración con las Administraciones Públicas, sin menoscabo de los intereses privados que persiguen"*; especificándose en el **art 5** las funciones específicas que les corresponde.
- 2. El **artículo 27 de la Ley 10/2001** de 11 de octubre, de *Cámaras Oficiales de Comercio, Industria y Navegación de Andalucía*, y **artículo 4 de la Orden de 25 de octubre de 2006**, por la que se aprueba el *Reglamento de Régimen Interior del Consejo Andaluz de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación de Andalucía*, éste último se expresa en los términos que a continuación se transcriben: *"El Consejo Andaluz de Cámaras tiene las funciones y atribuciones establecidas en la Ley 10/2001, de 11 de octubre, para el ejercicio de la representación, el fomento y la defensa de los intereses generales del comercio, la industria y la navegación de la Comunidad Autónoma de Andalucía"*.
- 3. **Artículo 27 h de la Ley 10/2001** de 11 de octubre, de *Cámaras Oficiales de Comercio, Industria y Navegación de Andalucía*, y **artículo 4.2 h y g) de la Orden de 25 de octubre de 2006**, por la que se aprueba el *Reglamento de Régimen Interior del Consejo Andaluz de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación de Andalucía*, éste último se expresa en los términos que a continuación se transcriben:

"Corresponden al Consejo Andaluz de Cámaras: colaborar directamente con la Administración de la Comunidad Autónoma, en los términos que en cada caso se establezcan, en el desarrollo y gestión de las actividades públicas propias de ésta (...)"

De acuerdo con lo argumentado, desde el Consejo Andaluz de Cámaras se solicita se introduzca la siguiente redacción para los artículos que se mencionan, con la intención de la incorporación expresa de la referencia a las Cámaras andaluzas, en cuanto órganos de consulta y asesoramiento que por ley les corresponde.

ARTÍCULO 37.3 del Anteproyecto informado: Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

- El art 37.3 establece que: *“La Comisión estará integrada, al menos, por representantes de la Administración de la Junta de Andalucía , especialmente de las Consejerías competentes en materia de educación, agricultura y deporte, de las Corporaciones Locales, de los agentes económicos y sociales, y de las organizaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía”*
- Se propone la siguiente redacción: *“La Comisión estará integrada, al menos, por representantes de la Administración de la Junta de Andalucía, especialmente de las Consejerías competentes en materia de educación, agricultura y deporte, de las Corporaciones Locales, de los agentes económicos y sociales, y de las organizaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía, así como representantes de las Cámaras de Comercio de Andalucía a través del Consejo Andaluz de Cámaras de Comercio”*

ARTÍCULO 38.2 del Anteproyecto informado: Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable

- El art 38.2 establece que: *“El Comité está formado por un máximo de diez expertos de reconocida solvencia en las materias objeto de la presente Ley, de las Administraciones públicas, universidades y de los centros de investigación, nombrados por la persona titular de la Consejería competente en materia de salud. Los miembros del Comité, con carácter previo a su Incorporación, deberán suscribir una declaración de estar exentos de intereses de cualquier índole que puedan afectar su independencia en sus funciones como integrantes del mismo”*
- Se propone la siguiente redacción: *“El Comité está formado por un máximo de diez expertos de reconocida solvencia en las materias objeto de la presente Ley, de las Administraciones públicas, Cámaras de Comercio, universidades y de los centros de investigación, nombrados por la persona titular de la Consejería competente en materia de salud. Los miembros del Comité, con carácter previo a su Incorporación, deberán suscribir una declaración de estar exentos de*

intereses de cualquier índole que puedan afectar su independencia en sus funciones como integrantes del mismo"

Concluimos nuestras alegaciones reiterando el ofrecimiento de la red cameral de nuestra Comunidad Autónoma, para participar en la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía, aprovechando la experiencia acumulada por estas corporaciones.

Es cuanto tengo el honor de someter a su consideración.

Sevilla, 23 de noviembre de 2016



ESTRELLA FREIRE MARTÍN
Secretaría General

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA. CONSEJERÍA DE SALUD. JUNTA DE ANDALUCÍA

Exp. 1472/30.11.16

466

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES
Secretaría General Técnica

N.º 3145

CONSEJERÍA DE SALUD
Secretaría General Técnica
Avenida de la Innovación s/n. Edificio Arena 1
41020 - Sevilla

JUNTA DE ANDALUCÍA
28 NOV. 2016
4200/21437

RECEPCION
JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD
28 NOV. 2016
Registro General 2100/32883 5 Hora
Sevilla

N.Ref.: MJB/JGR/JS/Expte. 434.16
S.Ref.: ASC/MVCM/RS/mm/275.16
Fecha: 23 de noviembre de 2016
Asunto: Observaciones Anteproyecto Ley

275/16

En relación con el ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA, se adjuntan observaciones formuladas por distintos Centros Directivos de esta Consejería al referido anteproyecto.

LA SECRETARIA GENERAL TÉCNICA

Fdo. María Jiménez Bastida



OBSERVACIONES DE LA CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES AL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA.

De la Secretaría General de Servicios Sociales:

1.- Exposición de motivos. Página 4. Párrafo 5º.

Texto inicial: ...En 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años...

Texto propuesto: ...En 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años...¹

2.- Exposición de motivos. Página 5. Párrafo 2º.

Texto inicial: c) Recoger la necesidad de formular medidas de política dirigidas a los vendedores minoristas de alimentos...

Texto propuesto c) Recoger la necesidad de formular medidas de política dirigidas a los vendedores establecimientos minoristas de venta de alimentos...

3.- Exposición de motivos. Página 5. Párrafo 3º.

Texto inicial: ... medidas dirigidas a los elaboradores de alimentos, vendedores minoristas...informar a los consumidores y estimular entre ellos hábitos alimentarios saludables..., en los lugares de trabajo, en los consultorios, en los hospitales...

Texto propuesto: ... medidas dirigidas ~~los elaboradores~~ a personas responsables de la elaboración de alimentos, ~~vendedores~~ establecimientos minoristas...informar a ~~los consumidores~~ las personas ~~consumidoras~~ y estimular entre ellas hábitos alimentarios saludables..., en los lugares de trabajo, en los ~~consultorios~~ centros de salud, en los hospitales...

4.- Exposición de motivos. Página 5. Párrafo 5º.

Texto inicial: Esta Conferencia reconoce que el sobrepeso y la obesidad, entre niños y adultos por igual...en 2013 había 42 millones de niños menores de cinco años.... más de 500 millones de adultos afectados por la obesidad...

Texto propuesto: Esta Conferencia reconoce que el sobrepeso y la obesidad, entre ~~niños y adultos~~ personas menores y adultas por igual... en 2013 había 42 millones de ~~niños~~ menores de cinco años...más de 500 millones de ~~adultos~~ ~~afectados~~ personas adultas afectadas por la obesidad...

5.- Exposición de motivos. Página 6. Párrafo 1º.

Texto inicial: ... información dirigida a los consumidores... y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños...

Texto propuesto: ... información dirigida a ~~los consumidores~~ las personas consumidoras... y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños y las niñas...

1 Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía.

Artículo 9. Lenguaje no sexista e imagen pública.

La Administración de la Junta de Andalucía garantizará un uso no sexista del lenguaje y un tratamiento igualitario en los contenidos e imágenes que utilicen en el desarrollo de sus políticas.



6.- Exposición de motivos. Página 6. Párrafo 2º.

Texto inicial: ... alimentación de lactantes y niños pequeños

Texto propuesto: ... alimentación de lactantes y de niñas y niños pequeños...

7.- Exposición de motivos. Página 6. Párrafo 3º.

Texto inicial: ... utilización de servicios por parte de los niños y adolescentes... necesidades de formación de los profesionales sanitarios.

Texto propuesto: ... utilización de servicios por parte de los niños, niñas y adolescentes... necesidades de formación de las y los profesionales sanitarios.

8.- Exposición de motivos. Página 6. Párrafo 4º

Texto inicial: ... especifica del contexto y las directrices para los adultos y los niños se desarrollan...bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños para reducir la exposición de los niños y adolescentes...apoyo de la educación pública de adultos y niño de conocimientos sobre nutrición.

Texto propuesto: ... especifica del contexto y las directrices para ~~los adultos y los niños~~ las personas menores y adultas se desarrollan...bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños y niñas para reducir la exposición de las niñas y los niños y adolescentes...apoyo de la educación pública de ~~los adultos y los niños~~ las personas menores y adultas de conocimientos sobre nutrición.

9.- Exposición de motivos. Página 7. Párrafo 2º

Texto inicial: ... reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a enfermedades crónicas. Esta Ley ...

Texto propuesto: ... reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a enfermedades crónicas. Por otro lado, desde una visión ecológica, no podemos olvidar los problemas psicológicos, emocionales y sociales que se derivan de la obesidad, especialmente en las niñas, niños y adolescentes, con consecuencias directas en su rendimiento escolar, y por ello en su futuro laboral². Esta Ley ...

10.- Exposición de motivos. Página 8. Párrafo 2º

Texto inicial: Para todo ello, la formación de los profesionales de la salud.

Texto propuesto: Para todo ello, la formación de las y los profesionales de la salud.

11.- Exposición de motivos. Página 8. Párrafo 4º

Texto inicial: .. en especial las dirigidas a los menores de 15 años.

Texto propuesto: ... en especial las dirigidas a las y los menores de 15 años.

12.- Exposición de motivos. Página 8. Párrafo 9º

Texto inicial: .. implementación a los proveedores, propietarios o administradores de kioscos...

Texto propuesto: .. implementación a ~~los proveedores, propietarios o administradores~~ las personas proveedoras, propietarias o administradoras de kioscos..

13.- Artículo 6.2.b)

Texto inicial: ... fuentes suficientes y accesibles a los ciudadanos en sus desplazamientos...

Texto propuesto: ... fuentes suficientes y accesibles a ~~los ciudadanos~~ la ciudadanía en sus desplazamientos...

Aunque el texto se centra en las consecuencias sanitarias, si de verdad se quiere aplicar el principio ecológico, el abordaje debe de implicar no sólo el área de la salud de la persona, sino también la psicológica, la social y la emocional.



14.- Artículo 7.2.a)

Texto inicial: ... desarrollo físico e intelectual del recién nacido

Texto propuesto: ...desarrollo físico e intelectual del o la recién nacida nacida

15.-Artículo 7.2.d)

Texto inicial: ... alimentación equilibrada por parte de los profesionales de salud

Texto propuesto: ... alimentación equilibrada por parte de los y las profesionales de salud

16.- Artículo 72.i)

Texto inicial: ... los estereotipos dominantes por motivos del sobrepeso u obesidad

Texto propuesto: ... los estereotipos dominantes por motivos del sobrepeso u obesidad, especialmente en la etapa infantil y juvenil.

17.- Artículo 8,3

Texto inicial: La población menor de edad, las personas jóvenes y las mujeres gestantes....

Texto propuesto: ... La población menor de edad, las personas jóvenes, las personas mayores y las mujeres gestantes....

(Deberían incluirse las personas mayores en coherencia con lo previsto en el artículo 9.4, que prioriza las medidas dirigidas a la infancia, la adolescencia, las mujeres gestantes y las personas mayores, prestando una especial atención a las necesidades de los grupos socioeconómicos más vulnerables)

18.- Artículo 9.1.

Texto inicial: ... especialmente las competentes en materia de educación, agricultura y deporte...

Texto propuesto: ... especialmente las competentes en materia de educación, políticas sociales, agricultura y deporte...

19.- Artículo 10.2.

Texto inicial: ... fomentará su práctica entre el el alumnado, a través de las siguientes actuaciones:

Texto propuesto: ... fomentará su práctica entre el el alumnado, especialmente del alumnado femenino³, a través de las siguientes actuaciones:

20.- Artículo 11.3.

Texto inicial: ... tutores o responsables de todos los comensales,...

Texto propuesto: ... tutores o responsables de todos los y las comensales,...

21.- Artículo 11.4.

Texto inicial: ... la participación de los alumnos en programas...

Texto propuesto: ... la participación de los alumnos del alumando en programas...

3 Son numerosas las fuentes estadísticas y de investigación que muestran que las niñas y adolescentes practican menos deporte que los niños, promovido, entre otras cuestiones por la socialización de género, el mayor uso por parte de los niños de los espacios destinado a actividades deportivas por parte de los niños, y por la influencia de los medios de comunicación. Ejemplo, según el anuario de estadísticas deportivas 2015 del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte sólo el 24% de las mujeres practican algún deporte, frente al 47% de los hombres, lo que supone una diferencia de 23 puntos porcentuales.

http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/deporte/anuario-deporte/Anuario_de_Estadisticas_Deportivas_2015.pdf



22.- Artículo 15.2.a)

Texto inicial: Proporcionar a los trabajadores...

Texto propuesto: Proporcionar a las y los trabajadores...

23. En la redacción actual del Artículo 16 se desarrollan las distintas actuaciones que se llevarán a cabo en los centros de personas mayores y personas con discapacidad. Se distingue en dicho artículo entre centros residenciales y centros de día, que llevarán unas actividades más programadas, un control más estructurado del seguimiento del PAFASA, de los otros centros de mayores, sobre los que también podrán promoverse o fomentarse programas de formación o de sensibilización.

Sin embargo, es importante tener en cuenta, en relación a esta estrategia, que la mayor parte de las personas mayores no se encuentra ingresada en centros residenciales ni es atendida en centros de día, por lo que su marco de referencia para llevar a cabo actuaciones relacionadas con este Anteproyecto es su propio entorno familiar, los Centros de Participación Activa (en el caso de que sean personas socias y acudan a ellos) y, probablemente, su entorno sanitario más próximo (Centro de salud...). Deberían preverse, en este sentido, actuaciones que, de una manera efectiva, pudieran hacer llegar las estrategias de este Anteproyecto, muy necesarias dentro de nuestro modo de vida actual, a este importante sector de la población dentro de las personas mayores que comprende las **personas mayores no dependientes**, que no tienen como punto de referencia un centro de atención asistencial. En este sentido podría ser interesante evaluar fórmulas para llevar a cabo actuaciones a través de los medios de comunicación, especialmente radio y televisión, medios con los que las personas mayores suelen tener un contacto habitual a lo largo de la jornada.

Desde la perspectiva del colectivo de personas con discapacidad, en el artículo 16.1, letra b) se establece que estos centros, "deberán contar con una programación de estilos de vida saludable y prevención de la obesidad, que incluya objetivos a nivel de centro e individualizado para las personas residentes y usuarias..." debería valorarse bien el alcance de esta obligación, para que fuera acorde con los servicios prestados por estos centros actualmente.

En el artículo 16.1, letra d) debería valorarse si la realización de actividades de fomento de la actividad física y de la práctica deportiva, debería realizarse en función del colectivo que las realice, con algún tipo de apoyo de personal apto.

Artículo 16.2. se propone la sustitución del término "personas dependientes", por el de "personas en situación de dependencia"

Asimismo debería incluirse en el título actual del artículo 16 "La promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros de personas mayores y de personas con discapacidad", una referencia específica a los "centros de acogimiento residencial a las personas menores de edad en situación de guarda y tutela por la Junta de Andalucía".

Análogas consideraciones cabe hacer respecto a la inclusión de estos centros en el apartado 3 del citado artículo 16.

Texto propuesto para su adición a la redacción vigente: "La Administración Sanitaria promoverá y fomentará en el seno de los centros de acogimiento residencial a las personas menores de edad en situación de guarda y tutela por la Junta de Andalucía, el desarrollo de programas de formación y sensibilización sobre hábitos de vida saludable, alimentación sana y equilibrada y promoción de la actividad física, colaborando activamente con los profesionales de estos centros en la confección de



menús, su elaboración y determinación de las cantidades adecuadas de los alimentos que se suministren en los mismos, teniendo en cuenta las necesidades personales de cada persona usuaria"

24.- Artículo 16 bis) La promoción de la actividad física y a alimentación saludable en los centros de alojamiento alternativo y servicios de manutención.

1. De conformidad a lo establecido en el artículo 42 de la Ley 17/2011, de 5 de julio, la Consejería competente en materia de servicios sociales, fomentarán en los centros de alojamiento alternativo y servicios de manutención, la difusión de hábitos alimentarios saludables, asegurando su correcta y adecuada alimentación, adaptada a las circunstancias de cada persona y prestando especial atención a los problemas de desnutrición, así como la práctica de actividad física y el deporte, especialmente cuando el centro de alojamiento alternativo o el servicio de manutención tenga como personas destinatarias a menores de edad.

2. Se entiende en el marco de la presente Ley como centro de alojamiento alternativo, aquellos centros que ofrecen atención en régimen de alojamiento y manutención a personas sin hogar, mujeres víctimas de violencia de género, personas inmigrantes, menores en situación de desamparo, así como otras situaciones que hagan necesario la aplicación de este recurso.

3. Se entiende en el marco de la presente Ley como servicio de manutención, aquellos establecimientos en los que se ofrece en el marco del desarrollo de uno o varios programas sociales, la prestación de alimentación a la población beneficiaria de dichos programas, tanto de forma permanente como la ofrecida en los comedores sociales, así como de forma estacional o puntual como la ofrecida en las escuelas de verano infantiles.

4. Se establecerá un marco de efectiva coordinación de los centros de alojamiento alternativo y servicios de manutención con los servicios de atención primaria correspondientes, en materia de asesoramiento general sobre medidas de promoción de los estilos de vida saludable y de consejo sobre estilos de vida para las personas usuarias de los centros.

25.- Artículo 17.2.b)

Texto inicial: ... para que y los niños...

Texto propuesto: ... para que las niñas y los niños...

26.- Artículo 19.

En el artículo 19 relativo a la promoción de entornos favorables para una alimentación saludable, y teniendo en cuenta los estudios que se vienen realizando que ponen en relación directa la obesidad infantil con la pobreza, en particular, con la mala alimentación y los malos hábitos que se están adquiriendo por las personas menores de edad, se propone añadir en el apartado 4 de este artículo 19, en el que se manifiesta que las Administraciones públicas en Andalucía, en el ámbito de sus respectivas competencias, facilitarán y, en su caso desarrollarán, la creación y mantenimiento de una red de Huertos Urbanos, dando prioridad a las zonas con necesidades de transformación social de Andalucía, la necesidad de promover, igualmente, los medios de transportes adecuados para que los productos de estos Huertos se puedan distribuir entre las diferentes instituciones que gestionan los comedores sociales y los Bancos de Alimentos, a fin de que puedan llegar productos frescos a las familias.

Texto inicial: "Las Administraciones Públicas en Andalucía, en el ámbito de sus respectivas competencias, facilitarán y, en su caso, desarrollarán, la creación y el mantenimiento de un red de Huertos Urbanos, dando prioridad a las zonas con necesidades de transformación social"

Texto propuesto: "Las Administraciones Públicas en Andalucía, en el ámbito de sus respectivas competencias, facilitarán y, en su caso, desarrollarán, la creación y el mantenimiento de un red de Huertos



Urbanos, dando prioridad a las zonas con necesidades de transformación social. Asimismo, propiciarán los medios de transportes adecuados para que los productos de estos Huertos se puedan distribuir entre las diferentes instituciones que gestionan los comedores sociales y Bancos de Alimentos, a fin de que puedan llegar productos frescos a las personas destinatarias de los mismos. "

27.- Artículo 20.3.

Texto inicial: ... se ofrecerá siempre a los clientes...

Texto propuesto: se ofrecerá siempre a ~~los clientes~~ las personas clientas....

28.- Artículo 22.

Texto inicial: Atención sanitaria a los pacientes con obesidad

Texto propuesto: Atención sanitaria a las y los pacientes con obesidad

29.- Artículo 22.6.

Texto inicial: ... actividad física por los profesionales...

Test propuesto: ... actividad física por los y las profesionales...

30.- Artículo 22.3. al regular la cartera de servicios, debería añadir también servicios sociales y educativos.

Texto inicial: "La cartera de servicios sanitarios de Andalucía..."

Test propuesto: "La cartera de servicios sanitarios, servicios sociales y educativos de Andalucía...."

31.- Artículo 23, letra d).

Texto inicial: " La incorporación de la realidad y las necesidades de los grupos o sectores más vulnerables".

Texto propuesto: " La incorporación de la realidad y las necesidades de los grupos o sectores más vulnerables, en particular el colectivo de personas con discapacidad, personas mayores, menores y adolescentes"

32.- Artículo 25 Iniciativa "Imagen y salud" en Andalucía.

Texto inicial: Artículo 25 Iniciativa "Imagen y salud" en Andalucía

Texto propuesto: Artículo 25 "Aspecto saludable" en Andalucía, puesto que el término Imagen suele asociarse a una morfología sujeta a unas características que no tienen nada que ver con la salud.

33.- Artículo 27.1

Texto inicial: ... audiovisual y defensa de los consumidores y usuarios,...

Texto propuesto: ... audiovisual y defensa de ~~los consumidores y usuarios~~ las personas consumidoras y usuarias,...

34.- Artículo 27.2, letra c).

Texto inicial: Usar argumentos o técnicas que exploten la ingenuidad de los niños, niñas y adolescentes....

Texto propuesto: Usar argumentos o técnicas que exploten la ingenuidad de los niños, niñas, ~~y~~ adolescentes, y personas con discapacidad..."

35.- Artículo 27.3

Texto inicial: ... que suministran al consumidor..

Texto propuesto: que suministran ~~al consumidor~~ a la persona consumidora...



36.- Artículo 29.1.

Texto inicial: ... comprensible para los consumidores...

Texto propuesto: ... comprensible para los ~~consumidores~~ para las personas consumidoras...

37.- Artículo 32.5.

Texto inicial: Se promoverá la investigación sobre los determinantes...

Texto propuesto: Se promoverá la investigación, desde una perspectiva de género, sobre los determinantes...

38.- Artículo 35.2.

Texto inicial: ... un instrumento para facilitar a los consumidores...

Texto propuesto: ... un instrumento para facilitar a los ~~consumidores~~ a las personas consumidoras...

39.- Artículo 36.2.

Texto inicial: ... que se difunde a los consumidores...

Texto propuesto: ... que se difunde a los ~~consumidores~~ para las personas consumidoras...

40.- Artículo 37.3.

Texto inicial: ... las competentes en materia de educación, agricultura y deporte...

Texto propuesto: ... las competentes en materia de educación, políticas sociales, agricultura y deporte...

41.- Artículo 38.2.

Texto inicial: El Comité está formado por un máximo de diez expertos...

Texto propuesto: El Comité garantizará la presencia equilibrada de mujeres y hombres, estando formado por un máximo de diez ~~expertos~~ personas expertas...

42.- Artículo 38.4.a)

Texto inicial: Elaborar estudios científicos en relación...

Texto propuesto: Elaborar estudios científicos, teniendo en cuenta la perspectiva de género, en relación...

43.- Artículo 38.4.c)

Texto inicial: ... contra la obesidad en Andalucía.

Texto propuesto: ... contra la obesidad en Andalucía, teniendo en cuenta la situación diferenciada de mujeres y hombres.

44.- Artículo 38.4.d)

Texto inicial: ...pueden ser invitados expertos externos al Comité...

Texto propuesto: ...pueden ser ~~invitados expertos externos~~ invitadas personas expertas externas al Comité...

45.- Artículo 38.6.

Texto inicial: Los expertos...

Texto propuesto: Las personas expertas...

46.- Artículo 39.4.

Texto inicial: ...de la propia empresa y sus trabajadores

Texto propuesto: ...de la propia empresa y su personal empleado...



47.- Artículo 40.1.

Texto inicial: ...fomento de la investigación en promoción...

Texto propuesto: ...fomento de la investigación, desde una perspectiva de género, en promoción...

48.- Artículo 42.

Texto inicial: ... perfiles de usuarios...

Texto propuesto: ...perfiles de personas usuarias...

49.- Disposición transitoria primera.

Texto inicial: Los proveedores, propietarios o administradores de...

Texto propuesto: Las personas proveedoras, propietarias o administradoras de...

De la Dirección General de Infancia y Familias:

En general, no afecta negativamente a los derechos de la infancia, si bien, se puede proponer a la Consejería de Salud la posibilidad de incluir en el artículo 16 referente a "La promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros de personas mayores y personas con discapacidad", una referencia específica también a los centros de acogimiento residencial a personas menores de edad en situación de guarda y tutela por la Junta de Andalucía.

Asimismo, se podría dar una nueva redacción al apartado 3 de este art. 16 en el sentido de que la Administración Sanitaria promueva y fomente, en el seno de estos centros de acogimiento residencial de menores, el desarrollo de programas de formación y sensibilización sobre hábitos saludables, alimentación sana y equilibrada y promoción de la actividad física, colaborando activamente con los profesionales de estos centros en la confección de menús, su elaboración y determinación de las cantidades adecuadas de los alimentos que se suministren en los mismos, teniendo en cuenta las necesidades personales de cada usuario o usuaria.

Por último, en el artículo 19 relativo a la promoción de entornos favorables para una alimentación saludable, y teniendo en cuenta los estudios que se vienen realizando que ponen en relación directa la obesidad infantil con la pobreza, en particular, con la mala alimentación y los malos hábitos que se están adquiriendo por las personas menores de edad, se podría añadir en el apartado 4 de este artículo 19, en el que se manifiesta que las Administraciones públicas en Andalucía, en el ámbito de sus respectivas competencias, facilitarán y, en su caso desarrollarán, la creación y mantenimiento de una red de Huertos Urbanos, dando prioridad a las zonas con necesidades de transformación social de Andalucía, la necesidad de promover, igualmente, los medios de transportes adecuados para que los productos de estos Huertos se puedan distribuir entre las diferentes instituciones que gestionan los comedores sociales y los Bancos de Alimentos, a fin de que puedan llegar productos frescos a las familias.

De la Dirección General de Personas Mayores y Pensiones no Contributivas:

El anteproyecto se orienta hacia toda la población en general, aunque incide especialmente en grupos de población específicos, sobre todo niños y jóvenes y personas mayores y con discapacidad. Por lo que respecta al ámbito específico de las **personas mayores**, las actuaciones se concretan especialmente en el Capítulo I, Artículo 16.



El Anteproyecto, dentro de su Capítulo I, Artículo 9, punto 4, establece que el Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía (PAFASA) abarcará todas las etapas de la vida de las personas, priorizando las medidas dirigidas a la infancia, la adolescencia, las mujeres gestantes y las personas mayores, prestando además una especial atención a las necesidades de los grupos socioeconómicos más vulnerables.

Dentro del Título II (Medidas para la lucha contra el sobrepeso y la obesidad), Artículo 8 Prioridad en salud pública), se consideran como grupos de intervención prioritaria la población menor de edad, las personas jóvenes y las mujeres gestantes, **no incluyéndose a las personas mayores** dentro de estos grupos de intervención preferente, entendemos que en coherencia con citado Artículo 9, punto 4, al que antes nos referíamos, debería incluirse.

En el Artículo 16 se desarrollan las distintas actuaciones que se llevarán a cabo en los centros de personas mayores y personas con discapacidad. Se distingue en dicho Artículo entre centros residenciales y centros de día, que llevarán unas actividades más programadas, un control más estructurado del seguimiento del PAFASA, de los otros centros de mayores, sobre los que también podrán promoverse o fomentarse programas de formación o de sensibilización.

Sin embargo, es importante tener en cuenta, en relación a esta estrategia, que la mayor parte de las personas mayores no se encuentra ingresada en centros residenciales ni es atendida en centros de día, por lo que su marco de referencia para llevar a cabo actuaciones relacionadas con este Anteproyecto es su propio entorno familiar, los Centros de Participación Activa (en el caso de que sean personas socias y acudan a ellos) y, probablemente, su entorno sanitario más próximo (Centro de salud...). Deberían articularse, en este sentido, actuaciones que, de una manera efectiva, pudieran hacer llegar las estrategias de este Anteproyecto, muy necesarias dentro de nuestro modo de vida actual, a este importante sector de la población dentro de las personas mayores que comprende las **personas mayores no dependientes**, que no tienen como punto de referencia un centro de atención asistencial. En este sentido podría ser interesante evaluar fórmulas para llevar a cabo actuaciones a través de los medios de comunicación, especialmente radio y televisión, medios con los que las personas mayores suelen tener un contacto habitual a lo largo de la jornada.

De la Dirección General de Personas con Discapacidad:

El artículo 16. dedicado a *la promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros de personas mayores y de personas con discapacidad*, establece algunas actuaciones que se desarrollarán en los mismos. A tal fin, se propone, sin perjuicio de las aportaciones que pudiera realizar la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía:

Artículo 16.1, letra b) se establece que estos centros, "deberán contar con una programación de estilos de vida saludable y prevención de la obesidad, que incluya objetivos a nivel de centro e individualizado para las personas residentes y usuarias...." debería valorarse bien el alcance de esta obligación, para que fuera acorde con los servicios prestados por estos centros actualmente.

En el artículo 16.1, letra d) debería valorarse si la realización de actividades de fomento de la actividad física y de la práctica deportiva, debería realizarse en función del colectivo que las realice, con algún tipo de apoyo de personal apto.



JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES
Secretaría General Técnica

Artículo 16.2. se propone la sustitución del término "personas dependientes", por el de "personas en situación de dependencia"

El artículo 22.3. al regular la cartera de servicios, debería añadir también servicios sociales y educativos.

El artículo 23, letra d) al referirse a "la incorporación de la realidad y las necesidades de los grupos o sectores más vulnerables", tal vez debería hacer enunciar alguno de ellos como el de personas con discapacidad, personas mayores, menores y adolescentes.

El artículo 27.2, letra c) debería valorarse incluir junto a la ingenuidad de los niños, niñas y adolescentes, las personas con discapacidad



INFORME DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES LABORALES Y SEGURIDAD Y SALUD LABORAL RELATIVO AL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA .

La Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía, establece en su artículo 10 los objetivos básicos de la Comunidad Autónoma, disponiendo en su apartado 3 que la Comunidad Autónoma, en defensa del interés general, ejercerá sus poderes con los siguientes objetivos básicos:

- 1.º La consecución del pleno empleo estable y de calidad en todos los sectores de la producción, con singular incidencia en la salvaguarda de la seguridad y salud laboral, la conciliación de la vida familiar y laboral y la especial garantía de puestos de trabajo para las mujeres y las jóvenes generaciones de andaluces.

Por su parte, el artículo 37 de dicho Estatuto de Autonomía, establece que los poderes de la Comunidad Autónoma orientarán sus políticas públicas a garantizar y asegurar el ejercicio de los derechos reconocidos en el Capítulo anterior y alcanzar los objetivos básicos establecidos en el artículo 10, mediante la aplicación efectiva de los siguientes principios rectores:

- 10.º El empleo de calidad, la prevención de los riesgos laborales y la promoción en el trabajo.


El Decreto 210/2015, de 14 de julio, por el que se regula la estructura orgánica de la Consejería de Empleo, Empresa y Comercio, en su artículo 1 c), atribuye a esta Consejería la competencia en materia de prevención de riesgos laborales y seguridad y salud laboral, promoviendo la cultura preventiva y la realización de las acciones que, combatiendo la siniestralidad laboral, garanticen la salud de las personas trabajadoras.

Así mismo, el Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales, agencia administrativa adscrita a esta Consejería creada mediante Ley 10/2006, de 26 de diciembre, tiene como fin general fomentar la cultura preventiva en Andalucía, el análisis y estudio de las condiciones de seguridad y salud laborales, así como la promoción y apoyo de la mejora de las mismas, con especial atención a las pequeñas y medianas empresas, a los trabajadores autónomos y a los sectores de mayor riesgo.

Por otro lado, el referido Decreto de estructura atribuye a la Dirección General de Relaciones Laborales y Seguridad y Salud Laboral, de la citada Consejería, tanto la promoción de la

C./ Albert Einstein, nº4, Edif. World Trade Center, Isía de la Cartuja. 41092-Sevilla
Telfs: 902 11 30 00 / 955 06 39 10

Código Seguro de verificación:MFKE/UGp7UGOMdw9RNUcAA==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://www.juntadeandalucia.es/economia/innovacionyciencia/verifirma2>
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	JESÚS GONZÁLEZ MÁRQUEZ		FECHA	23/11/2016
ID. FIRMA	ws029.juntadeandalucia.es	MFKE/UGp7UGOMdw9RNUcAA==	PÁGINA	1/4
 MFKE/UGp7UGOMdw9RNUcAA==				

seguridad y salud laboral y el diseño y ejecución de planes y acciones para combatir la siniestralidad laboral y mejorar la seguridad y salud laboral de las personas trabajadoras; como la investigación, formación, difusión y fomento sobre los aspectos laborales de la Responsabilidad Social Corporativa.

Por ello, tras el análisis del borrador del Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía remitido y, visto el referido marco competencial, cabe formular con carácter general las siguientes observaciones:

A la vista de que entre los aspectos de salud pública regulados por el referido Anteproyecto, concretamente, en el ámbito competencial de la salud laboral, se encuentra la promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros de trabajo, entendemos que dicha concurrencia competencial debe ser contemplada por la norma objeto de análisis en el sentido de dar participación a esta Consejería en los ámbitos organizativos e institucionales a que hace referencia dicha norma en los siguientes preceptos de la misma:

TÍTULO II. Medidas para la lucha contra el sobrepeso y la obesidad.

CAPÍTULO I. Estrategias para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

Artículo 9. Plan andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.


1. La Consejería competente en materia de salud, en coordinación con el resto de Consejerías, especialmente las competentes en materia de educación, agricultura, deporte y empleo, de las Administraciones Locales y con participación de los operadores económicos y agentes sociales, sin perjuicio de lo establecido en los artículos 36 y siguientes de la Ley 17/2011, de 5 de julio, definirá un Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía (en adelante PAFASA), con el fin de fomentar estilos de vida activa y saludables y de prevenir el sobrepeso y la obesidad en la población. Dicho plan se formulará de acuerdo con el marco establecido en la Estrategia de nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS).

TÍTULO V. Organización, coordinación y gobernanza.

Artículo 32. Acción coordinada de las políticas públicas.

4. Se favorecerá la intersectorialidad en las áreas de educación, deporte, agricultura, empleo, bienestar social, políticas de igualdad, sostenibilidad, infraestructuras y vivienda.

Código Seguro de verificación: MFKE/UGp7UGOMdw9RNUcAA==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://www.juntadeandalucia.es/economiainnovacionyciencia/verifirma2>
 Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	JESÚS GONZÁLEZ MÁRQUEZ		FECHA	23/11/2016
ID. FIRMA	ws029.juntadeandalucia.es	MFKE/UGp7UGOMdw9RNUcAA==	PÁGINA	2/4
 MFKE/UGp7UGOMdw9RNUcAA==				

La antedicha propuesta trae, asimismo, su fundamento en lo dispuesto en el artículo 15 *Promoción de la actividad física y de la alimentación saludable en los centros de trabajo* que, en su apartado 2, atribuye obligaciones de promoción a las personas físicas y jurídicas responsables de los centros de trabajo, en el marco de la responsabilidad social por la salud definida en el artículo 33 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía; sin que se pueda obviar que, precisamente, el marco de la responsabilidad social por la salud en el seno de las empresas comprende la responsabilidad de velar por la salud y la seguridad en el lugar de trabajo, en el marco de lo establecido en la legislación vigente en materia de prevención de riesgos laborales, así como de promocionar la salud y el bienestar de sus empleados y empleadas.

Por ello, y en complemento de lo anterior, se sugiere asimismo la siguiente redacción del referido artículo 15:

Artículo 15. Promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros de trabajo.


1. De conformidad con lo establecido en la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, y en el marco de las estrategias para la promoción de la salud en los lugares de trabajo, las Administraciones Públicas de Andalucía promoverán el desarrollo de iniciativas en los centros de trabajo orientadas a la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

En particular, la Administración pública competente en materia laboral promoverá la integración eficaz de las políticas orientadas al fomento de la actividad física y la alimentación saludable y equilibrada en el sistema de gestión de la prevención de riesgos laborales en la empresa.

2. Sin perjuicio de lo establecido en la legislación vigente en materia de prevención de riesgos laborales, las personas físicas y/o jurídicas responsables de los centros de trabajo, en el marco de la responsabilidad social por la salud definida en el artículo 33 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, promoverán acciones dirigidas a:

- a) proporcionar a los trabajadores información adecuada sobre los beneficios de la actividad física y la alimentación saludable.*
- b) Favorecer las opciones más saludables en los menús de los comedores colectivos de las empresas y los centros de trabajo, así como en los ali-*

Código Seguro de verificación: MFKF/UGp7UGOMdw9RNUcAA==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://www.juntadeandalucia.es/economia/innovacionyciencia/verifirma2>
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	JESÚS GONZÁLEZ MÁRQUEZ		FECHA	23/11/2016
ID. FIRMA	ws029.juntadeandalucia.es	MFKF/UGp7UGOMdw9RNUcAA==	PÁGINA	3/4
 MFKF/UGp7UGOMdw9RNUcAA==				

551

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE EMPLEO, EMPRESA Y COMERCIO
Dirección General de Relaciones Laborales y Seguridad y Salud Laboral

mentos que se suministren en las cantinas y máquinas expendedoras de alimentos y bebidas instaladas en los centros.

- c) Promover el uso de escaleras como alternativa al desplazamiento vertical en los centros, así como acondicionar espacios apropiados para facilitar el uso de la bicicleta como medio de acceso al trabajo.*

3. El marco para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros de trabajo será el que proporcionan las cartas de compromiso voluntarias definidas en el artículo 21 de la presente Ley, adaptadas a las características y circunstancias de cada centro. Las cartas de compromiso para la promoción de la salud en los lugares de trabajo tendrán la consideración de los acuerdos voluntarios para la mejora de la salud pública que establece el artículo 34 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre.

EL DIRECTOR DE RELACIONES LABORALES Y SEGURIDAD Y SALUD LABORAL

C./ Albert Einstein, nº4, Edif. World Trade Center, Isla de la Cartuja. 41092-Sevilla
Telfs: 902 11 30 00 / 955 06 39 10

Código Seguro de verificación: MFKE/UGp7UGOMdw9RNUcAA==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://www.juntadeandalucia.es/economia/innovacionyciencia/verifirma2>
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	JESÚS GONZÁLEZ MÁRQUEZ	FECHA	23/11/2016
ID. FIRMA	ws029.juntadeandalucia.es	MFKE/UGp7UGOMdw9RNUcAA==	PÁGINA 4/4



MFKE/UGp7UGOMdw9RNUcAA==

INFORME BORRADOR DE LA LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA.

En el ámbito de sus competencias y en relación con el Proyecto de Ley para la Promoción de una vida saludable una alimentación equilibrada en Andalucía, esta Secretaría General de Educación y Formación Profesional realiza las siguientes consideraciones al texto del Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía:

Artículo 4.- Definiciones.

En él se determina que:

"f) Centros educativos: Centros públicos o privados, debidamente autorizados, en los cuales se imparten enseñanzas regladas de presencia física a personas menores de edad."

En relación con este artículo, se sugiere reflexionar si la Ley no tendrá en cuenta a los centros educativos que tienen formación profesional del sistema educativo y al alumnado mayor de 18 años.

Artículo 10: La promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros educativos.

Este artículo determina:

1. De conformidad a lo establecido en el artículo 40 de la Ley 17/2011, de 5 de julio, y en el marco del PAFASA, la Consejería competente en materia de educación promoverá la enseñanza de la nutrición y alimentación en las escuelas infantiles y centros escolares, con intervenciones integradas y de largo alcance, transmitiendo al alumnado y sus familias los conocimientos y habilidades necesarios, para que alcancen la capacidad de elegir correctamente los alimentos, así como las cantidades más adecuadas, que les permitan componer una alimentación sana y equilibrada y ejercer el autocontrol en su alimentación.

2. Igualmente se promoverá, a través de las Consejerías competentes en materia de salud, educación y movilidad, el conocimiento de los beneficios que para la salud tienen la actividad física y el deporte y se fomentará su práctica entre el alumnado, a través de las siguientes actuaciones:

- a) Fortalecimiento de los programas de educación física, y establecimiento de un tiempo mínimo recomendable de cinco horas efectivas semanales de ejercicio físico y/o actividad física.
- b) Establecimiento de descansos activos y el fomento de los juegos de actividad física, y la ordenación de recreos activos para juegos de acción y movimiento que favorezcan la participación activa de la población menor de edad, teniendo en cuenta la situación de desigualdad con relación al género.
- c) Promoción de transportes activos hacia la escuela, especialmente a pie y mediante el uso de bicicletas, y configurar rutas o caminos escolares de recorridos e itinerarios seguros.
- d) Readaptación de las infraestructuras escolares para la promoción de la actividad física en el alumnado. e) Establecimiento de una oferta de actividades extraescolares que permita al alumnado la realización de actividad física inclusiva para alumnos y alumnas, con acceso de los diferentes perfiles del alumnado.
- f) En el Plan de Apertura de los Centros educativos en horario extraescolar, establecido en el Decreto 301/2009, de 14 de julio, por el que se regula el calendario escolar y la jornada escolar en los centros docentes, a excepción de los universitarios, se priorizarán las zonas con necesidades de transformación social para favorecer las prácticas deportivas y de actividad física.

Parece oportuno que se implique a todos los centros docentes pues, concretamente en los conservatorios de danza, es muy importante la alimentación para la ejercitación del cuerpo. Se podría, por ejemplo, implementar medidas que fomentaran la organización de proyectos de cooperación de estos centros (conservatorios, escuelas superiores, centros deportivos...) con los centros de educación

obligatoria y bachillerato, con el fin de mejorar la calidad de vida en la edad infantil, pubertad y adolescencia, ayudando así a la lucha contra el sedentarismo y al fomento de la buena alimentación.

Por otra parte, este artículo alude a la necesaria transmisión por parte de los centros docentes al alumnado y a sus familias de conocimientos vinculados con la promoción de una alimentación saludable. Está contemplado en la normativa curricular andaluza el desarrollo de estos aspectos tanto de manera transversal como a través de la impartición de materias concretas, principalmente, la de Educación Física, pero también otras como las de Ciencias de la Naturaleza, Biología y Geología, o incluso, Educación para la Ciudadanía y los Derechos Humanos, materia mantenida en Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria y en Bachillerato de libre configuración autonómica.

En relación con las actuaciones destinadas a la promoción de estos aspectos, se señala que, en su mayor parte, ya se vienen desarrollando en esta Comunidad Autónoma distintos planes y programas entre los que destaca el Plan de Alimentación Saludable o el Plan para el Deporte en la Escuela, diseñados para complementar la educación para una vida saludable, el crecimiento psicomotriz del alumnado y el ejercicio físico como parte esencial del bienestar personal. Se trata de programas se desarrollan en el seno de la Consejería de Educación o en colaboración con otras Administraciones o instituciones.

Andalucía también destaca positivamente a nivel estatal también por la implantación de actividades extraescolares y por el desarrollo del Plan de apertura de centros docentes que permite el uso de las instalaciones escolares por las tardes para el desarrollo de actividades deportivas por parte del alumnado de la zona.

Llama la atención respecto a este artículo lo recogido en su apartado 2. a) por el que se propone el *establecimiento de un tiempo mínimo recomendable de cinco horas efectivas semanales de ejercicio físico y/o actividad física*. A este respecto es preciso considerar que las cargas lectivas mínimas ya se han establecido por parte de la Consejería de Educación en la normativa curricular correspondiente no siendo pertinente su modificación en estos momentos dada su reciente publicación así como la repercusión que la modificación del horario de cualquiera de las materias entrañaría sobre todos los demás. Asimismo, los horarios lectivos establecidos para las distintas materias han sido ajustados con la máxima precisión con objeto de respetar el 50% que debe dedicarse a las materias troncales de acuerdo con la normativa básica, aunque sin alterar los tiempos que se venían asignando a estas enseñanzas y de los que dependen las distintas especialidades docentes.

Actualmente, las cargas horarias establecidas para la materia de Educación Física son las siguientes:

- En Educación Primaria: se contemplan dos sesiones semanales (cada una de 45 minutos) en cada uno de los cursos de la etapa de 1º a 6º.
- En Educación Secundaria Obligatoria: se contemplan dos sesiones semanales (cada una de 60 minutos) en cada uno de los cursos de la etapa de 1º a 4º.
- En Bachillerato: se contemplan dos sesiones semanales (cada una de 60 minutos) en el primer curso de la etapa.

No obstante, es preciso considerar que, a partir del horario lectivo reservado a la libre disposición de los centros docentes así como a la creación de materias de diseño propio, éstos, en el ejercicio de su autonomía, podrán ampliar el horario mínimo asignado con carácter general para las distintas materias, resultando posible así impartir un mayor número de sesiones de Educación Física en todas las etapas educativas de lo que se deduce como innecesaria y poco pertinente la incorporación en esta Ley de aspectos que podrían provocar el cuestionamiento de la normativa recientemente publicada por la Consejería de Educación dadas las circunstancias expuestas.

Se sugiere, en cualquier caso, una redacción alternativa:

a) Fortalecimiento de los programas de educación física, y la dedicación semanal establecida en el currículo escolar.

Asimismo, cabe señalar que aunque podría abordarse sin problemas desde los Programas de Promoción de Hábitos saludables, que se convocan en coordinación con la Consejería de Salud, hay aspectos, como el 10.2c) *La promoción de transportes activos hacia la escuela, especialmente a pie y mediante el uso de bicicletas, y configurar rutas o caminos escolares de recorridos e itinerarios seguros*, que pueden ser muy complicados de poner en práctica. Actualmente, se están llevando a cabo experiencias con algunos Ayuntamientos, si bien la generalización sería muy complicada.

Artículo 11: Los menús y dietas saludables en los centros educativos.

En este artículo se determina que:

1. *Las comidas y menús servidos en los centros educativos de Andalucía se ajustarán a lo dispuesto en el artículo 40 de la Ley 17/2011, de 5 de julio, y sus estándares nutricionales se ajustarán a los criterios aprobados, por consenso, en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.*
2. *Sin perjuicio de ello, en la programación de la oferta de los menús en los centros educativos se tendrán en cuenta:*
 - a) *Las características gastronómicas de la zona y la producción local, tomando como referencia la dieta mediterránea.*
 - b) *La utilización, de forma equilibrada, de procedimientos variados de preparación, conservación y distribución que salvaguarden el valor nutricional de los productos y prevengan eficazmente la aparición de disruptores endocrinos, generadores de obesidad, en la alimentación.*
3. *De conformidad con lo establecido en el artículo 40.4 de la Ley 17/2011, de 5 de julio, los centros educativos proporcionarán a las familias, tutores o responsables de todos los comensales, incluidos aquellos con necesidades nutricionales especiales (intolerancias, alergias alimentarias u otras enfermedades que así lo exijan), la programación mensual de los menús, de la forma más clara y detallada posible, y orientarán con menús adecuados, para que la cena sea complementaria con el menú del mediodía. Así mismo, les asesorarán sobre los alimentos más saludables y adecuados para su consumo en el horario de recreo.*
4. *La Administración educativa de Andalucía, en colaboración con el sector agroalimentario, promoverá la distribución de frutas y verduras en los centros educativos, y la participación de los alumnos en programas de granja escuelas.*
5. *Las Consejerías competentes en materia de salud y educación elaborarán un programa de educación para la salud, orientado al fomento del consumo gratuito de agua potable en los entornos escolares, como primera medida de hidratación, así como a la reducción de la ingesta de bebidas refrescantes hipercalóricas. A tal*

efecto los centros dispondrán de fuentes de agua potable apropiadas y accesibles al alumnado en espacios comunes y de recreo.

- 6.** *La Administración educativa de Andalucía impulsará la existencia y el fortalecimiento de una red de huertos escolares en los centros educativos de la Comunidad Autónoma, con prioridad en las zonas con necesidades de transformación social."*

Respecto al artículo 11.3, deberían incluirse específicamente a los conservatorios y centros de enseñanza de régimen especial en lo que respecta a la orientación para una alimentación adecuada y para selección de alimentos en horario de recreo.

En relación con el 11.4: *La Administración educativa de Andalucía, en colaboración con el sector agroalimentario, promoverá la distribución de frutas y verduras en los centros educativos, y la participación de los alumnos en programas de granja escuelas*, es necesario insistir en que no se crean nuevos programas. Hay un programa marco para trabajar la promoción y educación para la salud y, dentro de él, si es necesario, se van incluyendo nuevas temáticas. Por otro lado, la distribución de frutas y verduras ya se hace con el "Plan de consumo de fruta" en los colegios dentro del programa "Creciendo en Salud".

En cuanto al 11.5: *Las Consejerías competentes en materia de salud y educación elaborarán un programa de educación para la salud, orientado al fomento del consumo gratuito de agua potable en los entornos escolares, como primera medida de hidratación, así como a la reducción de la ingesta de bebidas refrescantes hipercalóricas. A tal efecto los centros dispondrán de fuentes de agua potable apropiadas y accesibles al alumnado en espacios comunes y de recreo*, está implementado actualmente en el marco del programa "Creciendo en Salud" y "Forma Joven" en el ámbito educativo.

Además, debería hablarse más bien de entornos educativos que escolares, para que todos los centros docentes se vean incluidos en estas medidas.

Con respecto al 11.6: *La Administración educativa de Andalucía impulsará la existencia y el fortalecimiento de una red de huertos escolares en los centros educativos de la Comunidad Autónoma, con prioridad en las zonas con necesidades de transformación social*, se ha puesto en marcha este curso el "Proyecto Ecohuerto", dentro del Programa ALDEA.

Artículo 12: Limitaciones a la venta y publicidad de alimentos hipercalóricos y medidas de promoción de la salud nutricional en los centros educativos.

En relación con el apartado 12.7, el texto propone que solo se puedan instalar máquinas expendedoras automáticas en zonas de alumnado de Educación Secundaria y estas máquinas estarán libres de publicidad. Parece conveniente que tal opción contemple también a los conservatorios profesionales de música y danza y escuelas de arte, que tienen un alumnado de edad similar.

Artículo 21: Medidas de promoción de la salud y prevención.

3. En el desarrollo curricular en los centros educativos se tendrá en cuenta la inclusión, cuando proceda, entre sus contenidos de acciones formativas y sensibilizadoras con el alumnado que fomenten valores que impliquen la aceptación de la diversidad en la imagen corporal. Así mismo, se incorporarán contenidos en áreas relacionadas con la

promoción de la aceptación de la diversidad corporal y la prevención de los TCA en el programa conjunto entre salud y educación "Forma Joven".

En este sentido, tal y como se ha señalado en este Informe, la normativa curricular recientemente publicada ya contempla entre los elementos que se habrán de abordar de manera transversal a través de las distintas asignaturas y materias de las etapas citadas, aspectos vinculados con el desarrollo de la competencia emocional, el autoconcepto, la imagen corporal y la autoestima como elementos necesarios para el adecuado desarrollo personal, el rechazo y la prevención de situaciones de acoso escolar, discriminación o maltrato y la promoción del bienestar. Por ello, es posible afirmar que el ajuste entre la normativa educativa y el anteproyecto objeto de estudio está garantizado y ambos sectores van en la misma dirección en sintonía.

En el programa de Hábitos de Vida Saludable desarrollado por la Consejería de Educación y la Consejería de salud, se incorporan contenidos relacionados con la promoción de la aceptación de la diversidad corporal y la prevención de los TCA.

Artículo 32: Acción coordinada de las políticas públicas.

En este sentido, la Consejería de Educación comparte la necesidad de mantener relaciones fluidas con otras Administraciones competentes en materia de salud, bienestar social o políticas de igualdad, todo ello con objeto de garantizar un tratamiento homogéneo y generalizado de estos aprendizajes dada su repercusión.

Artículo 33. Competencias de las Administraciones públicas en Andalucía.

Habría que incluir después de este apartado las competencias de la Consejería de Educación. Se sugiere el siguiente texto:

Corresponde a la Consejería competente en materia de Educación a puesta en marcha y desarrollo de cuantas cuestiones afecten a los centros educativos.

Artículo 38. Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

La Consejería competente en materia de educación debería tener presencia también en el *Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.*

Dado que entre sus funciones se contempla el impulso y la elaboración de estudios científicos de evaluación y de impacto de los planes y programas relacionados con la prevención y lucha contra la obesidad en Andalucía, debería constar explícitamente que estos estudios se hagan también en el entorno educativo.

Artículo 39. Formación en nutrición y alimentación saludable.



1. La alimentación saludable, los principios básicos de una nutrición equilibrada, los beneficios de la actividad física para la salud y la aceptación de la diversidad corporal se incorporarán al Programa de Hábitos de Vida Saludable de la Junta de Andalucía y se facilitarán a los centros docentes recursos didácticos al respecto.

Se propone la siguiente redacción:

La alimentación saludable, los principios básicos de una nutrición equilibrada, los beneficios de la actividad física para la salud y la aceptación de la diversidad corporal son temáticas recogidas en los currículos escolares. Para fomentar y facilitar su desarrollo, desde el programa de Hábitos de Vida Saludable de la Junta de Andalucía se facilitarán a los centros recursos didácticos innovadores.

Artículo 41. Premio a la Innovación y las Buenas Prácticas en materia de actividad física y alimentación saludable.

Se sugiere la posibilidad de que se establezca una categoría de premios dirigida expresamente a buenas prácticas en centros educativos.

24 de noviembre de 2016.

EL SECRETARIO GENERAL DE EDUCACIÓN Y
FORMACIÓN PROFESIONAL



07/84/2016**INFORME AL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA.**

Se ha recibido para informe el referido anteproyecto de Ley remitido por la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud.

I.- COMPETENCIA.

El presente informe se emite en virtud del artículo 33 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, del artículo 2.c) del Decreto 260/1988, de 2 de agosto, por el que se desarrollan atribuciones para la racionalización administrativa de la Junta de Andalucía, y del artículo 15 del Decreto 206/2015, de 14 de julio, por el que se regula la estructura orgánica de la Consejería de Hacienda y Administración Pública.

Para ello se ha tenido en cuenta únicamente el propio anteproyecto de Ley al no haberse remitido los demás documentos regulados en el artículo 43 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

El anteproyecto de ley está compuesto 46 artículos estructurados en un título preliminar y siete títulos más dos disposiciones adicionales, dos transitorias, una derogatoria y tres finales

Se acompaña al borrador de anteproyecto de ley un anexo titulado "criterios nutricionales por porción envasada o comercializada que deberán cumplir las bebidas y los alimentos envasados para poder comercializarse en los centros educativos de Andalucía".

II.- CONSIDERACIONES GENERALES

Tal y como se indica en el artículo 1, el objeto del anteproyecto es:

El establecimiento y desarrollo de las acciones necesarias para la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable y equilibrada entre la población, con la finalidad de prevenir los problemas del sobrepeso y la obesidad en Andalucía y los riesgos para la salud que llevan asociados, así como favorecer una atención integral a las personas que padecen estos problemas y la concienciación social sobre los mismos.

FIRMADO POR	RAFAEL CARRETERO GUERRA ROSA MARIA CUENCA PACHECO	24/11/2016	PÁGINA 1/2
VERIFICACIÓN	Pk2jm744SB3ZE45WKbv4zNx6PZrGA8	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	

628

El establecimiento de medidas para la promoción de la salud, la prevención y la adecuada atención sanitaria de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos de la conducta asociados a una distorsión negativa de la propia imagen corporal.

III.- CONSIDERACIONES PARTICULARES

El borrador de Anteproyecto de Ley no contiene determinaciones de carácter organizativo, ni sobre procedimientos administrativos, por lo que no se emiten consideraciones al mismo.

Sin embargo, si consideramos que se debería revisar la redacción dada al artículo 35.2 donde refleja que el SIGNA constituye un instrumento para facilitar a los consumidores una estimación sencilla y fácilmente entendible de la calidad nutricional del "mismo". Pensamos que se refiere a los alimentos y bebidas y no al Sistema de información de calidad nutricional.

Se efectúa la misma observación acerca de la redacción dada al artículo 41.1 sobre la convocatoria de premios a las mejores experiencias de innovación y buenas prácticas.

En cuanto al anexo único que incluye, se debería situar al final del texto, a continuación de la fecha y de la firma.

EL DIRECTOR GENERAL DE
PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

Fdo: Rafael Carretero Guerra.

LA JEFA DEL SERVICIO DE
ORGANIZACIÓN Y SIMPLIFICACIÓN
ADMINISTRATIVA.

Fdo. Rosa Mª Cuenca Pacheco.

FIRMADO POR	RAFAEL CARRETERO GUERRA	24/11/2016	PÁGINA 2/2
	ROSA MARIA CUENCA PACHECO		
VERIFICACIÓN	Pk2jm744SB3ZE45wKbv4zNx6PZrGA8	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

Secretaría General Técnica

REGISTRO DE ENTRADA
Secretaría General Técnica

17 NOV 2016

N.º 3205

S A L I D A	JUNTA DE ANDALUCIA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN	
	30 NOV 2016	
	Registro General 41 41.375	Sevilla

SECRETARIA GENERAL TÉCNICA
CONSEJERÍA DE SALUD.

Avda. De la Innovación s/n. Edificio Arena 1
41020-SEVILLA

R E C E P C I O N	JUNTA DE ANDALUCIA CONSEJERÍA DE SALUD	
	30 NOV. 2016	
	Registro General 2100/33261	5 Hora Sevilla

Fecha: 29/11/2016.
Su referencia : ASC/MVCM/RS/mm/275/16.
Nuestra referencia: Expte. 51/2016. Informes Generales.
Asunto : Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía.

Con fecha 14 de noviembre de 2016, tuvo entrada en esta Secretaría General Técnica el *Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía*, remitido por la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, con objeto de emitir parecer en razonado informe, conforme a lo preceptuado en el artículo 45.1.b) de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Analizado el texto desde el punto de vista de las competencias que corresponden a esta Consejería por el Decreto 207/2015, de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Educación, esta Secretaría General Técnica observa que determinados aspectos de la citada Ley pudieran afectar a las competencias de esta Consejería. En este sentido, se formulan las siguientes observaciones incorporando las que, en su momento, puso de manifiesto la Viceconsejería de Educación:

1.- El artículo 4, se dedica a "definiciones". Se aconseja utilizar una terminología acorde con la empleada en la normativa en materia de educación, así se propone la siguiente redacción, o similar:

<<Centros docentes: Centros públicos y privados autorizados para impartir enseñanzas del sistema educativo>>.

A lo largo de todo el texto sometido a nuestra consideración entendemos debería sustituirse el término "*centros educativos*" por <<centros docentes>>, más acorde, como se ha manifestado, con la normativa educativa.

En todo caso, se advierte que si con la expresión "*de presencia física*" se está haciendo referencia a la modalidad en la que se imparte la enseñanza, se aconseja se emplee la denominación que, a este respecto, se utiliza en la normativa educativa, a saber <<se imparten enseñanzas regladas en la modalidad presencial a personas menores de edad>>.



Asimismo, y teniendo en cuenta que, excepcionalmente, podrán cursar enseñanzas en la modalidad semipresencial y a distancia menores de edad¹, se somete a la consideración del órgano remitente, la posibilidad de incluir estas modalidades de enseñanzas, en los supuestos en que sea posible aplicar la Ley en función de las características de dichas modalidades.

Finalmente se propone la inclusión de una nueva letra con la definición del concepto "Productos de proximidad", empleado en el texto.

2.- En relación al Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía (PAFASA), a que se refiere el artículo 9, teniendo en cuenta que el contenido del Plan puede afectar a las competencias de esta Consejería entendemos sería conveniente garantizar la participación de la misma en la aprobación del Plan.

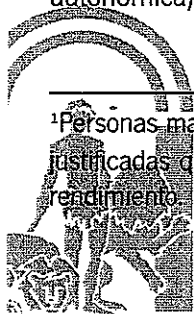
3.- En el artículo 10 de la Ley se establece que "...la Consejería competente en materia de educación promoverá la enseñanza de la nutrición y la alimentación en las escuelas infantiles y centros escolares...", asimismo se promoverá "...el conocimiento de los beneficios que para la salud tiene la actividad física y el deporte y se fomentará su práctica entre el alumnado...", todo ello de conformidad con lo establecido en el artículo 40 de la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, y en el marco del PAFASA.

La inclusión, tanto en el PAFASA como en la propia norma, de actuaciones para integrar la enseñanza de la nutrición y alimentación saludables y el ejercicio físico, tiene su fundamento directo en el artículo 39 de la Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía (LEA), dedicado a la educación en valores, concretamente en el apartado 4. Asimismo, se encuentra recogido como un derecho del alumnado en el artículo 7.2.f) de la LEA, considerándose la actividad formativa para la adquisición de hábitos de vida saludable como un plan educativo, conforme a la letra e) del artículo 108 de la LEA. Por su parte, el artículo 51 de la LEA establece que "*La Consejería competente en materia de educación promocionará la implantación de la práctica deportiva en los centros escolares en horario no lectivo, que tendrá, en todo caso, un carácter eminentemente formativo*".

En este sentido, sería conveniente que se hiciese una referencia a la necesidad que dicha inclusión se realice *conforme a la normativa en materia de educación*, por cuanto, como se ha manifestado, esta posibilidad aparece recogida en la misma.

Respecto al contenido del apartado 2, tal y como expuso la Viceconsejería de Educación en las observaciones formuladas, hemos de poner de manifiesto:

- En letra a) se establece "*Fortalecimiento de los programas de educación física, y establecimiento de un tiempo mínimo recomendable de cinco horas efectivas semanales de ejercicio físico y/o actividad física*", debería precisarse qué se entiende por "horas efectivas semanales", clarificando si incluyen las horas lectivas semanales (determinadas por la normativa estatal y autonómica) junto con horas correspondientes a actividades extraescolares, debería precisarse este



¹Personas mayores de 16 años que lo soliciten y que tengan un contrato laboral o circunstancias excepcionales y justificadas que no les permita acudir a los centros educativos en régimen ordinario o sean deportistas de alto rendimiento.

extremo, teniendo en cuenta, además, que, conforme a la disposición transitoria segunda se dispone de un plazo máximo de cuatro años para su aplicación.

En todo caso, se observa que en el artículo 10 dicho tiempo mínimo es "recomendable", sin embargo, de la lectura de la disposición transitoria segunda, se infiere que dicho tiempo es obligatorio, entendemos debería aclararse este extremo.

En consecuencia, a efectos de clarificar las cuestiones expuestas supra, proponemos la siguiente redacción:

<<Fortalecimiento de los programas de educación física, estableciendo otras actividades físicas que complementen las desarrolladas en el horario lectivo para la impartición de esta área o materia>>.

- Respecto a la letra b), se propone la siguiente redacción, más acorde con la terminología empleada en la normativa educativa:

<<Promoción de la actividad física y de juegos de acción y movimiento en los tiempos de recreo y descanso, que favorezcan de forma inclusiva la participación activa de la población escolar, atendiendo a su diversidad>>.

- La "promoción de transportes activos hacia la escuela", previsión contenida en la letra c), conlleva dificultades para su implementación, pues si bien es cierto que ya se están tomando medidas en este sentido en coordinación con algunas corporaciones locales, la generalización de la medida entrañaría cierta complicación, por lo que sometemos a la consideración de ese centro directivo una revisión de esta propuesta.

- En relación al apartado d), se advierte que los requisitos mínimos de los centros se establecen en la normativa básica estatal, que ya exige que se disponga de infraestructura para actividades deportivas, requisito obligatorio para ser autorizado, por lo que cualquier "readaptación de las infraestructuras", excedería de los requisitos mínimos exigidos para la autorización de los centros, además de suponer un coste económico añadido para dichos centros, tanto públicos como privados. Por las razones expuestas, proponemos la supresión de la letra d).

- Respecto a la letra f), se sugiere la siguiente redacción:

<<El uso de instalaciones de los centros docentes fuera del horario escolar se priorizará en las zonas con necesidades de transformación social, favoreciendo la práctica deportiva y de actividad física en la población del entorno>>.

4.- Teniendo en cuenta que, como se ha expuesto, en la normativa en materia de educación ya se determina que el currículo contemplará la presencia de contenidos y actividades que promuevan la adquisición de hábitos de vida saludable y deportiva, estableciendo, asimismo, la promoción de la implantación de la práctica deportiva, en la Consejería de Educación se vienen desarrollando planes y programas que incluyen dichos objetivos.

Vease, en este sentido, el programa de promoción de Hábitos de Vida Saludable, que adopta la denominación de "Creciendo en Salud" cuando se dirige a los centros que imparten enseñanzas de



educación infantil, educación especial y educación primaria, y "Forma Joven²" en el ámbito educativo cuando se dirige a educación secundaria, programa educativo conjunto de la Consejería de Educación, la Consejería de Salud, la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales y la Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural. Dentro de este programa, y como recurso para el desarrollo de la línea de intervención "Estilos de Vida Saludable" encontramos el Plan de Consumo de Frutas en las Escuelas³, que es un proyecto integral de distribución de frutas y hortalizas en centros docentes de Andalucía, impulsado por la Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural con la ayuda financiera de la Comunidad Europea y en colaboración con la Consejería de Educación y la Consejería de Salud, con los objetivos de incrementar y consolidar el consumo de estos productos, así como, promover hábitos alimentarios saludables entre los escolares.

En consecuencia, se somete a la consideración del órgano proponente la conveniencia de incluir, en el texto remitido, referencias a los programas que ya se vienen desarrollando, por cuanto sólo se menciona el programa "Forma Joven". En todo caso, teniendo en cuenta que la norma prevé la puesta en marcha de nuevos programas (véase, a título de ejemplo, el previsto en el artículo 11.4) entendemos debería coordinarse su implantación con los ya existentes, para evitar duplicidades.

5.- Respecto al artículo 11, tal y como ya puso de manifiesto la Viceconsejería de Educación, se realizan las siguientes observaciones:

- En el apartado 4 debería sustituirse "*los alumnos*" por <<el alumnado>>.
- Se propone la siguiente redacción del apartado 6:

<<La Administración educativa de Andalucía impulsará la implantación y el fortalecimiento de huertos escolares en los centros docentes de la Comunidad Autónoma, priorizando las zonas con necesidades de transformación social>>.

6.- El artículo 12 establece las limitaciones a la venta y publicidad de alimentos hipercalóricos y medidas de promoción de la salud nutricional en los centros educativos, entendemos podría ser conveniente una referencia a lo previsto en el artículo 41 de la Ley 17/2011, de 5 de julio.

En relación al apartado 7, tal y como ya propuso la Viceconsejería de Educación, se plantea la siguiente redacción, o similar:

<<Podrán instalarse máquinas expendedoras automáticas en centros que atiendan al alumnado de Educación Secundaria en adelante, que estarán libres de publicidad. Dichas máquinas expendedoras deberán mostrar, en lugar visible al público, la cantidad de calorías netas por porción envasada de los productos que se expendan en las mismas>>.

Finalmente, respecto al apartado 8, siguiendo la propuesta de la Viceconsejería de Educación, se somete a la consideración de ese centro directivo, la conveniencia de suprimir el adverbio "*más*", quedando la siguiente redacción <<...se promocionarán los alimentos saludables, ...>>.

Programa al que se hace referencia en el artículo 24 del Anteproyecto de Ley.
Véase artículo 11.4 del Anteproyecto.



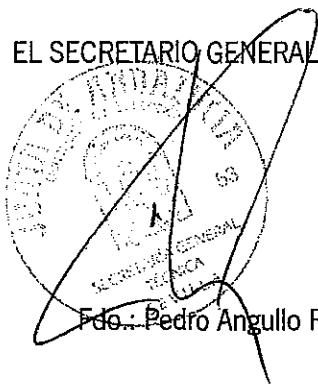
7.- En el artículo 39.2 se establece que *"La Administración educativa de la Junta de Andalucía adoptará las medidas necesarias para incluir en los Planes de Formación permanente del profesorado una formación inicial y continua en materia de promoción de la salud, hábitos saludables, alimentación sana y equilibrada y promoción de la actividad física"*.

En consecuencia, y en coherencia con lo previsto en este artículo, podría inferirse que los programas educativos que se pongan en marcha como consecuencia de la aplicación y desarrollo de la Ley, deberían ser de Nivel 1 (P1) o 2 (P2), al ser los que, entre sus características, incluyen formación, de ser así, debería tenerse en cuenta esta circunstancia a la hora de poner en marcha nuevos programas educativos.

8.- En la disposición transitoria primera del anteproyecto se establece que *"Los proveedores, propietarios o administradores de kioscos, comedores escolares, las empresas productoras y/o distribuidoras de alimentos y los establecimientos de venta directa de bebidas y alimentos, se adecuarán a lo dispuesto en la presente Ley en el plazo máximo de una año a partir de la entrada en vigor de la misma"*, entendemos debería precisarse si ello significa que las limitaciones y prohibiciones contenidas en el artículo 12 no serán efectivas hasta que no haya concluido el plazo de implementación previsto en esta disposición transitoria.

En cumplimiento de lo solicitado, se formulan las presentes sugerencias, todo ello sin perjuicio de las observaciones que pudieran emitir los centros directivos a los que se les ha remitido el anteproyecto. En el supuesto que, por dichos centros directivos, se emitiesen observaciones, serán oportunamente remitidas las mismas a esa Secretaría General Técnica, para su conocimiento y efectos oportunos.

EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO



Fdo.: Pedro Angullo Ruiz.



exp. 1528/13-12.16

UIG

683

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA Y ADMINISTRACIÓN LOCAL
Secretaría General Técnica

REGISTRO GENERAL	
Secretaría General Técnica	
09 DIC. 2016	
RA:	3270

CONSEJERÍA DE SALUD

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
Avda. de la Innovación, s/nº
Edificio Arena 1
41080-SEVILLA

R E C E P C I O N	JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD	
	- 7 DIC. 2016	
	Registro General 2100/33825 ⁶ Sevilla	Hora

S A L I D A	JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA Y ADMINISTRACIÓN LOCAL
	- 2 DIC. 2016
	Secretaría General Técnica 32156

Fecha: 01 de diciembre de 2016
Vª Ref.: ASC/MVCM/RS/mm/275/16
Nª Ref.: SLRD/GRV/MERH/mctr
Asunto: Rtdo. Informe
Ntro. Expte. : 513/2016

De conformidad con lo establecido en el artículo 45.1.b) de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, y en respuesta a su oficio de la referencia, adjunto se remite INFORME QUE EMITE EL SERVICIO DE LEGISLACIÓN, RECURSOS Y DOCUMENTACIÓN DE LA SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA DE LA CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA Y ADMINISTRACIÓN LOCAL, SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA ACTIVA Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA.

LA SECRETARIA GENERAL TÉCNICA



Fdo. Cristina Fernández-Shaw Sánchez-Mira.



INFORME QUE EMITE LA SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA DE LA CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA Y ADMINISTRACIÓN LOCAL SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA ACTIVA Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA.

Se eleva por la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 45.1.b) de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida activa y una alimentación equilibrada en Andalucía.

Examinado el texto del Anteproyecto de Ley se formulan únicamente las siguientes observaciones de carácter esencialmente formal:

1.- Exposición de Motivos.

- Se sugiere que la cita de los preceptos de la Constitución Española y del Estatuto de Autonomía para Andalucía se realice sin subrayar.
- Por razones de técnica normativa, se propone revisar la redacción gramatical del párrafo séptimo, para su mejor comprensión.
- Puede ser excesiva, en cuanto a la extensión de su contenido, la cita que se hace del contenido de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (2004), especialmente de sus recomendaciones. Así, la recomendación que se establece relativa a *"a) promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, la continuación de lactancia materna hasta después de los 2 años"*.

En relación a esta cita, téngase en cuenta que el **artículo 7.2.a)**, alude únicamente con carácter general al desarrollo de planes, programas y/o acciones específicas orientadas, entre otras cuestiones, a: *"Adoptar las medidas necesarias, y más eficaces, para la promoción de la lactancia materna como garantía del desarrollo físico e intelectual del recién nacido"*, y que asimismo el artículo 19 relativo a la *"Promoción de entornos favorables para una alimentación saludable"* que incluye medidas de apoyo a la lactancia materna, obvia cualquier referencia a la duración recomendable de la lactancia materna, estableciendo el **artículo 9.2** que el Plan andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, estará basado en el análisis de la situación y el conocimiento científico existente en la materia y deberá ser coherente con las recomendaciones nacionales e internacionales sobre la materia y atender a la contextualización de nuestro entorno.

2.- Parte dispositiva.

Artículo 6.-

Art. 6.2.c): La redacción de esta letra nos suscita dudas relativas al alcance del derecho de las personas a *“acceder a...diferentes tamaños de raciones cuando realicen consumo de alimentos en las empresas de restauración que ofrezcan sus servicios en Andalucía”* y, en consecuencia, del correlativo deber para las empresas de restauración que ofrezcan estos servicios, teniendo en cuenta las competencias atribuidas a la Comunidad Autónoma de Andalucía. Así como, en su caso, las consecuencias de su incumplimiento.

Artículo 17.-

Art. 17.3.a): Por razones de técnica jurídica se sugiere revisar su redacción.

Artículo 21.-

Art. 21.5: Se sugiere modificar levemente la redacción de esta letra, con la finalidad de sustituir el inciso *“mediante los mecanismos previstos para la publicidad activa en la Ley 1/2014, de 24 de junio de Transparencia Pública de Andalucía”*, por el siguiente: *“mediante los mecanismos y en los términos previstos para la publicidad activa en la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía”*,

Artículos 37 y 38.-

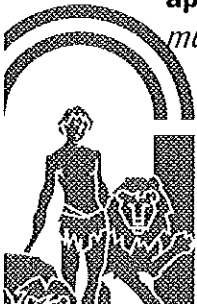
En estos preceptos se regulan la Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, como un órgano colegiado de participación administrativa y social de los descritos en el artículo 20 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre y el Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

Con independencia de señalar la procedencia de adaptar la redacción de estos preceptos a la normativa sobre lenguaje administrativo no sexista (sustituyendo por ejemplo el término “expertos” por otro conforme con esta normativa), se somete a los redactores del Anteproyecto de Ley la conveniencia de hacer alusión a la necesidad del cumplimiento de las disposiciones sobre la composición equilibrada de género de estos órganos colegiados (artículo 19.2 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía y Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la Igualdad de género en Andalucía).

Artículo 44.-

En el apartado 1 de este precepto se tipifican las infracciones graves y en el **apartado 2**, se indica que: *“Las infracciones tipificadas como graves podrán calificarse de muy graves en función de la aplicación de los siguientes criterios:...”*

Puede ser más acorde con la doctrina del Tribunal Constitucional relativa a la doble



garantía, material y formal, que debe observar el ordenamiento administrativo sancionador, que el Anteproyecto de Ley tipifique expresamente las infracciones muy graves.

3. Parte final.

Disposición derogatoria: Se señala la conveniencia de indicar, en su caso, las normas o partes de ellas que se derogan expresamente.

4. **Observaciones generales de carácter formal:**

Por motivos de técnica normativa, se propone realizar una revisión general del texto del Anteproyecto de Ley normativo con el fin de corregir pequeñas incorrecciones en la redacción (así debe evitarse el empleo del y/o).

Lo que se informa, sin perjuicio de mejor criterio jurídico.

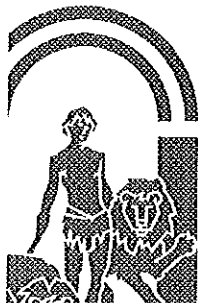
LA ASESORA TÉCNICA JURÍDICA

Mª Eugenia Real Heredia

EL JEFE DEL SERVICIO DE LEGISLACIÓN

RECURSOS Y DOCUMENTACIÓN

Guillermo Rodrigo Vila





INFORME DEL CONSEJO AUDIOVISUAL DE ANDALUCÍA SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA ACTIVA Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA.

PRIMERO.- ANTECEDENTES

El Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida activa y una alimentación equilibrada en Andalucía (en adelante, Anteproyecto), fue remitido por la Secretaria General Técnica de la Consejería de Salud el día 7 de noviembre de 2016, al Consejo Audiovisual de Andalucía (en adelante, CAA), a fin de que este órgano emita "su parecer razonado en informe", según lo dispuesto en el artículo 43.5 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Visto el oficio de referencia y el texto del Anteproyecto, el CAA realiza las siguientes consideraciones.

SEGUNDO.- NATURALEZA Y ALCANCE DEL INFORME SOLICITADO

La Ley del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía regula en el Capítulo I de su Título VI el *ejercicio de la iniciativa legislativa y la potestad reglamentaria*. Sobre esta base y, en particular, lo dispuesto en el artículo 43.5, el centro directivo de la Consejería remite el escrito referido en los antecedentes, incluyendo el informe solicitado al CAA en el trámite de audiencia previsto por el citado artículo que remite a su vez a lo establecido en el artículo 45.1.c) de la misma Ley.

Las previsiones legales que se citan, van dirigidas a regular la participación de la ciudadanía, directamente o a través de los entes (organizaciones o asociaciones) en los que se agrupe, en el proceso de elaboración de proyectos de ley o de reglamentos del Gobierno de la Junta de Andalucía. Por ello, en nuestra opinión el cauce elegido para recabar el parecer del CAA no es el más oportuno. El Pleno del CAA considera que debía haber sido de aplicación a este caso el artículo 43.4 de la citada Ley del Gobierno en consonancia con el artículo 4.3 de la ley 1/2004, de 17 de diciembre, de creación del CAA, que establece el informe preceptivo para los anteproyectos de ley y proyectos de reglamento "relacionados" con materias de competencia del Consejo.

TERCERO.- COMPETENCIAS Y FUNCIONES DEL CAA RELACIONADAS CON EL CONTENIDO DEL ANTEPROYECTO

Según señala la Consejería peticionaria del Informe, el Anteproyecto tiene como objeto el establecimiento y desarrollo de las acciones necesarias para la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable y equilibrada entre la población, con la finalidad de prevenir los problemas del sobrepeso y la obesidad en Andalucía y los riesgos para la salud que llevan

Código Seguro De Verificación:	AVScWJ9S24VBLiShe/Viig==	Fecha:	05/12/2016
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	María Emelina Fernandez Soriano		
Url De Verificación	https://www.consejoaudiovisualdeandalucia.es/verifirma/code/AVScWJ9S24VB LiShe/Viig==	Página	1/7





asociados; así como favorecer una atención integral a las personas que padecen estos problemas y la concienciación social sobre los mismos. Así mismo, se establecen medidas e intervenciones para la promoción de la salud, la prevención y la adecuada atención sanitaria de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos de la conducta asociados a una distorsión negativa de la propia imagen corporal.


El Consejo Audiovisual de Andalucía, de acuerdo con las funciones estatutarias y legalmente asignadas en materia de control de contenidos y publicidad en los medios audiovisuales y en materia de protección de menores y de colectivos vulnerables, está llamado a desarrollar medidas para el logro de los fines de la futura ley. En este contexto, ha de contribuir a la protección y defensa de los grupos más vulnerables, en los medios audiovisuales bajo su competencia, frente a la publicidad, la promoción y el patrocinio de alimentos y bebidas no saludables y regular las condiciones para que la ciudadanía reciba una información veraz sobre la calidad nutricional de alimentos y bebidas de consumo comercial. Así mismo, debe velar para que los contenidos audiovisuales y la publicidad no atenten contra la imagen y la dignidad de las personas afectadas, contribuyendo en el marco de sus competencias a evitar la estigmatización y la transmisión de estereotipos degradantes o vejatorios en los contenidos audiovisuales emitidos.

Para la prevención y atención a los problemas de sobrepeso, obesidad y riesgos para la salud a ellos asociados; así como a los trastornos de conducta alimentaria, resulta nuclear poner en marcha actuaciones y medidas en el ámbito audiovisual y, más concretamente, en el ámbito publicitario, con el objetivo de limitar la exposición de los colectivos vulnerables a comunicaciones inadecuadas que promuevan alimentos y bebidas refrescantes hipercalóricos, con grasas trans, alto contenido de azúcar, sodio y grasas saturadas. Los medios de comunicación son potentes instrumentos que contribuyen a la inducción de pautas de consumo -directas o indirectas-, estilos de vida, y transmisión de valores que afectan a la sociedad, especialmente en las edades más tempranas. Igualmente, constituyen un pilar fundamental de la información y formación de la ciudadanía.

De acuerdo con la Ley 1/2004, de 17 de diciembre, el CAA es la autoridad audiovisual independiente encargada de velar por el respeto de los derechos, libertades y valores constitucionales y estatutarios en los medios audiovisuales, tanto públicos como privados, en Andalucía, así como por el cumplimiento de la normativa vigente en materia audiovisual y de publicidad. Entre sus funciones, el artículo 4 recoge la de salvaguardar los derechos de los menores, jóvenes, tercera edad, personas con discapacidad, inmigrantes y otros colectivos necesitados de una mayor protección, en lo que se refiere a los contenidos de la programación y a las emisiones publicitarias (...) (artículo 4.6); la vigilancia del cumplimiento de la normativa en materia de programación de contenidos audiovisuales y emisión de publicidad, incluidos el patrocinio y la televenta (artículo 4.12)

Junto a ellas, tiene encomendada funciones de impulso como la de fomentar la emisión de programas audiovisuales de formación destinados preferentemente a los ámbitos infantil, juvenil, laboral, del consumo y otros de especial incidencia, como la información sexual, los riesgos que comporta el consumo de sustancias adictivas, así como la prevención de situaciones

Código Seguro De Verificación:	AVScWJ9S24VBLiShe/Viig==	Fecha	05/12/2016
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	María Emelina Fernandez Soriano		
Url De Verificación	https://www.consejoaudiovisualdeandalucia.es/verifirma/code/AVScWJ9S24VB	Página	2/7
	LiShe/Viig==		





que puedan provocar enfermedades o discapacidad (artículo 4.9). Así como, la de incentivar la elaboración de códigos deontológicos y la adopción de normas de autorregulación(artículo 4.13.).

Finalmente, también se le atribuye facultades de control y sancionadoras: solicitar de los anunciantes y empresas audiovisuales, por iniciativa propia o a instancia de los interesados, el cese o la rectificación de la publicidad ilícita o prohibida; y, cuando proceda, disponerlo, de conformidad con la legislación aplicable y en los supuestos que la misma establezca (artículo 4.15; incoar y resolver, en el ámbito de sus competencias, los correspondientes procedimientos sancionadores por las infracciones de la legislación relativa a contenidos y publicidad audiovisuales(artículo 4.16.).

En síntesis, la normativa reguladora del CAA y la normativa audiovisual estatal y autonómica entroncan directamente con diferentes aspectos y principios recogidos en el Anteproyecto, lo que determina, como ha quedado expuesto, la procedencia de que esta institución deba emitir su preceptivo informe.

CUARTO. NORMATIVA BÁSICA RELACIONADA CON LA MATERIA

Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, con carácter de normativa básica, dedica sus Capítulos VII y VIII a la Alimentación saludable, actividad física y prevención de la obesidad (artículos 36 a 43), y a la Publicidad de alimentos (artículos 44 a 46). El artículo 44 se refiere a la sujeción de la comunicación comercial a la legislación vigente (ley general de publicidad, ley de competencia desleal, defensa de los consumidores, ley general de comunicación audiovisual, entre otras), estableciendo en su apartado tercero restricciones sobre la publicidad de alimentos, tales como la prohibición de aportar testimonios de pacientes o sugerir avales sanitarios, promover alimentos con el fin de sustituir el régimen de alimentación común o la referencia a su uso en centros sanitarios o distribución en oficinas de farmacia. Así mismo, apuesta por los sistemas de regulación voluntaria para lograr un más amplio y riguroso control de la aplicación de la legislación vigente por parte de los operadores económicos y profesionales de la publicidad, siendo los poderes públicos los que favorecerán su desarrollo y velarán por su implantación (artículo 45).

En este Capítulo, la Ley parte de la premisa de que las medidas para alcanzar los objetivos de protección de la infancia y la juventud en relación con la publicidad de alimentos a ella dirigidos resultarían más eficaces si se adoptan con el apoyo activo de los propios anunciantes y de los prestadores del servicio de comunicación comercial audiovisual. Por ello, en el artículo 46 respecto a la publicidad de alimentos dirigida a menores establece que *las autoridades competentes promoverán la firma de acuerdos de corregulación con los operadores económicos y los prestadores del servicio de comunicación comercial audiovisual, para el establecimiento de códigos de conducta, que regulen las comunicaciones comerciales de alimentos y bebidas, dirigidas a la población menor de quince años, con el fin de contribuir a prevenir la obesidad y promover hábitos saludables.* Estos códigos de conducta deberán ser aplicados por sistemas de autorregulación que cumplan con lo dispuesto en el artículo 45.

De acuerdo con ello, se procedió a la adaptación del Código de autorregulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud (código PAOS).

Código Seguro De Verificación:	AVScWJ9SZ4VBLiShe/Viig==	Fecha	05/12/2016
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Maria Emelina Fernandez Soriano		
Url De Verificación	https://www.consejoaudiovisualdeandalucia.es/verifirma/code/AVScWJ9SZ4VBLiShe/Viig==	Página	3/7





Por lo que respecta al ámbito audiovisual, la Ley 7/2010, de 31 de marzo, de Comunicación Audiovisual (LGCA, en adelante), como medida de protección de los menores, establece en su artículo 7.4 que *la autoridad audiovisual competente promoverá entre los prestadores del servicio de comunicación audiovisual televisiva el impulso de códigos de conducta en relación con la comunicación comercial audiovisual inadecuada, que acompañe a los programas infantiles o se incluya en ellos, de alimentos y bebidas que contengan nutrientes y sustancias con un efecto nutricional o fisiológico, en particular aquellos tales como grasas, ácidos transgrasos, sal o sodio y azúcares, para los que no es recomendable una ingesta excesiva en la dieta total.*

Así mismo, la Ley dispone que, *en horario de protección al menor, los prestadores de servicio de comunicación audiovisual no podrán insertar comunicaciones comerciales que promuevan el culto al cuerpo y el rechazo a la autoimagen, tales como productos adelgazantes, intervenciones quirúrgicas o tratamientos de estética, que apelen al rechazo social por la condición física, o al éxito debido a factores de peso o estética* (artículo 7.2, párrafo 7).

Por su parte, el artículo 7.3. de la LGCA impone limitaciones a las comunicaciones comerciales para que no produzcan perjuicio moral o físico a los menores. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- a) No deben incitar directamente a los menores a la compra o arrendamiento de productos o servicios aprovechando su inexperiencia o credulidad.*
 - b) No deben animar directamente a los menores a que persuadan a sus padres o terceros para que compren bienes o servicios publicitados.*
 - c) No deben explotar la especial relación de confianza que los menores depositan en sus padres, profesores, u otras personas.*
- (...)

Finalmente, conviene tener presente lo dispuesto en el artículo 18 de la LGCA, aún cuando no se refiere específicamente a la protección de los menores, ya que establece cuáles son las comunicaciones comerciales prohibidas en cualquiera de sus formas. Así, este artículo, además de remitirse a lo dispuesto en la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, en relación con la publicidad ilícita y a las prohibiciones previstas en el resto de normativa relativa a la publicidad (artículo 18.1. y 7. LGCA), dispone con carácter general que *está prohibida la comunicación comercial que fomente comportamientos nocivos para la salud* (artículo 18.3).

Centrándonos en el ámbito competencial de este Consejo, se ha de hacer una breve referencia al ámbito de distribución de competencias, establecido en el artículo 69 del Estatuto de Autonomía en materia de medios de comunicación y servicios de contenido audiovisual y en el artículo 70 en materia de publicidad, que atribuye a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia exclusiva *sin perjuicio de la legislación del Estado.*

Código Seguro De Verificación:	AVScWJ9SZ4VBLiShe/Viig==	Fecha	05/12/2016
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	María Emelina Fernandez Soriano		
Url De Verificación	https://www.consejoaudiovisualdeandalucia.es/verifirma/code/AVScWJ9SZ4VB LiShe/Viig==	Página	4/7





QUINTO.- SOBRE EL TEXTO DEL ANTEPROYECTO EN RELACIÓN CON EL CAA. OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS AL ARTICULADO

Junto con la mención en la Exposición de Motivos, el Anteproyecto dedica el artículo 31 al Consejo Audiovisual de Andalucía, en el Título IV dedicado a la *Publicidad y comercialización de los alimentos y bebidas*.

Es por ello que, dentro del trámite en que se emite este informe, el Pleno del CAA se ciñe a realizar observaciones referidas a las materias que tienen incidencia en el ámbito competencial de este Consejo; sin perjuicio de que, dentro del marco de colaboración y lealtad institucional que preside las relaciones entre las Administraciones, se realicen sugerencias al texto cuya finalidad es mejorar en la medida de lo posible el Anteproyecto.

1. El Artículo 4. p) define lo que ha de entenderse por publicidad dirigida a niños, niñas y adolescentes, estableciendo que es aquella *que, por su contenido, argumentos, gráficos, música, personajes, símbolos y tipo de programa en el que se difunde, es atractiva y está dirigida preferentemente a menores de 15 años*. A este respecto, se ha de sostener que a la vista de esta definición resulta difícil determinar, en el contexto actual del sistema audiovisual y de las programaciones emitidas por el complejo mosaico de prestadores de servicio audiovisual públicos y privados, así como por los hábitos de consumo televisivo de esta franja de edad, en el sector de la publicidad de alimentos y bebidas, la específica y preferentemente dirigida a menores de 15 años. Además, son muy pocos los productos de alimentación y bebidas de gran consumo de demanda exclusiva o prevalente por los menores. Del mismo modo que son escasos los programas de televisión con audiencia exclusiva o preferente de menores.
2. En relación con el artículo 7.2 del Anteproyecto relativo a las garantías por las Administraciones Públicas, el CAA propone la inclusión de un nuevo apartado en el que se prevea la colaboración de las Administraciones Públicas con los prestadores de servicio audiovisual públicos de Andalucía a fin de impulsar, mediante las estrategias e instrumentos pertinentes, la difusión de programas y publicidad que tengan por objetivo la sensibilización, formación y la eliminación de estereotipos negativos sobre la obesidad, el sobrepeso y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)
3. El Título IV regula la publicidad y comercialización de los alimentos, estableciendo limitaciones en la publicidad comercial de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a menores de 15 años. Dado que este Consejo tiene entre sus funciones salvaguardar los derechos de los menores y jóvenes, y teniendo en cuenta que el Anteproyecto establece que las personas menores de edad tendrán una consideración preferente y prioritaria con el fin de garantizar su derechos; estableciéndose prohibiciones de promoción comercial y venta en los centros educativos, se somete a la consideración de la Consejería proponente, la posibilidad de establecer franjas horarias protegidas o restricciones a la publicidad de alimentos insalubres en los niños, previamente

Código Seguro De Verificación:	AVScwJ9SZ4VBLiShe/Viig==	Fecha	05/12/2016	
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.			
Firmado Por	Maria Emelina Fernandez Soriano			
Url De Verificación	https://www.consejoaudiovisualdeandalucia.es/verifirma/code/AVScwJ9SZ4VB LiShe/Viig==	Página	5/7	

719



determinados por la Ley, en los medios audiovisuales sujetos al ámbito de actuación de la Administración de la Junta de Andalucía y del CAA, de acuerdo con la Resolución del Parlamento Europeo, de 25 de septiembre de 2008, sobre el Libro Blanco *Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad*.

Aún cuando la legislación básica estatal no establece prohibiciones al respecto, en la medida en que en el ámbito audiovisual, la LGCA establece, junto a un horario de protección infantil, tres franjas de protección reforzada, entiende este Consejo que dicha limitación podría constituir una medida de protección efectiva para prevención de estos problemas declarados de salud pública.

4. En el apartado cuarto del artículo 27, en el que se prevé acciones de fomento de acuerdos de regulación voluntarios por parte de la Administración de la Junta de Andalucía y atendiendo a las competencias de incentivar la elaboración de códigos de conducta y al adopción de normas de autorregulación que el artículo 4.13 atribuye al CAA, así como lo dispuesto en el artículo 12 de la LGCA, se propone la siguientes redacción: Por la Administración de la Junta de Andalucía, *y sin perjuicio de las competencias del Consejo Audiovisual de Andalucía*, se fomentarán los acuerdos de regulación voluntarios con los operadores económicos y profesionales de la publicidad sobre alimentos y bebidas no alcohólicas y los acuerdos de corregulación con los mismos, a efectos de la publicidad dirigida a los menores de 15 años, en los términos establecidos en los artículos 45 y 46 de la Ley 17/2011, de 5 de julio

5. En otro orden de cosas, respecto a la previsión contenida en el apartado 1 del artículo 29, se somete a la consideración de la Consejería proponente, en la medida que se refiere a la promoción publicitaria y comercial de productos que se distribuyan y comercialicen en Andalucía, la posible existencia de una restricción al comercio y a la publicidad de alimentos en el territorio de la Comunidad Autónoma, de conformidad con lo establecido en el artículo 21 del Reglamento 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de diciembre de 2006 relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos. El CAA sugiere que se tenga en cuenta si esta previsión del Anteproyecto pudiera colisionar con otra normativa y/o situar a esta Comunidad y a sus agentes económicos en situación de desventaja respecto a otros ámbitos territoriales del Estado español. A este respecto, el CAA considera que la eficacia de esta medida estaría supeditada a su regulación a nivel estatal.

6. El CAA hace notar que el apartado primero del artículo 30, no está referido a la publicidad ilícita, por lo que, como mejora técnica, se sugiere una revisión sistemática de este artículo.

7. Con respecto al apartado tercero del artículo 30, en el que se prevé la legitimación de la Consejería competente en materia de salud para el ejercicio de las acciones previstas en la Ley de Competencia Desleal, se ha de traer a colación la competencia atribuida al

Código Seguro De Verificación:	AVScWJ9SZ4VBLiShe/Viig==	Fecha	05/12/2016
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Maria Emelina Fernandez Soriano		
Url De Verificación	https://www.consejoaudiovisualdeandalucia.es/verifirma/code/AVScWJ9SZ4VB LiShe/Viig==	Página	6/7





CAA de solicitar de los anunciantes y empresas audiovisuales, por iniciativa propia o a instancia de los interesados, el cese o la rectificación de la publicidad ilícita o prohibida. Posibilidad, sin duda más ágil, cuando la publicidad ilícita sea emitida a través de los servicios de comunicación audiovisual. Por ello, se propone hacer referencia a las competencias del Consejo a este respecto.

8. Finalmente, se propone hacer referencia en el artículo 31, a las funciones del CAA, de acuerdo con lo establecido en el apartado 4 del artículo 7 de la LGCA, a cuyo tenor: *la autoridad audiovisual competente promoverá entre los prestadores del servicio de comunicación audiovisual televisiva el impulso de códigos de conducta en relación con la comunicación comercial audiovisual inadecuada, que acompañe a los programas infantiles o se incluya en ellos, de alimentos y bebidas que contengan nutrientes y sustancias con un efecto nutricional o fisiológico, en particular aquellos tales como grasas, ácidos transgrasos, sal o sodio y azúcares, para los que no es recomendable una ingesta excesiva en la dieta total.*

A la vista de las consideraciones más arriba expuestas, el Pleno de este CAA traslada a la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud las siguientes

CONCLUSIONES:

Primera. El CAA comparece en el trámite de información pública aun cuando a nuestro entender y sobre la base de la Ley del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía y la Ley de creación del Consejo Audiovisual de Andalucía la solicitud de "parecer en razonado informe" debería haberse realizado con el carácter de informe preceptivo de acuerdo a lo previsto en el artículo 43.4 de la citada Ley del Gobierno y en consonancia con el artículo 4.3 de la ley 1/2004, de 17 de diciembre, de creación del Consejo Audiovisual de Andalucía.

Segunda. En relación con texto de anteproyecto sometido a informe, se interesa la incorporación de las observaciones y propuestas efectuadas en el punto quinto del presente informe, en relación con las materias que tienen incidencia en el ámbito competencial del Consejo Audiovisual de Andalucía.

**Es cuanto el Consejo Audiovisual de Andalucía informa.
Aprobado por el Pleno reunido en Sevilla, el 30 de noviembre de 2016**

LA PRESIDENTA DEL CONSEJO AUDIOVISUAL
DE ANDALUCÍA

Fdo.: Emelina Fernández Soriano.

Código Seguro De Verificación:	AVScWJ9SZ4VBLiShe/Viig==	Fecha	05/12/2016		
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.				
Firmado Por	María Emelina Fernández Soriano				
Url De Verificación	https://www.consejoaudiovisualdeandalucia.es/verifirma/code/AVScWJ9SZ4VBLiShe/Viig==	Página	7/7		

**ACTA DE INFORME DEL CONSEJO ANDALUZ DE GOBIERNOS LOCALES SOBRE
EL "ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y
UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA"**

En Sevilla, a 15 de diciembre de 2016, el Secretario General del Consejo Andaluz de Gobiernos Locales, D. Antonio Nieto Rivera, con la asistencia técnica del Director del Departamento de Gabinete Técnico y Comisiones de Trabajo de la Federación Andaluza de Municipios y Provincias, D. Juan Manuel Fernández Priego, y la técnico del referido Departamento, D^a. Juana Rodríguez Rodríguez, comprobado que se ha seguido el procedimiento establecido en el Decreto 263/2011, de 2 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de Funcionamiento del Consejo Andaluz de Gobiernos Locales, conforme al Acuerdo de delegación de funciones adoptado por el Pleno del Consejo el 11 de octubre de 2011, y analizadas las observaciones planteadas, ACUERDA emitir el siguiente Informe:

**"INFORME SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA
VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA"**

El Consejo Andaluz de Gobiernos Locales, visto el borrador de anteproyecto de Ley citado, formula las siguientes observaciones y enmiendas:

OBSERVACIONES AL ARTICULADO

ARTÍCULO 33

En relación con este artículo sobre las competencias de las Administraciones Públicas en la materia objeto de este Anteproyecto, debe tenerse en cuenta las que reconoce la normativa vigente para los municipios. En la Ley 7/1985 de 2 abril, de Bases de Régimen Local, artículo 25.2 j), se reconoce la competencia municipal de "protección de la salubridad pública". El artículo 92.2 letra h) del Estatuto de Autonomía de Andalucía (en adelante EAA) prevé la "Cooperación con otras Administraciones Públicas para la promoción, defensa y protección del medio ambiente y la salud pública".

Y el art. 9.13 de la Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía (en adelante, LAULA), reconoce como competencia propia de los municipios andaluces, la "Promoción, defensa y protección de la salud pública, ...".

Por otro lado, tanto el EAA como la LAULA prevén que, una vez garantizado el núcleo competencial propio de los municipios (art. 92 EAA y art. 9 LAULA), estas competencias propias y mínimas puedan ser ampliadas por ley sectorial.

En estos supuestos, el artículo 192.7 del EAA es claro al establecer que "Cualquier atribución de competencias irá acompañada de la asignación de recursos suficientes".

788

**CONSEJO ANDALUZ DE
GOBIERNOS LOCALES**

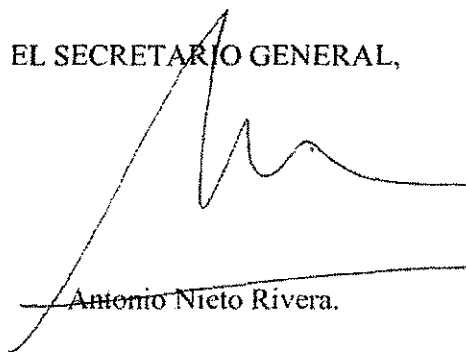
SECRETARÍA GENERAL

En dicha línea, los arts. 24 y 25 de la LAULA establecen las formas de financiación de las competencias atribuidas a las entidades locales, así como la de nuevas funciones o servicios que se les asigne por la Comunidad Autónoma.

En lo que se refiere a la coordinación de las actuaciones de la Junta de Andalucía con las entidades locales, deberá tenerse en cuenta lo previsto en el art. 58 LAULA, que establece los supuestos y las formas de llevar a cabo dicha coordinación.

Asimismo, se acuerda trasladar las Observaciones particulares recibidas desde el Ayuntamiento de Sevilla.”

EL SECRETARIO GENERAL,



Antonio Nieto Rivera.



FEDERACION
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS

Sr. D. Juan Manuel Flores Cordero, Tte. de Alcalde Delegado de Bienestar Social y Empleo del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla, como miembro de la Comisión de Salud de la FAMP, propone la siguiente enmienda:

“ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA”.

ENMIENDA DE (Señale con X)		AL TEXTO ARTICULADO QUE SE INDICA						
SUPR	MODIF	ADIC	Exposic. Motivos	Art. Apart. Letr. Párr.	Disposición (número)			
					Tránsit.	Adicional	Derogat.	Final
		x		Art 4				

TEXTO DE LA ENMIENDA (Señalar la modificación en negrilla).

Artículo 4. Definiciones.

Sostenibilidad alimentaria: concepto que hace referencia a la adecuación del consumo saludable de alimentos y la elección de estos para causar un bajo impacto medioambiental contribuyendo con ello a frenar los efectos del cambio climático. Una alimentación sostenible debe basarse en alimentos de origen vegetal poco procesados, productos de cercanía y de temporada, en la que se minimicen los desperdicios y se generen pocos residuos.

JUSTIFICACION (Imprescindible para la toma en consideración de la enmienda)

Se echa en falta un artículo específico que aborde este aspecto en toda su magnitud. Una alimentación saludable también debe serlo para el planeta tal y como se abordó en el 17th International Congress of Dietetic en Granada 2016 y debe estar basada en alimentos de origen vegetal tales como verduras, frutas, legumbres, cereales integrales y frutos secos siendo moderado el uso de alimentos de origen animal. A su vez los productos alimenticios deben ser poco procesados y ser presentado de forma que sus envases generen pocos residuos. Deben ser de temporada y de producción local siempre que sea posible debiéndose evitar la generación de desperdicios por lo que habría que regular este aspecto mediante las normativas oportunas.

490

Existe la necesidad de ayudar potenciar desde las administraciones públicas que los consumidores realicen una elección adecuada de los alimentos para que estos sean sanos para ellos y sanos para el planeta. Es importante lograr la transparencia de los mercados en el impacto medioambiental de la producción de alimentos, y en la importancia de aunar esfuerzos entre Administraciones y operadores del sector agroalimentario en relación con la formación de los consumidores para evitar la situación actual de desaprovechamiento de alimentos en la cadena alimentaria global y el impacto negativo que tiene el actual modelo de consumo alimentario sobre la salud del planeta.

En Sevilla a 30 de noviembre de 2016

UTILICE UNA HOJA PARA CADA ENMIENDA.

Firma de la persona proponente:

EL TTE. DE ALCALDE DELEGADO DE
BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO



Fdo. Juan Manuel Flores Cordero

NO 800
AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo

Sello de la Corporación



FEDERACION
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS

Sr. D. Juan Manuel Flores Cordero, Tte. de Alcalde
Delegado de Bienestar Social y Empleo del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla, como miembro de la
Comisión de Salud de la FAMP, propone la siguiente enmienda:

“ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCIA”.

ENMIENDA DE (Señale con X)		AL TEXTO ARTICULADO QUE SE INDICA						
SUPR	MODIF	ADIC	Exposic. Motivos	Art. Apart. Letr. Párr.	Disposición (número)			
					Transit.	Adicional	Derogat.	Final
x				Art 4 apartado i)				

TEXTO DE LA ENMIENDA (Señalar la modificación en negrilla).

Dieta mediterránea: Definida por la Unesco como un estilo de vida y relación propias de determinadas comunidades de la ribera mediterránea, desde el punto de vista alimentario se trata de un patrón general, de uso cotidiano en estas comunidades, que se caracteriza por la abundancia de alimentos vegetales como verduras, hortalizas, legumbres, frutas, frutos secos, pan preferentemente integral, pasta y arroz; el empleo del aceite de oliva como fuente principal de grasa; un consumo moderado de pescado, marisco, aves de corral, productos lácteos y huevos; el consumo de pequeñas cantidades de carnes rojas y, en su caso, con discretos aportes diarios de vino consumido junto con la comida. Se trata de un patrón alimentario que combina la agricultura de proximidad, las recetas y las formas de cocinar propias de estas comunidades y que, desde el punto de vista nutricional, se ha demostrado equilibrado y con un aporte adecuado de nutrientes.

JUSTIFICACION (Imprescindible para la toma en consideración de la enmienda)

La OMS estima que 3,3 millones de personas mueren como consecuencia de la ingesta dañina de alcohol. En España es la principal causa de accidentes de tráfico con resultados mortales entre nuestros jóvenes. Anals of Oncology publicaba un metaanálisis en 2012 "Light alcohol drinking and cancer" en el que asociaba incluso cantidades moderadas de alcohol con diversos tipos de cáncer. Un metaanálisis de journal of studies on alcohol and drugs "Moderate" Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality" concluye que el alcohol tomado con moderación no aporta ningún beneficio para la salud. La inclusión del alcohol en la Dieta Mediterránea es por tanto injustificable, máxime sabedores de su alto componente adictivo.

Incluso una copita durante las comidas podría tener efectos contraproducentes para la salud como indican los estudios antes referidos, cada bebida alcohólica, por ejemplo, aumenta un 10-12% el riesgo de padecer cáncer de mama, el más frecuente entre las mujeres. Otros cánceres relacionados con las bebidas alcohólicas son los de boca, laringe y colon entre otros. Debemos desde nuestra responsabilidad dejar de incitar a la población a que consuma alcohol promocionando la Dieta Mediterránea tal y como lo venimos haciendo.

En ocasiones oímos como la industria del alcohol nos incita a hacer un consumo responsable de sus productos, pero en el caso de las bebidas alcohólicas es contradictorio debido a su carácter adictivo. Los estudios que avalan el consumo de vino o cerveza están llenos de conflictos de intereses, es decir los financian frecuentemente la propia industria del alcohol. Existen centenares de estudios que indican lo contrario. El hecho de que un alimento haya formado parte de una cultura no lo hace saludable, la hamburguesa forma parte de la cultura americana y sabemos que el 1,8% de los cánceres tienen que ver con el consumo de carnes rojas y sobre todo de carnes procesadas, claro está muy lejos del 11% originado por el consumo de bebidas alcohólicas o del 20% de tumores que están relacionados con el tabaco. En el caso del vino y la dieta mediterránea hacemos notar que es un producto que se tomaba históricamente solo entre los países no musulmanes y que se trata de un producto potencialmente dañino dentro de un contexto alimentario saludable que podría mejorar más aún si este producto no formara parte del mismo.

742

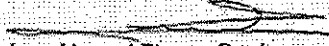
Se debería hacer mención expresa en la ley a este punto desligando a la dieta Mediterránea saludable del consumo de alcohol o al menos suprimiendo el párrafo señalado en negrilla.

En Sevilla a 30 de noviembre de 2016

UTILICE UNA HOJA PARA CADA ENMIENDA.

Firma de la persona proponente:

TTE. DE ALCALDE DELEGADO DE
BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO


Fdo. Juan Manuel Flores Cordero

Sello de la Corporación

NO SDO
AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo



Sr. D. Juan Manuel Flores Cordero, Tte. de Alcalde Delegado de Bienestar Social y Empleo del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla, como miembro de la Comisión de Salud de la FAMP, propone la siguiente enmienda

“ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA”.

ENMIENDA DE (Señale con X)			AL TEXTO ARTICULADO QUE SE INDICA					
SUPR	MODIF	ADIC	Exposic. Motivos	Art.Apart.Letr.Párr.	Disposición (número)			
					Transit.	Adicional	Derogat.	Final
		x		Art 6 apartado C				

TEXTO DE LA ENMIENDA (Señalar la modificación en negrilla).

Artículo 6. Derechos de las personas.

c) **A acceder a menús saludables y diferentes tamaños de raciones cuando realicen consumo de alimentos en las empresas de restauración que ofrezcan sus servicios en Andalucía. Este menú saludable debe quedar definido por un protocolo nutricional de obligado cumplimiento.**

JUSTIFICACION (Imprescindible para la toma en consideración de la enmienda)

Si el menú saludable no queda definido queda a la libre interpretación de cada hostelero lo que en la práctica es lo mismo que no decir nada. Por ello los menús saludables deben quedar perfectamente definidos y reglamentados. A modo de propuesta el protocolo nutricional podría contar con los siguientes puntos:

- a) Los menús deben ser sanos, basados en alimentos de origen vegetal poco procesados y el uso moderado de alimentos de origen animal. Al mismo tiempo los menús deben ser sostenibles desde un punto de vista medioambiental
- b) Las raciones no deben ser excesivamente grandes.
- c) Los menús ofertados tendrán siempre los siguientes elementos en su composición:
 - Verduras crudas o cocinadas
 - Un alimento fuente de hidratos de carbono prefiriendo si es el caso su variedad integral.
 - Un alimento fuente de proteínas, siendo las proteínas de origen animal ofertadas en cantidades moderadas.
 - Pan integral
 - Fruta
 - Agua
- d) La carne ofertada debe ser de naturaleza magra.
- e) Se deben ofertar cereales integrales tales como arroz, pasta y en especial pan elaborado con harinas integrales (al menos en un 80% de su composición).
- f) La fruta fresca se debe ofrecer siempre como opción preferente en el postre.
- g) El aceite utilizado en todas las preparaciones debe ser siempre de oliva virgen o virgen extra, admitiéndose para fritura como segunda opción el de girasol alto oleico.
- h) Se hará un uso limitado de la técnica culinaria de la fritura, alternándola con otras técnicas de elaboración de alimentos.
- i) Se limitará o prohibirá el uso de alimentos con grasas trans y/o grasas hidrogenadas
- j) Se usará en las preparaciones sal yodada y esta se usará de un modo moderado, evitando dejar el salero en la mesa de los comensales.

794

- k) Se evitará el uso de productos alimenticios que contengan potenciadores del sabor y en su lugar se hará uso de un mayor número de especias y plantas aromáticas rescatando de esta forma sabores típicos de la Dieta Mediterránea.
- l) No se incluirán alimentos precocinados o excesivamente procesados, optando en la elaboración de los menús por alimentos primarios y poco procesados.
- m) Los menús serán elaborados con alimentos de temporada y de cercanía, cuyos envases generen el mínimo de residuos posible.
- n) Los menús se adaptarán a las necesidades especiales de los usuarios ya sean de tipo religioso (alimentación halal), filosófico (dietas vegetarianas) o motivadas por razones de salud (dieta sin lactosa o celiaca).
- o) Los menús deben estar supervisados por un Graduado en Nutrición Humana y Dietética, un Diplomado en Nutrición Humana o Dietética, un Técnico Superior en Dietética o un Técnico Especialista en Dietética y Nutrición, en especial aquellos que deben adaptarse a patologías.
- p) Se evitará el uso de edulcorantes artificiales en la elaboración del menú escolar, así como el uso de cualquier producto de elaboración externa que lo pudieran contener.

En Sevilla a 30 de noviembre de 2016
UTILICE UNA HOJA PARA CADA ENMIENDA.

Firma de la persona proponente:

EL TTE. DE ALCALDE DELEGADO DE BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO



Fdo. Juan Manuel Flores Cordero

NO8DO
AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo
Sello de la Corporación



FEDERACION
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS

795

Sr. D. Juan Manuel Flores Cordero, Tte. de Alcalde Delegado de Bienestar Social y Empleo del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla, como miembro de la Comisión de Salud de la FAMP, propone la siguiente enmienda:

ENMIENDA DE (Señale con X) AL TEXTO ARTICULADO QUE SE INDICA								
SUPR	MODIF	ADIC	Exposic. Motivos	Art. Apart. Letr. Párr.	Disposición (número)			Final
					Transit.	Adicional	Derogat.	
		x		Art 7 apartado 2				
TEXTO DE LA ENMIENDA (Señalar la modificación en negrilla).								
<p><i>Artículo 7. Garantías por las Administraciones Públicas.</i></p> <p>En el apartado 2 entre a y b añadiríamos el siguiente punto: " Promover campañas educativas específicas dirigidas fundamentalmente a las familias en las que se aborden aspectos básicos de una alimentación saludable en la infancia y se enfoquen en aspectos que según la evidencia científica estén en el origen del desarrollo de la obesidad infantil"</p>								
<p>JUSTIFICACION (Imprescindible para la toma en consideración de la enmienda)</p> <p>Para combatir la obesidad infantil el trabajo con familias debe ser prioritario y con ellas habrá que abordar aspectos educativos de hábitos saludables en alimentación tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campaña para reducir el consumo de proteínas en menores de 2 años (Estudio ALSAMA 2.0) • Promoción de la lactancia materna. • Campaña contra el consumo de bebidas refrescantes • Campaña contra el consumo excesivo de azúcar en general. • Campaña a favor de alimentos de gran valor nutricional: frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos. 								

En Sevilla a 30 de noviembre de 2016

UTILICE UNA HOJA PARA CADA ENMIENDA.

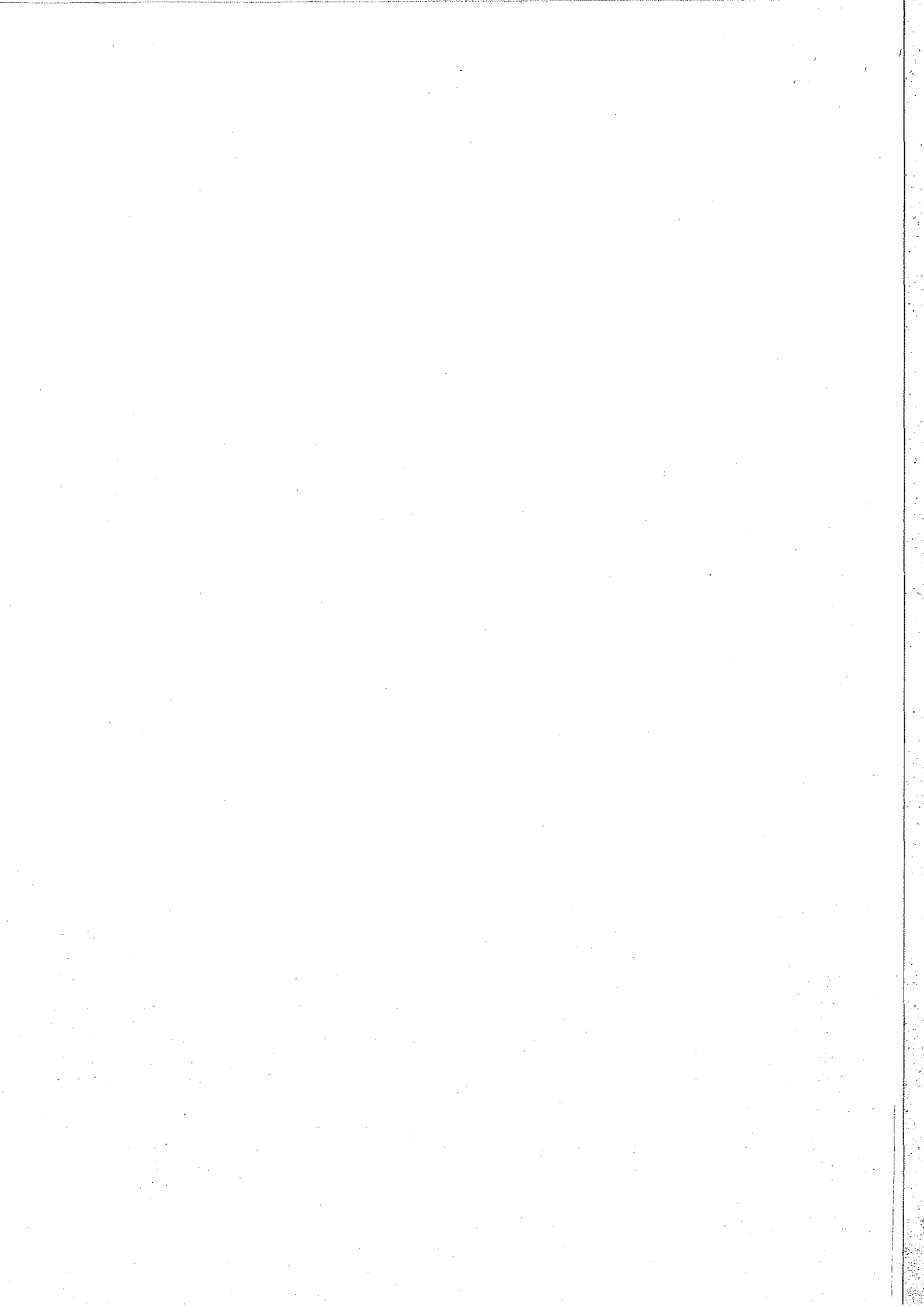
Firma de la persona proponente:

EL TTE. DE ALCALDE DELEGADO DE BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO

Fdo. Juan Manuel Flores Cordero

Sello de la Corporación

NO 3 DO
AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo.





Sr. D. Juan Manuel Flores Cordero, Tte. de Alcalde Delegado de Bienestar Social y Empleo del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla Como miembro de la Comisión de Salud de la FAMP, propone la siguiente enmienda:

ENMIENDA DE (Señale con X)								AL TEXTO ARTICULADO QUE SE INDICA			
SUPR	MODIF	ADIC	Exposic. Motivos	Art.Apart.Letr.Párr.	Disposición (número)						
					Transil.	Adicional	Derogat.	Final			
		X		Art 7 apartado d							
<p>TEXTO DE LA ENMIENDA (Señalar la modificación en negrilla).</p> <p>Artículo 7. <i>Garantías por las Administraciones Públicas.</i></p> <p>d) Desarrollar, en el seno de los servicios públicos de salud, las actuaciones necesarias para garantizar la atención sanitaria de calidad a las personas que padecen obesidad u otros problemas nutricionales, instaurando de manera reglada el asesoramiento y consejo dietético personalizado para el fomento de la actividad física y la alimentación equilibrada por parte de los profesionales de salud especializados incorporando para ello en las plantillas del Servicio Andaluz de Salud la figura del Graduado en Nutrición Humana y Dietética</p>								<p>JUSTIFICACION (Imprescindible para la toma en consideración de la enmienda)</p> <p>Dado el carácter de la ley se debería hacer mención expresa de la incorporación de la figura del Dietista Nutricionista en el Sistema Andaluz de Salud en atención primaria como ocurre en el resto de los países de nuestro entorno.</p> <p>Esta figura es también de especial trascendencia en distintos aspectos del desarrollo de la ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En la implementación de menús saludables para personas sanas y con patologías en restauración colectiva: escolares, universidades, mayores, centros de trabajos y otros como cuarteles, restaurantes etc... - Como formador y promotor de la salud. - Como Investigador dentro de los grupos interdisciplinares. 			

En Sevilla a 30 de noviembre de 2016

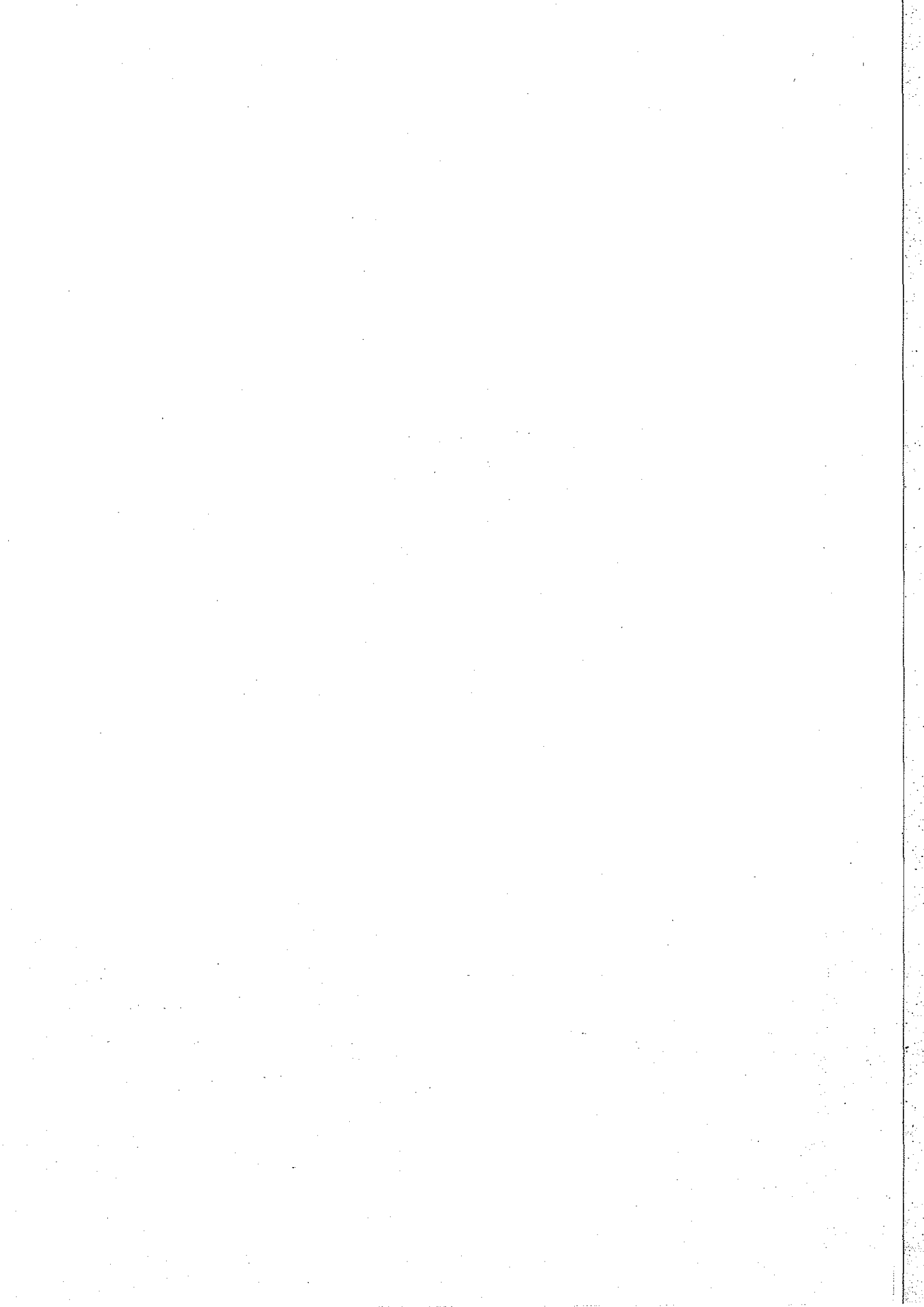
UTILICE UNA HOJA PARA CADA ENMIENDA.

Firma de la persona proponente:

EL TTE. DE ALCALDE DELEGADO DE BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO

Fdo. Juan Manuel Flores Cordero

NO SDO
AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo
Sello de la Corporación



Sr. D. Juan Manuel Flores Cordero, Tte. de Alcalde
Delegado de Bienestar Social y Empleo del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla, como miembro de la
Comisión de Salud de la FAMP, propone la siguiente enmienda:

"ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA".									
ENMIENDA DE (Señale con X)			AL TEXTO ARTICULADO QUE SE INDICA						
SUPR	MODIF	ADIC	Exposic. Motivos	Art.Apart.Letr.Párr. Art.3	Disposición (número)				
					Transit.	Adicional	Derogat.	Final	
		x							
TEXTO DE LA ENMIENDA (Señalar la modificación en negrilla). Artículo 11. Los menús y dietas saludables en los centros educativos. 4. La Administración educativa de Andalucía, en colaboración con el sector agroalimentario, promoverá la distribución de frutas y verduras en los centros educativos de modo gratuito , y la participación de los alumnos en programas de granjas escuelas									
JUSTIFICACION (Imprescindible para la toma en consideración de la enmienda) Un mayor consumo de frutas y verduras produce un menor aumento del peso y disminuye significativamente el IMC en ambos sexo como podemos leer en el artículo publicado en Endocrinología y Nutrición "Alimentación saludable basada en la evidencia" por lo que proponemos que por ley los niños tengan acceso gratuito a la fruta dentro del recinto escolar									

En Sevilla a 30 de noviembre de 2016

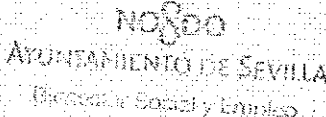
UTILICE UNA HOJA PARA CADA ENMIENDA.

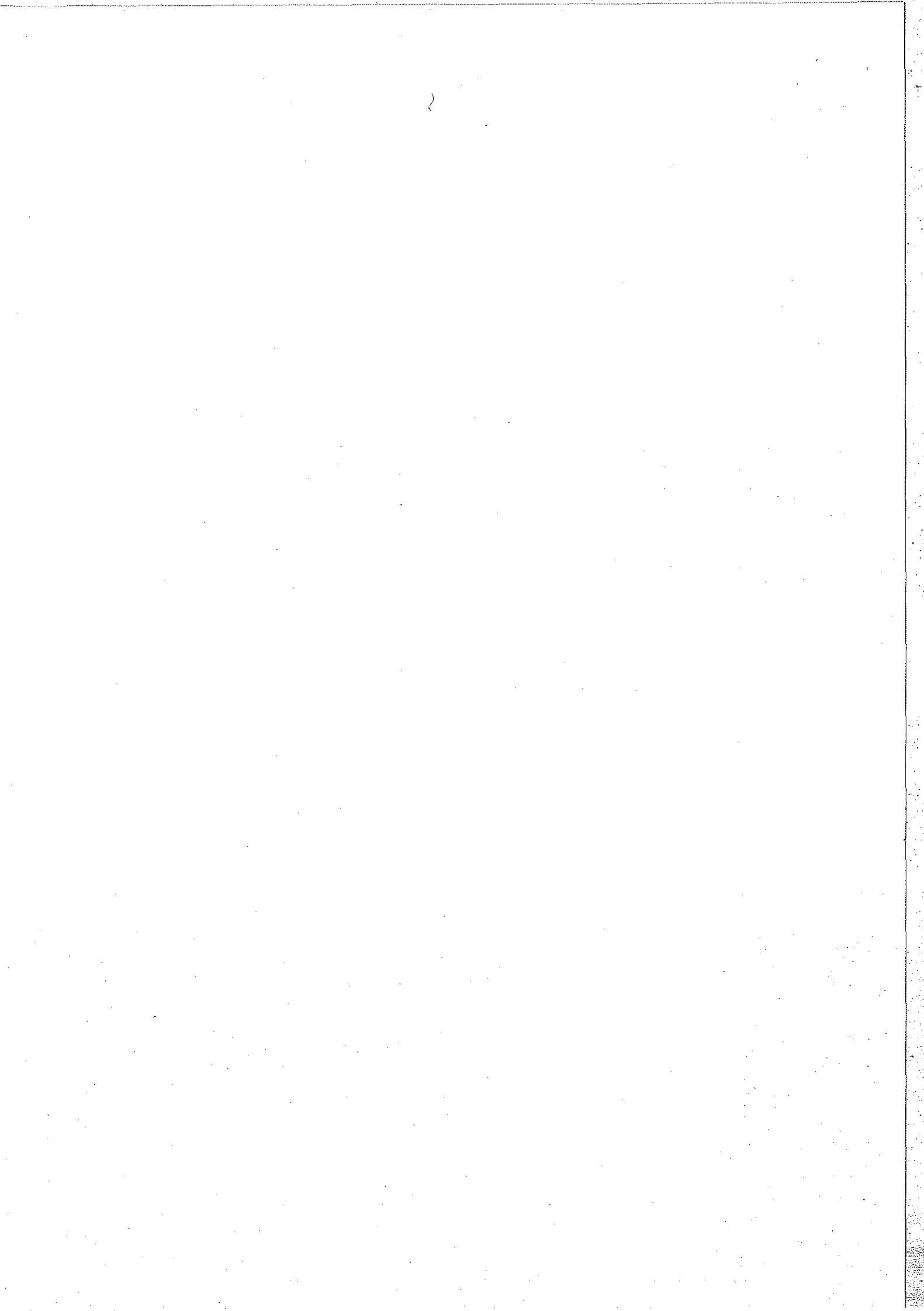
Firma de la persona proponente:

EL TTE. DE ALCALDE DELEGADO DE
BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO


Fdo. Juan Manuel Flores Cordero

Sello de la Corporación


AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Oficina de Bienestar Social y Empleo





FEDERACION
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS

Sr. D. Juan Manuel Flores Cordero, Tte. de Alcalde
Delegado de Bienestar Social y Empleo del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla, como miembro de la
Comisión de Salud de la FAMP, propone la siguiente enmienda:

ENMIENDA DE (Señale con X) AL TEXTO ARTICULADO QUE SE INDICA								
SUPR	MODIF	ADIC	Exposic. Motivos	Art. Apart. Letr. Parr.	Disposición (número)			
					Transit.	Adicional	Derogat.	Final
		x		Artículo 11				
TEXTO DE LA ENMIENDA (Señalar la modificación en negrilla).								
<p>Artículo 11. Los menús y dietas saludables en los centros educativos.</p>								
JUSTIFICACION (Imprescindible para la toma en consideración de la enmienda)								
<p>En este artículo debe añadirse un apartado, quizá entre el 1 y el 2 una leyenda con un texto similar a este: "Introducción en los pliegos de contratación de las empresas de restauración colectiva de un protocolo nutricional que defina qué es un menú saludable y bajo qué parámetros debe ser confeccionado"</p> <p>Debe quedar bien definido en los pliegos de contratación un protocolo nutricional que defina como debe confeccionarse los menús destinados a colectividades tal y como se lleva a cabo en la actualidad en el ámbito escolar y universitario en la ciudad de Sevilla y que debe hacerse extensivo a toda la restauración colectiva en general.</p> <p>Aunque tendrán que ser los comités de expertos quienes desarrollen el reglamento donde quede definido el protocolo nutricional que debe regir los principios de elaboración de menús saludables en restauración colectiva, nosotros en base a la experiencia acumulada en los últimos años proponemos el siguiente:</p>								
<p>a) Los menús deben ser sanos, basados en alimentos de origen vegetal poco procesados y el uso moderado de alimentos de origen animal. Al mismo tiempo los menús deben ser sostenibles desde un punto de vista medioambiental.</p> <p>b) Las raciones no deben ser excesivamente grandes.</p> <p>c) Los alimentos ofertados tales como carnes, pescados o legumbres deben guardar una proporción entre el número de veces que el comensal come en el establecimiento hostelero o comedor y las recomendaciones que se hagan en relación la frecuencia de su consumo.</p> <p>d) La carne ofertada debe ser de naturaleza magra.</p> <p>e) Se deben ofertar cereales integrales tales como arroz, pasta y en especial pan elaborado con harinas integrales (al menos en un 80% de su composición).</p>								

- f) Las verduras deben formar parte del menú diario alternando las verduras crudas con las cocinadas.
- g) La fruta fresca se debe ofrecer siempre como opción preferente en el postre.
- h) El aceite utilizado en todas las preparaciones debe ser siempre de oliva virgen o virgen extra, admitiéndose para fritura como segunda opción el de girasol alto oleico.
- i) Se hará un uso limitado de la técnica culinaria de la fritura, alternándola con otras técnicas de elaboración de alimentos.
- j) Se limitará o prohibirá el uso de alimentos con grasas trans y/o grasas hidrogenadas.
- k) Se usará en las preparaciones sal yodada^{2,3} y esta se usará de un modo moderado, evitando dejar el salero en la mesa de los comensales.
- l) Se evitará el uso de productos alimenticios que contengan potenciadores del sabor y en su lugar se hará uso de un mayor número de especias y plantas aromáticas rescatando de esta forma sabores típicos de la Dieta Mediterránea.
- m) No se incluirán alimentos precocinados o excesivamente procesados, optando en la elaboración de los menús por alimentos primarios y poco procesados.
- n) Los menús serán elaborados con alimentos de temporada y de cercanía, cuyos envases generen el mínimo de residuos posible.
- o) Los menús se adaptarán a las necesidades especiales de los usuarios ya sean de tipo religioso (alimentación halal), filosófico (dietas vegetarianas) o motivadas por razones de salud (dieta sin lactosa o celiaca).
- p) Los menús ofertados tendrán siempre los siguientes elementos en su composición:
 - Verduras crudas o cocinadas
 - Un alimento fuente de hidratos de carbono prefiriendo si es el caso su variedad integral.
 - Un alimento fuente de proteínas, siendo las proteínas de origen animal ofertadas en cantidades moderadas.
 - Pan integral
 - Fruta
 - Agua
- q) Los menús deben estar calibrados y supervisados por un Graduado en Nutrición Humana y Dietética, un Diplomado en Nutrición Humana o Dietética, un Técnico Superior en Dietética o un Técnico Especialista en Dietética y Nutrición, en especial aquellos que deben adaptarse a patologías.
- r) Se evitará el uso de edulcorantes artificiales en la elaboración del menú escolar, así como el uso de cualquier producto de elaboración externa que lo pudieran contener⁴⁻¹¹.

1. Dapcich V, Salvador G, Ribas L, Pérez C, Aranceta J, Serra L. Consejos para una alimentación saludable. 2005. León: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Web: <https://goo.gl/nG8CvK>.
2. Diaz-Cadorniga FJ, Delgado-Alvarez E. Déficit de yodo en España: situación actual. Endocrinol Nutr. 2004; 51. (1): 2-13.
3. Rodríguez A, Menéndez O. Deficiencia de yodo y sus implicaciones para la salud del hombre. Revista Cubana Aliment Nutr. 1996; 10(2).
4. Mohamed B, Abou-Donia, EM, El-Masry A, Abdel-Rahman A, McLendon RE, Schiffman, SS. Splenda Alters Gut Microflora and Increases Intestinal P-Glycoprotein and Cytochrome P-450 in Male Rats. Cytochrome P-450 in Male Rats. J Toxicol Env Health. 2008; 71: 1415-1429.
5. Swithers SE, Martin AA, Davidson TL. High-Intensity Sweeteners and Energy Balance. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2010; 100(1): 55-62.
6. Swithers SE, Sample CH, Davidson TL. Adverse effects of high-intensity sweeteners on energy intake and weight control in male and obesity-prone female rats. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2013; 127(2): 262-274.
7. Swithers S, Martin A, Davidson T. High-Intensity Sweeteners and Energy Balance. Physiol Behav. 2009;

100(1): 55-62.

8. Bellisle F, Drewnowski A. Intense sweeteners, energy intake and the control of body weight. Eur J Clin Nutr. 2007; 61:691-700.

9. Green E, Murphy C. Altered processing of sweet taste in the brain of diet soda drinkers. Physiol Behav. 2012; 107(4):560-567.

10. Calzada-León R, Ruiz-Reyes ML, Altamirano-Bustamante N, Padrón-Martínez M. Características de los edulcorantes no calóricos y su uso en niños. Acta Pediátr Mex. 2013; 34(3),141.

11. Brown, RJ, Banate, MA, Rother, KI. Artificial Sweeteners: A systematic review of metabolic effects in youth. Int J Pediatr Obes. 2010; 5(4): 305-312.


En Sevilla a 30 de noviembre de 2016
 UTILICE UNA HOJA PARA CADA ENMIENDA.

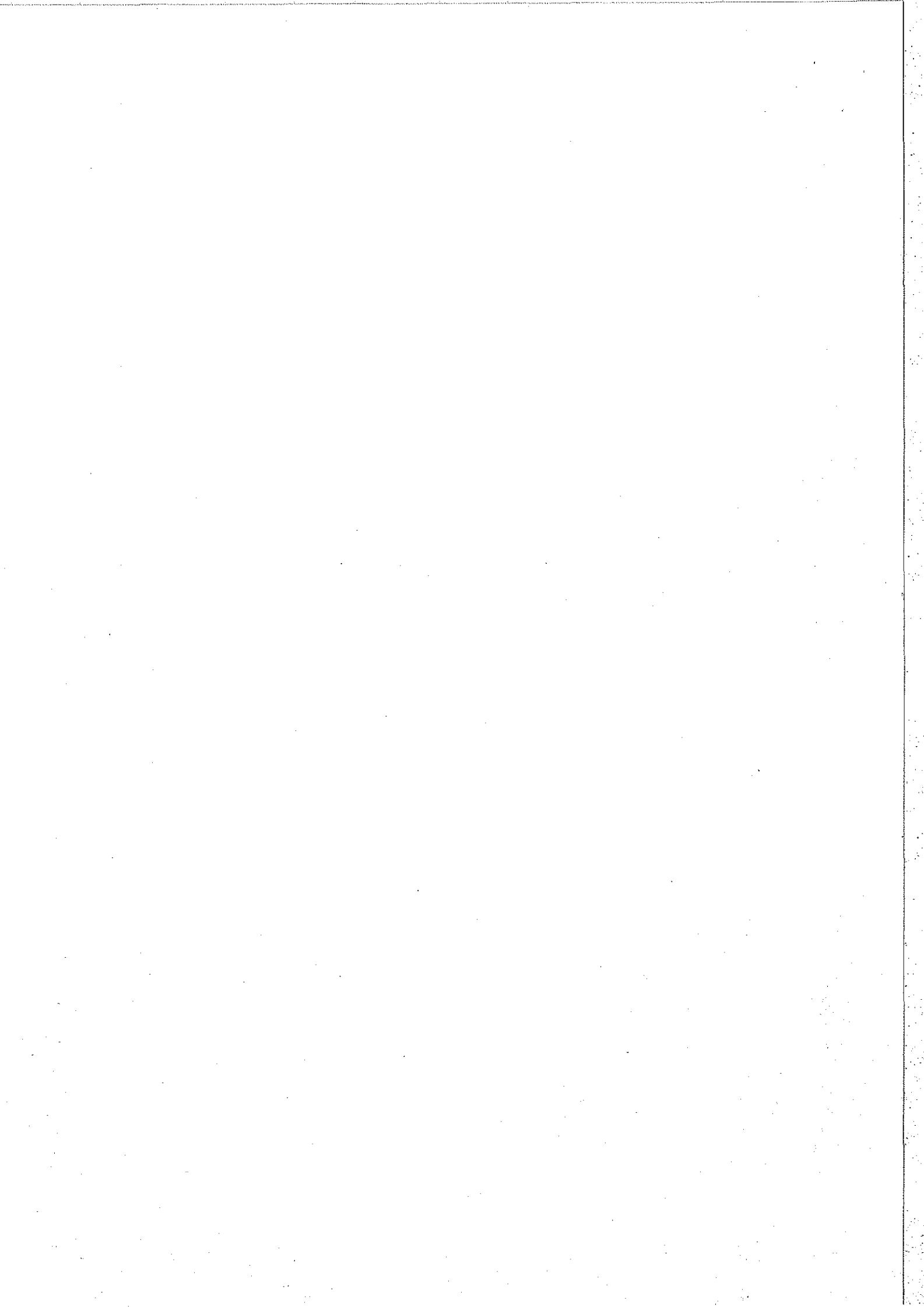
Firma de la persona proponente:

TTE. DE ALCALDE DELEGADO DE BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO


 Fdo. Juan Manuel Flores Cordero

Sello de la Corporación


 NO SDO
 AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
 Bienestar Social y Empleo





Sr. D. Juan Manuel Flores Cordero, Tte. de Alcalde
Delegado de Bienestar Social y Empleo del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla, como miembro de la
Comisión de Salud de la FAMP, propone la siguiente enmienda

“ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA”.

ENMIENDA DE (Señale con X)		AL TEXTO ARTICULADO QUE SE INDICA						
SUPR	MODIF	ADIC	Exposic. Motivos	Art.Apart.Letr.Párr. Art 3	Disposición (número)			
					Transit.	Adicional	Derogat.	Final
		x						

TEXTO DE LA ENMIENDA (Señalar la modificación en negrilla).

Artículo 12. Limitaciones a la venta y publicidad de alimentos hipercalóricos y medidas de promoción de la salud nutricional en los centros educativos.

Tras el apartado 9 se puede incluir:

- 10. Las empresas suministradoras de máquinas de vending o la administración pública en su defecto deben colocar fuentes de agua al lado de cualquier máquina que dispense bebidas. Las fuentes deben tener la leyenda “Este agua es la bebida más saludable y sostenible”.
- 11. Las máquinas de vending podrán dispensar botellas de aluminio para ser recargadas de agua.
- 12. Se deben establecerán pliegos de prescripciones técnicas para máquinas expendedoras que regule la venta de sus productos y definan que alimentos saludables deben vender.

JUSTIFICACION (Imprescindible para la toma en consideración de la enmienda)

La bebida más saludable y sostenible es el agua de la red pública de abastecimiento de agua. Se debe promocionar su consumo frente a cualquier otra bebida o agua envasada que genere residuos y cuya producción sea menos sostenible.

En un posterior reglamento se debería especificar que en los pliegos de condiciones para la explotación de máquinas de vending se incluyera los siguientes apartados:

- Las máquinas expendedoras deben proponer productos saludables y sostenibles
- Las máquinas expendedoras deben incluir productos saludables como fruta (fresca o envasada de cuarta gama), frutos secos naturales y tostados sin sal añadida, productos lácteos no azucarados, zumos procedentes de fruta exprimida que incluya su pulpa, no azucarados y refrigerados, bocadillos de pan integral elaborado con harinas integrales (más del 80%) y alimentos bajos en grasas saturadas y sal.

802

- La empresa gestora de las máquinas expendedoras procurará efectuar el suministro de productos alimentarios reduciendo al máximo los envases, evitando especialmente las bandejas de polietileno en las máquinas.
- Los productos expuestos deben ser de temporada y de producción local.

En Sevilla a 30 de noviembre de 2016

UTILICE UNA HOJA PARA CADA ENMIENDA.

Firma de la persona proponente:

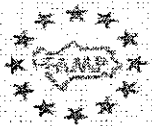
EL TTE. DE ALCALDE DELEGADO DE
BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO



Fdo. Juan Manuel Flores Cordero

Sello de la Corporación

NOSSO
AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo



FEDERACION
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS

Sr. D. Juan Manuel Flores Cordero, Tte. de Alcalde Delegado de Bienestar Social y Empleo del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla como miembro de la Comisión de Salud de la FAMP, propone la siguiente enmienda:

“ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA”.

ENMIENDA DE (Señale con X)			AL TEXTO ARTICULADO QUE SE INDICA					
SUPR	MODIF	ADIC	Exposic.	Art.Apart.Letr.Párr.	Disposición (número)			
			Motivos	Art 27 apartado 2	Transit.	Adicional	Derogat.	Final

TEXTO DE LA ENMIENDA (Señalar la modificación en negrilla).

Artículo 27. Publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en Andalucía. Incluir el siguiente texto

Regulación de la denominación de “menú infantil” en los establecimientos hosteleros bien evitando esta denominación o bien regulando la composición de este tipo de menús.

JUSTIFICACION (Imprescindible para la toma en consideración de la enmienda)

Los menús infantiles que se ofertan en los establecimientos hosteleros poco o nada tienen que ver con un menú saludable, suelen tener un exceso de azúcar y un déficit claro de alimentos básicos saludables como son las legumbres, los cereales integrales, las frutas, frutos secos y las verduras. Estos menús suelen tener una composición desequilibrada y monótona apartando al menor de los hábitos alimentarios que debe adquirir junto a su familia. Un niño no debe comer de forma diferente a como lo hace el resto de la familia.

Un posible protocolo nutricional que podría definir el menú infantil podría ser similar al descrito para restauración colectiva:

- a) *Los menús deben ser sanos, basados en alimentos de origen vegetal poco procesados y el uso moderado de alimentos de origen animal. Al mismo tiempo los menús deben ser sostenibles desde un punto de vista medioambiental*
- b) *Las raciones no deben ser excesivamente grandes.*
- c) *Los menús ofertados tendrán siempre los siguientes elementos en su composición:*
 - *Verduras crudas o cocinadas*
 - *Un alimento fuente de hidratos de carbono prefiriendo si es el caso su variedad integral.*

204

- *Un alimento fuente de proteínas, siendo las proteínas de origen animal ofertadas en cantidades moderadas.*
 - *Pan integral*
 - *Fruta*
 - *Agua*
- d) *La carne ofertada debe ser de naturaleza magra.*
- e) *Se deben ofertar cereales integrales tales como arroz, pasta y en especial pan elaborado con harinas integrales (al menos en un 80% de su composición).*
- f) *La fruta fresca se debe ofrecer siempre como opción preferente en el postre.*
- g) *El aceite utilizado en todas las preparaciones debe ser siempre de oliva virgen o virgen extra, admitiéndose para fritura como segunda opción el de girasol alto oleico.*
- h) *Se hará un uso limitado de la técnica culinaria de la fritura, alternándola con otras técnicas de elaboración de alimentos.*
- i) *Se limitará o prohibirá el uso de alimentos con grasas trans y/o grasas hidrogenadas.*
- j) *Se usará en las preparaciones sal yodada y esta se usará de un modo moderado, evitando dejar el salero en la mesa de los comensales.*
- k) *Se evitará el uso de productos alimenticios que contengan potenciadores del sabor y en su lugar se hará uso de un mayor número de especias y plantas aromáticas rescatando de esta forma sabores típicos de la Dieta Mediterránea.*
- l) *No se incluirán alimentos precocinados o excesivamente procesados, optando en la elaboración de los menús por alimentos primarios y poco procesados.*
- m) *Los menús serán elaborados con alimentos de temporada y de cercanía, cuyos envases generen el mínimo de residuos posible.*
- n) *Los menús se adaptarán a las necesidades especiales de los usuarios ya sean de tipo religioso (alimentación halal), filosófico (dietas vegetarianas) o motivadas por razones de salud (dieta sin lactosa o celiaca).*
- o) *Los menús deben estar supervisados por un Graduado en Nutrición Humana y Dietética, un Diplomado en Nutrición Humana o Dietética, un Técnico Superior en Dietética o un Técnico Especialista en Dietética y Nutrición, en especial aquellos que deben adaptarse a patologías.*

p) *Se evitará el uso de edulcorantes artificiales en la elaboración del menú escolar, así como el uso de cualquier producto de elaboración externa que lo pudieran contener*

En Sevilla a 30 de noviembre de 2016

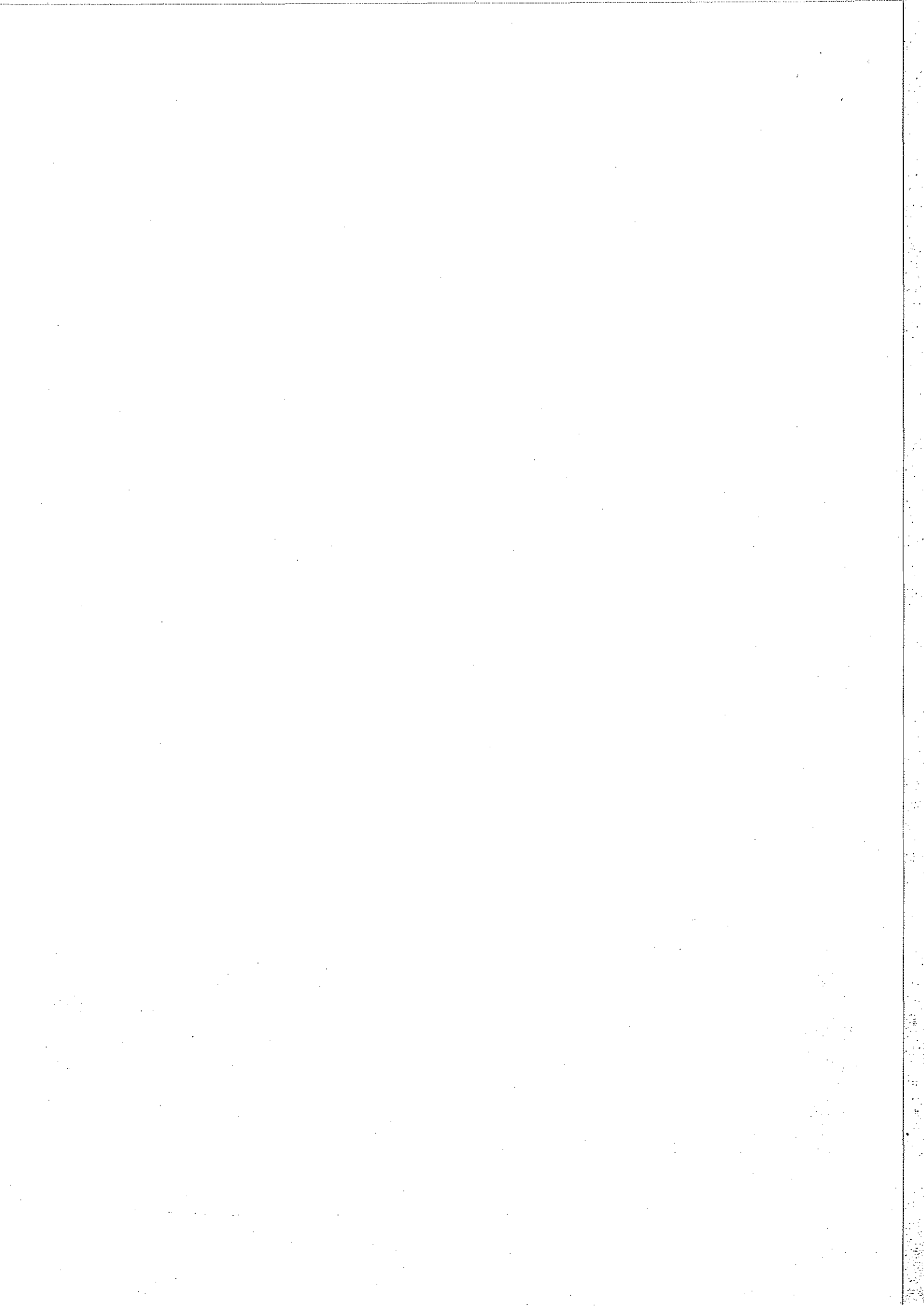
UTILICE UNA HOJA PARA CADA ENMIENDA.

Firma de la persona proponente:

EL TTE. DE ALCALDE DELEGADO DE
BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO


Fdo. Juan Manuel Flores Cordero

NOSSO
AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
B Bienestar Social y Empleo
Sello de la Corporación





FEDERACION
ANDALUZA
DE MUNICIPIOS
Y PROVINCIAS

Sr. D. Juan Manuel Flores Cordero, Tte. de Alcalde
Delegado de Bienestar Social y Empleo del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla, como miembro de la
Comisión de Salud de la FAMP, propone la siguiente enmienda:

**“ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y
UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA”.**

ENMIENDA DE (Señale con X)			AL TEXTO ARTICULADO QUE SE INDICA						
SUPR	MODIF	ADIC	Exposic. Motivos	Art.Apart.Letr.Párr.	Disposición (número)				
					Transit.	Adicional	Derogat.	Final	
		x		Art 27					

TEXTO DE LA ENMIENDA (Señalar la modificación en negrilla).

Artículo 27. Publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en Andalucía.

Cualquier publicidad de alimentos o bebidas poco saludables dirigido a niños menores de 15 años debe ser seguido con la emisión de otro spot en televisión alertando sobre lo perjudicial para la salud que resulta su consumo, además se promocionará de forma genérica alimentos saludables.

JUSTIFICACION (Imprescindible para la toma en consideración de la enmienda)

Esta metodología tuvo gran éxito en EEUU respecto al tabaco. Cuando aparecía un anuncio de la industria del tabaco, se emitía un anuncio alertando sobre los perjuicios que tenía sobre la salud su consumo. Las empresas tabacaleras optaron por no publicitarse en TV

En Sevilla a 30 de noviembre de 2016


UTILICE UNA HOJA PARA CADA ENMIENDA.

Firma de la persona proponente:

TTE. DE ALCALDE DELEGADO DE
BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO


Fdo. Juan Manuel Flores Cordero

Sello de la Corporación


AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo





Sr. D. Juan Manuel Flores Cordero, Tte. de Alcalde Delegado de Bienestar Social y Empleo del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla, como miembro de la Comisión de Salud de la FAMP, propone la siguiente enmienda:

807

ENMIENDA DE (Señale con X)									AL TEXTO ARTICULADO QUE SE INDICA			
SUPR	MODIF	ADIC	Exposic. Motivos	Art.Apart.	Leír.Párr.	Disposición (número)						
		X				Transit.	Adicional	Derogat.	Final			
				Art 40								
TEXTO DE LA ENMIENDA (Señalar la modificación en negrilla).												
<p>Artículo 40. <i>Investigación e innovación en materia de actividad física, nutrición y alimentación saludable.</i></p> <p>Las sociedades científicas y los investigadores tendrán que declarar sus conflictos de intereses ante cualquier comunicado o artículo que pueda promover el consumo de determinados tipos de alimentos o emita conclusiones favorables o desfavorables hacia los mismos.</p>												
JUSTIFICACION (Imprescindible para la toma en consideración de la enmienda)												
<p>Las Sociedades Científica con demasiada frecuencia presentan conflicto de intereses cuando emiten sus conclusiones científicas basadas en los estudios que están subvencionados por la industria alimentaria. Este aspecto debe ser regulado por ley exigiendo la declaración de conflicto de intereses y su sanción en su defecto.</p>												

En Sevilla a 30 de noviembre de 2016

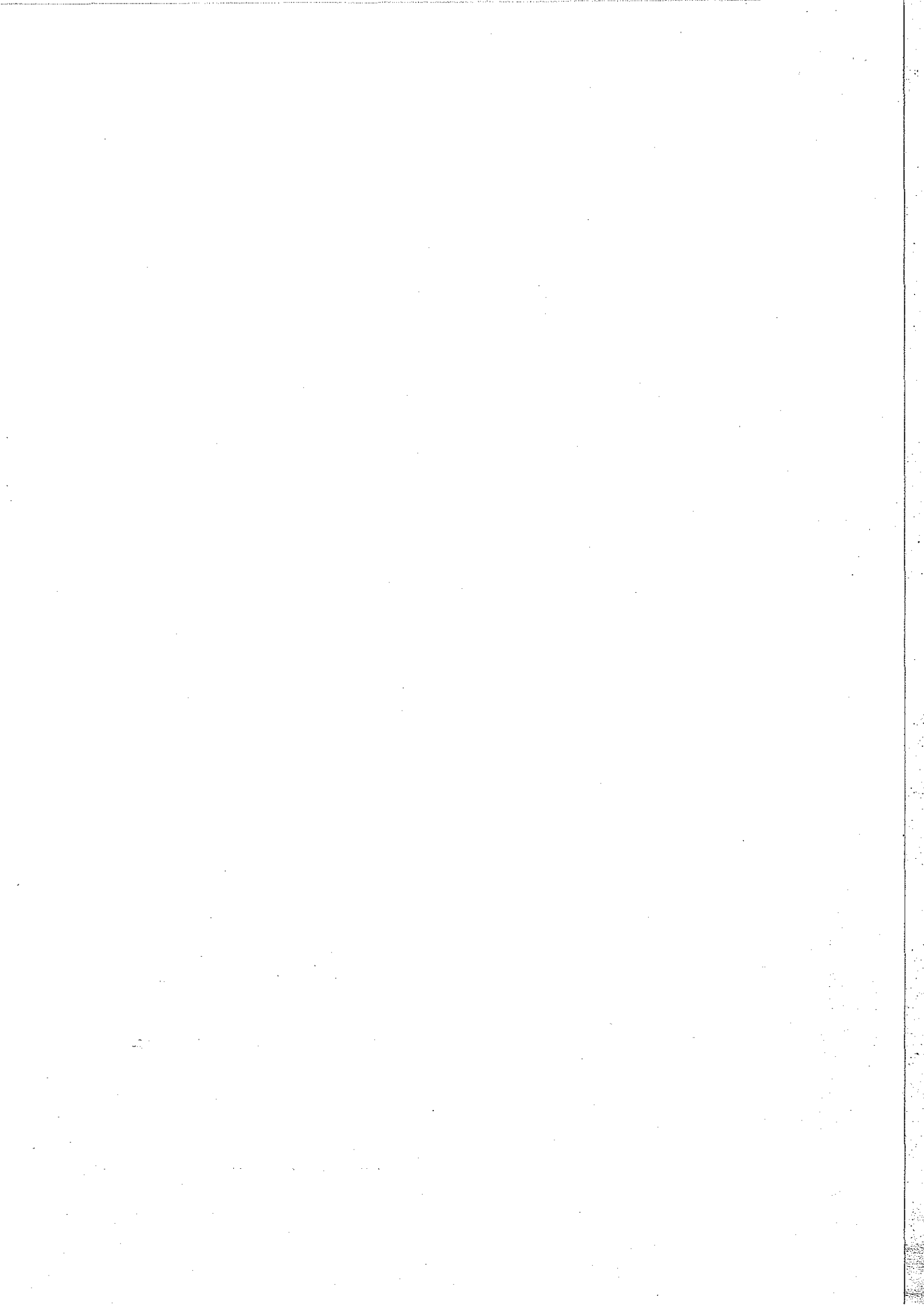
UTILICE UNA HOJA PARA CADA ENMIENDA.

Firma de la persona proponente:

EL TTE. DE ALCALDE DELEGADO DE BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO

Fdo. Juan Manuel Flores Cordero

NOS DO
AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo
Sello de la Corporación



INFORME EMITIDO POR LA SECRETARÍA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO SOBRE LAS ALEGACIONES PRESENTADAS POR EL CONSEJO ANDALUZ DE GOBIERNOS LOCALES AL PROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA DE ANDALUCÍA.

Del Ayuntamiento de Sevilla

En el artículo 4. Se solicita incorporar un nuevo apartado con la definición de sostenibilidad alimentaria. No se acepta ya que es un término que no se utiliza en el presente texto por lo que no requiere su definición.

En el artículo 6.c. Añadir: "Este menú saludable debe quedar definido por un protocolo nutricional de obligado cumplimiento". No se considera necesario ya que queda definida la alimentación saludable y la obligatoriedad de ofrecer diferentes raciones o tamaños por parte de las empresas restauradoras. En todo caso si al avanzar en el desarrollo del PAFASA se considerara necesario, podría realizarse.

En el Artículo 7.2. d) Se propone incorporar al final "incorporando para ello en las plantillas del Servicio Andaluz de Salud la figura del Graduado en Nutrición Humana y Dietética". No se acepta. En ningún lugar del texto se hace mención al tipo de titulación requerida por los profesionales de la salud u otros profesionales, sólo a las competencias que tendrán los profesionales desde los distintos sectores implicados en relación con los aspectos abordados en este Anteproyecto.

En el Artículo 11. Puntos 1 y 2. Se propone incluir "Introducción en los pliegos de contratación de las empresas de restauración colectiva de un protocolo nutricional que defina qué es menú saludable y bajo qué parámetros debe ser confeccionado". No se acepta por considerar que queda claro que es una alimentación saludable. En todo caso los desarrollos de más detalle serán actividades propias del desarrollo del PAFASA.

Art 12.3 Incorporar un nuevo apartado "Se deben establecer pliegos de prescripciones técnicas para máquinas expendedoras que regule la venta de sus productos y definan los alimentos saludables. No se acepta pues a las máquinas vending de los centros educativos de secundaria les afecta el contenido del anexo donde viene detallado ese

1350

extremo. Además es más correcto hablar de alimentación saludable como se ha referido más arriba

Art. 27 Publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en Andalucía

Incorporar: "Cualquier publicidad de alimentos o bebidas poco saludables dirigido a niños menores de 15 años debe ser seguido de otro spot en televisión alertando sobre lo perjudicial para la salud que resulta su consumo, además se promocionará de forma genérica alimentos saludables". No se acepta ya que no tenemos evidencia de que sea eficaz esta iniciativa concreta de anuncios en negativo dirigidos a la población y menos a la infantil para fomentar la promoción de hábitos de vida saludables, además suponen un coste añadido para los operadores económicos y o la administración. El articulado recoge que la Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable ya contempla entre sus funciones el "promover campañas de divulgación y de sensibilización social en favor de la lucha contra la obesidad". Estas campañas deberán ser diseñadas en función de la población y los objetivos a alcanzar por las personas expertas para cada situación

2 g Incorporar una regulación en relación con el "menú infantil". No se acepta ya que en salud, ni en el texto se utiliza este término. Se define la alimentación saludable y la necesaria oferta de diferentes raciones o tamaños en las empresas restauradoras

Del Ayuntamiento de Málaga

Se considera necesario incorporar un articulado donde se regule los mecanismos de financiación de la ley. No se admite ya que para la tramitación ya se ha elaborado una Memoria económica donde ese explicita la forma de financiación de las iniciativas contenidas en la ley.

Incorporar en Anexo una lista de productos comercializados para facilitar la tarea de vigilancia.... No se acepta. Esta relación actualizada permanentemente, accesible a través de Internet, será la que existirá con el desarrollo del SICNA

En el Artículo 7.2 c).

Creemos que en lo que se refiere a prevención del sobrepeso y la obesidad, la redacción existente no excluye a los enfermos crónicos. Y queremos destacar que la

Ley quiere priorizar la protección de la población infantil y adolescente y las mujeres embarazadas.

En el Art. 10 2 a. Introducir horas "lectivas". No se acepta pues entendemos que depende de la Consejería de Salud y de los programas de centros. Sin embargo si se considera necesario garantizar 5 horas "efectivas"

En el Art. 39.2. Incluir: "Igualmente se incluirán en los contenidos de formación de las Federaciones Deportivas y otros formadores en deporte" No se acepta, ya que no se considera especialmente relevante para la consecución de los objetivos. Serán sujetos que deberán adquirir esa información y ser objeto de prevención y promoción de campañas. Pero ni son población de riesgo, ni trabajan con población de riesgo



Josefa Ruiz Fernández

SECRETARÍA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO

Ref.: SVº. OFPE/FC/ JB

R.S. 464 /16

MEMORIA FUNCIONAL Y ECONÓMICA DEL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA.

I.- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.

Identificación del problema de salud. La obesidad representa el primer problema de salud pública del mundo desarrollado.

Entre 2010 y 2030, en casi todos los países, se prevé que el porcentaje de sobrepeso y obesidad aumente intensamente: un 75% en el Reino Unido, un 80% en la República Checa, España y Polonia, y un 90% en Irlanda, el nivel más elevado calculado. Teniendo la mayor afectación los niños y niñas que pasan del 20% al 60%.

Los estudios prospectivos alertan que se espera que las tasas de obesidad en los países de la OCDE en el año 2050 sean del 60% en los hombres, el 50% en las mujeres y el 25% en los niños.

La obesidad está relacionada con un incremento del riesgo de padecer problemas de salud física importantes, con un incremento de la probabilidad de padecer algunos tipos de cáncer (colon y recto), con incremento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes, problemas del aparato locomotor, etc..., con un incremento de padecer sufrimiento relacionado con la salud psicosocial como baja autoestima o depresión y con claros problemas funcionales en las personas que padecen obesidad como son limitaciones a la movilidad, aptitud física baja y mayor absentismo escolar y laboral entre otros. Numerosos estudios la relacionan con una mayor probabilidad de desempleo. Fuente: OIM, BofA Merrill Lynch Global Research.

Identificación del problema social. La obesidad incrementa la brecha de las desigualdades económicas y de género y tiene un gran coste económico para la sociedad.

El género, la etnia y el nivel socioeconómico son causas de inequidades en la obesidad en Europa. Las desigualdades socioeconómicas en las personas obesas en Europa son cada vez más amplias y profundas.

Es preciso conocer los promedios poblacionales de la prevalencia de la obesidad para evitar difuminar el aumento de los niveles en los grupos desfavorecidos.

Las mujeres y los niños en los grupos de bajo nivel socioeconómico son más vulnerables y soportan inequidades en la obesidad que se transmite de generación en generación. El pre-embarazo, el embarazo, la lactancia y la primera infancia son periodos críticos para las intervenciones sobre la reducción de las inequidades de obesidad.

El coste o la carga de la obesidad deben ser medidas tanto por la pérdida de años de vida y de la calidad de vida y el impacto financiero como por los relacionados con la enfermedad en el sistema de salud (costes directos) y en la sociedad (costes indirectos).

Se ha calculado una pérdida en la esperanza de vida de 7 años atribuible a la obesidad. No obstante, el impacto será casi nulo debido al abordaje de las patologías crónicas relacionadas con la obesidad por parte de los sistemas sanitarios públicos, lo que supondrá un incremento en su gasto muy importante.

En el estudio prospectivo realizado en el Reino Unido se ha calculado alrededor del 5% el incremento del coste del National Health Service en el momento actual que ascenderá hasta el 7,3%.

Causas de la obesidad

La casuística que produce la obesidad es extensa y compleja, generando un nuevo abordaje ecológico y prospectivo que se denomina Sistema de Obesidad, que representa: *“La suma de un conjunto relevante de factores y sus interdependencias que determinan la condición de la obesidad de un individuo o un grupo de personas”* (*Tackling Obesities: Future Choices – Modelling Future Trends in Obesity & Their Impact on Health*). En este estudio prospectivo realizado en el Reino Unido se han estudiado 108 variables que se han agrupado en clusters temáticos, tales como la influencia social, la producción de alimentos, el consumo de alimentos, la actividad física que se realiza o se puede realizar en el entorno, la actividad individual, la psicología individual, y la biología. Y se ha analizado también el peso que cada grupo tiene sobre la enfermedad. Esta multicausalidad exige una intervención multifactorial que incida en el amplio ecosistema de la obesidad.

Recomendaciones Internacionales

Las estrategias para la prevención de la obesidad están cambiando, lejos de enfocarse sólo en el individuo evolucionan hacia un modelo ecológico para tratar las influencias ambientales y sociales en el comportamiento.

Una intervención sistémica a través del Mapa del Sistema de Obesidad, con 108 variables conlleva intervenciones a diferentes niveles: individual, local, sectorial y regional, mediante acciones distribuidas en todo el ciclo de vida.

Conjugar una mezcla de iniciativas, y Planes a corto, medio y largo plazo para el cambio.

La Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en 2014 elabora un documento *Obesity an Inequities* en el que realiza unas recomendaciones para el desarrollo de estrategias eficaces, igualitarias e inclusivas para la lucha contra la obesidad. En este documento se afirma que *“la mayoría de las personas de bajos ingresos en Europa saben lo que constituye una dieta saludable. En lugar de la falta del conocimiento, la prioridad es hacer frente a la accesibilidad, disponibilidad y la práctica en relación a la alimentación saludable”*.

• Las intervenciones para tratar la obesidad a nivel de población tienen más probabilidades de ser eficaces que las intervenciones a nivel individual, especialmente para los grupos de bajo nivel socioeconómico.

• Las políticas universales para mejorar los hábitos alimentarios, y modificar los entornos que fomenten la actividad física son importantes: pero los grupos más desfavorecidos puede requerir medidas adicionales para beneficiarse de estas políticas, tales como:

- Intervenciones para abordar la autoestima, la falta de conocimiento y tener en cuenta las necesidades y percepciones de las mujeres y los más desfavorecidos.

- Programas para ayudar a los niños a desarrollar el gusto por las verduras, además de proporcionar gratis verduras y frutas en las escuelas.

• Las personas con bajos ingresos son más sensibles a los precios que los de ingresos más altos. Estrategias que graven alimentos con alto contenido en grasas, azúcar y sal así como la eliminación de impuestos sobre las verduras y las frutas permiten reducir las desigualdades.

• Es importante desarrollar y evaluar el coste de los contenidos de una cesta de la compra nacional de alimentos saludables para ayudar a decidir el salario mínimo y los niveles de beneficios sociales.

• Las iniciativas para restringir la comercialización de alimentos poco saludables de alto contenido en grasas, azúcar y sal y bebidas azucaradas a los niños contribuyen a reducir las desigualdades, debido a la mayor exposición y vulnerabilidad de los niños desfavorecidos a esta oferta comercial.

• Medidas para mejorar la composición de los alimentos procesados (por ejemplo, la reducción de grasa, azúcar y contenido de sal) tiene el potencial de reducir las desigualdades, con la condición de que su coste sea el mismo, o menor que, otras alternativas poco saludables.

• Con una renta baja, la compra de alimentos poco saludables puede ser la opción más viable. Por lo que las intervenciones necesitan enfocarse en:

- Aumentar la protección social y el apoyo a los ingresos, para cubrir el coste de comprar un alimento saludable.

- Ayuda para la comida, por ejemplo a través de vales de verduras y frutas.

- Reducir la disponibilidad y la comercialización de alimentos poco saludables en las zonas desfavorecidas y las escuelas.

- Promover la oferta local de verduras y fruta a través de iniciativas que incluyen la participación activa de los grupos desfavorecidos.

• El embarazo y la primera infancia son periodos críticos para la intervención sobre las desigualdades en la obesidad. Las intervenciones prioritarias incluyen:

- El establecimiento de la licencia de maternidad durante seis meses para apoyar la lactancia materna exclusiva durante ese período.

- Aumentar la asistencia a la atención prenatal para las mujeres socialmente desfavorecidas y jóvenes mediante el uso de métodos participativos para hacer frente a sus necesidades y percepciones.

- El apoyo a la lactancia materna y la alimentación complementaria especializada, adaptada a las específicas necesidades de las madres obesas desfavorecidas, incluidas las adolescentes, y sus familias.

- Proporcionar comidas saludables gratuitas o subvencionadas (incluyendo desayuno), junto con las verduras y fruta en las escuelas y centros de educación infantil.

En cuanto a la iniciativa reguladora por parte de los gobiernos también se ha analizado y recomendado la pertinencia de ésta. Algunas buenas prácticas analizadas en la bibliografía son 1) Prohibición de la publicidad de alimentos no saludables en medios de comunicación. 2) Prohibición de la publicidad de alimentos para niños menores de 12 años, con regulación de las grasas saturadas y trans. 3) Establecimiento del etiquetado de los productos con grasas trans. 4) Prohibición de determinantes positivos en los alimentos no saludables. (Por ejemplo, los juguetes con las hamburguesas). 5) Establecimiento de determinantes positivos en los alimentos saludables. Prohibición de dosis distorsionantes. 6) Envasado y embotellado de dosis humanas saludables. 7) Información de las calorías en los menú servidos en las cadenas de restauración. 8) Establecimiento de sistema de etiquetas de colores según contenido en grasa, grasa trans, azúcar y sal (Modelo inglés del semáforo: verde, naranja y rojo). 9) Mecanismos de autorregulación industrial.

En mayo de 2012 un estudio del British Medical Journal sobre la base de una investigación de la obesidad en todo el mundo, centrada en los efectos sobre la salud de los impuestos sobre los alimentos, sostiene que los impuestos sobre los alimentos y bebidas no saludables tendrían que alcanzar al menos el 20% del precio para tener un efecto significativo en las condiciones relacionadas con la dieta, tales como la obesidad y las enfermedades del corazón (Fuente: Mytton et al, BMJ). Idealmente, se argumenta que esto debería ser combinado con subsidios a los alimentos saludables, como frutas y verduras.

El último informe publicado por la OMS en 2016 sobre Obesidad Infantil concluye "La obesidad infantil socava el bienestar físico, social y psicológico de los niños y es un conocido factor de riesgo para la obesidad y las enfermedades no transmisibles en la edad adulta. Es imperativo actuar ahora para mejorar la salud de esta generación y la siguiente. La Comisión reconoce que la diversidad de posibles recomendaciones normativas para hacer frente al problema de la obesidad infantil es muy amplia y contiene una serie de elementos novedosos. Ahora bien, solamente adoptando un enfoque multisectorial a través de un conjunto amplio e integrado de intervenciones que combatan el entorno obesogénico, la

dimensión del curso de vida y el sector educativo, podrán lograrse progresos sostenidos. Ello exige compromiso y liderazgo del gobierno, inversiones a largo plazo y la participación del conjunto de la sociedad para proteger los derechos de los niños a la buena salud y el bienestar. La Comisión está convencida de que pueden lograrse progresos si todos los agentes mantienen su compromiso de trabajar juntos en pro de un objetivo común: acabar con la obesidad infantil.”

La Escuela Andaluza de Salud Pública está revisando la experiencia en el mundo sobre los impuestos especiales a las bebidas refrescantes azucaradas (Faulkner et al., 2011) destacando la importancia del proceso de implementación de esta medida, más allá de la evidencia disponible. Para estos autores “Considerando la evidencia existente, es más probable que las políticas tengan que ser implementadas con una base de pruebas incompletas,..... Cuando la evidencia empírica todavía no es lo suficientemente fuerte, tal vez los principales criterios reconocidos por la mayoría son aquellos relativos al daño potencial.”

La Organización Mundial de la Salud ha pedido a los gobiernos que establezcan nuevos impuestos para las bebidas azucaradas, a las que responsabilizó del aumento de la diabetes, las caries y la obesidad, una patología con dimensiones epidémicas en algunos países. Se pone como ejemplo a México de un país donde el Gobierno ha tomado medidas para frenar el aumento acelerado de consumo de bebidas azucaradas, mediante el establecimiento, en enero de 2014, de una tasa especial que causó un incremento del 10 % en el precio final del producto. El impacto ya podía medirse a finales de ese mismo año, con una reducción del 6 % del consumo general y de hasta un 17 % en los sectores de menores recursos.

Estrategias de Intervención en Andalucía y la decisión del desarrollo de una Ley andaluza.

En el año 2004 se pone en marcha el Plan para la Promoción de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía, sus objetivos se centran en que: 1) La población andaluza conozca las ventajas derivadas de la realización de actividad física, así como aquellas actividades más recomendadas para diferentes grupos sociales (edad, sexo, etc.) 2) La población andaluza conozca los beneficios de la alimentación equilibrada, así como aquellas recomendaciones concretas para conseguirla (composición de los alimentos, frecuencia de consumo, etc). 3) La familia andaluza tenga los conocimientos necesarios para poder hacer una lectura correcta del etiquetado de los alimentos, la mejora de su dieta cotidiana y su repercusión en la cesta de la compra. 4) Se ofrezca a la familia andaluza la información necesaria sobre la conservación correcta de los alimentos. 5) La población andaluza tenga acceso a la información mínima, que le permitiera hacer una valoración correcta de los mensajes publicitarios en los que la alimentación y el ejercicio se tomen como valores, así como de las prácticas de riesgo más difundidas dentro de la población (dietas milagro y realización de ejercicios físicos no controlados).

El paradigma en el que se inserta este Plan se relaciona con la capacidad que puede tener el individuo de modificar su comportamiento en función del acceso a una información adecuada sobre hábitos de vida saludable.

En 2007 se pone en marcha el Plan Integral de Obesidad Infantil al detectar el incremento continuo de la prevalencia de la obesidad en los niños. Los objetivos de este Plan son: 1) Frenar la tendencia ascendente de las tasas de obesidad infantil de nuestra Comunidad a corto plazo e invertirla en un plazo intermedio. 2) Mejorar la atención sanitaria de los niños y niñas con obesidad y sus familias. 3) Disminuir la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas con obesidad.

Estos objetivos se pretenden conseguir a través de 1) Sensibilizar a la población general sobre la necesidad de mantener un peso adecuado en todas las edades, mediante el equilibrio entre una alimentación saludable y la práctica de actividad física regular. 2) Promover en las familias andaluzas la adquisición de conocimientos adecuados para la adopción de hábitos saludables para el mantenimiento de un peso saludable, haciendo especial énfasis en los hijos e hijas. 3) Potenciar el desarrollo de condiciones socio-ambientales facilitadoras de dichos hábitos. 4) Involucrar activamente a las diferentes instituciones y agentes sociales para la prevención de la obesidad infantil. 5) Avanzar en el diagnóstico precoz y garantizar una atención sanitaria basada en la mejor evidencia científica disponible, asegurando la continuidad asistencial como elemento de calidad integral. 6) Promover proyectos de investigación al respecto. 7) Facilitar la formación profesional de todas las personas potencialmente implicadas en la prevención y atención a la obesidad infantil. 8) Reorientar los servicios actualmente existentes.

Y para lograrlo, se han elegido una serie de líneas generales de actuación en las áreas de: • Comunicación e información a la población. • Promoción y prevención primaria. • Asistencia sanitaria integral. • Participación e intersectorialidad • Formación y desarrollo de profesionales. • Investigación e innovación. • Desarrollo normativo.

Este Plan ya aborda el problema desde un paradigma más abierto en el que se debe trabajar con otras administraciones públicas y determinados actores sociales para intentar actuar sobre otros factores determinantes, además de los individuales.

El enfoque parece correcto pero la eficacia de las acciones que dependen de exclusivamente de la voluntad de los diferentes actores no ha ayudado a frenar las tasas de obesidad infantil.

La experiencia andaluza se puede encontrar en diferentes regiones europeas y ello lleva a revisar los planteamientos por parte de la Organización Mundial de la Salud para impulsar una implicación de los poderes públicos para que en el marco del paradigma de *salud en todas las políticas* se asuman regulaciones desde todos los niveles de administración: europea, nacional, regional y local y que vayan más allá de la mera información o progresiva pero muy lenta estrategia de alianzas (como la Estrategia NAOS)

El proceso de participación con todos los actores implicados para la elaboración de la Ley

La Secretaría General de Salud Pública y Consumo en el año 2015 elabora un estudio de prospectiva sobre el problema de la epidemia de obesidad mundial y las diferentes estrategias que recomiendan los expertos y las diferentes instancias internacionales. La

principal recomendación que se extrae de dicho estudio es poner en marcha normas que pongan de manifiesto el liderazgo de los poderes públicos en esta materia como paso imprescindible para poder avanzar en la lucha contra la obesidad

Posteriormente se asume por parte de la Consejería de Salud la necesidad de elaborar una ley que permita desplegar las estrategias necesarias para combatir la principal epidemia del mundo desarrollado, la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas, ya que resulta imprescindible alinear y articular las acciones con todos los actores sociales implicados en los diferentes factores de riesgo, trabajando desde un modelo ecológico, tal y como se recomienda desde la OMS y todas las instancias internacionales.

Para ello, la Secretaría General de Salud Pública y Consumo aprueba un proceso de participación social como metodología imprescindible para la elaboración del texto. Contando con la participación de la Escuela Andaluza de Salud Pública para su desarrollo y apoyo. Este proceso consiste en el diseño de talleres de trabajo con los diferentes actores implicados (representantes de la Administración Autonómica, representantes de Administraciones Locales, representantes de consumidores, pacientes y asociaciones ciudadanas, representantes de sociedades científicas y colegios profesionales, representantes de empresarios de alimentación y bebidas de los diferentes sectores afectados, representantes de productores de alimentos y de medios de comunicación), con la siguiente secuencia: nueve talleres autonómicos monográficos y ocho talleres provinciales donde participan conjuntamente los diferentes actores.

El objetivo de estos talleres es iniciar un proceso de sensibilización social y a la vez recabar opiniones e iniciativas provenientes de los sectores implicados que pudieran incorporarse en la futura ley.

En el primer taller realizado se buscó la convocatoria del abanico de perfiles que representarían a todos los actores sociales identificados como implicados en el problema que queríamos abordar y con los que más adelante se realizarían talleres específicos.

Acudieron representantes de la Administración Autonómica: Consejerías de Agricultura, Educación, Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, Turismo y Deporte entre otras, representantes de Administraciones Locales, representantes de consumidores, pacientes y asociaciones ciudadanas, representantes de Sociedades Científicas y Colegios Profesionales, representantes de productores de alimentos, de la industria agroalimentaria y de los restauradores. Entre ellos estuvieron representantes de la Confederación de Empresarios de Andalucía (CEA) que contaba entre sus miembros a empresarios asociados a la Federación Nacional de Industrias de Alimentación y Bebidas, hasta un total de 25 personas.

Tras este taller se acordó con la CEA celebrar un encuentro específico monográfico con esta Confederación sobre la futura Ley de lucha contra la obesidad. La CEA decidiría los representantes de los empresarios que considerase oportuno. Nuestra recomendación fue que hubiera representantes de al menos tres sectores: sector de las grasas y aceites, sector de la bollería industrial y sector de las bebidas refrescantes. Este encuentro se celebró con una participación amplia de empresarios.

Los restantes talleres monográficos se fueron realizando con representantes de Medios de Comunicación, con empresarios de la industria agroalimentaria, con los empresarios del sector de Restauración (HORECA), con representantes del ámbito de la producción de alimentos, con representantes de Sociedades Científicas y Colegios Profesionales del área sanitaria, con consumidores, pacientes y asociaciones ciudadanas, y sobre los entornos en el que participan representantes de administraciones locales y autonómicas de Medio Ambiente. También por Educación han participado representantes de los ciclos formativos de educación primaria, secundaria y universidades además de las Asociaciones de Padres y Madres de Andalucía (AMPAS).

Posteriormente se celebró una reunión de trabajo con representantes de la Federación de Industrias de la Alimentación y Bebidas (**FIAB**) donde se explica el objetivo de la Ley y el proceso de exploración y recogida de iniciativas realizadas.

Posteriormente se celebraron talleres de carácter provincial con la colaboración de las Delegaciones Territoriales. Los perfiles de los participantes pretendían reproducir de nuevo a todos los actores sociales implicados en cada provincia.

Para ello se dio indicación a los Jefes de Servicio de Salud Pública que convocaran a las empresas radicadas en la provincia de los sectores de la producción, de la industria agroalimentaria y de la restauración. En estos talleres se observó el peso de los diferentes sectores diferente por provincias (por ejemplo el del aceite en Jaén, el de la restauración en Málaga o la industria agroalimentaria en Huelva y Córdoba).

El borrador del Anteproyecto de Ley de promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada.

Por todo lo expuesto la propuesta de anteproyecto incorpora en su objeto 1) el establecimiento y desarrollo de las acciones necesarias para la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable y equilibrada entre la población, con la finalidad de prevenir los problemas del sobrepeso y la obesidad en Andalucía y los riesgos para la salud que llevan asociados, así como favorecer una atención integral a las personas que padecen estos problemas y la concienciación social sobre los mismos y 2) el establecimiento de medidas para la promoción de la salud, la prevención y la adecuada atención sanitaria de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos de la conducta asociados a una distorsión negativa de la propia imagen corporal.

- a) Fomentar una nutrición adecuada mediante una alimentación saludable en todas las personas en Andalucía.
- b) Fomentar la actividad física saludable en la toda la población, desde una perspectiva de género, favoreciendo un urbanismo saludable, políticas de transporte activo adaptadas a este objetivo, políticas de accesibilidad a instalaciones deportivas, de ocio y tiempo libre y políticas de envejecimiento activo y saludable.

- c) Favorecer entornos e instalaciones educativas, laborales y sociales que sean saludables y que favorezcan la actividad física y la alimentación saludable y, como consecuencia, la prevención del sobrepeso y la obesidad.
- d) Garantizar la atención sanitaria a la población en situación de sobrepeso y obesidad y a las personas con trastornos de la conducta alimentaria y luchar contra la estigmatización social y la discriminación que sufren las personas afectadas por estos problemas de salud.
- e) Proteger a la población, especialmente a los grupos más vulnerables, frente a la publicidad, la promoción y el patrocinio de alimentos y bebidas no saludables y regular las condiciones para que la ciudadanía reciba una información veraz sobre la calidad nutricional de alimentos y bebidas de consumo comercial.
- f) Promover en la sociedad y en los sectores implicados, una conciencia social sobre estándares de belleza y cuidados del cuerpo que fomenten una imagen realista y saludable de la diversidad.
- g) Fomentar y promover la responsabilidad social ante la salud de empresas de producción y comercialización de alimentos y bebidas para crear condiciones que favorezcan un consumo saludable, equilibrado y sostenible entre la población.

Por todo lo anterior y con el objetivo del establecimiento y desarrollo de las acciones necesarias para la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable y equilibrada entre la población, se propone este anteproyecto de Ley.

II.- CONTENIDO.

El anteproyecto de Ley que se informa consta de un título preliminar y siete títulos que contienen cuarenta y seis artículos, dos disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria, tres disposiciones finales y un Anexo.

El **Título Preliminar** establece el objeto, los fines, el ámbito de aplicación, las definiciones y los principios inspiradores de la Ley.

El **Título I** está destinado a definir los derechos de la ciudadanía en relación con la actividad física, la alimentación saludable y la diversidad de la imagen corporal, así como a establecer el sistema de garantías de estos derechos.

En el **Título II** se detalla el conjunto de medidas a poner en marcha para la lucha contra la obesidad y el sobrepeso, declarando la obesidad como una prioridad en salud pública. Este Título se organiza en cuatro Capítulos: Capítulo I- Estrategias para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, Capítulo II- Promoción de los entornos y espacios saludables, Capítulo III- Alianzas para el fomento de la actividad física y la alimentación saludable y Capítulo IV- Atención sanitaria a las personas que padecen sobrepeso y obesidad.

El **Título III** está dedicado a los trastornos de la conducta alimentaria y otros relacionados. Se regula aquí la promoción de valores que fomenten una imagen corporal diversa y compatible con parámetros saludables y el impulso de la iniciativa de "Imagen y Salud", como una alianza institucional y social estratégica para la aceptación de la diversidad. Por último, se recoge el mantenimiento y permanente actualización del "proceso de atención integral a las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria".

El **Título IV**, se refiere a la publicidad y comercialización de los alimentos y bebidas. Se potencia el principio de la veracidad publicitaria. Contiene asimismo un apartado para el control de la publicidad ilícita y subraya la función del Consejo Audiovisual de Andalucía de velar por la calidad de la publicidad de los alimentos y bebidas hipercalóricas, en especial las dirigidas a los menores de 15 años.

El **Título V** hace referencia a la organización, coordinación y gobernanza para una acción coordinada de las políticas públicas en la promoción de la vida saludable y la alimentación equilibrada, favoreciendo la acción intersectorial necesaria en la educación, el bienestar social, las políticas de igualdad, la sostenibilidad, las infraestructuras y la vivienda y la promoción de la investigación de este ámbito. Se crea el Mapa andaluz de la situación de sobrepeso y obesidad y el Sistema de Información de calidad nutricional de los alimentos en Andalucía (SICNA). También se crean la Comisión andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, órgano colegiado de participación administrativa y social, y el Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

En el **Título VI** se hace mención a la formación, investigación e innovación en el ámbito de la actividad física y la alimentación saludable. Con este fin se recoge la necesidad de incorporar estos contenidos en los currículos de los centros educativos de enseñanza primaria y secundaria obligatoria, así como la necesidad de garantizar la actualización del profesorado a través de los Planes de Formación permanente del profesorado. Asimismo, se fomenta la investigación e innovación en materia de actividad física, nutrición y alimentación saludable y se crea el Premio a la Innovación y las Buenas Prácticas en materia de actividad física y alimentación saludable.

El **Título VII**, establece el régimen de infracciones y sanciones en las materias objeto de esta Ley.

Dos Disposiciones Adicionales. La disposición adicional primera establece el plazo en el que se habrán de constituir tanto la Comisión andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable como el Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable. La disposición adicional segunda dispone el régimen de actualización de los criterios nutricionales establecidos en el Anexo.

Dos Disposiciones Transitorias. La disposición transitoria primera establece el plazo de implementación a los proveedores, propietarios o administradores de kioscos, comedores escolares, las empresas productoras y/o distribuidoras de alimentos y los establecimientos de venta directa, y en la disposición transitoria segunda, el plazo de ejecución de la previsión

establecida en el artículo 10.2 en relación con el tiempo mínimo de ejercicio físico y/o actividad física en los centros educativos.

Una Disposición Derogatoria, por la que se derogan cuantas disposiciones de igual o inferior rango contradigan o se opongan a lo dispuesto en la presente Ley.

Tres Disposiciones Finales. La disposición final primera trata la reglamentación del sistema de información de calidad nutricional de Andalucía (SICNA), la disposición final segunda indica que el desarrollo reglamentario de esta Ley se llevará a efecto de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 112 y 119.3 del Estatuto de Autonomía para Andalucía y 27.9 y 44 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y la disposición final tercera prevé su entrada en vigor a los veinte días de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

III.- EVALUACIÓN ECONÓMICO-PRESUPUESTARIA Y FINANCIACIÓN.

El anteproyecto de Ley que se informa determina que el objeto de esta es el establecimiento y desarrollo de las acciones necesarias para la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable y equilibrada entre la población, con la finalidad de prevenir los problemas del sobrepeso y la obesidad en Andalucía y los riesgos para la salud que llevan asociados, así como favorecer una atención integral a las personas que padecen estos problemas y la concienciación social sobre los mismos. Y además el establecimiento de medidas para la promoción de la salud, la prevención y la adecuada atención sanitaria de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos de la conducta asociados a una distorsión negativa de la propia imagen corporal.

En cuanto a la evaluación de la repercusión económica de las iniciativas contenidas en este anteproyecto de Ley el centro directivo responsable de la misma (Secretaría General de Salud Pública y Consumo) informa al respecto que:

1. El establecimiento y desarrollo de acciones necesarias para la promoción de la actividad física y una alimentación saludable y equilibrada entre la población (art. 1.1.)

Tal y como podemos ver en la exposición de motivos como a lo largo de desarrollo del articulado esta ley establece en el artículo 8 "Se declara la obesidad como un problema prioritario de salud pública en Andalucía, lo que conllevará la priorización por los poderes públicos en la Comunidad Autónoma de un conjunto de acciones coordinadas para su prevención y atención.

Ante una situación de estabilidad presupuestaria, cada periodo se establecen aquellas metas que con los mismos recursos van a ser objeto de actuación prioritaria. Se entiende que los programas y actividades habituales de promoción incorporarán la obesidad prioritariamente.

El mero hecho de que esta Ley se encuentre en trámite y todo el proceso de participación social desplegado en su elaboración permite que la ciudadanía y las

administraciones pongan el foco en el problema. Poner en el debate social la necesidad de orientar las miradas en esa dirección para atajar los factores determinantes de la enfermedad que como sabemos son más de 100 y en un alto porcentaje dependientes del entorno en los que viven las personas: Los entornos son creados en las diferentes etapas de la vida por diferentes contextos donde las políticas municipales tienen el papel protagonista tal y como se recoge en esta propuesta en la que se establece que los municipios en la revisión de sus planes se asegurarán de crear esos entornos donde pueda hacer posible la actividad física de las personas y el acceso gratuito al agua.

2. El establecimiento de medidas para la promoción de la salud, la prevención y la adecuada atención sanitaria de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos de la conducta asociados a una distorsión negativa de la propia imagen corporal. (art 1.2)

Como recoge el art. 4 s) El concepto de "Trastorno de la conducta alimentaria (TCA) responde a "un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. Las actuales clasificaciones de los TCA incluyen la Anorexia nerviosa, la Bulimia Nerviosa y otras alteraciones menos específicas denominadas TCANE o trastornos de la conducta alimentaria no especificados".

Las medidas contenidas en el art. 24 puntos 2 y 3: "En el desarrollo curricular en los centros educativos se tendrá en cuenta la inclusión, cuando proceda, entre sus contenidos de acciones formativas y sensibilizadoras con el alumnado que fomenten valores que impliquen la aceptación de la diversidad en la imagen corporal. Asimismo, se incorporarán contenidos en áreas relacionadas con la promoción de la aceptación de la diversidad corporal y la prevención de los TCA en el programa conjunto entre salud y educación "Forma Joven"

Trabajamos en todas las estrategias de promoción con las autoridades educativas llevando a cabo en este momento diversos programas como los "creciendo en salud" y "Forma Joven". Se trata de actualizar y revisar los contenidos desarrollados en esos programas para poner el énfasis en el problema más importante de salud pública en este momento; se revisa con ellos los contenidos curriculares en los que se incorporan los elementos necesarios para la promoción de valores incompatibles con el desarrollo de los problemas mencionados.

Y en el punto 3 "Por la Consejería competente en materia de salud se establecerán acuerdos con distintos sectores para el impulso de la formación en aspectos de promoción y prevención de los TCA" Para ello la acción se centra en el establecimiento de acuerdos con los diferentes actores sociales a los que se denomina "cartas de compromiso" recogidas en el art. 21 1 " La Administración sanitaria de la Junta de Andalucía podrá formalizar con otras entidades públicas y privadas en Andalucía interesadas en la promoción de la actividad física, el fomento de una nutrición equilibrada y en la prevención del sobrepeso y la obesidad, cartas de compromiso con los objetivos del Plan de fomento de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía (PAFASA).

Además en breve se va a presentar la iniciativa de Imagen y Salud que cuenta con recursos propios para su comienzo este año. Se trata de establecer el mayor número de sinergias, unificando criterios, compartiendo visiones para hacer mucho más eficaces las actuaciones, el objetivo es la autonomía, la autoestima y la satisfacción vital de las personas, el sentimiento de pertenencia a la sociedad, la capacidad crítica frente a los mensajes publicitarios y los estereotipos culturales las visiones positivas de la diversidad corporal y de los estándares estéticos.

3. El desarrollo de programas de inspección y control en relación a los menús y dietas escolares, el acceso al agua potable, así como el cumplimiento de las limitaciones y prohibiciones, definiendo la periodicidad mínima de su realización, los protocolos de inspección, mecanismos de control, seguimiento y evaluación de las instalaciones, funcionamiento y características de los menús de los comedores escolares de acuerdo con lo establecido en la normativa correspondiente. (Art. 12.9)

Ya actualmente existen Planes de Inspección funcionando, diseñados y evaluados desde el Área de Seguridad Alimentaria y desde el SAS para los comedores escolares. Estos planes cuentan en su lista de comprobaciones algunas de los aspectos contenidos en la Ley. A partir de la aprobación y publicación de esta deberían incorporar en las listas de comprobaciones los aspectos que contenga la Ley que no lo estén verificando hasta este momento. Es por ello que entendemos no supondrá coste económico adicional alguno.

4. La extensión y organización de una red de Bancos de leche materna en Andalucía que pueda atender todas las necesidades de uso de este alimento en recién nacidos en los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía (Art. 19.1)

Con esta medida se trata de garantizar el acceso, en cantidades suficientes, a la leche materna a los lactantes que la necesiten. La leche será donada por madres voluntarias de forma continua y sistemática. Se trata de que haya uno o más bancos, bien establecidos con un control estricto de donantes y rígidas normas para la recogida, cultivo y procesado de la leche para abastecer a toda la comunidad autónoma. Esta leche se administrará bajo prescripción médica. En la actualidad se cuenta con dos bancos de leche materna, en dos hospitales que actuarán para toda la comunidad autónoma, dotados de la infraestructura necesaria para ser bancos receptores. El resto de hospitales serán centros captadores de mujeres que puedan donar leche, para ello se requiere una infraestructura muy pequeña cuyo coste será asumido por los hospitales respectivos.

5. La necesaria formación de los profesionales (art 23). Como se recogen en los puntos a) y c) del art.

“a) La incorporación del control de la obesidad en los programas curriculares de las carreras de ciencias de la salud.”

Forma parte de la relación habitual de la universidad a través de la cual se realizan propuestos curriculares para las titulaciones sanitarias en los diferentes niveles; a nivel

nacional, desde nuestra participación a través del Ministerio de Sanidad y la Comisión de Recursos Humanos y a nivel regional, en nuestra habitual relación con las autoridades universitarias.

“c) La promoción de estilos de vida saludables, la prevención y el manejo de la obesidad en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional”.

Se trata de incorporar en los Planes de formación continuada de los profesionales nuevos contenidos que se alineen adecuadamente con los objetivos de la Ley y que a la vez generen sinergias con otras áreas de conocimiento.

6. La configuración del mapa Andaluz del Sobrepeso y la Obesidad (art. 34) Tal y como dice el artículo “en el marco del Sistema de Información de Vigilancia en Salud de Andalucía, se recogerán expresamente las variables que permitan analizar el sobrepeso y la obesidad, incorporando datos que permitan identificar el problema, asegurar la exhaustividad y la calidad de la información y realizar un análisis epidemiológico de los datos desagregados por edad y sexo y otras variables que sean necesarias para configurar un Mapa Andaluz del sobrepeso y la obesidad”

Este sistema de Información de Vigilancia se implantó a lo largo de 2011. El objeto principal del proyecto es dotar a las diferentes unidades del SSPA implicadas en la Vigilancia de la Salud, de un Sistema de Información que de ayuda para la toma de decisiones estratégicas y operativas que deban llevarse a cabo en el ámbito de la salud pública, y que tengan como fin último, mejorar y proteger la salud de la población. La fuente de información necesaria es la Historia Clínica Digital (Diraya) El peso es una variable ya existente lo mismo que la altura. Se trabajará en la mejora de su cumplimentación por parte de los profesionales sanitarios y se incorporará en la parrilla de indicadores del sistema de vigilancia. Por tanto formaría parte de la estrategia de mejora continua de este sistema de información.

7. La creación de la Comisión Andaluza para la Promoción de la actividad física y la alimentación saludable (art. 37)

La Comisión Andaluza para la promoción de la Actividad Física y la Alimentación saludable está compuesta por representantes de la Administración de la Junta de Andalucía, especialmente de las Consejerías competentes en materia de educación, agricultura y deporte, de las Corporaciones Locales, de los agentes económicos y sociales, y de las organizaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía de representantes de diferentes administraciones públicas. Esta comisión, de convocatoria periódica, tiene como tarea principal la coordinación de estas políticas. Los profesionales que la componen no reciben remuneración o indemnización alguna para ello.

8. La creación del Comité Científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable (art. 38)

El Comité está formado por un máximo de diez expertos de reconocida solvencia en las materias objeto de la presente Ley, de las Administraciones públicas, universidades y de los centros de investigación, nombrados por la persona titular de la Consejería competente en materia de salud.

Estos expertos pertenecen a diversas administraciones que incorporan esta actividad y por tanto las tareas y encuentros derivados de este Comité serán con cargo a los presupuestos de su centro de trabajo habitual.

9. Convocatoria de premios a las mejores experiencias de innovación y buenas prácticas que se hayan desarrollado en Andalucía en el ámbito de la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada y saludable (art. 41)

En cuanto a la Convocatoria de los premios no es necesario que estos sean de carácter económico, pueden ser reconocimientos que podrán tener repercusión en su desarrollo personal, en su carrera o poder permitir el acceso a oportunidades de trabajo no existentes hasta la concesión del premio. Existen muchos modos de reconocimiento eficaces que no necesariamente se centran en lo económico.

Por todo ello y dado que la aplicación de esta Ley se llevará a cabo con los recursos humanos y materiales actualmente existentes y de los que en su día se dote al presupuesto aprobado para la Consejería de Salud en el programa correspondiente, no se prevén efectos económicos derivados de su aplicación.

Por lo que el presente anteproyecto de Ley, al no requerir de recurso adicional alguno, no supone incremento del gasto del Presupuesto de la Consejería de Salud, pues no conlleva recursos que no se encuentren planificados en la actualidad. Por tanto, su aprobación no implicará incremento de gasto alguno.

En consecuencia, del análisis realizado del citado anteproyecto de Ley, no se desprende que de su aplicación se derive impacto económico alguno sobre el Presupuesto de Gastos de la Consejería de Salud para el presente ejercicio ni en ejercicios futuros.

En Sevilla, 15 de diciembre de 2016
EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO


Fdo: Ángel Serrano Cugat.

ANEXOS I A IV PARA AQUELLOS SUPUESTOS DE PROYECTOS O PROPUESTAS DE ACTUACIÓN CUYA INCIDENCIA ECONÓMICA-FINANCIERA SEA IGUAL A CERO

De conformidad con lo establecido en el artículo 3.1 del Decreto 162/2006, de 12 de septiembre, por el que se regulan la memoria económica y el informe en las actuaciones con incidencia económico-financiera, y al objeto de que se emita el preceptivo informe económico-financiero en referencia al Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía, se comunica lo siguiente:

La evaluación de la incidencia económica-financiera del mencionado anteproyecto, tiene como resultado un valor económico igual a cero en todos los apartados de los Anexos I a IV referidos en la Disposición Transitoria Segunda del Decreto 162/2006, de 12 de septiembre.

En Sevilla, a 15 de diciembre de 2016

EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO


Pdo: Ángel Serrano Cugat.

Rep. 8/04.01.17

REGISTRO DE ENTRADA Secretaría General Técnica
30 DIC. 2016
N.º: 3468

LEG

811

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE HACIENDA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Secretaría General para la Administración Pública

S A L I D A	JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE HACIENDA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
	27 DIC. 2016
	Registro General 2033/52195 20 SEVILLA

Fecha: 23/12/16

Ref: COORD./crp

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
CONSEJERÍA DE SALUD

AVENIDA DE LA INNOVACIÓN S/N, EDIFICIO
ARENA 1
41071 - SEVILLA

R E C E P C I O N	JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD
	29 DIC. 2016
	Registro General 2100/35710 5 Hora Sevilla

275/16

Remitido el Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida activa y una alimentación equilibrada en Andalucía, mediante escrito dirigido por la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, y de acuerdo con lo establecido en el artículo 45.1b) de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía y en el artículo 7.3d) del Decreto 206/2015, de 14 de julio, por el que se regula la estructura orgánica de la Consejería de Hacienda y Administración Pública, le comunico que esta Secretaría General muestra su conformidad con el contenido del informe emitido por la Dirección General de Planificación y Evaluación, con fecha 28 de noviembre de 2016.

LA SECRETARIA GENERAL PARA LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Fdo: Lidia Sánchez Milán

Ref. 93/27.01-176

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE TURISMO Y DEPORTE
Viceconsejería

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

S A L I D A	JUNTA DE ANDALUCIA CONSEJERÍA DE TURISMO Y DEPORTE 2
	23 ENE 2017
	Registro General Viceconsejería 286 Sevilla

26 ENE. 2017
Nº: 197

CONSEJERÍA DE SALUD
Ilmo. Sr. Secretario General Técnico
D. Ángel Serrano Cugat
Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena 1
41020 - SEVILLA

Fecha: 17 de enero de 2017
S/Ref.:
N/Ref.: 23/SCJ/VMR
Asunto: Observaciones al Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida y una alimentación equilibrada en Andalucía.

245/16

25 ENE. 2017
2100/1930

En relación al escrito en el que solicita la formulación de observaciones y sugerencias al Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida y una alimentación equilibrada en Andalucía, le comunico que, examinado el citado texto esta Consejería realiza las siguientes consideraciones y observaciones:

I CONSIDERACIONES PREVIAS

Con la aprobación de la Ley 5/2016, de 19 de julio, del Deporte de Andalucía, se define Deporte o Práctica Deportiva como "todo tipo de actividad física que, mediante una participación organizada o no, se realice con objetivos relacionados con la mejora de la condición física, psíquica o emocional, con la consecución de resultados en competiciones deportivas, con la adquisición de hábitos deportivos o con la ocupación del tiempo de ocio".


Se establece, por tanto, un nuevo marco jurídico con el objetivo final de dar cobertura legal al deporte en toda su amplitud, en este sentido, se indica en su exposición de motivos que la Ley pretende adaptar el marco legal a la realidad deportiva incidiendo y facilitando la búsqueda de la salud, la seguridad, la educación, la calidad y la excelencia.

Así, el deporte en Andalucía tiene la consideración de actividad de interés general que cumple funciones sociales, culturales, educativas, económicas y de salud, dirigiendo la práctica deportiva al desarrollo integral de la persona y a la consecución de valores, tales como la adquisición de hábitos saludables en las personas y la mejora de la salud pública, la difusión de la cultura del deporte como factor educativo y formativo del ser humano, la dimensión económica que contribuye al desarrollo del bienestar social aumentando la calidad de vida y propiciando condiciones de empleo, la generación de actitudes y compromisos cívicos y solidarios, de respeto y de sociabilidad, que se revelan como elementos para la cohesión e integración en una comunidad avanzada.

Igualmente se recoge en esta ley, en su artículo 5, que los poderes públicos de Andalucía fomentarán el deporte y tutelarán su ejercicio, en el marco de sus respectivas competencias, con el fin de alcanzar estándares de calidad y excelencia, la satisfacción y la fidelización de las personas deportistas, a través de una práctica deportiva compatible con la salud y la seguridad, y de acuerdo con el siguiente principio rector, entre otros, "la formulación de la práctica deportiva como un factor

Edificio Torretriana, Entreplanta Anexo Sur. Isla de la Cartuja
C/ Juan Antonio de Vizarrón, s/n
41092 Sevilla
Tfno. 955.06.51.00

Código Seguro de verificación: a01C/XaPErWAFfweu8r1WQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws072.juntadeandalucia.es/verificarFirma>
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	DIEGO RAMOS SANCHEZ		FECHA	20/01/2017
ID. FIRMA	ws029.juntadeandalucia.es	a01C/XaPErWAFfweu8r1WQ==	PÁGINA	1/7
 a01C/XaPErWAFfweu8r1WQ==				

esencial para la salud, una mayor calidad de vida, el bienestar social y el desarrollo integral de la persona."

Asimismo, en el artículo 11, se recoge dentro de un listado no excluyente de competencias de la Administración de la Junta de Andalucía, en relación con el deporte, la competencia de "El fomento del deporte como derecho de la ciudadanía andaluza, en colaboración con las restantes administraciones públicas y el resto de los agentes del sistema deportivo andaluz. Esta labor se implementará en el desarrollo de la Ley desde los principios rectores de la misma y, en particular, como factor esencial para la salud, la calidad de vida, el bienestar social y el desarrollo integral de la persona."

Por otro lado, en el Capítulo III, Título II de la Ley 5/2016, de 19 de julio, se incorpora como novedad la regulación del deporte de ocio o de recreación, entendiéndose este como todo tipo de actividad física que se realice en una organización o al margen de esta, y dirigida a conseguir los objetivos no competitivos relacionados con la mejora de la salud, adquisición de hábitos deportivos, así como la ocupación activa del tiempo libre. A lo que cabe añadir que la ley define el deporte o práctica deportiva, como todo tipo de actividad física que, mediante una participación organizada o no, se realice con objetivos relacionados con la mejora de la condición física, psíquica o emocional, con la consecución de resultados en competiciones deportivas, con la adquisición de hábitos deportivos o con la ocupación activa del tiempo de ocio.

Asimismo, dentro del Título II, en su Capítulo IV se regula el Plan de Deporte en Edad Escolar, que constituye un instrumento de vital importancia para el fomento de la práctica deportiva entre los escolares, estando incluido dentro de ese deporte en edad escolar el concepto de deporte base regulado en el artículo 9.18 de la Ley 5/2010, de 11 de junio.

También como novedad, se regula la promoción del deporte en los centros escolares de Andalucía en horario no lectivo, con la finalidad de inculcar los valores educativos y el hábito saludable de la práctica deportiva desde la infancia, fomentando la organización y desarrollo de competiciones de diferentes modalidades deportivas entre centros escolares. Y se establece entre los principios rectores aplicables en las acciones de implementación del deporte en edad escolar (artículo 29.d)) el de "La formación integral de los deportistas en edad escolar a través de la adquisición de los valores inherentes a la práctica deportiva, la promoción de la sana utilización del ocio y la creación de hábitos estables y saludables."


En definitiva, esta regulación parte del convencimiento de que la práctica deportiva supone la expresión de importantes valores como el de la contribución a la adquisición de hábitos saludables y pone en valor su importancia como activo de salud para la comunidad, por ser factor de bienestar personal, según se contempla en el artículo 3.2.b) de la Ley 5/2016, de 19 de julio.

En este contexto, entrando en la regulación del deporte de ocio, la ley establece un marco competencial muy claro que conviene tener en cuenta en la regulación del texto que se informa, en concreto se contempla que la Consejería competente en materia de deporte fomentará el deporte de ocio mediante el desarrollo de una política deportiva a través de la planificación y programación de la oferta de actividades deportivas de tiempo libre y recreación, buscando estándares de calidad y excelencia. Asimismo, se recoge que las consejerías competentes en materia de deporte y de salud colaborarán en el desarrollo de medidas para la divulgación y promoción del deporte de ocio y saludable en el conjunto de la población.

Por último, también cabe resaltar que en la Ley se prevén supuestos en los cuales la actuación de la Administración de deporte de la Junta de Andalucía irá dirigida a la creación de hábitos saludables o potenciar la salud y calidad de vida, como son:

1. En el deporte para personas mayores (artículo 8.1) "Se promoverá el fomento de la práctica del deporte en las personas mayores con el objeto de alcanzar una cultura a favor del envejecimiento

Código Seguro de verificación:ao1C/XaPErWAFfweu8r1WQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws072.juntadeandalucia.es/verificarFirma>
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	DIEGO RAMOS SANCHEZ		FECHA	20/01/2017
ID. FIRMA	ws029.juntadeandalucia.es	ao1C/XaPErWAFfweu8r1WQ==	PÁGINA	2/7
				
ao1C/XaPErWAFfweu8r1WQ==				

activo, creando hábitos saludables que contribuyan a favorecer el bienestar y la calidad de vida en este grupo social."

2. En el deporte para personas con discapacidad (artículo 9.2) *"[...] impulsarán las medidas adecuadas para favorecer la capacitación específica de las personas encargadas de la preparación deportiva de las personas con discapacidad, tanto en deportistas de competición como de ocio, teniendo en cuenta a los efectos potenciales del deporte en la salud y calidad de vida de las personas con discapacidad"*.
3. En lo que respecta a la previsión de Plan de Deporte en Edad Escolar (artículo 31.3.3º) se contempla que los programas que se incluyan en dicho plan tendrán como objetivo, entre otro, *"poner en valor la práctica del deporte como hábito de vida asociado a la mejora de la salud y del bienestar, así como de la sociabilidad entre los niños y las niñas en edad escolar."* Estableciendo por otro lado que, dado el carácter interdepartamental de la materia, tanto el Plan de Deporte en Edad Escolar regulado, como otros instrumentos de programación y planificación previstos, deberán ser aprobados de forma conjunta por las consejerías competentes en materia de deporte, educación y salud (artículos 31.2 y 32.1).
4. En el ámbito de la gestión de las instalaciones deportivas, en concreto, al regularse el Inventario Andaluz de Instalaciones y Equipamientos Deportivos, se establece que éste tendrá carácter público y su contenido estará a disposición de las entidades públicas y privadas, especialmente para la promoción del deporte como práctica saludable por los Servicios de Salud. (artículo 73.3).

En conclusión, la Ley 5/2016, de 19 de julio, establece un marco normativo con una clara vinculación en lo que se refiere a la creación de hábitos saludables y al mismo tiempo, contempla un régimen competencial al respecto, en base a lo cual se hacen las siguientes observaciones.

II OBSERVACIONES

II.1 Exposición de motivos


En la exposición de motivos del texto proyectado se contempla que *"[...] esta Ley genera una sinergia importante con la recientemente aprobada Ley 5/2016, de 19 de julio, del Deporte de Andalucía"*, sinergia que debe estar presente a lo largo de todo el articulado.

En este sentido, es necesario que los conceptos empleados no generen confusión dentro del marco jurídico existente. Así, el concepto de "actividad física", definido en el artículo 4 a) del texto proyectado, y que sirve luego para delimitar el marco jurídico y competencial -fomento, planificación, programación-, es un concepto que entendemos cabe dentro de la definición realizada como deporte o práctica deportiva en la Ley 5/2016, de 19 de julio, en su artículo 4.a), y sobre el que se asienta toda una regulación jurídica y competencial ya en vigor, tal y como se indica en las consideraciones previas.

Es por ello, que todas las previsiones que se hagan en el texto proyectado relacionadas con la realización de una actividad física que suponga una mejora de la condición física, psíquica o mental y que implique la ocupación activa del tiempo de ocio, deben hacer referencia al concepto de "deporte o práctica deportiva" y recoger que en ese caso será de aplicación lo establecido en la Ley 5/2016, de 19 de julio y su normativa de desarrollo. A ello cabría añadir, que siendo complementaria la finalidad del texto propuesto en cuanto a la búsqueda de una mejora de la calidad de vida de la ciudadanía, deberían contemplarse fórmulas e instrumentos de colaboración entre las Consejerías competentes en materia de deporte y salud.

Asimismo, sería necesario definir el término "vida saludable" que aparece en el título del proyecto pero que no se recoge en el citado artículo 4, máxime cuando son muchas las referencias que en la Ley 5/2016, de 19 de julio, se hacen a la finalidad de generar hábitos saludables, desde la

Código Seguro de verificación: a01C/XaPErWAFfweu8r1WQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws072.juntadeandalucia.es/verificarFirma>
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	DIEGO RAMOS SANCHEZ		FECHA	20/01/2017
ID. FIRMA	ws029.juntadeandalucia.es	a01C/XaPErWAFfweu8r1WQ==	PÁGINA	3/7
				
a01C/XaPErWAFfweu8r1WQ==				

821

promoción, fomento, planificación y programación del deporte o práctica deportiva.

II.2 Articulado

Con carácter general, al hilo de lo señalado en las consideraciones previas, indicar que en todo aquello que, en el presente proyecto, se relaciona con la promoción, fomento, planificación, programación, formación e innovación de la "actividad física" debe regularse en consonancia con el marco legal existente y por tanto, se sugiere que se contemple en el texto una actuación conjunta y concertada entre las consejerías competentes en materia de deporte y en materia de salud, salvando, en todo caso, las competencias que son propias de la Consejería de Turismo y Deporte.

Artículo 10. Al regularse las estrategias para la "actividad física" y alimentación saludable en los centros educativos, la regulación planteada por el borrador en lo referente a la "actividad física", es paralela con el deporte en edad escolar regulado en la Ley del Deporte.

En este sentido, Ley 5/2016, de 19 de julio, en su artículo 29, como se indica en las consideraciones generales, ya contempla como uno de sus principios rectores el de ser "[...] instrumento para la integración social de los grupos de atención especial y los grupos con discapacidad y como instrumento de prevención del sedentarismo, sobrepeso y obesidad infantil", estableciéndose en el artículo 31 que las Consejerías competentes en materia de educación, salud y deporte promoverán de la práctica de actividad física y el deporte en edad escolar llevando el desarrollo de dicha materia a través de un Plan de Deporte en Edad Escolar construido por una serie de programas de deporte.

Por tanto, el marco planificador previsto en este artículo del texto que se informa debería recoger en su redacción lo establecido en los artículos 29 a 32 de la Ley 5/2016, de 19 de julio, e igualmente, en lo que se refiere al marco competencial debe hacerse referencia expresa a la Consejería competente en materia de deporte (artículo 10.2 del texto proyectado).

Por otro lado, en el apartado 2.f) de este artículo debe hacerse mención expresa a la normativa reglamentaria en vigor que regula el deporte en edad escolar, el Decreto 6/2008, de 15 de enero, por el que regula el deporte en edad escolar en Andalucía.

Artículo 13. En relación con la promoción de la "actividad física" y el deporte en el ámbito universitario, en consonancia con la ya indicado, debe recogerse en este precepto una referencia al artículo 33 de la Ley 5/2016, de 19 de julio.


Artículo 16. Una vez más el texto proyectado, esta vez en relación en el ámbito de los centros de personas mayores y personas con discapacidad, alude al fomento, formación y sensibilización de la "actividad física" y de la práctica deportiva, en los apartados 2.d) y 3 de ese artículo, cuestiones abordadas en los artículos 8 y 9 de la Ley 5/2016, de 19 de julio.

Es por ello, que se deben citar dichos preceptos, teniendo presente, como ocurre en otros casos observados en este informe, que la Ley 5/2016, de 19 de julio, establece un marco competencial en estas materias que debe ser atendido.

Todo ello sin perjuicio de las competencias de la Consejería de Salud, es más, la propia Ley 5/2016, de 19 de julio, en su artículo 8.3, recoge expresamente que "3. Las administraciones públicas de Andalucía con competencia en materia de deporte y salud colaborarán mediante campañas de sensibilización que faciliten al colectivo de personas mayores acceder y conocer la información necesaria para la realización de la práctica deportiva.", estableciendo la colaboración como el instrumento jurídico adecuado para el desarrollo de estas políticas.

Artículo 33. Se atribuye la competencia a la Consejería de Salud en relación con la dirección y

Código Seguro de verificación: aolC/XaPErWAffweu8r1WQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws072.juntadeandalucia.es/verificarFirma>
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	DIEGO RAMOS SANCHEZ		FECHA	20/01/2017
ID. FIRMA	ws029.juntadeandalucia.es	aolC/XaPErWAffweu8r1WQ==	PÁGINA	4/7
				
aolC/XaPErWAffweu8r1WQ==				

coordinación de las estrategias, planes, programas y acciones para el fomento de la "actividad física saludable", no obstante dicha previsión resulta contraria al marco competencial establecido en la Ley 5/2016, de 19 de julio. En consecuencia deberá reconducirse dicha competencia dentro del marco legal existente.

Valga esta misma observación para lo recogido en el apartado 2.a) de este precepto en lo relativo a la elaboración y propuesta de un Plan andaluz para la promoción de la actividad física.

En el artículo 40 sobre Investigación e innovación en materia de "actividad física", debería mencionar la competencia investigadora que establece la Ley 5/2016, de 19 de julio, en su artículo 83 sobre Investigación e innovación deportiva.

Se propone la incorporación de una disposición final con el objeto de modificar el artículo 4.2.b) de la Ley 11/2003, de 24 de noviembre, de Protección de los animales, a fin de prohibir sin posibilidad de excepción la práctica del tiro al pichón, al considerar que ésta supone una clara manifestación de maltrato animal que resulta contraria a los valores inspiradores de dicho texto normativo, no siendo congruente, por tanto, la posibilidad de la referida excepción con el la citada Ley 11/2003, de 24 de noviembre.

Efectivamente, conocidas las características de esta práctica, donde se llega a amputar las alas de estas aves, denunciada por distintas organizaciones y prohibida de forma expresa en las comunidades autónomas de Canarias y Cataluña, se propone la siguiente modificación.

"Disposición final..... Modificación de la Ley 11/2003, de 24 de noviembre, de Protección de los animales.

Se modifica el artículo 4.2.b) de la Ley 11/2003, de 24 de noviembre, de Protección de los animales, que queda redactado de la siguiente forma:

"b) Las competiciones de tiro de pichón"

El Título VII (arts. 43 a 46) regula el régimen sancionador con expresa remisión a la ley 16/2011, de 23 de febrero, de Salud Pública de Andalucía y, concretamente su artículo 45.2 dice que «La potestad sancionadora sobre infracciones tipificadas en la presente ley corresponderá a la Administración de la Junta de Andalucía con arreglo a la distribución que se deriva del artículo 109 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre». Dicho artículo prevé lo siguiente:

«1. La potestad sancionadora para la imposición de sanciones por infracciones en materia de salud pública corresponde a la Administración de la Junta de Andalucía y a los municipios en el ámbito de sus competencias(...).


«4. El ejercicio de la potestad sancionadora, respecto de las infracciones previstas en la presente ley, corresponderá a los órganos de la Consejería competente en materia de salud en los términos que se determinen reglamentariamente, sin perjuicio de la competencia atribuida al Consejo de Gobierno en el artículo 107.3».

Se sugiere una especificación más concreta de los órganos competentes para la imposición de sanciones.

Respecto a la misma materia, se sugiere asimismo, que el apartado 3 del artículo 43, reproduzca textualmente la redacción dada por el artículo 28 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Régimen Jurídico del Sector Público.

Respecto a la técnica normativa

Primero.- Las disposiciones derogatorias deberán ser precisas y expresas, indicando tanto las

Código Seguro de verificación: a01C/XaPErWAFfweu8r1WQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws072.juntadeandalucia.es/verificarFirma Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.				
FIRMADO POR	DIEGO RAMOS SANCHEZ		FECHA	20/01/2017
ID. FIRMA	ws029.juntadeandalucia.es	a01C/XaPErWAFfweu8r1WQ==	PÁGINA	5/7
 a01C/XaPErWAFfweu8r1WQ==				

normas o parte de ellas que se derogan como las que se mantienen en vigor.

Segundo.- El Acuerdo del Consejo de Ministros 22 de julio de 2005, por el que se aprueban las Directrices de técnica normativa establece que el uso de las mayúsculas debe restringirse lo máximo posible y en todo caso cumplir las normas ortográficas dictadas por la Real Academia Española, en este sentido apuntar, sin ánimo de ser exhaustivos, que «consejería competente en...» se escribe en minúscula porque no se trata de una consejería concreta, igualmente para la referencia al ministerio del artículo 35. A lo largo del texto se escribe indistintamente «Administración Pública» y «Administración pública», siendo correcta la segunda. Solo se escribe con mayúscula el inicial del primer término.

La expresión «las Universidades andaluzas» o «los Ayuntamientos», debe ir en minúscula porque no forma parte de un nombre concreto, se emplea genéricamente.

En la disposición adicional segunda, la expresión «por Orden» debe ir en minúscula.

El artículo 43.2 hace referencia a la normativa vigente en materia de ..., debe ir con iniciales minúsculas.

Tercero.- Se propone que todas las citas se ajusten a dicho Acuerdo en cuanto a la tipografía de los enunciados de la división del texto: la denominación de los títulos y de los capítulos irá en negrita.

Cuarto.- Aunque es excepcional, se ha detectado que en los artículos 38 y 43, se reproducen íntegramente la denominación de leyes, cuando no es la primera vez que se redactan.

Quinto.- Se detecta una errata en el artículo 24.1 en la expresión «por que» y en el término «configuren» de la disposición final primera.

III CONCLUSIONES


En el Anteproyecto de Ley, se ven afectadas las competencias atribuidas a la Consejería de Turismo y Deporte por el Decreto de la Presidenta 12/2015, de 17 de junio, de la Vicepresidencia y sobre reestructuración de Consejerías, y el Decreto 212/2015, de 14 de julio, por el que aprueba su estructura orgánica.

El objeto del texto proyectado resulta adecuado y necesario, ya que atiende a una necesidad de la ciudadanía, como es el fomento de todas aquellas posibles actuaciones que puedan repercutir en la generación de hábitos saludables y por tanto, que supongan una mejor calidad de vida.

En su artículo 8 se declara la obesidad como un problema prioritario de salud pública en Andalucía, lo que conllevará la priorización por los poderes públicos en la Comunidad Autónoma de un conjunto de acciones coordinadas para su prevención y atención.

Se insta a garantizar el trabajo colaborativo entre todas las administraciones públicas para alcanzar la reducción efectiva de la prevalencia de la obesidad en la población infantil y se establece en su actuación el principio de transversalidad incorporando las estrategias de lucha contra la obesidad en todas las políticas, en los diferentes niveles de intervención. Para ello, obliga a impulsar planes, programas o acciones específicas que afectan a diversas áreas competenciales.

Así en el artículo 9 se dice: «1. La consejería competente en materia de salud, en coordinación con el resto de consejerías, especialmente las competentes en materia de educación, agricultura y deporte, las administraciones locales y con participación de los operadores económicos y agentes sociales, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 36 y siguientes de la Ley 17/2011, de 5 de julio, definirá un Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía (en adelante PAFASA), con el fin de fomentar estilos de vida activa y saludables y de prevenir el sobrepeso y la obesidad en la población. Dicho Plan se formulará de acuerdo con el marco

Código Seguro de verificación: a01C/XaPErWAFfweu8r1WQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws072.juntadeandalucia.es/verificarFirma Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.				
FIRMADO POR	DIEGO RAMOS SANCHEZ		FECHA	20/01/2017
ID. FIRMA	ws029.juntadeandalucia.es	a01C/XaPErWAFfweu8r1WQ==	PÁGINA	6/7
 a01C/XaPErWAFfweu8r1WQ==				

establecido en la estrategia de nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS).

(...) 7. A propuesta de la consejería competente en materia de salud, el Consejo de Gobierno formulará y aprobará el Plan y establecerá los mecanismos de coordinación y actuación necesarios para su implantación y desarrollo».

La oportunidad del texto propuesto no se puede negar, pero si debe señalarse que dichas reflexiones ya fueron realizadas, evaluadas y concretadas en la tramitación y aprobación de la Ley 5/2016, de 19 de julio, encontrándose una relación clara y evidente entre actividad física, deporte, tiempo de ocio y hábito saludable. Ello ha supuesto, como ya se ha puesto de manifiesto, que la nueva ley del Deporte de Andalucía establezca una regulación y unas competencias concretas en relación con el deporte entendido como actividad física que mejora la condición física, psíquica o emocional, en distintos ámbitos, pero desde luego también dentro de la ocupación activa del tiempo de ocio.

Respecto a las materias objeto de nuestra competencia, a lo largo del texto se hacen continuas referencias a la actividad física y el deporte, tanto en la exposición de motivos, donde se dice que «esta Ley genera una sinergia importante con la recientemente aprobada Ley 5/2016, de 19 de julio, del Deporte de Andalucía», como en el articulado, estableciendo entre sus fines (artículo 2) el fomento de políticas de accesibilidad a instalaciones deportivas, favorecer entornos deportivos saludables y obligar a las Administraciones públicas a impulsar el desarrollo de planes orientados entre otros, a promover la actividad física y la práctica deportiva como fuente de salud física y mental de conformidad con lo dispuesto en la Ley 5/2016, de 19 de julio.

Partiendo de esta premisa, el texto proyectado debe reconducir todo aquello que se refiere a "actividad física" y adecuarse en este respecto al marco jurídico existente, tanto en lo que atañe a los instrumentos de actuación previstos -fomento, planificación, programación, etc- como a lo que se refiere a las competencias ya fijadas. Sería oportuno, que junto a dicha revisión se incorpore en el texto proyectado la colaboración de la Consejería de Salud y la Consejería de Turismo y Deporte, en esta materia.

Asimismo se prevé la constitución de la Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable como un órgano colegiado, adscrito a la consejería competente en materia de salud, que estará integrada por representantes de diversas consejerías, entre otras, de la competente en materia de deporte.


En el artículo 32 que regula la acción coordinada de las políticas públicas, se insta a favorecer la intersectorialidad en las áreas de educación, deporte, agricultura, bienestar social, políticas de igualdad, sostenibilidad, infraestructuras y vivienda.

Dada la confluencia de varias áreas competenciales en el impulso y la consecución de los principios y objetivos perseguidos, se entiende que se articularán los mecanismos precisos para la continua y ágil comunicación con las consejerías implicadas, durante su elaboración, para el diseño de una política integral.

Igualmente, no puede obviarse la bondad del texto respecto a la importante regulación que en él se hace en relación con la búsqueda de hábitos de alimentación saludable, lo cual resulta un complemento indispensable a cualquier acción en materia de fomento de la actividad física para la mejora de la salud.



Viceconsejero
Diego Ramos Sánchez

Código Seguro de verificación:ao1C/XaPErWAFfweu8r1WQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws072.juntadeandalucia.es/verificarFirma Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.				
FIRMADO POR	DIEGO RAMOS SANCHEZ		FECHA	20/01/2017
ID. FIRMA	ws029.juntadeandalucia.es	ao1C/XaPErWAFfweu8r1WQ==	PÁGINA	7/7
 ao1C/XaPErWAFfweu8r1WQ==				

Ref. 129/
06.02.17

REGISTRO DE ENTRADA Secretaría General Técnica
03 FEB. 2017
N.º 261

WT

826

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE AGRICULTURA, PESCA Y DESARROLLO RURAL
Secretaría General Técnica

RECEPCION
CONSEJERÍA DE SALUD
- 2 FEB. 2017
Registro General 2100/2912 Sevilla Hora

Fecha:
N. Ref.: 3301/2016/PW
Asunto: Observaciones a la Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía.

CONSEJERÍA DE SALUD
Secretaría General Técnica.
Avda. de la Innovación s/n, Edificio ARENA I
41020 - Sevilla

275/16

SALIDA
JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE AGRICULTURA, PESCA Y DESARROLLO RURAL
- 1 FEB. 2017
Registro General 15 Secretaría General Técnica 45012179 SEVILLA

En relación con el **Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía**, remitido por esa Secretaría General Técnica, adjunto se trasladan las observaciones realizadas por la Secretaría General de Agricultura y Alimentación.

EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO

Fdo.: Alberto Sánchez Martínez

C/ Tabladilla, s/n. 41071 SEVILLA
Tfno. 955032000 - Fax 955032319

Código:640xu773UMQE5Q0zB4R9EnnoSu8pQ3. Permite la verificación de la integridad de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/			
FIRMADO POR	ALBERTO SANCHEZ MARTINEZ	FECHA	30/01/2017
ID. FIRMA	640xu773UMQE5Q0zB4R9EnnoSu8pQ3	PÁGINA	1/1

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE AGRICULTURA, PESCA Y
DESARROLLO RURAL
Secretaría General de Agricultura y Alimentación

Nº	SSAYA/558/16	Fecha:	24 de noviembre de 2016
----	--------------	--------	-------------------------

ASUNTO: Observaciones al anteproyecto de Ley Vida saludable

Remitente : Secretario General de Agricultura y Alimentación.

Destinatario: Secretario General Técnico. (Sv. De Legislación y Recursos)

Recibido el Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía, se informa de lo siguiente:

El borrador de Anteproyecto fue analizado en su momento con la Viceconsejería, y se efectuó una propuesta de modificaciones. Sobre el texto del borrador se observan las siguientes modificaciones:

No procede hacer objeción a las modificaciones realizadas sobre el borrador que se recogen a continuación:

- Artículo 2, Fines: *Se incluye un nuevo apartado h) Garantizar el trabajo colaborativo entre todas las administraciones públicas para alcanzar la reducción efectiva de la prevalencia de la obesidad en la población infantil.*
- Artículo 10.2.a): *Se elevan de 3 a 5 las horas efectivas semanales de ejercicio físico y/o actividad física.*
- Artículo 32.4: *Se incluyen deporte y agricultura en el apartado 4, que dice: Se favorecerá la intersectorialidad en las áreas de educación, **deporte, agricultura**, bienestar social, políticas de igualdad, sostenibilidad, infraestructuras y vivienda.*

Como segunda cuestión, el borrador contenía aspectos que se consideraban positivos para un mejor logro de los objetivos de la Ley, pero que no aparecen en el anteproyecto. En cualquier caso se informa de ello:

- Artículo 11.4: No recoge la aportación propuesta por la CAPDER consistente en: *Al objeto de fomentar unos hábitos alimentarios saludables y el consumo de productos locales, la Administración de la Junta de Andalucía impulsará (o en redacción alternativa: podrá impulsar) el desarrollo de los programas de la Unión Europea relativos a la distribución de frutas y hortalizas, plátanos y leche a los niños y niñas en los centros escolares.*



120 NOV 2016.

Código:640xu697TXHL5KGLr93ht/Q/CtHJIS.

Permite la verificación de la integridad de este documento electrónico en la dirección: <https://rs050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/>

FIRMADO POR	RAFAEL PERAL SORROCHE	FECHA	28/11/2016
ID. FIRMA	640xu697TXHL5KGLr93ht/Q/CtHJIS	PÁGINA	1/2

JUNTA DE ANDALUCÍA

- Se ha suprimido la creación del impuesto sobre el consumo de bebidas refrescantes hipercalóricas, previsto en el borrador.
 - Artículo 36: Se ha eliminado la creación de una Unidad de Control y Evaluación de la Información en Salud Alimentaria y Nutrición, dependiente del órgano responsable de salud pública de la Administración de la Junta de Andalucía.
- Como tercer punto se propone una corrección:
- El Artículo 36, Control oficial de los productos alimentarios, dice: *"El control oficial de los productos alimenticios, que se ejerce por parte de la autoridad sanitaria de Andalucía, procederá, en todas las fases de la producción, transformación y distribución, a controlar y evaluar la información alimentaria en todos sus soportes y medios para garantizar que no se incluyen elementos que promuevan una alimentación no saludable o equilibrada"*

En el desarrollo del Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria, además de la Consejería competente en materia de salud, interviene la Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural, que desarrolla los planes de control sobre alimentación animal, higiene en la producción primaria de acuicultura, ganadería y pesca extractiva, establecimientos y transporte de SANDACH, producción ecológica, medicamentos veterinarios, calidad alimentaria, etc.

Por ello, con el fin de salvaguardar las competencias de cada Consejería se propone como mejor redacción la siguiente:

- *"El control oficial de los productos alimenticios, que se ejerce por parte de la autoridad sanitaria de Andalucía, **sin perjuicio del correspondiente a la Consejería competente en materia agraria y pesquera**, procederá, en todas las fases de la producción, transformación y distribución, a controlar y evaluar la información alimentaria en todos sus soportes y medios para garantizar que no se incluyen elementos que promuevan una alimentación no saludable o equilibrada"*

Se adjunta una nota sobre las competencias de los Departamentos de Agricultura y Salud.

Sevilla, 24 de noviembre de 2016
El Secretario General de Agricultura y Alimentación

Fdo.: Rafael Peral Sorroche



Código:640xu697TXHL5KGLr93ht/Q/CtHJIS. Permite la verificación de la integridad de este documento electrónico en la dirección: https://vs050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/			
FIRMADO POR	RAFAEL PERAL SORROCHE	FECHA	28/11/2016
ID. FIRMA	640xu697TXHL5KGLr93ht/Q/CtHJIS	PÁGINA	2/2

INFORME EMITIDO POR LA SECRETARÍA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO SOBRE LAS ALEGACIONES PRESENTADAS AL PROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA DE ANDALUCÍA.

29 de marzo de 2017

Se han recibido 58 documentos de alegaciones de los cuales 13 pertenecen a los informes de las Consejerías, de las Administraciones Locales, del Consejo Audiovisual y la Unidad de género, así como las asociaciones de consumidores y usuarios. El resto pertenecen a empresas de la industria alimentaria, empresas de la restauración, sociedades científicas, asociaciones y colegios profesionales, asociaciones ciudadanas y de padres y madres y tres de carácter individual. De estas, unas han llegado por correo ordinario a través de la Secretaría General Técnica (40), las otras (18) por el correo electrónico leypromoción.csalud@juntadeandalucia.es dispuesto en la web de la Consejería.

Empresas de la industria alimentaria:

Alimentación Ángel Camacho
Federación Española de Industrias de la Alimentación y Bebidas (FIAB)
Federación Nacional de Industrias Lácteas (FENIL)
Grupo Lactalis Iberia
COVAP
AB Azucarera Iberia
Coca-Cola
Bebidas refrescantes. ANFABRA
DANONE
ANEABE. Asociación Nacional de Agua de Bebida Embotellada
AGFAE. Asociación Nacional de fabricantes de azúcar
CAEA. Confederación Andaluza de Empresarios de Alimentación y Perfumería

Empresas distribuidoras

ANEDA. Asociación Nacional Española de Distribuidores Automáticos
ACES (Asociación de Cadenas Españolas de Supermercados)

Empresas restauradoras

Marcas de Restauración
Federación de Empresarios de Hostelería de Andalucía (HORECA)
Federación Española de Hostelería (FEHR)

Otras empresas

Confederación de Empresarios de Andalucía (CEA)
Pequeño comercio. De carácter individual

Asociaciones ciudadanas

Asociación de Vías Verdes de Andalucía.
FAMPA-Alhambra. Federación Andaluza de Padres y Madres
FACUA
Unión de Consumidores de Andalucía. UCE
CCUA. Consejo de Personas Consumidoras y Usuarías de Andalucía

Sindicatos

UGT
CCOO

Administraciones Públicas

Consejería de Educación. Secretaría General
Consejería de Hacienda. Secretaria General de Admón Pública DG Planificación y Evaluación.
Consejería de Presidencia y Admón Local. Secretaría General Técnica
Consejo Andaluz de Gobiernos Locales
Consejo Andaluz de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación
Consejería de Fomento y Vivienda.
Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural
Consejería de Empleo, Empresa y Comercio. Dirección General de Relaciones Laborales y Seguridad y Salud laboral. Dirección General de Formación Profesional para el Empleo
Consejería de Turismo y Deporte
Consejería de Igualdad y Políticas Sociales
Consejo Audiovisual de Andalucía
Unidad de Igualdad de género
Ayuntamiento de Málaga

Sociedades Científicas o responsables científicos sanitarios

SEMERGEN
Sociedad Pediatría Andalucía Oriental SPAO
Cátedra extraordinaria de Bebidas Fermentadas. César Nombela. Universidad Complutense
Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial Riesgo Vascular
Sociedad de Odontopediatría
Dirección Plan de Diabetes de Andalucía
Fundación Internacional de la Dieta Mediterránea
Sociedad Andaluza de Cancerología.
Asociación Andaluza de Matronas
Universidad de Sevilla
Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética
Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria

Colegios Profesionales

Consejo Andaluz de Colegios de Enfermería
Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos

Colegio Oficial de Licenciados en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte de Andalucía. (COLEF)
Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Andalucía (CODINAN)

Con carácter individual

Francisco Sánchez Jiménez [REDACTED]
Irina Casablanca
Rosario Reina Escalante

Pasamos a relacionar las alegaciones realizadas a la exposición de motivos y a su articulado y que no han sido aceptadas. Para cada parte del texto del anteproyecto de Ley hemos ido agrupando las entidades con los contenidos de su alegación.

Exposición de motivos.

Solicita hacer referencia a la necesidad de agua en las personas. Presentada por ANEABE. No se acepta ya que no es el objeto de la norma aunque resulte una de las iniciativas necesarias. Nos parece que no podíamos alargar más la exposición de motivos.

Propone incorporar alusión al cumplimiento del trámite de audiencia al Consejo de Personas Consumidoras y Usuarias de Andalucía, presentada por la propia CCUA. No se acepta por que parecía demasiado prolijo hacer referencia a todas las instituciones a las que se debía dar trámite de audiencia

Artículo 1. Objeto

Se propone incluir un nuevo epígrafe con el texto "Incidir en el mercado alimentario y en la publicidad asociada al tipo de mercado que se pretende regular". Presentada por CCUA. No se acepta, ya que no es el objeto de la Ley, son iniciativas necesarias para conseguir el objeto de la Ley.

Artículo 2. Fines

Incluir un apartado: "Fomentar un uso responsable y sostenible de los productos alimenticios a los que resulta de aplicación esta norma" Presentada por CCUA. No se acepta. La ley puede resultar una iniciativa sinérgica con la sostenibilidad del planeta pero no está dentro de sus fines específicos.

a) En este apartado sustituir "alimentación saludable" por "dieta equilibrada". Presentada por Marcas de Restauración. No se acepta. La alimentación saludable es un concepto más amplio que el de dieta equilibrada y el fin último es la salud.

a) b) y h) En estos apartados incorporar como fines algunas de las iniciativas recogidas en el texto "fomentar la información y la formación". Presentada por COLEF. No se acepta. Los contenidos de las propuestas se encuentran recogidos a lo

largo del texto y posteriormente con el desarrollo del Plan Andaluz de Actividad Física y Alimentación Saludable (PAFASA) recogido en el art.9. No son fines en si mismos.

e) En este apartado se propone eliminar "alimentos y bebidas no saludables". Presentada por FIAB, ACES, ACE y CEA .No se acepta. La publicidad, la promoción y el patrocinio de alimentos se centra siempre en productos concretos y no en el conjunto de la alimentación. En el resto de los apartados se ha optado por utilizar alimentación. Por otro lado la Organización mundial de la salud afirma " Las grasas industriales de tipo trans (presentes en los alimentos procesados, la comida rápida, los aperitivos, los alimentos fritos, las pizzas congeladas, los pasteles, las galletas, las margarinas y las pastas para untar) no forman parte de una dieta sana" OMS<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>

f) En este apartado añadir "evitando conductas contrarias a dicha conciencia social" Presentada por FACUA. No se acepta ya que se pretende desarrollar un discurso en positivo siguiendo las recomendaciones en cuanto a metodología de los expertos en promoción de la salud'.

Incorporar otro fin: "garantizar una atención alimentaria equilibrada y de calidad a la población andaluza" Presentada por CCOO. No se acepta ya que no estamos en condiciones de poder garantizar ese extremo, solo podemos garantizar que las administraciones trabajarán en todos los factores determinantes que se han identificado para poder proteger el derecho de la población infantil de acceso a una alimentación saludable.

Art. 3. Ámbito de aplicación. No debería excluirse del ámbito de aplicación alimentos y bebidas no alcohólicas en estado natural. Presentada por CEA, Marcas de Restauración. No se acepta ya que no son objetivo de las intervenciones recogidas en el texto.

3.1. En este apartado: Mejorar la redacción del artículo. Presentada por CUA. No se acepta por entender que no aportaba más claridad su propuesta

Art 4. Definiciones

Art. 4.b Eliminación de la definición "en estado natural o con procesamiento mínimo" de la definición de alimentación saludable. Se acepta parcialmente, se mejora la redacción. Presentada por AGFAE, FIAB, Azucarera, ACES, Marcas de restauración, CEA, ya que la Organización mundial de la salud afirma " Las grasas industriales de tipo trans (presentes en los alimentos procesados, la comida rápida, los aperitivos, los alimentos fritos, las pizzas congeladas, los pasteles, las galletas, las margarinas y las pastas para untar) no forman parte de una dieta sana" OMS<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>

Incorporar "y destacando la producción ecológica por sus beneficios para la salud de la población y el uso responsable de los recursos naturales". Presentada por FAMPA Alhambra. No se acepta ya que los productos procedentes de agricultura no ecológica pueden beneficiar la salud de la población igual que los productos procedentes de agricultura ecológica. Distinto es que supongan un uso responsable de los recursos naturales. Este aspecto no es objetivo de este Decreto aunque pretendamos trabajar de forma sinérgica con las estrategias de la Consejería de Agricultura de promoción de la agricultura ecológica.

Inclusión de una nueva definición "cultivo ecológico". Presentada por FAMPA Alhambra. No se acepta por los motivos antes expuestos

Art. 4.c Eliminar este apartado. Presentada por ACES, CEA. No se acepta. Es necesario para la comprensión del los matices del texto

Art 4 d. Eliminación de la definición de bebidas refrescantes hipercalóricas. Presentada por AGFAE, FIAB, Azucarera, ANFABRA, ACES, CEA, Coca Cola No se acepta. Para ello nos remitimos al DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LA ALIMENTACION EN LOS CENTROS EDUCATIVOS. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. AECOSAN Ministerio de Sanidad. "Entre las sociedades científicas del ámbito de la nutrición y alimentación también existe consenso a la hora de limitar a un consumo ocasional determinados alimentos y bebidas que, cuando se ingieren en exceso, son considerados poco saludables por su elevada densidad energética (alto contenido en grasas y/o azúcares), gran cantidad de sal y, al mismo tiempo, bajo aporte de fibra, proteínas, vitaminas o minerales). Se ha utilizado el umbral que el Reglamento otorga para definir los alimentos de bajo valor energético. Cuando superan este umbral serían aquellas bebidas hipercalóricas.

Por otro lado, entendemos que es correcto establecer las definiciones propias de las cuestiones sobre las que se está legislando y no existen definiciones explícitas.

Art. 4f sobre definición de centros educativos. Se propone "centros escuelas infantiles y centros escolares" No se acepta. Presentada por FIAB, CEA. La comunidad autónoma considera que las medidas de prevención y de promoción deben alcanzar a toda la población menor de edad. Lo que incluye todos los "centros docentes". Término recomendado por la Consejería de Educación. Eliminar "regladas" presentada por CCOO. No se acepta. Nos atenemos a la definición propuesta por la Consejería de educación para dar respuesta a la necesaria protección de la población infantil menor de 15 años.

Art.4 g sobre definición de centro de ocio infantil o juvenil. Se acepta parcialmente hacer una modificación de la definición de centros de ocio incorporando la práctica deportiva.

Unifica conceptos de centros y espacios. Propuesta por FIAB, CEA. No se admite Tanto los centros como los espacios de ocio están incluidos en la definición.

Art 4.i sobre definición de dieta mediterránea. No se acepta Incorporar "...bebidas fermentadas del tipo de cerveza y sidra". Presentada por César Nombela. Catedrático Universidad Complutense de la cátedra de bebidas fermentadas. No se acepta. Y por la Fundación Internacional de la Dieta Mediterránea (IFMeD). El Anteproyecto de Ley ha tomado como referencia la definición de dieta mediterránea utilizada en el Estudio PREDIMED: "The traditional Mediterranean diet is characterized by a high intake of olive oil, fruit, nuts, vegetables, and cereals; a moderate intake of fish and poultry; a low intake of dairy products, red meat, processed meats, and sweets; **and wine in moderation, consumed with meals**". (Willett WC, Sacks F, Trichopoulos A, et al. *Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. Am J Clin Nutr* 1995; 61:Suppl:1402S-1406S)

En dicho estudio (Estruch R, et al en nombre de los investigadores del estudio PREDIMED. *Primary Prevention of cardiovascular disease with a mediterranean diet. N Engl J Med* 2013; 368:1279) las recomendaciones sobre consumo de alcohol son las relativas al vino consumido con las comidas (opcionalmente y sólo para bebedores habituales).

El cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea validado en población española **A Short Screener Is Valid for Assessing Mediterranean Diet Adherence among Older Spanish Men and Women.** (Helmut Schröder, Montserrat Fito, Ramón Estruch, et al) publicado en *The Journal of nutrition* en 2011 también hace referencia al consumo de vino.

El consumo de cerveza en Andalucía es más elevado que en el resto del estado Español por lo que no se considera de interés promocionar más su consumo.

Art.4 I Huertos urbanos. Eliminar este apartado. Presentada por CEA No se acepta. Existe una iniciativa a nivel europeo con beneficios para la salud y aspectos sociosanitarios

Punto ñ. Promoción de ventas. Eliminar este apartado. Presentada por ACES, CEA No se acepta. Existe evidencia sobre la vulnerabilidad de la población infantil frente a la promoción. Después aparece este concepto y se realizan iniciativas en el Anteproyecto. La definición utilizada es aquella con la que después es usada a lo largo del texto.

Punto o sobre definición de publicidad. Eliminar este apartado. Propuesta por FIAB y cambiar redacción por redacción alternativa: añadiendo *"toda forma de comunicación realizada por una persona jurídica, pública o privada, difundida a través de cualquier medio o soporte. Y objetivamente apta o dirigida a promover, directa o indirectamente, la contratación de muebles e inmuebles, servicios, derechos y obligaciones la imagen, marcas, productos o servicios de una persona, empresa o entidad en el ejercicio de su actividad comercial, industrial o profesional, en el marco de una actividad de concurrencia, promoviendo la contratación o la realización de transacciones para satisfacer sus intereses empresariales"* Propuesta por Marcas de Restauración No se acepta ya que la definición del texto aporta claridad para su necesaria alusión por el resto del articulado del articulado.

Punto p sobre publicidad dirigida a niños. Eliminar este apartado. Presentada por FIAB, ACES, Marcas de Restauración. No se acepta. El código de autorregulación del PAOS contiene objetivos que pueden reforzarse y mejorarse. Como la protección hasta los 12 años y en el texto aparece hasta los 15 años, hasta finalizar la enseñanza secundaria obligatoria Existe evidencia sobre la vulnerabilidad de la población infantil frente a la promoción y los adolescentes siguen siendo población vulnerable.

Punto r. sustituir "ejercicio" por "actividad física". Presentada por COLEF. No se acepta. La perspectiva de salud pública de lo que es la actividad física y el ejercicio físico con respecto a los graduados en educación Física y Ciencias de la Actividad Física y el deporte no son del todo coincidentes y lógicamente.

Añadir un punto. Definición de sedentarismo. Presentada por COLEF. No se acepta ya que no se ha considerado necesaria la precisión de sedentarismo en a lo que al articulado de este texto se refiere.

Incorporar un nuevo apartado con la definición de sostenibilidad alimentaria. Presentada por el Consejo Andaluz de Gobiernos Locales. No se acepta ya que es un término que no se utiliza en el presente texto

Art 5.

c) En este apartado incorporar **social y cultural** en el título del apartado. Principio ecológico,. Presentada por FACUA y CCUA No se acepta. La definición de este principio incluye estos elementos

d) Modificar el principio de transversalidad. Presentada por COLEF No se acepta. La lucha contra la obesidad conlleva no solo combatir la inactividad física sino también conseguir la alimentación equilibrada y ambos conceptos están desarrollados a lo largo del articulado.

Introducir nuevo artículo con el principio de precaución en el uso de los envases de plástico termosellados que se utilizan para transportar y calentar alimentos en los hornos de los centros educativos. Presentada por FAMPA. No se acepta por haber incluido un nuevo principio de evidencia científica y valoración del riesgo que englobaría este supuesto

Artículo 5 a. Se propone eliminar. Propuesta de la CEA. No se acepta. Las recomendaciones de la OMS hacen mucho hincapié en la importancia que tiene estar atentos a poner en marcha medidas que profundice en las desigualdades sociales

Art. 6.2 "Sustituir "A tal fin" por "con independencia de lo indicado en el apartado anterior 1..." Presentada por FACUA y CCUA. No se admite ya que es un desarrollo de los derechos recogidos en la Ley 16/2011

2a) En este apartado que habla de *A disponer de espacios de aparcamiento de bicicletas en sus lugares de trabajo o, en su defecto, en las inmediaciones, según determinen los diferentes instrumentos de planificación de la movilidad, sin perjuicio de que éstos fomenten que en aquellos lugares con más de cincuenta trabajadores existan dichos aparcamientos.* Se propone eliminarlo por ser responsabilidad pública. Presentada por HORECA, ACES, CAEA, FEHR y CEA. No se acepta. No existe una obligación. Se habla en el artículo de fomento. En la mayoría de los municipios existe un plan de la bicicleta, que con esta Ley se pretende que estos aspectos se tengan en cuenta.

Incorporar "...disponer de las infraestructuras que garanticen una movilidad sostenible y saludable" y más adelante incorporar "...especialmente en lo que respecta a la población escolar a través del uso de los comedores escolares" Ambas presentadas por CCOO. No se acepta puesto que la redacción propuesta va más allá de aquello que queremos dotar de categoría de derecho y en esto no entra las infraestructuras. Por otro lado los menús en los comedores escolares están totalmente reglamentados a través del documento de consenso ya mencionado más arriba de la AECOSAN.

2b) *Al acceso, en los espacios de uso público, al agua potable en condiciones de gratuidad mediante una adecuada red pública de fuentes suficientes y accesibles a los ciudadanos en sus desplazamientos a pié por estos espacios.* Se propone suprimir la segunda parte "Al acceso, en los espacios de uso público, al agua potable en condiciones de gratuidad mediante una adecuada red pública de fuentes suficientes y accesibles a los ciudadanos en sus desplazamientos a pié por estos espacios". Presentada por ANEABE. No se acepta. Argumentos tomados del Report Hercberg Propositions pour un novuel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique 2013 pag 1 y Comment faire mieux ? L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité

Uno de los objetivos de esta ley es mejorar la calidad nutricional de la oferta alimentaria y facilitar la accesibilidad física y económica a los alimentos y bebidas de

mejor calidad nutricional para todos y especialmente para las poblaciones con menos recursos. Favorecer la accesibilidad al agua se inscribe en este propósito. Hay una larga bibliografía que así lo avala. Y la evidencia demuestra la utilidad de las acciones contenidas en este proyecto de Ley:

- a) Instalar fuentes de agua refrigerada que ofrezcan agua sana, de buena calidad gustativa, fácilmente accesible y gratuita en todos los lugares públicos que acogen público, especialmente niños y adolescentes.
- b) Todo distribuidor automático que ofrezca la venta de productos alimentarios (especialmente bebidas azucaradas o con sabor azucarado) deben tener acoplada una fuente de agua refrigerada contigua integrada en el distribuidor o en la proximidad (instalación y mantenimiento a cargo de la sociedad que gestiona los distribuidores automáticos).
- c) Favorecer la calidad nutricional de los alimentos y de las bebidas que se ofrecen en el lugar de trabajo: en el medio de trabajo, diversos documentos indican que un aumento en la accesibilidad a los alimentos y a las bebidas saludables en las cafeterías ha mostrado signos de eficacia siempre que se combinen con otras acciones de sensibilización (por ejemplo, mensajes en los distribuidores automáticos) (CDC, 2011b ; Mozzafarian et collab., 2012 ; Hawkes, 2013).

2 c) A acceder a menús saludables y diferentes tamaños de raciones cuando realicen consumo de alimentos en las empresas de restauración que ofrezcan sus servicios en Andalucía. Se propone eliminar dicho apartado. Presentada por HORECA, Marcas de Restauración, FEHR y CEA. No se acepta, dado que las necesidades nutricionales de la población es muy heterogénea y varían con la edad y el género y la oferta debe tener en cuenta esta variabilidad. La alimentación saludable comprende una dieta equilibrada.

Eliminar dicho apartado. Presentada por la Consejería de Presidencia y Administración Local por dudar de su legalidad. No se acepta ya que es una iniciativa en razón de una estrategia de salud pública de promoción de la salud y protección de las poblaciones más desfavorecidas

Incorporar un derecho. "Disponer de una formación tendente al objetivo de fomentar y mantener una alimentación saludable y equilibrada" Presentada por la Dirección General de Formación Profesional para el Empleo de la Consejería de Empleo, Empresa y Comercio. No se acepta. Se incorpora en el texto en diferentes artículos favorecer la formación de los diferentes actores implicados pero no podemos convertir esta iniciativa en un derecho con sus implicaciones en el artículo de las sanciones ya que será un objetivo a alcanzar progresivamente con el desarrollo del PAFASA.

Artículo 7 Garantías por las Administraciones Públicas

Art. 7 2 Sustituir "impulsarán" por "elaborarán". Presentada por CCUA. No se acepta. La relación tan larga, detallada y compleja no puede más que impulsarse por parte de las administraciones.

Incluir un apartado con "la creación de unidades y programas específicos sobre asesoramiento nutricional". Presentada por Semergen. No se acepta ya que la atención integral está prevista previa definición del Proceso asistencial integrado de pacientes con obesidad mórbida. Para el resto de pacientes se articulará a partir de las iniciativas que emanen del PAFASA

Incluir un nuevo apartado: "Perseguir la publicidad o divulgación de conductas alimentarias no saludables" Presentada por CCUA. No se acepta. Incorporar "Perseguir la publicidad o divulgación de conductas alimentarias no saludables". Presentada por CCUA. No se acepta pues la actitud que pretendemos que se desprenda de la Ley es la de favorecer los cambios más que perseguir conductas indeseables, que en todo caso se hará a través de la regulación de infracciones y sanciones

Art.7.2. d) Incorporar al final "incorporando para ello en las plantillas del servicio Andaluz de Salud la figura del Graduado en Nutrición Humana y Dietética". Presentada por el Consejo Andaluz de Gobiernos Locales. No se acepta. En ningún lugar del texto se hace mención al tipo de titulación requerida sólo a las competencias que tendrán los profesionales desde los distintos sectores implicados en relación con los aspectos abordados en este Anteproyecto.

Incorporar como funciones de la enfermería de Familia y Comunitaria. Presentada por ASANEC. No se acepta. En el texto no definimos competencias de profesionales sanitarios.

Art 7.2.f "eliminar responsable y moderado" Presentada por Marcas de Restauración. No se acepta. Es un objetivo básico para una vida saludable.

Incorporar como funciones de la enfermería de Familia y Comunitaria. Presentada por ASANEC. No se acepta. En el texto no definimos competencias de profesionales sanitarios.

Incorporar "Estas iniciativas lo serán tanto desde el punto de vista educativo y formativo como en alimentación directa...." presentada por CCOO. No se acepta por estar recogido en el resto del articulado.

Art 7.2.g . **Se propone** eliminar "en base a mercados locales y productos de proximidad" Presentada por Marcas de Restauración y CEA no se acepta. Es una iniciativa fundamental para incrementar la alimentación saludable basada en la dieta mediterránea y productos de proximidad.

Art 7 2 h Incorporar "Asociaciones de Consumidores". Presentada por CCUA. No es necesario al utilizarse en el texto un término amplio que las incluye.

Art. 9 *Plan andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable*

9.1 Introducir "...y corporaciones sanitarias". Presentada por el Consejo Andaluz de colegios de farmacéuticos. No se acepta ya que con la redacción existente no se excluyen y podrían incorporarse a aquellas actividades que pudieran ser de su ámbito. Incluir la participación de ASANEC como sociedad científica. Presentada por ASANEC. No se acepta, ya que no se especifica ninguna sociedad científica

9.2 Especificar forma y método. Presentada por CCUA. No se acepta. Ya que es un grado de detalle que aportaría una gran complejidad al texto.

Art.10 Se propone introducir "Conforme a la normativa en materia de educación". Presentada por la Consejería de Educación. No se acepta. Justamente se persigue que las normativas de inferior rango y que aborden los aspectos de la actividad física y alimentación evolucionen de forma que se garantice una actividad física efectiva de 5 horas semanales como mínimo.

2.a) Clarificar horas efectivas. Presentada por la Consejería de Educación

No se acepta ya que el término horas efectivas incluye actividades curriculares y extraescolares y que estén organizadas por el centro, quedando para un seguimiento personalizado del alumnado en los centros.

Modificar este punto incorporar "escolar". Presentada por COLEF No se acepta. Hemos utilizado los términos revisados con la Consejería de Educación. Se refiere tanto a la actividad física contenida en el curriculum como en las actividades extraescolares, recreos, etc.

2.f) Incorporar "Los planes de los centros educativos incluirán las actividades deportivas en horario extraescolar y los recursos materiales y humanos necesarios para que puedan llevarse a cabo" presentada por CCOO. No se acepta por no ser necesario ya que este proyecto de Ley requiere necesariamente de una memoria económica para dar respuesta a las iniciativas contenidas en el en la que han participado todas las Consejerías implicadas

Incorporar un nuevo apartado con el siguiente texto "La Consejería competente en materia de educación promoverá la creación progresiva de comedores propios de gestión directa en los centros educativos.....". Presentada por CCOO. No se acepta ya que no se vincula los objetivos de alimentación saludable con la desaparición de los catering, además de qué es una iniciativa que corresponde a la Consejería de Educación definir.

Art 11. Referencia a bebidas hipercalóricas. No se acepta Presentada por FIAB. Nos remitimos al DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LA ALIMENTACION EN LOS CENTROS EDUCATIVOS. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. AECOSAN Ministerio de Sanidad. "Entre las sociedades científicas del ámbito de la nutrición y alimentación también existe consenso a la hora de limitar a un consumo ocasional determinados alimentos y bebidas que, cuando se ingieren en exceso, son considerados poco saludables por su elevada densidad energética (alto contenido en grasas y/o azúcares), gran cantidad de sal y, al mismo tiempo, bajo aporte de fibra, proteínas, vitaminas o minerales).

Se ha utilizado el umbral que el Reglamento otorga para definir los alimentos de bajo valor energético. Cuando superan este umbral serían aquellas bebidas hipercalóricas.

Art. 11.1 y 11.2. Incluir "Introducción en los pliegos de contratación de las empresas de restauración colectiva de protocolo nutricional que defina qué es menú saludable y bajo qué parámetros debe ser confeccionado. Presentada por el Consejo Andaluz de Gobiernos Locales. No se acepta por no considerar necesario descender a este detalle. Aspectos de estas características serán propios del desarrollo del PAFASA
Introducir "promoción de la agricultura ecológica" Presentada por FAMPAlhambra. No se acepta por los motivos alegados en las alegaciones presentadas por esta entidad al artículo 4

Incluir "Disponibilidad de cocinas in situ, que estas sirvan a los centros educativos cercanos y gestión de proximidad. Presentada por FAMPAlhambra. No se acepta. La estrategia de colaboración entre administraciones públicas y entre centros de diversas características está recogida en el art. 17 3 e) en el entorno local.

Art. 11.3 Incluir la participación de ASANEC como sociedad científica. Presentada por ASANEC. No se acepta, ya que no se especifica ninguna sociedad científica.

Art 11.4. Añadir "evitando envases". Presentada por FAMPA Alhambra. No se acepta ya que puede ser un término muy amplio y no es posible asegurar que sea viable.

Art. 11.5 Suprimir las palabras "potable" y "gratuito". *Las Consejerías competentes en materia de salud y educación elaborarán un programa de educación para la salud, orientado al fomento del consumo gratuito de agua potable en los entornos escolares, como primera medida de hidratación, así como a la reducción de la ingesta de bebidas refrescantes hipercalóricas. A tal efecto los centros dispondrán de fuentes de agua potable apropiadas y accesibles al alumnado en espacios comunes y de recreo.* Presentada por ANEABE. No se acepta. Por la argumentación que se presenta más adelante sobre la necesidad de garantizar el acceso al agua potable gratuita.

Cambiar bebidas refrescantes hipercalóricas por con más de 2.5 gramos de azúcar. Presentada por ANFABRA. No se acepta. Ya queda redactado así en su definición
 Eliminar la referencia a bebidas refrescantes hipercalóricas. Presentada por CEA. No se acepta por considerar necesario explicitar que tienen un exceso de calorías
 Incluir la participación de ASANEC como sociedad científica. Presentada por ASANEC. No se acepta, ya que no se especifica ninguna sociedad científica.

11.7 Incorporar en este apartado el siguiente contenido "Los centros educativos dispondrá de un profesor o profesora que realice funciones de coordinación de la promoción de dietas saludables...". Presentada por CCOO. No se acepta ya que no corresponde a la Consejería competente en materia de salud promover una determinada forma de organizarse los centros docentes para dar respuesta a sus funciones

Art 12. *Limitaciones a la venta y publicidad de alimentos hipercalóricos y medidas de promoción de la salud nutricional en los centros educativos.*

Art 12.2 Discrepancia sobre el alcance de centros educativos. Ver contestación a la alegación sobre el Art 4 f Presentada por FIAB, AGFAE, Azucarera, CEA
 Eliminación de "y en concreto los alimentos hipercalóricos con un alto contenido calórico proveniente de azúcares o grasas y con bajo valor nutricional". No se acepta presentada por AGFAE, CEA Ver contestación 4.d

Incorporar "se controlará el acceso de empresas de la industria alimentaria a los centros educativos para realizar actividades que puedan estar promocionando el consumo de productos de diversas marcas". Presentada por FAMPA. No se acepta pues se entiende que existe regulación en materia de publicidad y centros educativos donde se declara a los centros educativos como espacios libres de publicidad.

Revisar los límites de la composición de los alimentos. Presentada por UGT. No se acepta pues se incorporan aquellos contenidos en el Documento de consenso sobre la alimentación en los centros educativos de la AECOSAN.

Art 12.3 Eliminar el punto completo. Presentada por AGFAE, Azucarera
 No se acepta texto igual al contenido en el DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LA ALIMENTACION EN LOS CENTROS EDUCATIVOS de la AECOSAN.

Eliminar la posibilidad de comercialización de estos productos en centros educativos donde acuden menores. Presentada por FAMPA. No se acepta. Por la misma razón que se arguyó en la contestación a esta misma entidad en el artículo 12.2

Revisar los límites de la composición de los alimentos. Presentada por UGT. No se acepta pues se incorporan aquellos contenidos en el Documento de consenso sobre la alimentación en los centros educativos de la AECOSAN.

buena calidad, agradable de beber y disponible en todos los lugares. Esta promoción del consumo de agua debe, así mismo, permitir ofrecer una alternativa en todos aquellos lugares donde se promueve la oferta de bebidas azucaradas (CDC, 2010,

CDC, 2012, Institute of Medicine, 2007a, National Association of Local Boards of Health, 2010). Diferentes trabajos han puesto de manifiesto que favorecer el consumo de agua como bebida de base se acompaña de un menor riesgo de aumentar de peso en los niños, en los adolescentes y en los adultos (Daniels & Popkin, 2010, Dennis et al., 2010, Stookey et al., 2007, Stookey et al., 2008). Sustituir las bebidas azucaradas por agua se asocia a una disminución del aporte de calorías en los niños y en los adolescentes (Wang et al., 2009), e instalar fuentes de agua en los lugares públicos y en otros lugares aumenta el consumo de agua y reduce el riesgo de sobrepeso y de obesidad (Muckelbauer et al., 2009).

En base a esta justificación las medidas a implementar incluyen las siguientes acciones:

- d) Instalar fuentes de agua refrigerada que ofrezcan agua sana, de buena calidad gustativa, fácilmente accesible y gratuita en todos los lugares públicos que acogen público, especialmente niños y adolescentes.
- e) Todo distribuidor automático que ofrezca la venta de productos alimentarios (especialmente bebidas azucaradas o con sabor azucarado) deben tener acoplada una fuente de agua refrigerada contigua integrada en el distribuidor o en la proximidad (instalación y mantenimiento a cargo de la sociedad que gestiona los distribuidores automáticos).

Favorecer la calidad nutricional de los alimentos y de las bebidas que se ofrecen en el lugar de trabajo: en el medio de trabajo, diversos documentos indican que un aumento en la accesibilidad a los alimentos y a las bebidas saludables en las cafeterías ha mostrado signos de eficacia siempre que se combinen con otras acciones de sensibilización (por ejemplo, mensajes en los distribuidores automáticos) (CDC, 2011b ; Mozzafarian et collab., 2012 ; Hawkes, 2013).

Como en las escuelas y en los lugares públicos, se recomienda a menudo facilitar el acceso al agua potable, limitar el acceso a las bebidas azucaradas y a los alimentos procesados, y priorizar una oferta atractiva de alimentos y de comidas sanas (incluyendo las frutas y las verduras) a precio razonable. A los empleadores se les invita a ofrecer frutas y verduras en los eventos, reuniones y conferencias y a promover la incorporación de productos locales en los menús de sus establecimientos (IOM, 2012 ; CDC, 2011b).

Favorecer la cualidad nutricional de los alimentos y de las bebidas que se ofrecen en los lugares públicos y en los establecimientos gubernamentales: como en el medio escolar, se recomienda frecuentemente facilitar el acceso al agua potable, limitar el acceso a las bebidas azucaradas y a los alimentos procesados y priorizar una oferta de alimentos y comidas sanas y a un precio razonable en los lugares públicos (parques, áreas de juegos, piscinas, etc), los edificios municipales, los centros de detención, etc. Se destaca también que los establecimientos gubernamentales y los que se dedican a los cuidados deben, más particularmente, asegurarse de proponer una oferta de alimentos y de bebidas de acuerdo con las guías alimentarias oficiales (WCRF, 2009, Sassi, 2010, IOM, 2012).

Promover el acceso al agua potable (por ejemplo, fuentes) en los lugares y edificios públicos a fin de favorecer el consumo de agua y de limitar el consumo de bebidas azucaradas (IOM, 2009)

Incorporar un nuevo apartado "Se deben establecer pliegos de prescripciones técnicas para máquinas expendedoras que regule la venta de sus productos y definan los alimentos saludables. Presentada por el Consejo Andaluz de Gobiernos Locales. No se acepta pues a las máquinas vending de los centros educativos de secundaria les afecta el contenido del anexo donde viene detallado ese extremo.

Anexo. No se acepta las alegaciones relativas al Anexo presentadas por las entidades porque dicho anexo está en línea con el DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LA ALIMENTACION EN LOS CENTROS EDUCATIVOS de la AECOSAN. Presentada por FIAB, ANFABRA, CEA

Punto b) Incorporar "a excepción de las aceitunas" en el **Punto c)** Grasas saturadas (que pasa con las avellanas??) **Punto f)** Sodio (Aceitunas?). Presentadas por Ángel Camacho.

Art. 12. 5 Eliminar "en aquellos productos que lo contengan, o solicitando información a las empresas fabricantes o distribuidoras" en el texto *La persona o empresa responsable del abastecimiento y servicio de las máquinas expendedoras, cantinas, bares, quioscos o similares, deberá comprobar que los productos disponibles en ellos cumplen con estos criterios a través del etiquetado nutricional, en aquellos productos que lo contengan, o solicitando esta información a las empresas fabricantes o distribuidoras.* Propuesta ANEDA. No se acepta. Resulta necesario garantizar esta información en todos los alimentos, tanto frescos como procesados.

Eliminar todo el apartado Presentada por HORECA y FEHR. No se acepta.

Se le considera un distribuidor más que debe tener en cuenta las limitaciones en centros educativos de secundaria contenidas en el anexo.

Art.12.7 *Limitaciones a la venta y publicidad de alimentos hipercalóricos y medidas de promoción de la salud nutricional en los centros educativos*

Las máquinas expendedoras instaladas en los centros educativos deberán mostrar, en lugar visible al público, la cantidad de calorías netas por porción envasada de los productos que se expendan en dicha máquina. Eliminar "Estarán visibles la cantidad de calorías netas por porción." Propuesta por ANEDA. No se acepta pero se modifica la redacción "Exigirán a sus proveedores que pueda ser visible a través de la máquina el número de calorías por porción"

Eliminar "Sólo en centro de educación secundaria". Propuesta por ANEDA No se acepta. Esta restricción ya se encuentra en el *documento de consenso sobre alimentación en los centros educativos.*

Sustituir "la cantidad de calorías netas por porción envasada" por "la calidad nutricional y los nutrientes". Presentada por CODINAN. No se acepta. En este momento no se dispone un sistema de información consensuado sobre perfiles nutricionales. Con la implantación de la Ley podrá más adelante valorarse. Se podrá acceder a esa información a través de la plataforma que se creará y el sistema de información SICNA.

12.9 Sustituir "Corresponde al centro directivo competente en materia de salud pública el desarrollo" por "El centro directivo en materia de.... desarrollará" Presentada por FACUA y CUA No se acepta pues se considera que no cambia el sentido del apartado.

No permitir las máquinas expendedoras en los centros docentes de educación secundaria. Propuesta por Irina Casablanca (Dietista). No se acepta pues en el texto

quedan protegidos de la publicidad hasta los 15 años que es el periodo de la secundaria obligatoria.

Art. 14 *Promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los espacios de ocio infantil y juvenil.*

2.c) Facilitar el acceso gratuito al agua potable mediante la instalación de fuentes públicas accesibles, en número suficiente y fácilmente identificables.

Eliminar "gratuito", "potable" y "mediante la instalación de fuentes públicas accesibles, en número suficiente y fácilmente identificables" Presentada por CEA

El acceso al agua corriente es una iniciativa que promueve la equidad. Acceso al agua para la población más desfavorecida y más vulnerable

Art. 15 *Promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros de trabajo.*

15.1 Sustituir "estarán" por "están" presentada por CCUA. No se acepta por considerar más correcto el tiempo verbal utilizado común a todo el texto.

2 a) Proporcionar a los trabajadores información adecuada sobre los beneficios de la actividad física y la alimentación saludable.

2 c) Promover el uso de escaleras como alternativa al desplazamiento vertical en los centros, así como acondicionar espacios apropiados para facilitar el uso de la bicicleta como medio de acceso al trabajo.

Eliminar ambos apartados Presentada por HORECA, CEA, CAEA y FEHR. No se acepta. Ambos apartados ya están recogidos en la Ley 16/ 2011 de Salud Pública de Andalucía y está enmarcado en el Plan de Prevención de Riesgos Laborales de la Empresa

Precisar jurídicamente el alcance de la obligación. Presentada por Marcas de Restauración. No se acepta ya que será aquel compromiso que se quiera adquirir por parte de la entidad. No es obligatorio.

3. Hacer mención expresa de que "no podrán contener requisitos discriminatorios o desproporcionados. Presentada por CEA. No se acepta. No es necesario teniendo en cuenta la Ley vigente Ley 17/2009.

Art. 16. 1b. Incorporar." Y Graduados en Ciencias de la actividad Física..". Presentada por COLEF. No se acepta ya que no es el ámbito sanitario donde deben desempeñar su labor este tipo de profesionales. Existen innumerables escenarios donde tendrán que trabajar de forma sinérgica fuera del sistema sanitario.

Art.17. 3b. Añadir. "Acorde con la normativa vigente". Presentada por FACUA y CCUA. No se admite por considerarse que no es necesario.

Art. 17 3c. Añadir: "garantizando el uso no motorizado de estas vías y aprovechando a tal fin, siempre que sea posible, antiguos trazados ferroviarios en desuso" Presentada por Asociación Vías Verdes de Andalucía. No se acepta. Ya que se ha aceptado la incorporación de las vías verdes en el 17 3 d. y Vía verde es el nombre que reciben en España los recorridos peatonales y ciclistas en el medio natural resultado del acondicionamiento de infraestructuras en desuso, principalmente antiguos

trazados ferroviarios o carreteras sin servicio. Entendemos que deberá quedar a criterio del municipio el garantizar su uso no motorizado.

Art. 18 Incorporar un apartado 6 con el siguiente contenido "En el marco de los planes de movilidad recogidos en el apartado 4 cuando afecten a la movilidad laboral se deberán articular medidas pertinentes mediante acuerdo con representantes de los trabajadores y trabajadoras. Presentada por CCOO. No se acepta por no considerar necesaria acuerdos descentralizados en las empresas expresads en este proyecto cuando ya existe un Plan de la Bicicleta que aborda estos extremos por parte de la Consejería competente en medio ambiente y por los respectivos municipios.

Art. 19.3 Quieren que se especifique que el uso lugares específicos para la lactancia no es obligatoria para las madres. Presentada por Asociación Andaluza de Matronas. No se acepta, la previsión de estos espacios no implica obligatoriedad de usarlos Incorporar "los criterios utilizados a tal efecto no podrán contener requisitos discriminatorios y desproporcionados" Presentada por ACES. No se acepta no se considera necesario una apreciación en un aspecto que no tiene ningún riesgo de que ocurra. Además este extremo se desarrollará posteriormente reglamentariamente. Eliminar el apartado. Presentada por Marcas de Restauración. CEA, CAEA No se acepta. Es una estrategia recomendada por la OMS para favorecer la lactancia materna.

Art 19.5. Eliminar. Presentada por ACES Marcas de Restauración, CAEA y CEA No se acepta.

Este apartado es necesario para potenciar el consumo de los alimentos que componen la dieta mediterránea y de proximidad. Las grandes superficies son distribuidores habituales de productos de procedencia lejana o muy lejana

Explicar de qué manera se promocionarán los canales cortos de comercialización. Presentada por FACUA y CUA. No se acepta por ser competencia de las administraciones locales y la Consejería competente en esta materia.

Art 21 bis Incorporar un nuevo apartado "Acuerdos de colaboración con los Ayuntamientos de Andalucía". Entendemos que en el PAFASA no es el lugar donde se promuevan estos acuerdos. Además será la Consejería competente en materia de Deporte quien es competente en esta materia.

Art 20.2 Eliminar este apartado. Propuesta de ANEDA. No se acepta. Se modifica la redacción. Se acota para aquellas máquinas que se encuentren en centros educativos o en centros de ocio infantil.

Art 20.1, 20.2 y 23.3 Favorecer el acceso al agua y otros artículos relacionados con el agua. Incorporar en el anteproyecto, agua mineral en vez de agua. No se acepta Presentada por FIAB, ANEABE, ANEDA, CEA Ver respuesta artículos 6 y 14 c Sustituir enunciado por "se podrá ofrecer a los clientes la posibilidad de recipiente de agua fresca....." Presentada por HORECA y FEHR. No se acepta. Es necesario garantizar en los servicios de restauración que puedan acceder al agua potable gratuita sin necesidad de solicitarlo

Eliminar en el **20.3** "...siempre a los clientes la posibilidad..." y "...consumidor" Presentada por Marcas de Restauración y CEA No se acepta. El acceso al agua corriente es una iniciativa que promueve la equidad. Acceso al agua para la población más desfavorecida y más vulnerable.

La promoción del consumo de agua como única bebida indispensable en el niño y en el adulto pasa por facilitar el acceso a través de una oferta de agua gratuita, sana, de

Art. 21.1 Sustituir "podrá formalizará" por "formalizará". Presentada por CODINAN. No se acepta dado que se realizará cuando los diferentes colectivos a los que hace referencia estén interesados.

Realizar mención expresa a las Asociaciones de Consumidores y Usuarios. Presentada por FACUA y CCUA. No se admite por tener una redacción este apartado en el que quedan incluidas estas asociaciones.

Art.21.6 Establecer un plazo máximo para el desarrollo reglamentario de las cartas. Presentada por FACUA y CCUA. No se acepta por entender que deberá definirse previamente el PAFASA que contendrá la temporalización de las iniciativas.

Art 22.6. Incorporar " ..y profesionales titulados en Ciencias de la actividad Física..". Presentada por COLEF. No se acepta. Misma razón que en 16.1b. Incorporar "la necesidad de participación y diálogo de los representantes de los trabajadores y las trabajadoras". Presentada por CCOO. No se acepta por entender que no tiene nada que ver con lo que se trata en este artículo sobre la atención sanitaria a los pacientes con obesidad.

Art. 22. Incorporar "y profesionales titulados en ciencias de la actividad física y del deporte...".

Presentada por COLEF, no se acepta. La prescripción de actividad física a los pacientes que acuden al servicio sanitario no se considera que se necesite de titulados en ciencias de la actividad física y del deporte se debe realizar por parte de los profesionales sanitarios.

Incorporar ".. competente y especializado según la Ley de Profesiones 44/2003 de Ordenación de las profesiones sanitarias". Presentada por CODINAN. No se acepta. En dicha Ley no se especifican las competencias de cada titulación por lo que no resulta pertinente traerlo a colación.

Incorporar un nuevo punto: "La Consejería competente en materia de salud en base al convenio marco de colaboración vigente suscrito con el Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos (CACOF) potenciará la actuación del profesional farmacéutico...." Presentada por Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos (CACOF). No se acepta dado que en el desarrollo del PAFASA podrá realizarse cualquier iniciativa soportada en este convenio marco y otros muchos. Habrá que esperar a la definición de las actuaciones del citado PAFASA.

22.2 Añadir. " Siendo especialmente significativo, el papel que desarrollan los profesionales de enfermería familiar y comunitaria en las consultas programadas, así como en los programas específicos, el consejo dietético intensivo individual y grupal entre otros, dirigidos especialmente a las personas en situaciones de sobrepeso y de obesidad o en riesgo de padecerla" Presentada por ASANEC. No se acepta ya que no se hace referencia a ninguna profesión sanitaria en concreto para las diferentes iniciativas sanitarias que se contemplan en la Ley.

At. 23. Hacer referencia a los representantes de los trabajadores y trabajadoras. Presentada por CCOO. No se acepta por no considerar qué papel pueden jugar estos en este tema.

Art. 24 *Medidas de promoción de la salud y prevención.*

24.2 Hacer referencia al trabajo del programa Forma Joven llevado a cabo por la enfermería comunitaria. Presentada por ASANEC. No se acepta ya que no se hace referencia a ninguna profesión sanitaria en concreto para las diferentes iniciativas sanitarias que se contemplan en la Ley.

24.3 Incorporar "...y con las Cámaras de Comercio Andaluzas" presentada por el Consejo Andaluz de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación. No se acepta. La redacción del texto incluye cualquier entidad pública o privada.

Art. 25 *Iniciativa "Imagen y Salud" en Andalucía.* Incorporar "...y con las Cámaras de Comercio Andaluzas" presentada por el Consejo Andaluz de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación. No se acepta. La redacción del texto incluye cualquier entidad pública o privada.

Hacer referencia al trabajo del programa Forma Joven llevado a cabo por la enfermería comunitaria. Presentada por ASANEC. No se acepta ya que no se hace referencia a ninguna profesión sanitaria en concreto para las diferentes iniciativas sanitarias que se contemplan en la Ley.

Art. 27 *Publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en Andalucía*

27.2 Sin perjuicio de lo anterior, la comunicación comercial de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a menores de quince años en Andalucía evitará:

2.a) Eliminar "refrescantes hipercalóricas". Propuesta de ANFABRA, Marcas de restauración, CEA, FIAB y Ángel Camacho. No se acepta ya que en el DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LA ALIMENTACION EN LOS CENTROS EDUCATIVOS. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. AECOSAN Ministerio de Sanidad se habla de "alta densidad energética" sinónimo al término empleado y más fácil de entender para incorporar a la lectura de toda la población.

2.c) Añadir "y otras características alimenticias". Presentada por FACUA y CCUA. No se acepta por ser ambiguo y no centrarse en el objeto de la protección.

2.g) Promover la entrega de regalo, premio o cualquier otro beneficio destinado a fomentar la adquisición o el consumo de alimentos o bebidas no alcohólicas. Exceptuar de este enunciado a los establecimientos de hostelería.

Propuesta de HORECA y FEHR. No se acepta. Justamente en las empresas de restauración es donde se utiliza más este tipo de incentivo con aquellos alimentos que no se encuentran entre los más saludables.

Eliminar este apartado. Propuesta de Marcas de Restauración. No se acepta. La población infantil es especialmente vulnerable a ese tipo de estrategias de marketing. Eliminar el apartado. Presentada por CEA, Ángel Camacho, Marcas de Restauración y FIAB y CAEA y CEA No se acepta. Las imágenes deben evitar el engaño a través de producir la impresión de consumir un producto que no se está consumiendo.

Se pretende mejorar el Código PAOS después de años de funcionamiento sin demasiada incidencia sobre el problema

Incorporar una regulación en relación con el "menú infantil". Presentada por el Consejo Andaluz de Gobiernos Locales. No se acepta ya que en salud, ni en el texto se utiliza este término. Se define la alimentación saludable y la necesaria oferta de diferentes raciones o tamaños en las empresas restauradoras.

2.h) Eliminar el apartado. Presentada por FIAB, CEA, CAEA y Marcas de Restauración. No se acepta la información y la publicidad debe responder a la verdad y no ser engañosa.

27.2 Añadir "...el envase también entra en la consideración de premio" Presentada por FAMP. No se acepta por no considerar posible regular sobre aquellos elementos que puedan hacer más atractivos los productos, habida cuenta que ya se regula la publicidad en los centros docentes.

27.3. Sistemas de autocontrol de la Información. Eliminar el apartado. Propuesta por FIAB, Ángel Camacho y CEA. No se admite. Las empresas de producción alimentaria en Andalucía están obligadas a incluir en sus sistemas de autocontrol la información que suministran al consumidor, este texto sólo exige un punto más de autocontrol a efectos de garantizar que no se difunde ningún elemento que promueva, de forma directa o indirecta, una alimentación no saludable o equilibrada.

Incorporar "Cualquier publicidad de alimentos o bebidas no saludables dirigido a niños menores de 15 años debe ser seguido con la emisión de otro spot en televisión alertando sobre lo perjudicial para la salud que resulta su consumo, además se promocionará de forma genérica alimentos saludables". No se acepta por considerar que esta fuera de la competencia de esta Consejería, además se incluyen el texto en el artículo 19.6. "Los medios de comunicación de Andalucía facilitarán la difusión de campañas publicitarias y de información institucional para la promoción de una nutrición adecuada y una alimentación saludable con base en la promoción de la dieta mediterránea"

Incorporar "garantizar la información nutricional proporcionada en el etiquetado y en los otros soportes puestos a su disposición" No se acepta. Presentada por ACES. Entendemos que es más clara la redacción presentada.

27.5 Incorporar un apartado 5 con el texto "Lo dispuesto en el presente artículo no será de aplicación a las empresas que con carácter voluntario están adheridas al Código PAOS en su modificación del 2012". Presentada por Marcas de Restauración. No se acepta. La norma pretende dar más protección que los códigos NAOS y PAOS que además son voluntarios.

Art. 28 sobre el principio de veracidad publicitaria. No debe ser considerado pues rompe la unidad de mercado. Presentada por CEA. No se acepta. La Unidad de mercado puede romperse por motivos de salud pública
Se propone eliminar "teniendo en cuenta el público infantil y adolescente". Propuesta presentada por Ángel Camacho. No se acepta.

28.2 Añadir "los mensajes deben ser...claros, objetivos pertinentes y aportar una información completa y veraz..." presentada por FACUA y CCUA. No se admite por considerar la redacción planteada redundante.

Art. 29. Advertencias sobre la calidad nutricional de los alimentos y bebidas

Eliminar este artículo, alegación presentada por AGFAE. ACES Marcas de Restauración, CEA, Azucarera, Ángel Camacho y CAEA. No se acepta ya que existe una amplia evidencia científica sobre la necesidad de mejorar la información nutricional que se ofrece a los consumidores como medida efectiva para mejorar la alimentación de la población. Por otro lado, hay una creciente demanda en este sentido por parte de la población. Se pueden consultar las bases científicas y el contexto que justifica esta medida en el documento. Rapport Hercberg Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique 2013, páginas 43-45. en el documento Développer des modèles de profilage permettant d'apprécier et de comparer la qualité nutritionnelle de différents types d'aliments et de boissons Gortmaker et collab., 2011 ; WHO, 2012 y Consumers International and World Obesity Federation, 2014. Comment faire mieux ? L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité. Por otro lado, la comunidad autónoma tiene competencias para crear sistemas de información de carácter sanitario.

Clarificar en que consistirá. Presentada por FIAB. No se acepta. Se desarrollará reglamentariamente pero queda claro que es una información que se ofrecerá al ciudadano que podrá consultar el perfil nutricional del producto a través de una información que pondrá a disposición la Consejería competente en materia de salud.

Art. 30 y Art 31. Eliminar ambos artículos. Presentada por CEA. No se admite. La Comunidad autónoma tiene competencias para precisar en este sentido.

Art 32. "Se promoverá y financiará especialmente la investigación sobre el efecto de los disruptores endocrinos en la salud..." Presentada por FAMPA. No se acepta las prioridades en la investigación en obesidad vendrá determinada por el PAFASA.

Art. 33. Competencias de las Administraciones Públicas en Andalucía.

No considera a la Consejería de Salud competente en materia de actividad física saludable. Presentada por la Consejería de Turismo y Deporte. No se acepta. No es discutible que la Consejería de Salud es competente en materia de actividad física saludable, del mismo modo que lo es sobre la alimentación saludable o en general sobre los hábitos de vida saludables.

Incluir otro apartado 3 con tres subapartados con el siguiente contenido "Corresponde a la Consejería competente en materia de educación, la dirección y coordinación de las estrategias, planes, programas y acciones.....en los centros educativos" "Realizar las propuestas al PAFASA que afecten a educación.." Presentada por CCOO. No se acepta pues nos parece obvio que los centros educativos son competencia de la Consejería competente en materia de educación aunque las propuestas a educación pueden venir de cualquier ámbito aunque finalmente prosperarán aquellas que se consideren viables con el consenso de la Consejería responsable en materia de educación.

Art 34 Sobre regulación de permiso de maternidad. Presentada por Asociación Andaluza de Matronas. No se acepta. No se considera competente la Consejería de

Salud para abordar los aspectos relacionados con la regulación del permiso de maternidad

Sobre la organización de las consultas. Presentada por Asociación Andaluza de Matronas. No se acepta. Los aspectos relacionados con las consultas estarán incluidos en el PAFASA

No se acepta. Ningún sistema de acreditación es obligatorio

Art. 35. Sistema de Información de calidad nutricional de los alimentos en Andalucía.

Eliminar el artículo. Propuesta por FIAB, AGFAE, Marcas de Restauración, CEA, Azucarera Ángel Camacho, CAEA y UGT Ver contestación en art. 29 debido a que "La creación de un nuevo sistema de identificación de la calidad nutricional de los alimentos, obligatorio para los que comercialicen y distribuyan en Andalucía, sería contrario a la armonización europea en materia de información nutricional (pues deberían de tener productos especialmente etiquetados para Andalucía) y constituiría una ruptura del mercado interior". No se admite ya que el desarrollo del SICNA que se hará reglamentariamente, tal como se recoge en el texto, no tiene porque afectar al etiquetado.

Modificar la redacción. Presentada por ACES. No se acepta, creemos que es más ajustada a la intención la contenida en el texto previo.

Existe una amplia evidencia científica sobre la necesidad de mejorar la información nutricional que se ofrece a los consumidores como medida efectiva para mejorar la alimentación de la población. Por otro lado, hay una creciente demanda en este sentido por parte de la población. Se pueden consultar las bases científicas y el contexto que justifica esta medida en el documento Rapport Hercberg Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique 2013, páginas 43-45. Développer des modèles de profilage permettant d'apprécier et de comparer la qualité nutritionnelle de différents types d'aliments et de boissons Gortmaker et collab., 2011 ; WHO, 2012 ; Consumers International and World Obesity Federation, 2014. Comment faire mieux ? L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité

Por otro lado, la comunidad autónoma tiene competencias para crear sistemas de información de carácter sanitario.

Incorporar un plazo máximo para su desarrollo. Presentada por FACUA y CUA. No se admite. Se hace difícil esta precisión por ser un trabajo muy complejo que se podrá valorar con el comienzo de los trabajos y colaborando con otros países que han trabajado en sistemas similares aunque no iguales.

Art 36 Control oficial de los productos alimentarios.

Punto 2 Añadir "Difundirá los beneficios para la salud del consumo de productos ecológicos. Presentada por FAMP. No se acepta por las mismas razones de la no admisión de las alegaciones al art. 4 realizadas por esta misma asociación

Punto 3. Se propone eliminar este apartado. Propuesta de HORECA, FEHR y Ángel Camacho. No se acepta. La identificación de calorías es una de las informaciones que más puedan influir en la elección de los menús.

Propuesta para crear una Unidad de Control y Evaluación de la Información en Salud Alimentaria y Nutrición, dependiente del órgano responsable de salud pública de la Administración de la Junta de Andalucía. Presentada por la Consejería de Agricultura. No se acepta ya que esta actividad se pretende absorber por parte de la Subdirección de Protección de la Salud

1128

Art. 37. Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

37.3. Incorporar "... muy especialmente los colegios profesionales con competencia en materia de sanidad y alimentación..." Presentada por CODINAN. No se acepta. El perfil sanitario está bien representado con la Consejería e interesa incorporar a otros sectores de la Administración, económicos y sociales más directamente implicados en el desarrollo de las diferentes líneas de acción.

Incorporar "...la participación de las Cámaras de Comercio a través del Consejo Andaluz del Cámaras de Comercio..." Presentada por Consejo Andaluz de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación. No se acepta. La redacción del texto incluye cualquier entidad pública y privada.

Incorporar a los dietistas-nutricionistas. Presentada por Irina Casablanca (dietista). No se acepta. La misma argumentación.

37.4. Concretar la composición de la Comisión Andaluza para la promoción..... Presentada por CUA. Creemos que se ha concretado bastante y conviene dejar una redacción abierta que no condicione las necesidades futuras.

37.5. a y c. incorporar: "y trastornos de la conducta alimentaria". Presentada por FACUA. No se acepta por no responder su abordaje a la estrategia del modelo ecológico que necesita la obesidad y sobrepeso, para la que se crea la Comisión Andaluza.

Art. 38 Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

38.2. Incorporar " de los colegios profesionales sanitarios con competencia en materia de sanidad y alimentación.." Presentada por CODINAN.

Incorporar "corporaciones sanitarias" Presentada por Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos (CACOF). No se acepta pues en el artículo no hablamos de representantes de instituciones sino por personas expertas en diferentes ámbitos.

Incorporar " la participación de las Cámaras de Comercio a través del Consejo Andaluz del Cámaras de Comercio..." Presentada por Consejo Andaluz de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación. No se acepta. Por las mismas razones que las aludidas en el párrafo anterior.

Art. 39. Formación en nutrición y alimentación saludable

En el apartado 2. "incorporar referencia a la Formación profesional para el Empleo". Presentada por la Consejería de Empleo, Empresa y Comercio, Dirección General de Formación Profesional para el empleo. No se acepta ya que en su redacción se hace referencia a la formación permanente del profesorado a nivel general sin especificar si de Educación Primaria, secundaria, Universitaria o Formación Profesional.

Incorporar estas medidas en el marco de la negociación colectiva. Presentada por CCOO. No se acepta por considerar que no son medidas que deban estar en el marco de la negociación colectiva.

Art. 40. *Investigación e innovación en materia de actividad física, nutrición y alimentación saludable.*

Hacer referencia a la competencia investigadora que establece la Ley 5/2016 a la Consejería competente en materia de Deporte. Presentada por la Consejería de Turismo y Deporte. No se acepta ya que en este artículo se habla de la competencia investigadora sobre la actividad física saludable y no sobre el deporte

Art 42. "Incorporar "deporte" (materias de salud, **deporte** e innovación.

Presentada por COLEF. No se acepta ya que la investigación en deporte no es objetivo de esta Consejería, aunque las investigaciones que en otras instancias se realicen en el tema del deporte, siempre serán de interés para la salud, especialmente desde el enfoque de prevención de traumatismos y problemas derivados de la práctica deportiva, de lo que se ocupa la medicina del deporte.

Art. 44 Infracciones graves.

1.g). Eliminar este punto. Propuesta presentada por FIAB y ANEABE. No se acepta Disminuir la modulación de las infracciones. Presentada por Marcas de Restauración. No se acepta. Se ha tenido en cuenta su impacto en la salud.

1.h). Eliminar. Propuesta de FIAB y CEA se acepta parcialmente. Se mantiene "La inobservancia de las obligaciones relativas a la difusión comercial de los alimentos y bebidas" por tener gran impacto sobre la salud.

3. Piden más concreción. Presentada por CAEA. No se acepta ya que cada caso requiere su estudio y especificidades y la redacción debe permitirlo Disposición adicional. Incorporar una nueva disposición adicional Memoria Económica. Presentada por CCOO. No se acepta por entender que la tramitación de este proyecto conlleva la realización de una Memoria económica que avale su viabilidad.

Disposición Transitoria Primera. Plazo de implementación

Alargar a dos años. Presentada por ACES y CEA No se acepta. Es necesario que la Ley tenga efecto lo antes posible.

Este anteproyecto otorga categoría de derecho a este aspecto por lo que no se puede eliminar esta infracción.

Incorporar un punto i) "centros que en materia de actividad física, ejercicio físico y deporte cuenten con profesionales que incumplan lo establecido en la LY 5/2016 del Deporte en Andalucía. Presentada por COLEF. No se acepta. No es materia de este texto regular el ámbito de trabajo de los profesionales sanitarios o no sanitarios

Disposición final primera. Suprimir Presentada por Marcas de restauración. No se acepta. Es imprescindible el desarrollo reglamentario del SICNA

Valoraciones por parte del Servicio de Legislación de esta Consejería

Respecto a técnica normativa revisar las alegaciones de la Consejería de Turismo y Deporte. Desde este centro directivo no tenemos criterio para su adopción o no aceptación.

La Consejería de la Presidencia y Administración Local nos propone tipificar las acciones muy graves. Esperamos la valoración del Servicio de Legislación sobre este extremo.

1130

El Consejo Andaluz de Gobiernos Locales realiza observaciones al art. 33 no se si es una cuestión que debería incluirse en la exposición de motivos

Anexo:

Eliminar la referencia a los edulcorantes artificiales.

Presentada por Semergen. No se acepta ya que lo expuesto en este anexo es lo que queda recogido en el documento de consenso del Ministerio de Sanidad sobre comedores escolares

Agrupar todo el articulado en relación a la lactancia materna en un título. Presentada por la Asociación de Matronas. No se acepta pues entendemos que resulta más claro incorporar un artículo en cada uno de los entornos donde se considera deben de aplicarse

Otras alegaciones para la creación de nuevos artículos.

- El Ayuntamiento de Málaga considera necesario incorporar un articulado donde se regule los mecanismos de financiación de la ley. No se admite ya que para la tramitación ya se ha elaborado una Memoria económica donde ese explicita la forma de financiación de las iniciativas contenidas en la ley
- El Plan de Diabetes de Andalucía y la Sociedad Andaluza de Cancerología y la FAMPA Alhambra considera necesario la incorporación de articulado haciendo referencia a la implantación de medidas impositivas a las bebidas azucaradas en el primer caso y a bebidas azucaradas, ácidos grasos trans. y sal en el segundo. No se acepta ya que se considera que debería ser el Gobierno Central quien asumiera esas medidas, aunque se comparten sus razonamientos y criterios
- La Sociedad de Cancerología considera necesario subvencionar las frutas y hortalizas frescas. No se acepta por no ser del ámbito de la competencia de esta Consejería



Josefa Ruiz Fernández

La Secretaria General de Salud Pública

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD
Secretaría General Técnica

Expte: 275/16

INFORME QUE EMITE LA SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA DE LA CONSEJERÍA DE SALUD A LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL ARTÍCULO 43.4 DE LA LEY 6/2006, DE 24 DE OCTUBRE, DEL GOBIERNO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA.

Disposición: Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía.

I. Título Competencial.

El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la salud, atribuyendo a los poderes públicos la competencia de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

La Comunidad Autónoma de Andalucía, conforme a lo previsto en el artículo 148.1.21ª de la Constitución y en el artículo 55.2 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, posee la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular y sin perjuicio de la competencia exclusiva que le atribuye el artículo 61, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, sociosanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población, la ordenación y la ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos, incluyendo la salud laboral, la sanidad animal con efecto sobre la salud humana, la sanidad alimentaria, la sanidad ambiental y la vigilancia epidemiológica, el régimen estatutario y la formación del personal que presta servicios en el sistema sanitario público, así como la formación sanitaria especializada y la investigación científica en materia sanitaria.

La Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, establece en su artículo 1.1 como objeto el reconocimiento y la protección efectiva del derecho a la seguridad alimentaria, entendiendo como tal el derecho a conocer los riesgos potenciales que pudieran estar asociados a un alimento y/o a alguno de sus componentes; el derecho a conocer la incidencia de los riesgos emergentes en la seguridad alimentaria y a que las administraciones competentes garanticen la mayor protección posible frente a dichos riesgos. Del reconocimiento de este derecho se deriva el establecimiento de normas en materia de seguridad alimentaria como aspecto fundamental de la salud pública, en orden a asegurar un nivel elevado de protección de la salud de las personas en relación con los alimentos, así como establecer las bases para fomentar hábitos saludables, que permitan luchar contra la obesidad. Asimismo, constituye uno de sus objetivos específicos, según lo previsto en el artículo 1.2.b), la fijación de las bases para la planificación, coordinación y



desarrollo de las estrategias y actuaciones que fomenten la información, educación y promoción de la salud en el ámbito de la nutrición y en especial la prevención de la obesidad.

Junto a estas competencias que en materia de salud permiten a la Comunidad Autónoma de Andalucía para legislar en este ámbito, otras atribuciones permiten la habilitan. Así pues, el artículo 10.3.14º del Estatuto de Autonomía para Andalucía, *Objetivos básicos de la Comunidad Autónoma*, establece que la Comunidad Autónoma, en defensa del interés general, ejercerá sus poderes con el objetivo básico, entre otros, de conseguir la cohesión social, mediante un eficaz sistema de bienestar público, con especial atención a los colectivos y zonas más desfavorecidas social y económicamente, para facilitar su integración plena en la sociedad andaluza, propiciando así la superación de la exclusión social.

El artículo 72.1 del Estatuto de Autonomía atribuye a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva en materia de deportes y de actividades de tiempo libre, que incluye la planificación, la coordinación y el fomento de estas actividades, así como la regulación y declaración de utilidad pública de entidades deportivas.

En el artículo 43.1 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía se dispone que el Consejo de Gobierno ejercerá la iniciativa legislativa prevista en el Estatuto de Autonomía mediante la aprobación y posterior remisión de los proyectos de ley al Parlamento de Andalucía.

II. Justificación y necesidad de la norma.

La Comunidad Autónoma de Andalucía, en virtud de las competencias atribuidas por el Estatuto de Autonomía, ha venido regulando diversos ámbitos que de uno u otro modo afectan a la vida saludable de la ciudadanía andaluza. Así pues, pueden citarse la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía y la Ley 5/2016, de 19 de julio, del Deporte de Andalucía.

En el ámbito estatal, y en el área de la alimentación y la nutrición, el marco jurídico viene definido por la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, siendo importante destacar también lo dispuesto en la Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal y la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad.

Si bien todas estas disposiciones promueven las condiciones para alcanzar una vida saludable y una alimentación equilibrada, se hace necesaria una regulación complementaria y unificadora de la normativa estatal y autonómica. Las acciones que se regulan en el anteproyecto de ley se abordan con la finalidad de prevenir los problemas del sobrepeso y la obesidad en Andalucía y los riesgos que para la salud llevan asociados, así como favorecer una atención integral a las personas que padecen estos problemas y otros trastornos de la conducta alimentaria. En este punto, el fomento de la actividad física entre toda la población, favoreciendo un urbanismo saludable, políticas



de transporte activo, de accesibilidad, de ocio y tiempo libre, así como de envejecimiento activo y saludable, resultan esenciales.

III. Rango de la norma.

Conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de la Constitución sólo por ley podrá regularse el ejercicio de los derechos y libertades del Capítulo segundo de su Título I. Esta reserva de Ley afecta a varias materias que son reguladas mediante el presente Anteproyecto. Asimismo, la Constitución preceptúa la regulación por Ley de ámbitos en los que incide el Anteproyecto.

- a) En materia de Salud, el artículo 43 de la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud, atribuyendo a los poderes públicos la competencia de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
- b) Entre los derechos y libertades del Capítulo segundo del Título I de la Constitución, se incluyen la libertad de empresa o las libertades de comunicación, expresión e información, que pueden verse afectados por la regulación de la publicidad y comercialización de los alimentos, las advertencias sobre la calidad nutricional de los alimentos y bebidas y la publicidad ilícita.
- c) En cuanto al régimen de infracciones y sanciones que regula el anteproyecto de Ley, el artículo 25.1 de la Constitución establece que nadie puede ser condenado o sancionado por acciones u omisiones que en el momento de producirse no constituyan delito, falta o infracción administrativa, según la legislación vigente en aquel momento. Por consiguiente, sólo por ley podrán definirse las infracciones y se determinarán las correspondientes sanciones.

Por otra parte, el principio de jerarquía normativa, establecido en el artículo 9.3 de la Constitución propugna que otros derechos, libertades y garantías constitucionales, no reservados en sentido material a ley, deben ser desarrollados por una disposición de este rango y no por un reglamento autónomo e independiente.

El artículo 108 del Estatuto de Autonomía establece que corresponde al Parlamento andaluz el ejercicio de la potestad legislativa mediante la elaboración y aprobación de las leyes. El Consejo de Gobierno ejerce la iniciativa legislativa de conformidad con lo dispuesto en el artículo 111.1 del Estatuto de Autonomía y artículo 43 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

IV. Estructura y contenido de la norma.

El anteproyecto de Ley consta de una exposición de motivos, cuarenta y seis artículos agrupados en un título preliminar y siete títulos, dos disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una única disposición derogatoria, tres disposiciones finales y un Anexo.

El Título Preliminar, *Disposiciones Generales*, consta de cinco artículos.



El artículo 1, establece el *Objeto* de la Ley.

El artículo 2, detalla los *Fines* de la Ley, que incluyen desde el ámbito sanitario, a aspectos de alimentación, actividad física o publicidad y competencia.

El artículo 3 establece el *Ámbito de aplicación* de la norma, que abarca la actuación de la Administración de la Junta de Andalucía y las entidades locales, así como las actividades de todas las personas físicas o jurídicas en Andalucía.

El artículo 4 se refiere a las *Definiciones* a efectos de lo previsto en la Ley. Destacan aquí, por su importancia en la norma, las definiciones de Actividad física, Alimentación saludable, Dieta mediterránea, Ejercicio físico, Obesidad, Sobrepeso, Transporte activo, etc.

En el artículo 5 se establecen los *Principios de actuación* que regirán las intervenciones de la Ley, orientadas todas a la prevención de la obesidad mediante la promoción de la alimentación equilibrada y saludable, y el fomento de la práctica de ejercicio físico y a la prevención y atención de los trastornos de la conducta alimentaria.

El Título I, *Derechos y garantías*, se compone de los artículos 6 y 7.

El artículo 6, *Derechos de las personas*, relaciona los derechos de la población en Andalucía en el marco de lo dispuesto en la Sección primera del Capítulo III, Título I, de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. Especial atención reciben las personas menores de edad y las personas que padecen obesidad o trastornos de la conducta alimentaria.

El artículo 7, *Garantías por las Administraciones Públicas*, determina una serie de planes, programas y actuaciones específicas que son una garantía de los derechos de las personas en relación con la alimentación y la vida saludable.

El Título II, *Medidas para la lucha contra el sobrepeso y la obesidad*, se compone de cuatro capítulos.

El artículo 8, rubricado *Prioridad en salud pública*, no se inserta en ningún capítulo. Se declara aquí la obesidad como un problema prioritario de salud pública en Andalucía, las personas afectadas grupo de riesgo sanitario y la población menor, personas jóvenes, las personas mayores y las mujeres gestantes como grupos de intervención prioritaria.

El Capítulo I, *Estrategias para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable*, se compone de los artículos 9 a 16.

El artículo 9, regula la definición por parte de la Consejería competente en materia de salud, de un *Plan andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable*, correspondiendo su formulación y aprobación al Consejo de Gobierno.

El artículo 10 es el relativo a *La promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros docentes*. Se prevé aquí la actuación conjunta de las Consejerías competentes en materia de salud, educación, formación profesional para el empleo y movilidad, en orden a la realización de diversas actuaciones dirigidas al ámbito de la actividad física y la alimentación saludable en los centros docentes.

El artículo 11, *Los menús y dietas saludables en los centros docentes*, contempla medidas específicas para la programación de la oferta de los menús en los centros docentes.



El artículo 12 establece *Limitaciones a la venta y publicidad de alimentos hipercalóricos y medidas de promoción de la salud nutricional en los centros docentes.*

El artículo 13 contempla la *Promoción de la actividad física, el deporte y la alimentación saludable en las Universidades de Andalucía.*

El artículo 14 regula la *Promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los espacios de ocio infantil y juvenil.*

El artículo 15 prevé acciones dirigidas a la *Promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros de trabajo.*

El artículo 16 es el relativo a la *Promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros de personas mayores, personas con discapacidad y centros de acogimiento residencial a las personas menores de edad en situación de guarda y tutela por la Junta de Andalucía.*

El Capítulo II, *Promoción de los entornos y espacios saludables*, se compone de los artículos 17 a 20.

El artículo 17, *La promoción de entornos saludables que faciliten la actividad física y la lucha contra el sedentarismo*, establece medidas que deberán realizar los Ayuntamientos para lograr entornos saludables para la población.

El artículo 18, *La promoción de la movilidad y el transporte activo frente al sedentarismo*, sitúa el desplazamiento a pie como eje central del patrón de movilidad de los pueblos y ciudades de Andalucía.

El artículo 19 establece actuaciones para la *Promoción de entornos favorables para una alimentación saludable.*

El artículo 20 determina que las Administraciones Públicas en Andalucía adoptarán medidas para *Favorecer el acceso al agua.*

El Capítulo III, *Alianzas para el fomento de la actividad física y la alimentación saludable*, se haya integrado únicamente por el artículo 21.

El artículo 21 contempla las *Cartas de compromiso para la prevención del sobrepeso y la obesidad*, como un instrumento para el fomento de la actividad física y la alimentación saludable entre las entidades públicas y privadas en Andalucía.

El Capítulo IV, *Atención sanitaria a las personas que padecen sobrepeso y obesidad*, se compone de los artículos 22 a 23.

El artículo 22, *Atención sanitaria a los pacientes con obesidad*, establece un "Proceso Asistencial Integrado para la Atención a Personas con Obesidad Mórbida" y una actualización y asesoramiento personalizado a las personas con sobrepeso, obesidad o riesgo de padecerlo.

El artículo 23, es el relativo a la *Formación de los y las profesionales de la salud.*

El Título III, *Medidas en relación a los trastornos de la conducta alimentaria y otros relacionados*, se compone de los artículos 24 a 26.

El artículo 24, recoge *Medidas de promoción de la salud y prevención de los Trastornos de la conducta alimentaria.*

El artículo 25, determina que la Administración sanitaria impulsará una *Iniciativa "Imagen y Salud" en Andalucía.*

El artículo 26, indica el establecimiento de un proceso de *Atención sanitaria a las personas con trastornos de la conducta alimentaria.*



El Título IV, *Publicidad y comercialización de los alimentos*, se compone de los artículos 27 a 31.

El artículo 27, *Publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en Andalucía*, en el marco de la legislación estatal básica, contempla actuaciones dirigidas a los menores de 15 años en Andalucía.

El artículo 28, de conformidad con el *Principio de veracidad publicitaria*, establece que los mensajes publicitarios sobre alimentos y bebidas deben ser claros, objetivos, pertinentes y precisos.

El artículo 29, contempla las *Advertencias sobre la calidad nutricional de los alimentos y bebidas*.

El artículo 30, *Publicidad ilícita*, atribuye a la Consejería competente en materia de salud la facultad de ejercer las acciones previstas en la Ley de Competencia Desleal.

El artículo 31, es el relativo al *Consejo Audiovisual de Andalucía*.

El Título V, *Organización, coordinación y gobernanza*, se compone de los artículos 32 a 38.

El artículo 32, *Acción coordinada de las políticas públicas*, reconoce la transversalidad de las políticas orientadas a la prevención de la obesidad.

El artículo 33, *Competencias de las Administraciones Públicas en Andalucía*, distribuye el ámbito competencial en la materia entre el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, las Consejerías responsables en la materia y las entidades locales del territorio andaluz.

El artículo 34, *Mapa andaluz de la situación de sobrepeso y obesidad*, prevé la configuración de un Mapa andaluz de sobrepeso y obesidad.

El artículo 35, crea el *Sistema de Información de calidad nutricional de los alimentos en Andalucía*.

El artículo 36 es el relativo al *Control oficial de los productos alimentarios*.

El artículo 37, crea la *Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable*.

El artículo 38, crea el *Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable*.

El Título VI, *Formación, investigación e innovación*, se compone de los artículos 39 a 42.

El artículo 39, *Formación en nutrición y alimentación saludable*, prevé una serie de actuaciones de formación en la materia.

El artículo 40, *Investigación e Innovación en materia de actividad física, nutrición y alimentación saludable*, contempla medidas para la promoción de la investigación e innovación en el ámbito de la actividad física, la nutrición y la alimentación saludable.

El artículo 41, establece que la Consejería competente en materia de salud convocará anualmente un *Premio a la innovación y las buenas prácticas en materia de actividad física y alimentación saludable*.

El artículo 42, prevé la promoción de las *Nuevas tecnologías, alimentación saludable y actividad física*.

El Título VIII, *Infracciones y sanciones*, se compone de los artículos 43 a 46.

El artículo 43, *Infracciones*, contempla la instrucción de un procedimiento sancionador en caso de comisión de las infracciones que se regulan.



El artículo 44, tipifica las *Infracciones graves y muy graves* en el ámbito de la Ley.

El artículo 45, *Sanciones*, establece el régimen sancionador.

El artículo 46, establece que el *Procedimiento, prescripción y caducidad* de las infracciones y sanciones se sujetará a lo previsto en la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

La disposición adicional primera, *Constitución de los órganos colegiados creados en la Ley*, establece un plazo de seis meses para la constitución de la Comisión y el Comité para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

La disposición adicional segunda, *Actualización de los criterios nutricionales establecidos en el Anexo*, habilita a la persona titular de la Consejería competente en materia de salud para la actualización por Orden de los criterios nutricionales establecidos en el Anexo.

La disposición transitoria primera, *Plazo de implementación*, determina un plazo de 12 meses para adaptación a lo previsto en la Ley.

La disposición transitoria segunda, prevé un período de cuatro años para el establecimiento del *Tiempo mínimo de ejercicio físico y/o actividad física en los centros docentes*.

La disposición derogatoria única se pronuncia respecto a la derogación normativa.

La disposición final primera, prevé la *Reglamentación del sistema de información de calidad nutricional de Andalucía (SICNA)*.

La disposición final segunda, contempla la aprobación de un *Plan Andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable* por el Consejo de Gobierno.

La disposición final tercera, prevé el *Desarrollo de la Ley*.

La disposición final cuarta determina la fecha de entrada en vigor de la norma.

El *Anexo* establece los criterios nutricionales por porción envasada o comercializada que deberán cumplir las bebidas y los alimentos envasados para poder comercializarse en los centros educativos de Andalucía.

V. Procedimiento de elaboración.

En cuanto al procedimiento de elaboración de la disposición resultan aplicables básicamente las siguientes normas:

- Ley 6/2006, de 24 de octubre, de Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía.



- Decreto 162/2006, de 12 de septiembre, que regula la memoria económica y el informe en las actuaciones con incidencia económico-financiera.
- El Reglamento de Organización y Funciones del Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía y del Cuerpo de Letrados de la Junta de Andalucía, aprobado en virtud del Decreto 450/2000, de 26 de diciembre.

Asimismo, han de tenerse en cuenta las Instrucciones para la elaboración de anteproyectos de ley y disposiciones reglamentarias aprobadas por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 22 de octubre de 2002, la Instrucción nº 1/2017, de 10 de febrero, de la Viceconsejera de Salud, sobre el procedimiento a seguir en la tramitación de disposiciones de carácter general y el Acuerdo del Consejo de Ministros de 22 de julio de 2005, por el que se aprueban las Directrices de técnica normativa, al cual se le da publicidad en virtud de lo establecido en la Resolución de la Subsecretaría del Ministerio de la Presidencia de 28 de julio de 2005.

VI. Conclusión.

En consecuencia, ajustándose a la normativa vigente en la materia, se informa favorablemente el texto del proyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía.

Sevilla, 10 de abril de 2017

EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO



Fdo.: Ángel Serrano Cugat





INFORME N 8/2017 SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA

CONSEJO:

D^a. Isabel Muñoz Durán, Presidenta
D. José Manuel Ordóñez de Haro, Vocal Primero
D. Luis Palma Martos, Vocal Segundo

El Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía, en su sesión de fecha 6 de abril de 2017, con la composición expresada y siendo ponente D^a. Isabel Muñoz Durán, en relación con el asunto señalado en el encabezamiento, aprueba el siguiente Informe:

I. ANTECEDENTES

1. Con fecha 9 de noviembre de 2016, tuvo entrada en el Registro de la Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía (en adelante, ADCA), un oficio remitido por la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, solicitando el informe preceptivo regulado en el artículo 3.i) de la Ley 6/2007, de 26 de junio, de Promoción y Defensa de la Competencia de Andalucía, en relación con el Anteproyecto de Ley para la Promoción de una Vida Saludable y una Alimentación Equilibrada en Andalucía.
2. Al referido oficio solo se acompañó el texto del Anteproyecto de Ley. No se aportó el Anexo I de la Resolución de 19 de abril de 2016, del Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía, por la que se aprueban los criterios para determinar la incidencia de un proyecto normativo en la competencia efectiva, unidad de mercado y actividades económicas, ni documentación alguna sobre las cuestiones del proyecto normativo que puedan incidir en tales aspectos.
3. Con fecha 15 de noviembre de 2016, se remite un oficio a la Consejería de Salud poniendo de manifiesto que, tras un primer análisis, se aprecian en la norma ciertos aspectos susceptibles de incidir en la competencia efectiva, unidad de mercado y actividades económicas. También se solicita la remisión del Anexo I, debidamente cumplimentado, así como la información y documentación relativas a las cuestiones sobre las que ha de versar la propuesta de informe, considerando los criterios de evaluación establecidos en el Anexo II de la Resolución del Consejo antes referida.
4. Con fecha 22 de noviembre de 2016, solo una parte de la documentación requerida



tiene entrada en el Registro de la ADCA. En particular, se recibe el Anexo I relativo a la determinación de si el proyecto normativo que nos ocupa requiere la emisión del informe preceptivo de la ADCA.

5. Con fecha 14 de marzo de 2017 se recibe la documentación solicitada.
6. Con fecha de 24 de marzo de 2017, la Secretaría General y el Departamento de Estudios, Análisis de Mercados y Promoción de la Competencia de la ADCA elevaron a este Consejo la propuesta conjunta de Informe.

II. FUNDAMENTOS DE DERECHO

La elaboración del presente Informe se realiza sobre la base de las competencias atribuidas a la ADCA en el artículo 3, letra i) de la Ley 6/2007, de 26 de junio, de Promoción y Defensa de la Competencia de Andalucía. Su emisión corresponde a este Consejo, a propuesta del Departamento de Estudios, Análisis de Mercados y Promoción de la Competencia y de la Secretaría General, de conformidad con lo establecido en el artículo 8.4 de los Estatutos de la ADCA, aprobados por Decreto 289/2007, de 11 de diciembre¹.

El procedimiento de control *ex ante* de los Proyectos Normativos se detalló en la Resolución de 19 de abril de 2016, del Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía, cuya entrada en vigor se produjo el 14 de mayo de 2016. Dicha Resolución recoge los criterios para determinar los supuestos en los que un proyecto normativo puede incidir en la competencia, unidad de mercado, actividades económicas y principios de buena regulación.

III. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO NORMATIVO

El anteproyecto de Ley que se somete a consideración de este Consejo tiene por objeto, conforme a lo dispuesto en su artículo 1, el establecimiento y desarrollo de las acciones necesarias para la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable y equilibrada entre la población, con la finalidad de prevenir los problemas del sobrepeso y la obesidad en Andalucía y los riesgos para la salud que llevan asociados. También dispone las actuaciones destinadas a favorecer una atención integral a las personas que padecen estos problemas, así como la concienciación social sobre los mismos.

Asimismo, establece medidas para la promoción de la salud, la prevención y la adecuada atención sanitaria de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos asociados a una distorsión negativa de la propia imagen

¹ Conforme a la redacción vigente, en virtud de lo dispuesto en el Decreto 290/2015, de 21 de julio, por el que se modifican los Estatutos de la Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía, aprobados por Decreto 289/2007, de 11 de diciembre.



12-11

corporal.

La propuesta normativa consta de 46 artículos estructurados en un Título preliminar, siete Títulos, dos Disposiciones adicionales, dos Disposiciones transitorias, una Disposición derogatoria única, tres Disposiciones finales, y un Anexo, con el siguiente contenido:

Título preliminar – Disposiciones generales. En este Título se detallan el objeto, los fines y el ámbito de aplicación de la norma, las definiciones de los términos utilizados, y los principios de actuación.

Título I – Derechos y garantías. Proclama los derechos que tiene la población en Andalucía en relación con las actividades de salud pública tendentes a alcanzar y mantener una alimentación saludable y equilibrada, una actividad física satisfactoria y un entorno físico y psicosocial saludable. Asimismo, establece las garantías ofrecidas por las Administraciones Públicas al respecto, mediante el impulso de planes, programas y/o acciones específicas.

Título II – Medidas para la lucha contra el sobrepeso y la obesidad. Declara la obesidad como un problema de salud pública prioritario en Andalucía, y establece en cuatro Capítulos un conjunto de acciones coordinadas de todos los poderes públicos para su prevención y atención:

Capítulo I – Estrategias para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable. Entre tales acciones se anuncia la creación de un Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía (PAFASA), y se fijan los objetivos y actuaciones dirigidos a tales fines en los centros educativos, universidades, espacios de ocio infantil y juvenil, centros de trabajo, y centros de personas mayores y de personas con discapacidad. También se pone énfasis en el establecimiento de medidas para los menús y dietas saludables en centros educativos y, se establecen una serie de limitaciones a la venta y publicidad de alimentos hipercalóricos, así como medidas de promoción de la salud nutricional en centros educativos.

Capítulo II – Promoción de los entornos y espacios saludables. Establece medidas relativas a la promoción de entornos saludables que faciliten la actividad física, la movilidad y el transporte activo frente al sedentarismo, así como a la promoción de entornos favorables para una alimentación saludable, y que favorezcan el acceso gratuito al agua potable.

Capítulo III – Alianzas para el fomento de la actividad física y la alimentación saludable. Permite la formalización de cartas de compromiso con los objetivos del PAFASA, entre la Junta de Andalucía y otras entidades públicas o privadas.



Capítulo IV – Atención sanitaria a las personas que padecen sobrepeso y obesidad. Establece medidas de cara a la atención sanitaria y seguimiento de dichos pacientes, así como relacionadas con la formación de los profesionales de la salud.

Título III – Medidas en relación con los trastornos de la conducta alimentaria y otros relacionados. Regula medidas tanto de promoción de la salud y prevención, como de aceptación de la diversidad corporal a través de la iniciativa "Imagen y Salud", o como de atención sanitaria a personas que sufren trastornos de la conducta alimentaria.

Título IV – Publicidad y comercialización de alimentos. Señala la normativa aplicable a la publicidad comercial de los alimentos y bebidas no alcohólicas en Andalucía, reforzándola con una serie de actuaciones que se deben evitar cuando la comunicación comercial esté dirigida a menores de 15 años. Proclama el principio de veracidad publicitaria, impone la obligación de advertir a los consumidores y usuarios, de forma clara y precisa, con una información referida a la calidad nutricional del producto. Por último, se otorga al Consejo Audiovisual de Andalucía la función de velar porque la publicidad de los alimentos y bebidas no alcohólicas se ajuste a la legislación aplicable.

Título V – Organización, coordinación y gobernanza. Se reconoce el principio de transversalidad de las políticas relacionadas con el objeto de este anteproyecto de Ley, se establecen las competencias de la Junta de Andalucía y las entidades locales, y se prevé la elaboración de un mapa andaluz de la situación de sobrepeso y obesidad. También, se crean el Sistema de Información de la calidad nutricional de los alimentos en Andalucía (SICNA), la Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, y el Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

Título VI – Formación, investigación e innovación. Se incorpora la formación en nutrición y alimentación saludable en los programas didácticos de los centros docentes, y en los Planes de Formación permanente del profesorado, promoviéndose por las Universidades la configuración de ofertas docentes de postgrado en la materia. Se anuncia el desarrollo de una línea de investigación estratégica específica en la materia, y se crea un premio a la innovación y buenas prácticas.

Título VII – Infracciones y sanciones. Tipifica las conductas infractoras calificándolas de graves y muy graves, y se remite a la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, en cuanto a las sanciones a imponer, el procedimiento sancionador a utilizar, y la prescripción y caducidad de unas y otras.

Las Disposiciones adicionales establecen el plazo máximo de constitución de los órganos colegiados creados en la Ley, y la actualización, mediante Orden, de los criterios nutricionales establecidos en el Anexo. Las Disposiciones transitorias fijan un plazo máximo de 12 meses para que los destinatarios de la norma se adecúen a lo dispuesto en la Ley, y otro plazo máximo de cuatro años para el establecimiento del



1213

tiempo mínimo de ejercicio físico y/o actividad física en los centros educativos. La Disposición derogatoria única deja sin validez cuantas disposiciones normativas contradigan o se opongan a esta Ley, y las Disposiciones finales fijan un plazo máximo de 12 de meses para que el Consejo de Gobierno apruebe la reglamentación técnica sobre los parámetros que configuren el SICNA; le atribuye a dicho órgano potestad para el desarrollo reglamentario de la Ley; y fija su entrada en vigor a los veinte días de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Por último, el Anexo de la norma contiene los criterios nutricionales que deberán cumplir las bebidas y los alimentos envasados para poder comercializarse en centros educativos.

IV. MARCO NORMATIVO

IV.1. Consideraciones preliminares

En mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la *Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. La Estrategia se elaboró sobre la base de una amplia serie de consultas con todas las partes interesadas, en respuesta a la petición que formularon los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2002 (Resolución WHA55.23). La meta general de dicha Estrategia era promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física.

El Plan de Acción 2008-2013 de la *Estrategia Global para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles*, aprobado por la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), incluye la exigencia de tomar conciencia de la magnitud de la carga que suponen las enfermedades crónicas no transmisibles, a la par que de las posibilidades de prevención y control de las mismas; la necesidad de fortalecer en todos los países compromisos políticos y técnicos de prevención y control, a través de intervenciones coste-efectivas y basadas en la evidencia; el requerimiento de fortalecer los servicios de salud, integrando las actividades de prevención y control de enfermedades crónicas, especialmente a través de la atención primaria; el establecimiento de mecanismos de coordinación nacional, para generar y mantener acciones priorizadas tendentes a modificar positivamente los factores ambientales, sociales y económicos determinantes de la salud; y la formulación explícita de las intervenciones básicas para la prevención y el control de las mismas.

En la *Declaración de Roma sobre la Nutrición* aprobada en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición celebrada en Roma (2014), se reconoció que algunos cambios socioeconómicos y ambientales pueden tener efectos en los hábitos alimentarios y de actividad física, lo que conduce a una mayor susceptibilidad a la



obesidad y a enfermedades no transmisibles, debido a los modos de vida crecientemente sedentarios y al aumento del consumo de alimentos con un alto contenido de grasas, especialmente grasas saturadas y grasas trans, azúcares y sal o sodio, reafirmando en la necesidad de que las políticas de nutrición deberían promover una alimentación diversificada, equilibrada y saludable en todas las etapas de la vida.

IV.2. Normativa europea

El Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (en adelante, TFUE) sustenta sus políticas de seguridad alimentaria sobre sus Artículos 168 y 169. El primero de ellos prevé que la definición y el establecimiento de las políticas nacionales sanitarias por los Estados miembros deberá garantizar un alto nivel de protección de la salud humana. Y el artículo 169 del Tratado regula la competencia en materia de protección general de los consumidores.

Dada la situación en Europa, la Comisión de las Comunidades Europeas publicó en 2005 un Libro Verde con el título *"Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas"*. En noviembre de 2006 se celebró en Estambul la Conferencia Ministerial Europea de la OMS contra la Obesidad, con el tema: *"Influencia de la Dieta y la Actividad Física en la Salud"*. Esta Conferencia dio lugar a la *Carta Europea Contra la Obesidad*, en la que se reconoce que la obesidad es un problema de salud pública a escala global y le concede a este asunto un lugar preferente en la agenda política, ya que los propios gobiernos reconocen pruebas suficientes que justifican una intervención inmediata.

Basándose en el Libro Verde, la Comisión redactó en 2007 el Libro Blanco: *"Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad"*, en el que se señala que el etiquetado sobre propiedades nutritivas es un método importante para informar a los consumidores sobre la composición de los alimentos y para ayudarles a tomar una decisión con conocimiento de causa. En la Comunicación de la Comisión de 13 de marzo de 2007, titulada *«Estrategia en materia de Política de los Consumidores 2007-2013 – Capacitar a los consumidores, mejorar su bienestar y protegerlos de manera eficaz»*, se subrayó que permitir que los consumidores decidan con conocimiento de causa es esencial tanto para una competencia efectiva como para el bienestar de los consumidores. Considera que el conocimiento de los principios básicos de la nutrición y una información nutricional apropiada sobre los alimentos ayudaría notablemente al consumidor a tomar tales decisiones. Asimismo, se reconoce que las campañas de educación e información son un importante instrumento para hacer que las informaciones sobre alimentos sean más comprensibles para los consumidores.

Por otro lado, hay que tener en cuenta el *Reglamento (CE) nº 178/2002 del Parlamento Europeo y del Consejo de 28 de enero de 2002 por el que se establecen los principios y*



los requisitos generales de la legislación alimentaria, se crea la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y se fijan procedimientos relativos a la seguridad alimentaria².

Asimismo, el Reglamento (CE) No 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de diciembre de 2006 relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos, reconocía que una dieta variada y equilibrada es un requisito previo para disfrutar de buena salud y que cada producto posee una importancia relativa en el contexto de la dieta total, siendo la dieta uno de los múltiples factores que influyen en la aparición de determinadas enfermedades humanas.

Posteriormente, el Reglamento (UE) nº 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2011, sobre la información alimentaria facilitada al consumidor y por el que se modifican los Reglamentos (CE) no 1924/2006 y (CE) no 1925/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, y por el que se derogan la Directiva 87/250/CEE de la Comisión, la Directiva 90/496/CEE del Consejo, la Directiva 1999/10/CE de la Comisión, la Directiva 2000/13/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, las Directivas 2002/67/CE, y 2008/5/CE de la Comisión, y el Reglamento (CE) no 608/2004 de la Comisión, al objeto de aumentar la seguridad jurídica, garantizar un cumplimiento racional y coherente, y en pro de una mayor claridad, armonizó la normativa europea sobre la materia, reconociendo la necesidad de establecer definiciones, principios, requisitos y procedimientos comunes para establecer un marco claro y una base común para las medidas de la Unión y nacionales por las que se rige la información alimentaria.

Esta norma establece la base para garantizar un alto nivel de protección de los consumidores en relación con la información alimentaria, teniendo en cuenta las diferencias en la percepción de los consumidores y sus necesidades de información, al mismo tiempo que asegura un funcionamiento correcto del mercado interior.

Se trata de una norma de alcance general y directamente aplicable, vincula a los particulares y a las autoridades nacionales y prevalece sobre el Derecho nacional, eliminándose así las diferencias entre los distintos Estados Miembros de la UE y armonizando al máximo nivel la normativa aplicable en materia de información al consumidor y etiquetado³.

El Reglamento mencionado anteriormente ha sido modificado en algunos de sus aspectos por el Reglamento (UE) 2015/2283 del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de noviembre de 2015 relativo a los nuevos alimentos, por el que se modifica el

² Modificado por el Reglamento (CE) nº 202/2008 de la Comisión de 4 de marzo de 2008 por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 178/2002 del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que se refiere al número y la denominación de las Comisiones técnicas científicas de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (DOUE de 5 de marzo de 2008).

³ De hecho, su Artículo 38 dispone que los Estados Miembros no podrán adoptar ni mantener medidas nacionales respecto a las materias específicamente armonizadas por el presente Reglamento, salvo que lo autorice el Derecho de la Unión; y que tales medidas no supondrán un aumento de obstáculos a la libre circulación de mercancías, incluida la discriminación en relación con los alimentos de otros Estados miembros.



Reglamento (UE) no 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo y se derogan el Reglamento (CE) no 258/97 del Parlamento Europeo y del Consejo y el Reglamento (CE) no 1852/2001 de la Comisión.

IV.3. Normativa estatal

En el ámbito estatal, la Constitución Española reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, y de las prestaciones y servicios necesarios. También dispone que la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto, y que se habrá de fomentar la educación sanitaria, la educación física y el deporte.

En tal sentido, el artículo 149.1.16ª de la carta magna reconoce al Estado la competencia exclusiva en materia de sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad, y en legislación de productos farmacéuticos. Y al amparo del artículo 148.1. 21ª, las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en la materia de sanidad.

Por otra parte, la Constitución ofrece también protección a los consumidores y usuarios en su artículo 51, al proclamar que los poderes públicos garantizarán su defensa, salvaguardando mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos. También deberán promover su información y educación, fomentando sus organizaciones y oyéndolas en las cuestiones que puedan afectarles, en los términos que la ley establezca.

Por último, debemos mencionar el artículo 38 de la Constitución que consagra el principio de libertad de empresa en el marco de la economía de mercado, y declara que los poderes públicos garantizan y protegen su ejercicio y la defensa de la productividad, de acuerdo con las exigencias de la economía general y, en su caso, de la planificación.

Dentro de este marco competencial, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, encomienda a las Administraciones públicas *"el control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios, incluyendo la mejora de sus cualidades nutritivas"* (artículo 18.10). Igualmente les obliga a que controlen, en el ámbito de sus competencias, la publicidad y propaganda comerciales para que se ajusten a criterios de veracidad en lo que atañe a la salud limitando así todo aquello que pueda constituir un perjuicio para la misma (artículo 27).

Estas disposiciones guardan íntima relación con otras normas sectoriales como puedan ser la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, que permite regular la publicidad de los productos, bienes, actividades y servicios susceptibles de generar riesgos para la salud o seguridad de las personas (artículo 5). Del mismo modo, la Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual, prohíbe en cualquiera de sus formas, la comunicación comercial que fomente comportamientos



12-17

nocivos para la salud (artículo 18).

El Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, reconoce como derechos básicos de los mismos, por un lado, la protección contra los riesgos que puedan afectar su salud o seguridad; y por otro, la información correcta sobre los diferentes bienes o servicios y la educación y divulgación para facilitar el conocimiento sobre su adecuado uso, consumo o disfrute (artículo 8).

Mediante la Ley 11/2001, de 5 de julio, se crea la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición⁴, cuyo objetivo general es el de proteger la salud pública, contribuyendo a que los alimentos destinados al consumo humano –considerando la cadena alimentaria en su integridad, desde la producción primaria hasta el consumo– sean seguros y garantizar su calidad nutricional y la promoción de la salud.

Cabe hacer mención a la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) aprobada en 2005, por el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo. Es una estrategia de salud que, siguiendo la línea de las políticas marcadas por los organismos sanitarios internacionales, tiene como meta invertir la tendencia de la prevalencia de la obesidad mediante el fomento de una alimentación saludable y de la práctica de la actividad física y, con ello, reducir sustancialmente las altas tasas de morbilidad y mortalidad atribuibles a las enfermedades no transmisibles. En esta Estrategia se priorizan las medidas dirigidas a la infancia, adolescencia y con especial atención a las necesidades de los grupos socioeconómicos más vulnerables, que contribuyan a provocar cambios en nuestros estilos de vida hacia los más saludables.

En el año 2011, la Estrategia NAOS fue consolidada e impulsada con la aprobación de la Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición (en adelante, Ley 17/2011) que declara, entre sus objetivos, fijar las bases para la planificación, coordinación y desarrollo de estrategias y actuaciones que fomenten la información, educación y promoción de la salud en el ámbito de la nutrición y prevención de la obesidad (artículo 1.2).

Por otro lado, la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, establece entre sus fines que el sistema educativo se orientará, entre otras cuestiones, al desarrollo de hábitos saludables, el ejercicio físico y el deporte.

⁴ Esta ley fue modificada por la Ley 44/2006, de 29 de diciembre, de mejora de la protección de los consumidores y usuarios, introduciendo en su ámbito de aplicación los aspectos relacionados con la nutrición. Y mediante el Real Decreto 19/2014, de 17 de enero, la Agencia se refunde con el Instituto Nacional del Consumo en un nuevo organismo autónomo denominado Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición.



IV.4. Normativa autonómica

En el marco de las competencias compartidas en materia de sanidad interior, el Estatuto de Autonomía para Andalucía, en su artículo 55.2, otorga facultades a la Comunidad Autónoma para la ordenación y ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos incluyendo, entre otros, la sanidad alimentaria.

En desarrollo de tales competencias, se dictan la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. Esta última incluye entre las prestaciones de salud pública, la del control sanitario de la publicidad en el marco de la normativa vigente. Y en relación con la intervención administrativa en protección de la salud pública, dispone que las Administraciones Públicas de Andalucía, en el marco de sus respectivas competencias y con la finalidad de proteger la salud de la población y prevenir la enfermedad, podrán controlar la publicidad y la propaganda de productos y actividades que puedan tener incidencia sobre la salud, para ajustarlas a criterios de veracidad y evitar todo aquello que pueda suponer un perjuicio para la salud⁵.

En lo que a publicidad se refiere, el artículo 70 del Estatuto de Autonomía atribuye a la Comunidad Autónoma, la competencia exclusiva sobre esta materia en general, configurando al Consejo Audiovisual como la autoridad independiente encargada de velar por el respeto de los derechos, libertades y valores constitucionales y estatutarios en los medios audiovisuales, tanto públicos como privados, en Andalucía, así como por el cumplimiento de la normativa vigente en materia audiovisual y de publicidad (artículo 131).

En relación con la protección de los consumidores, la Ley 13/2003, de 17 de diciembre, de Defensa y Protección de los Consumidores y Usuarios de Andalucía, dispone que para la justa protección y adecuada satisfacción de sus intereses, los órganos competentes de la Administración de la Junta de Andalucía habrán de adoptar las medidas precisas para solicitar de los órganos y autoridades competentes, encargados de controlar y sancionar la actividad publicitaria, el efectivo ejercicio de sus funciones conforme a la legislación vigente, de modo que los consumidores sean destinatarios de una publicidad sujeta a los principios de legalidad, veracidad y autenticidad (artículo 11).

La Consejería de Salud plantea el proyecto normativo que nos ocupa con el fin de hacer frente al sobrepeso y obesidad como un problema prioritario de salud pública, imponiendo una serie de medidas que buscan fomentar la actividad física y alimentación saludable; que garanticen la atención sanitaria a la población que se encuentre en dicha situación y a las personas con trastornos de la conducta alimentaria; que protejan a la población frente a la publicidad, promoción y patrocinio de alimentos y bebidas no saludables, regulando las condiciones para que la información sobre la calidad

⁵ Artículos 60.2.1) y 78.1.a), respectivamente.



12-69

nutricional de los alimentos y bebidas de consumo comercial, sea veraz, entre otras cuestiones.

V. CONSIDERACIONES SOBRE EL MERCADO AFECTADO POR EL ANTEPROYECTO DE LEY

Como es sabido, las normas pueden generar una serie de efectos o impactos sobre las actividades económicas, de forma que según la teoría económica, una regulación es eficiente cuando alcanza los objetivos propuestos al mínimo coste. Así, una norma estará justificada desde el punto de vista económico si es eficiente.

El Centro Directivo en la documentación remitida a la ADCA bajo el título "*Informe remitido a la ADCA en relación con los criterios a evaluar los efectos del Anteproyecto de Ley (...)*" y en el apartado correspondiente a "*Incidencia sobre las actividades económicas*" reconoce "*este proyecto afecta a la industria agroalimentaria, a la industria de bebidas refrescantes (...) a los productos ultraprocesados, a las bebidas hipocalóricas y a los productos como frutas y verduras o agua mineral. Afecta tanto a los grandes distribuidores como al pequeño comercio (...)*".

Igualmente, en la propia Exposición de Motivos del texto normativo, queda patente dicha amplitud estableciendo "*(...) la necesidad de estimular medidas normativas para el sector agrícola que refuercen las medidas dirigidas a los elaboradores de alimentos, vendedores minoristas de alimentos, servicios de comidas por encargo e instituciones públicas (...). Y por último, proporcionar etiquetado nutricional en todos los alimentos preenvasados (...)*"

En vista de lo anterior, en este apartado se efectúa un análisis económico fundamentalmente cualitativo, de los pros y contras que generan las distintas medidas establecidas en la norma.

En un análisis preliminar, este Consejo quiere subrayar los beneficios que la norma sometida a Informe pretende, que se identifican con los fines de la misma, señalados en el artículo 2 del proyecto normativo, y que podrían sintetizarse en fomentar una nutrición adecuada mediante una alimentación saludable en todas las personas en Andalucía, fomentar la actividad física saludable, favorecer los entornos e instalaciones educativos, laborales, sociales y deportivos, garantizar la atención sanitaria, proteger especialmente a la población más vulnerable, promover una conciencia social sobre los estándares de belleza y cuidados del cuerpo, fomentar y promover la responsabilidad social ante la salud, y garantizar el trabajo colaborativo entre las Administraciones Públicas.

La propuesta normativa responde al crecimiento del número de personas en la población con sobrepeso y obesidad, calificándose como "*epidemia*" por el órgano proponente, y podría justificar el establecimiento de límites al acceso o ejercicio de una actividad económica con base en que la protección de la salud humana es considerada



una de las razones imperiosas de interés general que permiten dichas limitaciones.

No obstante, también con carácter preliminar, han de señalarse los siguientes efectos sobre la actividad económica:

- Efectos sobre las empresas. La propuesta objeto de evaluación puede afectar al principio de libertad de empresa, al limitar la comercialización y la publicidad de determinados alimentos y bebidas o al obligar a ofrecer al público determinados productos de forma gratuita, y otros en distintos formatos.
- Efectos sobre los consumidores. La norma puede modificar la oferta de bienes o servicios a disposición del consumidor, en la medida en que la limitación de la comercialización de determinados productos afecta a la oferta de bienes a los que puede acceder el consumidor.
- Efectos sobre los precios de los productos y servicios. Los precios de determinados bienes y servicios se pueden ver alterados cuando se fijan impuestos sobre los mismos.

A continuación se realiza un análisis de las principales medidas de la norma y sus posibles impactos económicos, de forma más detallada:

a) Limitaciones a la comercialización

El artículo 12.2 del anteproyecto de Ley establece una prohibición a la venta en los centros educativos de Andalucía de *"alimentos y bebidas con un alto contenido en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sal y/o azúcares y en concreto los alimentos hipercalóricos con un alto contenido calórico proveniente de azúcares o grasas de bajo valor nutricional"*, determinándose en el artículo 12.3 que *"Las bebidas y los alimentos envasados, especialmente chucherías, bollería, snacks, aperitivos y similares podrán comercializarse en los centros educativos de Andalucía solo si cumplen los criterios nutricionales por porción envasada o comercializada que se establecen en el Anexo de esta Ley"*. Por su parte, el apartado 4 del artículo 12, dispone que las limitaciones comprenden *"la dispensación en máquinas expendedoras o en establecimientos tales como cantinas, bares, quioscos o similares situados en el interior de dichos centros"*.

Desde el punto de vista económico, el efecto es una limitación de la comercialización de este tipo de productos, restringiendo la posibilidad de algunas empresas de ofrecer estos bienes al imponer unos criterios nutricionales específicos y condicionando así su actividad económica en estos centros.

Partiendo de la protección de la salud, así como de la necesidad de promover el consumo responsable de este tipo de productos, ya que lo que causa un perjuicio es su abuso, el centro promotor de la norma debiera considerar si no sería más eficaz favorecer la concienciación, los controles específicos en colegios, institutos, y demás entidades públicas y las buenas prácticas con los padres del alumnado afectado y no mediante medidas que suponen una prohibición absoluta o imponen determinados



críterios de obligado cumplimiento para su comercialización. En otras palabras, el centro directivo debería analizar la proporcionalidad de las restricciones impuestas en relación con la razón imperiosa de interés general que las justifica.

b) Limitaciones a la publicidad.

Estas limitaciones, ya sea por prohibición de la misma o por exigirse una autorización previa o condiciones específicas, afectan a las empresas que ofrezcan servicios de publicidad y promoción a las anteriores, así como a la publicidad de cualquier producto alimenticio si se realiza en centros escolares, centros de mayores y establecimientos sanitarios.

- En este sentido, se puede entender justificado que en determinadas franjas horarias, o en determinados espacios, donde el público sea eminentemente infantil, no se publiquen este tipo de productos.
- El efecto negativo, en principio, podría ser poco significativo sobre las empresas, puesto que ya existe una rigurosa normativa tanto a nivel europeo como nacional, que prohíbe cualquier publicidad ilícita o engañosa.

No obstante lo anterior, y desde la óptica de la libertad de empresa, podría resultar desproporcionada la limitación establecida para la comunicación comercial de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a menores de quince años, mencionada en el artículo 27.2 g) consistente en evitar "*promover la entrega de regalo, premio o cualquier otro beneficio destinado a fomentar la adquisición o el consumo de alimentos o bebidas no alcohólicas*".

c) Cargas económicas

Otro sector afectado lo conforman las personas físicas o jurídicas responsables de espacios de ocio infantil y juvenil, servicios de hostelería o centros de trabajo (especialmente si poseen más de 50 trabajadores), al asignarles en los artículos 14, 15 y 16 del proyecto normativo una serie de iniciativas adicionales a su labor ordinaria, relacionadas con la promoción de una alimentación saludable, y una vida activa.

Desde un punto de vista económico, estas tareas adicionales, al resultar obligatorias por una norma, afectan a la capacidad de organización de la producción del operador. Junto a ello, suponen imponer una carga a estos operadores económicos, que se entiende desproporcionada y que en algunos supuestos debería corresponder al sector público.

d) Agua potable de forma gratuita

Las medidas referentes al acceso al agua potable, si bien pueden afectar principalmente al ámbito público, es en el sector empresarial y en el empleo donde el texto normativo puede producir efectos negativos más evidentes. Las limitaciones se extienden a las compañías encargadas del mantenimiento de las máquinas expendedoras y a las



empresas de hostelería en general.

En este aspecto se considera que el efecto deseado, favorecer el acceso al agua, se podría alcanzar mediante medidas de concienciación e incluso en el marco de acuerdos voluntarios (no obligatorios).

Por otra parte, se podría haber optado por la posibilidad menos restrictiva, que es fomentar desde el punto de vista público la instalación de fuentes de agua potable, como señala el artículo 20.1, (*"las administraciones públicas en Andalucía..."*) y que efectivamente correspondería a los poderes públicos.

No obstante, se ha optado por hacerla extensiva a empresas responsables de la instalación y/o mantenimiento en espacios públicos autorizados, de máquinas expendedoras de productos alimenticios, incluidas bebidas azucaradas o con sabor azucarado, que deberán tener operativa una fuente de agua potable, refrigerada y de acceso gratuito, que sea integrada en la máquina distribuidora, o en la proximidad de la misma.

Es más, en el punto 3 del mencionado artículo 20 se contempla que los establecimientos de restauración deberán *"ofrecer siempre a los clientes la posibilidad de un recipiente de agua fresca y los vasos para su consumo, de forma gratuita y complementaria a la oferta del propio establecimiento"*.

Esta medida tendría una repercusión directa en el sector de agua embotellada, limitando la demanda al ofertarse obligatoriamente un producto sustitutivo de forma gratuita. En este sentido, hay que llamar la atención, atendiendo a los datos publicados por el Instituto Geológico y Minero de España (IGME) en la *Estadística de aguas minerales de bebida envasada en España*, que el sector emplea directamente en España a unas 3.500-4000 personas, de las que 250-300 se emplean en Andalucía (aproximadamente el 6-7% del total nacional); igualmente, en la Comunidad Autónoma de Andalucía se envasa de media el 10% del total nacional.

En igual sentido a lo ya manifestado anteriormente, las empresas dedicadas al *vending* tendrían unos costes adicionales, derivados de la instalación de las fuentes previstas en el proyecto normativo.

El doble perjuicio a soportar por los encargados de las máquinas expendedoras, el coste de mantener e instalar la fuente de agua, así como los ingresos que dejarían de percibir por la venta de agua embotellada, puede reducir su capacidad de competir en el mercado.

En conclusión, tras este análisis se entiende que en los aspectos referenciados la norma podría no resultar acorde con una regulación económica eficiente. En este sentido, se recomienda, en general, la utilización de figuras jurídicas menos rígidas que la prohibición directa empleada, como por ejemplo, la utilización de *"buenas prácticas"* o *"prácticas recomendables"*.

En igual sentido, se pudieran fomentar acuerdos o convenios de forma voluntaria y



recíproca que favorezcan la implantación progresiva de los estándares de vida saludable deseados. El propio anteproyecto de Ley, en el artículo 11, menciona unos criterios nutricionales que por consenso se establecen en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Junto a ello, medidas de autocontrol de carácter voluntario entre las empresas, respecto por ejemplo, a la calidad nutricional que ofrecen al consumidor, ayudarán a la concienciación en una vida saludable.

VI. ANÁLISIS DE COMPETENCIA, UNIDAD DE MERCADO Y MEJORA DE LA REGULACIÓN

VI.1. Consideraciones generales sobre la mejora de la regulación económica

La imposición de cargas afecta al comportamiento de los agentes económicos ralentizando sus operaciones, trayendo recursos de otras actividades productivas, condicionando sus decisiones de inversión y generando obstáculos a la libre entrada y salida del mercado. De ahí, la importancia de incentivar la elaboración de normas más transparentes, más fácilmente aplicables y sujetas a un proceso de revisión que optimice sus resultados, coadyuve a la dinamización económica, simplifique procesos y reduzca cargas innecesarias.

La mejora de la regulación económica constituye el conjunto de actuaciones e instrumentos, mediante los cuales los poderes públicos, al elaborar o aplicar las normas con impacto en las actividades económicas, promueven un entorno más eficaz para el desarrollo de la actividad empresarial y profesional, y evitan la imposición de restricciones injustificadas o desproporcionadas.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2.2 de la Ley 6/2007, de 26 de junio, de Promoción y Defensa de la Competencia de Andalucía, al evaluar las distintas iniciativas normativas, la ADCA aplica los principios de eficiencia, necesidad, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia, accesibilidad, simplicidad y eficacia. Ello, en aras de que el marco normativo propuesto contribuya a alcanzar un modelo productivo acorde con los principios y objetivos básicos previstos en el artículo 157 del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

Asimismo, tras la entrada en vigor de la Ley de garantía de la unidad de mercado (en adelante, LGUM), todas las Administraciones públicas españolas están obligadas a observar en sus disposiciones los principios establecidos para proteger las libertades de acceso y ejercicio de los operadores económicos. El artículo 9.1 LGUM, bajo el título "Garantía de las libertades de los operadores económicos", preceptúa:

"Todas las autoridades competentes velarán, en las actuaciones administrativas, disposiciones y medios de intervención adoptados en su ámbito de actuación, por la observancia de los principios de no discriminación, cooperación y confianza mutua,



necesidad y proporcionalidad de sus actuaciones, eficacia en todo el territorio nacional de las mismas, simplificación de cargas y transparencia”.

Para toda actuación de las Administraciones Públicas que pueda limitar el ejercicio de derechos individuales o colectivos, el artículo 4.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, regulador de los “Principios de intervención de las Administraciones Públicas para el desarrollo de una actividad” dispone lo siguiente:

“Las Administraciones Públicas que, en el ejercicio de sus respectivas competencias, establezcan medidas que limiten el ejercicio de derechos individuales o colectivos o exijan el cumplimiento de requisitos para el desarrollo de una actividad, deberán aplicar el principio de proporcionalidad y elegir la medida menos restrictiva, motivar su necesidad para la protección del interés público así como justificar su adecuación para lograr los fines que se persiguen, sin que en ningún caso se produzcan diferencias de trato discriminatorias. Asimismo deberán evaluar periódicamente los efectos y resultados obtenidos”.

En lo que se refiere estrictamente a iniciativas normativas, el artículo 129.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, enuncia los “Principios de buena regulación”, y determina que:

“En el ejercicio de la iniciativa legislativa y la potestad reglamentaria, las Administraciones Públicas actuarán de acuerdo con los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia, y eficiencia. En la exposición de motivos o en el preámbulo, según se trate, respectivamente, de anteproyectos de ley o de proyectos de reglamento, quedará suficientemente justificada su adecuación a dichos principios”.

Los esfuerzos por incorporar al ordenamiento jurídico los principios de la *better and smart regulation* no se agotan con el análisis *ex ante* de los proyectos normativos por las instituciones que tienen encomendadas esa función consultiva.

Por ello, también interesa señalar aquí que el artículo 130 de la Ley 39/2015, referido a la “Evaluación normativa y adaptación de la normativa vigente a los principios de buena regulación”, dispone lo siguiente:

“1. Las Administraciones Públicas revisarán periódicamente su normativa vigente para adaptarla a los principios de buena regulación y para comprobar la medida en que las normas en vigor han conseguido los objetivos previstos y si estaba justificado y correctamente cuantificado el coste y las cargas impuestas en ellas.

El resultado de la evaluación se plasmará en un informe que se hará público, con el detalle, periodicidad y por el órgano que determine la normativa reguladora de la Administración correspondiente.

2. Las Administraciones Públicas promoverán la aplicación de los principios de buena regulación y cooperarán para promocionar el análisis económico en la elaboración de



las normas y, en particular, para evitar la introducción de restricciones injustificadas o desproporcionadas a la actividad económica”.

Sentado lo anterior, este Consejo realizará el análisis del proyecto normativo remitido, de acuerdo con los principios enunciados *ut supra* y de conformidad con lo establecido en la Resolución de 19 de abril de 2016, del Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía, por la que se aprueban los criterios para determinar la incidencia de un proyecto normativo en la competencia efectiva, unidad de mercado y actividades económicas.

VI.2. Consideraciones particulares sobre el proyecto normativo

En la Exposición de Motivos del proyecto normativo, la Consejería de Salud ofrece multitud de razones para la tramitación del anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y alimentación equilibrada en Andalucía. En tal sentido, manifiesta que el exceso de peso en Andalucía es creciente, habiéndose duplicado el índice de obesidad en poco más de 10 años y, aunque en menor medida, también el sobrepeso ha aumentado.

Esta situación, que califica de epidemia, justificaría las actuaciones propuestas en la norma sobre la base de los efectos perjudiciales que sobre la salud tienen el sobrepeso y la obesidad. Para ello, argumenta que hay cuatro categorías de enfermedades, las cardiovasculares, respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes, que son las principales causantes de mortalidad por enfermedades no transmisibles. Del mismo modo, asegura que este tipo de enfermedades pueden prevenirse o controlarse en gran parte con la adopción de ciertas medidas que acometan factores de riesgo comunes como el consumo de tabaco, la dieta malsana, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol, así como con una detección y tratamiento temprano.

Igualmente, realiza una detallada exposición sobre la toma de conciencia por las distintas instancias internacionales de los graves problemas de salud que el sobrepeso y la obesidad generan en la población. También refleja el reconocimiento por estas del incremento de tales situaciones entre niños y adultos por igual durante los últimos años, y en todas las regiones. Entre las conclusiones a las que llegan las autoridades, cabe destacar que para mejorar la dieta y la nutrición son necesarios marcos legislativos apropiados sobre inocuidad y calidad de los alimentos, así como mejorar la información dirigida a los consumidores, evitando la promoción y publicidad inapropiadas de los alimentos y bebidas no alcohólicas.

Por su parte, en el informe remitido por la Consejería de Salud se insiste en la necesidad de esta propuesta normativa para proteger objetivos públicos con base en una razón de interés general, atribuyendo esta “*epidemia de obesidad*” a las características y componentes de los alimentos que consume la población⁶.

⁶ En dicho informe se hace alusión al establecimiento de un impuesto de carácter indirecto y naturaleza real



Desde la perspectiva de los principios de una buena regulación, la promoción de la competencia efectiva y el respeto a los principios de la LGUM, se puede afirmar que todos estos argumentos pueden ser válidamente invocados por la Consejería de Salud en orden a justificar el cumplimiento del principio de necesidad y eficacia. Y ello, sobre la base de que la protección de la salud humana es considerada una de las razones imperiosas de interés general que permiten el establecimiento de límites al acceso o ejercicio de una actividad económica⁷.

Como en informes anteriores⁸, cabría recordar que la Unión Europea tiene entre sus fines garantizar un alto nivel de protección de la salud humana y encamina su acción a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud (Artículo 168.1 del TFUE). El concepto de razón imperiosa de interés general ha sido desarrollado por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea en su jurisprudencia relativa a los Artículos 43 y 49 del Tratado, incorporándose en la Directiva de Servicios. La salud humana sería una de esas razones imperiosas, junto con la protección de los destinatarios de los servicios y otros motivos, también de gran calado, que justificarían la necesidad de una intervención administrativa previa al acceso o ejercicio de una actividad.

En efecto, el anteproyecto de Ley justifica sus medidas bajo la necesidad de proteger la salud pública de la población. En este punto merece la pena mencionar el principio de precaución que según el artículo 3 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública ha de regir las acciones en salud pública. Dicho principio dispone que la existencia de indicios fundados de una posible afectación grave de la salud de la población, aun cuando hubiera incertidumbre científica sobre el carácter del riesgo, determinará la cesación, prohibición o limitación de la actividad sobre la que concurren.

A mayor abundamiento, el artículo 27 del mismo texto legal, que abarca las actuaciones de protección de la salud, dispone:

"1. La protección de la salud es el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios dirigidos a prevenir efectos adversos que los productos (...) puedan tener sobre la salud y el bienestar de la población.

2. Las Administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, protegerán la salud de la población mediante actividades y servicios que actúen sobre los riesgos presentes en el medio y en los alimentos, a cuyo efecto se desarrollarán los servicios y actividades que permitan la gestión de los riesgos para la salud que puedan afectar a la población.

sobre las bebidas refrescantes hipercalóricas, con el objeto es disminuir su consumo y la finalidad de proteger la salud de la población, y en especial en la lucha contra el sobrepeso y la obesidad. Al respecto, se debe llamar la atención sobre el hecho de que en el texto normativo no se regula en ningún momento el citado impuesto.

⁷ Artículo 129.2 de la Ley 39/2015 en relación con el artículo 5.1 de la LGUM.

⁸ A título de ejemplo, el más reciente de estos es el Informe N 06/2017 sobre el Proyecto de Decreto por el que se regula la publicidad relacionada con la salud en Andalucía y el procedimiento de autorización de publicidad de productos sanitarios.



1227

3. Las acciones de protección de la salud se regirán por los principios de proporcionalidad y de precaución, y se desarrollarán de acuerdo a los principios de colaboración y coordinación interadministrativa y gestión conjunta que garanticen la máxima eficacia y eficiencia (...)".

Ya concretamente en el ámbito de la seguridad alimentaria y nutrición, cabe destacar los principios de actuación proclamados en el artículo 4 de la Ley 17/2011, según el cual:

"Las medidas preventivas y de gestión que se adopten por las administraciones públicas para el cumplimiento de los fines previstos en esta ley y, en particular, para la prevención de los riesgos derivados para la salud humana del consumo de alimentos que no reúnan los requisitos de seguridad alimentaria requeridos, en la medida en que afectan a la libre circulación de personas y bienes y a la libertad de empresa, deberán atender a los siguientes principios:

- a) Principio de necesidad: las actuaciones y limitaciones sanitarias deberán estar justificadas por una razón de interés general, que deberá acreditarse y resultar aplicable a la medida en cuestión.*
- b) Principio de proporcionalidad: las actuaciones y limitaciones sanitarias deberán ser proporcionadas a los fines que en cada caso se persigan.*
- c) Principio de no discriminación: las actuaciones y limitaciones sanitarias no deberán introducir diferencias de trato, en particular por razón de nacionalidad o forma empresarial.*
- d) Principio de mínima afeción a la competencia: se deberán utilizar las medidas que menos perjudiquen, sin menoscabo de la protección de la salud, el normal ejercicio de la libertad de empresa".*

Sentado lo anterior, y como consideración previa al análisis en detalle de la norma, es preciso poner de manifiesto la necesidad de que también en la Exposición de Motivos se justifique la adecuación del proyecto normativo al resto de los principios de una buena regulación, tal y como exige el artículo 129.1 de la Ley 39/2015.

VI.2.1. Sobre la prohibición de comercialización de determinados alimentos y bebidas en diversos establecimientos

El artículo 12.2. del anteproyecto establece una prohibición a la venta en los centros educativos de Andalucía de alimentos y bebidas con un alto contenido en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sal y/o azúcares, y en concreto, los alimentos hipercalóricos con un alto contenido calórico proveniente de azúcares o grasas y con bajo valor nutricional. Conforme al apartado 3 de dicho artículo, las bebidas y los alimentos envasados, especialmente chucherías, bollería, *snacks*, aperitivos y similares, podrán comercializarse solo si cumplen los criterios nutricionales por porción



establecidos en el Anexo del anteproyecto de Ley. El apartado cuarto, del mismo artículo, aclara que la prohibición de comercialización afectará tanto a máquinas expendedoras, como a establecimientos tales como cantinas, bares, quioscos o similares situados en el interior de los centros.

Por su parte, el artículo 16.1.c) prohíbe la venta de bebidas o alimentos de alto contenido en grasas trans, sal o azúcar en las cafeterías y máquinas *vending* de los centros de personas mayores o de personas con discapacidad, salvo que en su presentación se informe de forma destacada de su composición y sobre las recomendaciones de frecuencia de consumo.

De conformidad con lo dispuesto en el Anexo II de la Resolución de 19 de abril de 2016, del Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía, por la que se aprueban los criterios para determinar la incidencia de un proyecto normativo en la competencia efectiva, unidad de mercado y actividades económicas, estas suponen restricciones de la libre competencia entre las empresas que operan en el mercado, dado que limitan la publicidad y/o a la actividad de comercialización de determinados bienes y servicios.

Como se ha expuesto en el apartado anterior, estas medidas se sustentan en la protección de la salud humana, y en particular, en la necesidad de proteger a ciertos sectores vulnerables de población del consumo de un determinado tipo de alimentos, cuyo abuso resulta perjudicial para la salud. No obstante lo anterior, se ha de evaluar si tales aspectos de la norma se adecúan al principio de proporcionalidad en relación con la razón imperiosa de interés general que las justifica.

El órgano proponente justifica su proporcionalidad invocando las recomendaciones de la OMS y las Instituciones Internacionales de Francia, Canadá y Reino Unido, entre otras, que insisten en que las autoridades nacionales, regionales y locales se impliquen a través de regulaciones que permitan poner en marcha las actuaciones necesarias para hacer frente a la epidemia de la obesidad.

Acudiendo a la normativa comunitaria en materia de protección alimentaria y nutrición, el artículo 3.2 del Reglamento (UE) nº 1169/2011, establece como uno de los objetivos generales de la legislación sobre información alimentaria, aspirar a lograr en la Unión la libre circulación de alimentos producidos y comercializados legalmente, teniendo en cuenta, en su caso, la necesidad de proteger los intereses legítimos de los productores y de promover la producción de productos de calidad.

Por su parte, el Artículo 5.2 del Reglamento (CE) nº 178/2002, dispone que la legislación alimentaria tendrá como finalidad lograr la libre circulación en la Comunidad de alimentos y piensos fabricados o comercializados de acuerdo con los principios y requisitos generales de la legislación alimentaria (Capítulo II del Reglamento). En tal sentido, el artículo 14.8 establece que *"la conformidad de un alimento con las disposiciones específicas que le sean aplicables no impedirá que las autoridades competentes puedan tomar las medidas adecuadas para imponer restricciones a su comercialización o exigir su retirada del mercado cuando existan motivos para pensar*



que, a pesar de su conformidad, el alimento no es seguro⁹.

Es decir, se permite imponer restricciones a la comercialización de un alimento que cumpla los requisitos que le sean de aplicación, pero "solo" cuando existan motivos para pensar que el alimento no es seguro.

El texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios delimita en el artículo 11.2 lo que se habrá de considerar como bienes o servicios seguros, de manera que merecen tal calificación los que "en condiciones de uso normales o razonablemente previsibles, incluida su duración, no presenten riesgo alguno para la salud o seguridad de las personas, o únicamente los riesgos mínimos compatibles con el uso del bien o servicio y considerados admisibles dentro de un nivel elevado de protección de la salud y seguridad de las personas."

Del mismo modo, el artículo 14.2 de dicha Ley permite a las Administraciones Públicas competentes establecer, por vía reglamentaria, medidas proporcionadas en cualquiera de las fases de producción y comercialización de bienes y servicios, en particular en lo relativo a su control, vigilancia e inspección, con el fin de asegurar la protección de la salud y seguridad de los consumidores y usuarios.

En cuanto a la incidencia que estas limitaciones a la comercialización representan sobre la unidad de mercado, cabe referirse al artículo 19 de la LGUM en relación con el principio de eficacia nacional en todo el territorio nacional, el cual dispone:

"1. Desde el momento en que un operador económico esté legalmente establecido en un lugar del territorio español podrá ejercer su actividad económica en todo el territorio, mediante establecimiento físico o sin él, siempre que cumpla los requisitos de acceso a la actividad del lugar de origen, incluso cuando la actividad económica no esté sometida a requisitos en dicho lugar.

2. Cualquier producto legalmente producido al amparo de la normativa de un lugar del territorio español podrá circular y ofertarse libremente en el resto del territorio desde el momento de su puesta en el mercado. (...)". (Subrayado propio)

Con base en cuanto antecede, podría concluirse que restringir la comercialización de un determinado tipo de alimentos o bebidas que cumplen los requisitos impuestos por la legislación de seguridad alimentaria y nutrición y cuyo consumo, normal y sin abusos, no supondría un riesgo grave para la salud pública, sería contrario a la libre competencia y unidad de mercado. Por otra parte, el centro impulsor de la norma debiera analizar si los efectos perjudiciales del abuso de tales productos podrían

⁹ Previamente, en los apartados 1 a 5 de este mismo Artículo se prohíbe la comercialización de los alimentos que no sean seguros estableciendo los parámetros a considerar para su determinación, de tal forma que el alimento no es seguro si es nocivo para la salud, o no es apto para el consumo humano. Y para su determinación deberán tenerse en cuenta, por una parte, las condiciones normales de uso del alimento por los consumidores y en cada fase de la producción, la transformación y la distribución; y por otra, la información ofrecida al consumidor, incluida la que figura en la etiqueta, u otros datos a los que el consumidor tiene por lo general acceso, sobre la prevención de determinados efectos perjudiciales para la salud que se derivan de un determinado alimento o categoría de alimentos.



evitarse mediante la formación en nutrición y hábitos saludables como propone, entre otras cuestiones, el presente anteproyecto de Ley.

Asimismo, debe señalarse que entre las medidas especiales dirigidas al ámbito escolar del artículo 40 de la Ley de 17/20011 de Seguridad Alimentaria y Nutrición, se contempla expresamente la prohibición en estos centros de la comercialización de alimentos y bebidas con un alto contenido en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sal y/o azúcares. No sucede igual con los centros y servicios que realizan prestaciones para personas dependientes y con necesidades especiales (artículo 42 de la Ley 17/2011), a los que se les impone solamente la obligación de fomentar la difusión de hábitos alimentarios saludables, asegurando su correcta alimentación y prestando especial atención a la desnutrición.

Dado que el proyecto normativo impone *ex novo* una afectación a la competencia y a la unidad de mercado, más allá de lo preceptuado en la legislación básica estatal, sería preciso que la Consejería de Salud justificara en la norma su proporcionalidad por tratarse del medio más adecuado para garantizar la protección de la salud humana, y en particular, la referida a este colectivo de personas.

VI.2.2. Exigencias aplicables a las máquinas expendedoras

En los colegios, la oferta alimentaria se completa, en algunos casos, con productos que pueden adquirirse en máquinas expendedoras. Al tratarse de un sistema de autoservicio, existe el riesgo de que los niños abusen del consumo de alimentos con un alto contenido energético pero un bajo valor nutricional, desequilibrando su alimentación.

Según el artículo 12.7 del anteproyecto de Ley, *“solo pueden instalarse máquinas expendedoras automáticas en zonas de alumnado de Educación Secundaria y estas máquinas estarán libres de publicidad. Las máquinas expendedoras instaladas en los centros educativos deberán mostrar, en lugar visible al público, la cantidad de calorías netas por porción envasada de los productos que se expendan en dicha máquina”*. Por lo tanto, por un lado, queda restringida el área de instalación de las máquinas y se elimina la publicidad en las mismas y, por otro, se requiere mostrar información del producto de manera previa a su compra.

La primera de estas medidas, ya se contemplaba en la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS) de 2005, de modo que para que la oferta a los escolares a través de estas máquinas permitiese una elección más saludable, se firmó un Convenio con la Asociación Nacional Española de Distribuidores Automáticos (ANEDA). Dicho Convenio incluía compromisos tales como la no ubicación de máquinas en zonas de fácil acceso para el alumnado de Infantil y Primaria; eliminar la publicidad y sustituirla por mensajes que promovieran una alimentación saludable; o incluir productos que favorezcan una alimentación equilibrada.



1234

En consecuencia, el objetivo que se persigue con las medidas propuestas puede ser conseguido sin eliminar forzosamente la capacidad de oferta de dichas máquinas.

La segunda medida, como hemos visto, es un requisito de información previa a la compra, aplicable a la venta a distancia, regulado en el artículo 14.1.a) del Reglamento (UE) nº 1169/2011, del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2011, sobre la información alimentaria facilitada al consumidor:

"a) la información alimentaria obligatoria (...) estará disponible antes de que se realice la compra y figurará en el soporte de la venta a distancia o se facilitará a través de otros medios apropiados claramente determinados por el operador de empresas alimentarias (...)."

Sin embargo, el apartado 3 del mismo artículo realiza una excepción específica para las máquinas expendedoras, disponiendo en concreto que *"El apartado 1, letra a), no se aplicará a los alimentos ofrecidos para la venta mediante máquinas expendedoras o instalaciones comerciales automatizadas"*.

Se trata, por tanto, de una exigencia de información previa no amparada por la normativa comunitaria y que podría suponer un aumento de obstáculos a la libre circulación de mercancías.

Por otra parte, como ya se ha apuntado en el apartado anterior de este Informe, las máquinas expendedoras ven mermada también su oferta ya que, en el caso concreto de los centros educativos, solo pueden comercializarse bebidas y alimentos envasados que cumplan los criterios nutricionales por porción envasada o comercializada que se establecen en el Anexo del anteproyecto de Ley.

Limitaciones similares a esta se aplican a las máquinas *vending* instaladas en centros para mayores o personas con discapacidad. En cuanto a las máquinas instaladas en las Universidades andaluzas, serán estas las que realicen el control de su oferta alimentaria. Por último, los responsables de los espacios de ocio infantil y juvenil, y los centros de trabajo, serán los que deberán ejercer dicho control mediante la promoción de acciones dirigidas a favorecer las opciones más saludables en los productos de las máquinas instaladas en estos.

Se trata, en consecuencia, de nuevas restricciones cuyo establecimiento exige el análisis y la acreditación por la Consejería de Salud, de su adecuación al principio de proporcionalidad, asegurándose de que la finalidad perseguida no pueda ser alcanzada con otro tipo de medidas que sean menos distorsionadoras de la competencia o la unidad de mercado, como pueda ser la suscripción de convenios o las cartas de compromiso voluntario previstas en el artículo 21 del anteproyecto de Ley.

Para finalizar con este apartado, cabe hacer mención a una serie de obligaciones que se impone a los responsables del servicio de las máquinas expendedoras automáticas.

En primer lugar, los responsables de su abastecimiento y servicio en los centros educativos deben comprobar que los productos expendidos cumplen los criterios de

1232



etiquetado nutricional (artículo 12.5). Respecto a ello, se ha de señalar que se trata de una tarea que es responsabilidad de los poderes públicos, en particular, de la Consejería competente en materia de salud de la Junta de Andalucía, pues como se desprende del artículo 55.2 del Estatuto de Autonomía, esta función se debe entender incluida dentro de la competencia compartida que ostenta Andalucía en "*ordenación y ejecución de medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos*". Por tanto, se podría estar obligando a compartir una responsabilidad de la Administración Pública a los agentes económicos.

En segundo lugar, se obliga a los responsables de la instalación y mantenimiento de máquinas *vending* en espacios públicos autorizados a instalar y mantener operativa "*una fuente de agua potable, refrigerada y de acceso gratuito, ya sea integrada en la máquina distribuidora, ya sea en la proximidad de la misma*" (artículo 20.2). Esta previsión supone un doble coste para las empresas que proveen este tipo de servicios. Por un lado, el coste de mantener e instalar la fuente de agua y, por otro lado, los ingresos que dejarían de percibir por la venta de agua embotellada. Este doble perjuicio a soportar por las empresas responsables de las máquinas expendedoras puede reducir su capacidad de competir en el mercado, con el riesgo de provocar el indeseado incremento de los precios del resto de productos saludables ofertados, creando una distorsión económica que terminaría finalmente perjudicando al consumidor, desalentando la compra.

Se trata de una previsión restrictiva de la libre competencia cuyos posibles efectos perjudiciales para las empresas podrían ser mayores que el beneficio social perseguido, y por tanto, podría constituir una vulneración del principio de proporcionalidad propio de una buena regulación económica.

Además, es importante tener en cuenta que el cometido de garantizar el fácil acceso al agua potable, mediante "*la implantación en los espacios públicos y lugares de esparcimiento, ocio, zonas de deporte y recreativas fuentes (...) que ofrezcan agua potable de forma gratuita*" (artículo 20.1), y que también afecta a los responsables de los espacios de ocio al tener que instalar "*fuentes públicas accesibles, en número suficiente y fácilmente identificables*" (artículo 14.2.c)), es competencia de las Administraciones Públicas, por lo que en este caso también se estaría haciendo partícipe a empresarios particulares tanto de la responsabilidad, como del coste de dicha medida.

VI.2.3. Limitaciones a la publicidad y promoción de alimentos

Como cuestión previa, interesa resaltar que el Artículo 7 del Reglamento (UE) nº 1169/2011, dispone para la publicidad de los alimentos los mismos requisitos o premisas que para la información alimentaria leal. Esto es, no podrá inducir a error; será precisa, clara y fácil de comprender para el consumidor; y, salvo excepciones, no atribuirá a ningún alimento las propiedades de prevenir, tratar o curar ninguna enfermedad humana, ni hará referencia a tales propiedades.



1273

A nivel estatal, la Ley 17/2011, establece el régimen de la publicidad de los alimentos en el artículo 44, con el siguiente tenor literal:

"1. Sin menoscabo de las disposiciones específicas recogidas en esta ley, la comunicación comercial de los alimentos se regirá por la Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal; por la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad; por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias; por la Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual, y por las normas especiales que regulen la actividad en este ámbito y le sean de aplicación.

2. Asimismo, los mensajes publicitarios de alimentos, realizados en cualquier medio o soporte de comunicación, deberán ajustarse a la normativa aplicable, y específicamente al Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria.

3. Sin perjuicio de lo establecido en el Reglamento (CE) nº 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de diciembre de 2006, relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos, en la publicidad o promoción directa o indirecta de alimentos quedará prohibida:

a) La aportación de testimonios de profesionales sanitarios o científicos, reales o ficticios, o de pacientes reales o supuestos, como medio de inducción al consumo, así como la sugerencia de un aval sanitario o científico.

b) La promoción del consumo de alimentos con el fin de sustituir el régimen de alimentación o nutrición comunes, especialmente en los casos de maternidad, lactancia, infancia o tercera edad.

c) La referencia a su uso en centros sanitarios o a su distribución a través de oficinas de farmacia.

4. Solo se permitirá la utilización de avales de asociaciones, corporaciones, fundaciones o instituciones, relacionadas con la salud y la nutrición en la publicidad o promoción directa o indirecta de alimentos, cuando:

a) Se trate de organizaciones sin ánimo de lucro.

b) Se comprometan, por escrito, a utilizar los recursos económicos, obtenidos con esta colaboración en actividades que favorezcan la salud, a través de la investigación, desarrollo y divulgación especializada en el ámbito de la nutrición y la salud."

Para abordar este aspecto de la norma vamos a diferenciar entre las restricciones a la publicidad en los centros educativos, en otros ámbitos y las restricciones que pudiéramos calificar de carácter general.

1234



a) Prohibición de publicidad en centros educativos

El artículo 12.1 del anteproyecto de Ley declara los centros educativos de Andalucía espacios protegidos de la publicidad en los términos que determina el artículo 40.7 de la Ley 17/2011¹⁰. Por su parte, el segundo apartado del artículo 12 *"prohíbe la promoción comercial (...) en los centros educativos de Andalucía de alimentos y bebidas con un alto contenido en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sal y/o azúcares, y en concreto los alimentos hipercalóricos con un alto contenido calórico proveniente de azúcares o grasas y con bajo valor nutricional"*.

El órgano tramitador de la norma argumenta en su informe que las previsiones contenidas en este artículo siguen la normativa vigente y las recomendaciones internacionales de la OMS sobre la publicidad dirigida a los niños, en el sentido de instar a los Estados miembros a que determinen el enfoque normativo más idóneo para las circunstancias nacionales, formulando nuevas políticas o reforzando las políticas vigentes con la finalidad de reducir el efecto de la publicidad de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal en los niños. También entiende que con ello no se reducen los incentivos para competir entre las empresas.

No obstante lo anterior, examinada la normativa aplicable a la publicidad de alimentos o a la publicidad dirigida a menores, especialmente la contenida en el artículo 44 de la Ley 17/2011, no se ha encontrado ninguna disposición que prohíba de manera explícita el ejercicio de la actividad publicitaria de dichos productos.

En primer lugar, con arreglo al artículo 30 de la Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal, *"se reputa desleal por agresivo, incluir en la publicidad una exhortación directa a los niños para que adquieran bienes o usen servicios o convenzan a sus padres u otros adultos de que contraten los bienes o servicios anunciados"*. Conforme al artículo 32, este caso puede ser objeto de prohibición, pero no abarca necesariamente los casos previstos en el artículo 12.2 del presente anteproyecto de Ley.

Por su parte, la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, declara ilícita *"la publicidad dirigida a menores que les incite a la compra de un bien o de un servicio, explotando su inexperiencia o credulidad, o en la que aparezcan persuadiendo de la compra a padres o tutores. No se podrá, sin un motivo justificado, presentar a los niños en situaciones peligrosas. No se deberá inducir a error sobre las características de los productos, ni sobre su seguridad, ni tampoco sobre la capacidad y aptitudes necesarias en el niño para utilizarlos sin producir daño para sí o a terceros"*. Así como *"la que*

¹⁰ En tal sentido, la Ley 17/2011 dispone que *"Las campañas de promoción alimentaria, educación nutricional o promoción del deporte o actividad física en los centros así como el patrocinio de equipos y eventos deportivos en el ámbito académico deberán ser previamente autorizadas por las autoridades educativas competentes, de acuerdo con los criterios establecidos por las autoridades sanitarias que tengan por objetivo promover hábitos nutricionales y deportivos saludables y prevenir la obesidad"*.



infrinja lo dispuesto en la normativa que regule la publicidad de determinados productos, bienes, actividades o servicios" (artículo 3, apartados b) y d) respectivamente).

Frente a la publicidad ilícita, las acciones que podrán ejercitarse serán las establecidas con carácter general para las acciones derivadas de la competencia desleal en el capítulo IV de la Ley 3/1991 de Competencia Desleal, entre las que se encuentra su prohibición. Es decir, una publicidad ilícita puede ser prohibida si un juez lo considera oportuno. Por tanto, no se generaliza la prohibición de este tipo de publicidad, y además, tampoco este supuesto necesariamente abarca los casos previstos en el artículo 12.2 del presente anteproyecto de Ley.

En el artículo 4 del Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto, sobre publicidad y productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria, se establece la prohibición de publicitar o promocionar, entre otros, los productos:

"8. Que pretendan sustituir el régimen de alimentación o nutrición comunes, especialmente en los casos de maternidad, lactancia, infancia o tercera edad.

9. Que atribuyan a determinadas formas, presentaciones o marcas de productos alimenticios de consumo ordinario, concretas y específicas propiedades preventivas, terapéuticas o curativas.

10. Que atribuyan a los productos alimenticios, destinados a regímenes dietéticos o especiales, propiedades preventivas, curativas u otras distintas de las reconocidas a tales productos conforme a su normativa especial."

De manera específica, y al igual que en el anteproyecto de Ley objeto de Informe, el artículo 40.7 de la Ley 17/2011, tras declarar las escuelas infantiles y los centros escolares como espacios libres de publicidad, recoge la exigencia de una autorización previa a la actividad publicitaria relacionada con la actividad física y la alimentación. A mayor abundamiento, la exposición de motivos de dicha Ley argumenta que tal declaración de "espacio protegido de publicidad", implica que las promociones o campañas que se realicen en estos centros escolares solo podrán tener lugar cuando las autoridades educativas en coordinación con las autoridades sanitarias entiendan que la actividad resulta beneficiosa a los intereses de los menores.

En consecuencia, lo anterior no legitimaría la prohibición generalizada contenida en el artículo 12.2 del anteproyecto de Ley, sino que sustentaría más bien el establecimiento de una autorización o control previo.

Por otra parte, el desarrollo de esta autorización previa no se especifica de manera directa en la Ley 17/2011, pero sí se hace referencia a la normativa aplicable a la publicidad, por lo que podemos considerar aplicables los apartados 1 a 3 del artículo 5 de la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, referidos a la publicidad sobre determinados bienes o servicios, según los cuales:

"1. La publicidad de materiales o productos sanitarios y de aquellos otros sometidos a reglamentaciones técnico-sanitarias, así como la de los productos, bienes, actividades y



servicios susceptibles de generar riesgos para la salud o seguridad de las personas o de su patrimonio, o se trate de publicidad sobre juegos de suerte, envite o azar, podrá ser regulada por sus normas especiales o sometida al régimen de autorización administrativa previa. Dicho régimen podrá asimismo establecerse cuando la protección de los valores y derechos constitucionalmente reconocidos así lo requieran.

2. Los reglamentos que desarrollen lo dispuesto en el número precedente y aquellos que al regular un producto o servicio contengan normas sobre su publicidad especificarán:

- a) La naturaleza y características de los productos, bienes, actividades y servicios cuya publicidad sea objeto de regulación. Estos reglamentos establecerán la exigencia de que en la publicidad de estos productos se recojan los riesgos derivados, en su caso, de la utilización normal de los mismos.
- b) La forma y condiciones de difusión de los mensajes publicitarios.
- c) Los requisitos de autorización y, en su caso, registro de la publicidad, cuando haya sido sometida al régimen de autorización administrativa previa.

En el procedimiento de elaboración de estos reglamentos será preceptiva la audiencia de las organizaciones empresariales representativas del sector, de las asociaciones de agencias y de anunciantes y de las asociaciones de consumidores y usuarios, en su caso, a través de sus órganos de representación institucional.

3. El otorgamiento de autorizaciones habrá de respetar los principios de libre competencia, de modo que no pueda producirse perjuicio de otros competidores.

La denegación de solicitudes de autorización deberá ser motivada.

Una vez vencido el plazo de contestación que las normas especiales establezcan para los expedientes de autorización, se entenderá otorgado el mismo por silencio administrativo positivo." (subrayado propio)

Cabe mencionar, por último, que en 2015 se publicó un documento aprobado por consenso entre la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las Consejerías de Sanidad y de Educación de las Comunidades Autónomas titulado "Criterios para la autorización de campañas de promoción alimentaria, educación nutricional o promoción del deporte o actividad física en escuelas infantiles y centros escolares, cuyo objetivo sea promover una alimentación saludable, fomentar la actividad física y prevenir la obesidad", que desarrolla el artículo 40.7 de la Ley 17/2011, y que establece unos criterios mínimos armonizados para poder autorizar el desarrollo de iniciativas de promoción de la alimentación, educación nutricional o promoción del deporte o actividad física en el entorno escolar, y garantizar que las escuelas infantiles y los centros escolares sean espacios protegidos de la publicidad.

Sobre la base de todo cuanto antecede, se ha de concluir que no se encuentra ninguna



1227

disposición normativa que respalde la prohibición de publicitar este tipo de alimentos y bebidas, aunque sí el establecimiento de una autorización previa, pudiendo considerarse esta última como una medida más proporcionada para la consecución del fin último perseguido por la norma. Por otra parte, se deben tener en cuenta las diferentes reglamentaciones que contienen disposiciones a favor de la protección de los productores, y de la libertad de empresa.

b) Limitaciones a la publicidad en otros ámbitos diferentes a los centros educativos

El anteproyecto de Ley también contiene restricciones a la publicidad en otros ámbitos como los centros de mayores y de personas con discapacidad, y los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Respecto a los primeros, el artículo 16.1. preceptúa que *"En los centros no podrán llevarse a cabo campañas de publicidad de bebidas o de alimentos de alto contenido en grasas trans, sal o azúcar. (...)".* Analizada nuevamente la normativa aplicable en materia de publicidad se puede concluir que no existen disposiciones que regulen de manera específica la actividad publicitaria en estos centros de mayores y de personas con discapacidad, o destinada a dicho público. En consecuencia, la Consejería de Salud debería plantearse la necesidad de establecer este tipo de restricción a la competencia en los centros o establecimientos de personas mayores y de personas con discapacidad, así como su adecuación a los principios de una buena regulación económica, y en particular, al principio de proporcionalidad.

En cuanto a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, el artículo 19.7 del proyecto normativo dispone que *"los centros, servicios y establecimientos sanitarios con atención a menores en edad pediátrica serán espacios libres de toda forma de promoción y publicidad de alimentos envasados o bebidas refrescantes."* Es más, la vulneración de este precepto, se tipifica como infracción grave, o muy grave según los criterios de graduación, en el artículo 44 del anteproyecto de Ley.

El artículo 44.2 de la Ley 17/2011 dispone que los mensajes publicitarios de alimentos, deberán ajustarse a la normativa aplicable, y específicamente al Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria. Por otra parte, la publicidad de los centros sanitarios viene regulada en el artículo 6.2 del citado Real Decreto, en el que se establece que la publicidad en dichos centros *"requerirá la autorización previa y expresa de las autoridades sanitarias"*, pero no impone ninguna prohibición específica.

Por otro lado, en el Artículo 21 del Reglamento (CE) nº 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de diciembre de 2006, relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables de los alimentos, se establece que *"los Estados miembros no podrán restringir ni prohibir el comercio o la publicidad de alimentos que se ajusten al presente Reglamento mediante la aplicación de"*



disposiciones nacionales no armonizadas que rijan las declaraciones efectuadas con respecto a determinados alimentos o a los alimentos en general."

Una declaración de propiedades nutricionales es aquella que afirma, sugiere o da a entender que un determinado alimento posee propiedades nutricionales beneficiosas debido a su aporte calórico (reducido o incrementado), y/o a los nutrientes u otras sustancias; y una declaración de propiedades saludables es cualquier declaración que argumenta los beneficios sobre la salud que resultan al consumir una categoría de alimentos, un alimento o alguno de sus componentes, como pueda ser la fibra, las vitaminas o las bacterias.

Teniendo en cuenta que actualmente existen en el mercado productos que se ajustan al Reglamento comunitario con declaraciones nutricionales o de propiedades saludables, se ha de considerar que la prohibición de *promoción y publicidad de alimentos envasados o bebidas refrescantes* en los centros sanitarios no casaría con la normativa europea, siendo más oportuno el establecimiento del régimen de autorización previa contemplado en la normativa estatal.

c) Restricciones generales aplicables a la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas

Por último, el artículo 27.2 del anteproyecto de Ley establece una serie de acciones que la comunicación comercial de alimentos o bebidas no alcohólicas dirigida a los menores de quince años debe evitar. Con ello, la Consejería de Salud pretende evitar diferentes estrategias de información que no responden a la verdad en cuanto a las características saludables de los alimentos y que exploten la ingenuidad de los niños.

Cabe señalar que existen diversas limitaciones generales aplicables a la publicidad dirigida a menores o que tienen por objeto la venta de alimentos o bebidas no alcohólicas, que analizamos a continuación. En primer lugar, la Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual establece, en los apartados 3 y 4 de su artículo 7, lo siguiente:

"3. Las comunicaciones comerciales no deberán producir perjuicio moral o físico a los menores. En consecuencia, tendrán las siguientes limitaciones:

- a) No deben incitar directamente a los menores a la compra o arrendamiento de productos o servicios aprovechando su inexperiencia o credulidad.*
- b) No deben animar directamente a los menores a que persuadan a sus padres o terceros para que compren bienes o servicios publicitados.*
- c) No deben explotar la especial relación de confianza que los menores depositan en sus padres, profesores (...).*



4035

d) No deben mostrar, sin motivos justificados, a menores en situaciones peligrosas.

e) No deben incitar conductas que favorezcan la desigualdad entre hombres y mujeres.

f) Las comunicaciones comerciales sobre productos especialmente dirigidos a menores, como los juguetes, no deberán inducir a error sobre las características de los mismos, ni sobre su seguridad, ni tampoco sobre la capacidad y aptitudes necesarias en el menor para utilizarlas sin producir daño para sí o a terceros.

4. La autoridad audiovisual competente promoverá entre los prestadores del servicio de comunicación audiovisual televisiva el impulso de códigos de conducta en relación con la comunicación comercial audiovisual inadecuada, que acompañe a los programas infantiles o se incluya en ellos, de alimentos y bebidas que contengan nutrientes y sustancias con un efecto nutricional o fisiológico, en particular aquellos tales como grasas, ácidos transgrasos, sal o sodio y azúcares, para los que no es recomendable una ingesta excesiva en la dieta total." (subrayado propio)

Por su parte, la publicidad de los alimentos regulada en el artículo 44 de la Ley 17/2011, tras hacer referencia a la normativa aplicable en la materia, establece unas prohibiciones adicionales en el ejercicio de dicha actividad. En concreto, queda prohibida:

"a) La aportación de testimonios de profesionales sanitarios o científicos, reales o ficticios, o de pacientes reales o supuestos, como medio de inducción al consumo, así como la sugerencia de un aval sanitario o científico.

b) La promoción del consumo de alimentos con el fin de sustituir el régimen de alimentación o nutrición comunes, especialmente en los casos de maternidad, lactancia, infancia o tercera edad.

c) La referencia a su uso en centros sanitarios o a su distribución a través de oficinas de farmacia."

En términos generales, las conductas a evitar del artículo 27.2 del proyecto normativo se configuran en la línea de las limitaciones expuestas anteriormente, con la excepción del apartado "g) Promover la entrega de premio, regalo o cualquier otro beneficio destinado a fomentar la adquisición o el consumo de alimentos y bebidas no alcohólicas".

Esta prohibición aplicable a la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los menores de 15 años en Andalucía, podría suponer un efecto adverso para cierto tipo de productos, con una madurez considerable en el mercado, cuyo principal reclamo comercial es dicho "beneficio" accesorio, y que por lo tanto, verían mermada su capacidad de oferta al tener que prescindir de la estrategia comercial con la que son relacionados mayoritariamente.



Sin cuestionarse en modo alguno la razón imperiosa de interés general que justificaría la adopción de tal medida, y dada la trascendencia de los efectos que la misma pueda tener en los operadores económicos que se dedican a la comercialización de este tipo de productos, sería sin embargo preciso que quedase suficientemente acreditada en la norma su adecuación, entre otros, al principio de proporcionalidad.

VI.2.4. Medidas que trasladan responsabilidades de organismos públicos a entes privados

Como se ha indicado anteriormente, algunas de las actuaciones propuestas en el proyecto normativo, se exigen a los operadores económicos a pesar de tratarse de obligaciones que competen a los organismos públicos.

En tal sentido, ya han sido objeto de análisis en este Informe, la exigencia a los responsables de las máquinas expendedoras de instalar y mantener una fuente de agua potable, así como la obligación de controlar el cumplimiento del presente anteproyecto de Ley a través del etiquetado de los alimentos comercializados. Requerimiento, este último, que se extiende a los responsables del abastecimiento y servicio de "cantinas, bares, quioscos o similares" en los centros educativos (artículos 20.2 y 12.5).

Otras propuestas de idéntica naturaleza, las encontramos en el artículo 14.2 que dispone que:

"Las personas físicas y/o jurídicas responsables de los espacios de ocio, en el marco de la responsabilidad social por la salud definida en el artículo 33 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, y sin perjuicio de las demás obligaciones derivadas de la aplicación general de la presente Ley promoverán acciones dirigidas a:

- a) Favorecer las opciones más saludables en los menús de los restaurantes, comedores colectivos en los casos existentes, así como en los alimentos que se suministren en las bolsas de pic-nic, en las cantinas y máquinas expendedoras de alimentos y bebidas instaladas.*
- b) Promover el uso de escaleras como alternativa al desplazamiento en ascensores o escaleras mecánicas en los espacios de ocio.*
- c) Facilitar el acceso gratuito al agua potable mediante la instalación de fuentes públicas accesibles, en número suficiente y fácilmente identificables."*

La responsabilidad social por la salud, tal como dispone el artículo 33 de la Ley 16/2011, comprende acciones relacionadas con la prevención de riesgos laborales, la seguridad laboral y la salud en el trabajo para reducir la siniestralidad, "el desarrollo de la promoción de la salud en el lugar de trabajo a través de la promoción de hábitos de vida y entornos favorables a la salud en relación con el área de trabajo de la empresa", y la reducción de las desigualdades de la salud.

Sin embargo, en el anteproyecto se hace referencia a medidas para fomentar la vida



124

activa y la alimentación saludable de los clientes de los espacios de ocio infantil y juvenil. Con ello, se está imponiendo nuevamente una carga económica a tales operadores, debiendo insistirse en el hecho de que el fomento de la salud en las personas es competencia de los diferentes organismos o Administraciones Públicas; y en Andalucía, la ordenación y ejecución de las medidas destinadas a promover la salud pública en todos sus ámbitos, incluida la sanidad alimentaria, es una competencia compartida entre el Estado y la Consejería con atribuciones en materia de salud de la Junta de Andalucía (artículo 55.2 del Estatuto de Autonomía). Por tanto, también en este caso se estaría extrapolando una responsabilidad pública a los agentes económicos.

Por otra parte, en el artículo 15.2 se establecen medidas de promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros de trabajo, específicamente: proveer de información sobre sus beneficios; favorecer en los centros de trabajo los menús saludables; promover el uso de las escaleras; y *"acondicionar espacios apropiados para facilitar el uso de la bicicleta como medio de acceso al trabajo"*.

Esta última medida ha de ponerse en conexión con el artículo 6.2 a), en el que se declara como derecho de la población andaluza, el disponer de espacios de aparcamiento de bicicletas en sus lugares de trabajo, o en su defecto, en las inmediaciones, según determinen los diferentes instrumentos de movilidad, sin perjuicio de que estos fomenten que en aquellos lugares con más de cincuenta trabajadores existan dichos aparcamientos.

Si bien es cierto, que el acondicionamiento de un *parking* de bicicletas en los centros de trabajo se encuadra dentro de las denominadas *"cartas de compromiso"* que voluntariamente pueden suscribirse entre estos y la administración sanitaria de la Junta de Andalucía, se ha de llamar la atención sobre el hecho de que esta medida podría resultar poco viable en determinados centros de trabajo, lo que haría de difícil cumplimiento lo declarado como un derecho de las personas en el artículo 6.2.a).

En otro orden de consideraciones, las *"cartas de compromiso"* suscritas entre la Administración andaluza y las entidades públicas o privadas permite a estas últimas la utilización de un distintivo oficial en su promoción comercial y/o institucional, sin que se pueda deducir del proyecto normativo si, con ello, estas entidades obtendrán algún tipo de beneficio en comparación con aquellas otras que no las puedan suscribir (artículo 21.5 y 21.6).

El fomento de espacios adecuados para bicicletas debería procurarse en la vía pública, proporcionándolos las Administraciones Públicas andaluzas, siendo por tanto una obligación que no debería trasladarse por esta vía a los centros de trabajo. Y menos aún, constituir un motivo para la concesión de algún tipo de ventaja a aquellas empresas que lo proporcionen, en detrimento de las que no puedan hacerlo.

Por último, en el artículo 36.3 se establece que *"El centro directivo con competencias en materia de salud pública, con el fin de mejorar el acceso a la información por parte de la*



ciudadanía en relación a la alimentación equilibrada y saludable y facilitar la incorporación de la identificación de las calorías contenidas en las diferentes opciones de menús que ofrezcan en su carta las empresas restauradoras en Andalucía, colaborará, asesorará y dará apoyo técnico a las mismas, generando instrumentos que permitan este cálculo con facilidad y no suponga especial dificultad para las empresas”.

Al respecto, cabe advertir que teniendo en cuenta que en el cálculo de calorías intervienen más factores que el simple uso de ingredientes, como por ejemplo el método de cocción, es posible que resulte difícil generalizar un sistema, en cuyo caso nuevamente quedaría en manos de los empresarios dicho cálculo. Una vez más se imponen al responsable de un establecimiento privado tareas relacionadas con la protección de la salud de los clientes, competencia de los poderes públicos.

VI.2.5. Otras medidas que afectan al sector de la hostelería

Dentro del Título I del anteproyecto de Ley, donde se exponen los derechos de las personas en Andalucía, el artículo 6.2.c) reconoce el derecho “A acceder a menús saludables y diferentes tamaños de raciones cuando realicen consumo de alimentos en las empresas de restauración que ofrezcan sus servicios en Andalucía”. Con ello, se impone a las empresas de restauración que operen en Andalucía la obligación de ofertar diferentes tamaños de raciones lo que, además del coste adicional que ello implica, las coloca en una situación de desventaja frente a las empresas de restauración de ámbito nacional. Se trata de una previsión que sufre el riesgo de no adecuarse al principio de proporcionalidad en aquellos establecimientos de hostelería de menor dimensión, los cuales representan un alto porcentaje del sector de la hostelería.

Se debe mencionar también la obligación de los establecimientos de restauración, de ofertar “siempre a los clientes la posibilidad de un recipiente con agua fresca y los vasos para su consumo, de forma gratuita y complementaria a la oferta del propio establecimiento”. Aparte del coste económico que para los operadores implica la medida, se trata de una imposición cuyo incumplimiento sería sancionable en cualquier caso, sin contemplar siquiera los casos fortuitos o de fuerza mayor que, debidamente acreditados, pudieran justificar su incumplimiento en un momento dado, como pueda ser una avería o un corte puntual del suministro de agua a dichos establecimientos. Esta previsión así formulada tampoco puede considerarse proporcionada al fin que persigue la norma por lo que sería oportuna su revisión.

VI.2.6. Sobre la creación de la Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable

Por último, el artículo 37 del proyecto normativo crea un órgano colegiado de participación administrativa y social, cuya misión será el asesoramiento a la Administración de la Junta de Andalucía, y la promoción e impulso de las políticas



dirigidas a los objetivos de esta ley¹¹.

En particular, la norma prevé que formarán parte de esta Comisión, representantes de las Consejerías con competencia en materia de educación, agricultura y deporte, representantes de las Corporaciones Locales, de los agentes económicos y sociales y de las organizaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía.

Igualmente, entre sus funciones, se recogen:

(...)

b) Informar las acciones normativas y de planificación orientadas al fomento de la actividad física y la alimentación saludable, y la prevención del sobrepeso y la obesidad en Andalucía, y en particular el PAFASA.

(...)

d) Asesorar en la elaboración de orientaciones y recomendaciones a la ciudadanía, a las empresas y a la sociedad en su conjunto sobre estrategias de luchas contra la obesidad.

e) Elaborar informes con el fin de promover la formulación de políticas generales de sensibilización sobre la lucha contra la obesidad.

(...)

g) Aquellas otras que reglamentariamente se determinen."

Téngase en cuenta que la letra f) del artículo 10 de la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, dispone textualmente:

"En ningún caso se supeditarán el acceso a una actividad de servicios en España o su ejercicio al cumplimiento de lo siguiente:

(...)

f) Intervención directa o indirecta de competidores, incluso dentro de órganos consultivos, en la concesión de autorizaciones o en la adopción de otras decisiones de las autoridades competentes relativas al establecimiento para el ejercicio de una actividad de servicios, sin perjuicio de la actuación de colegios profesionales y consejos generales y autonómicos de colegios profesionales, como autoridades competentes, en el ámbito de las competencias que les otorga la ley. Esta prohibición se extiende a organismos como las cámaras de comercio y a los interlocutores sociales en lo que concierne al otorgamiento de autorizaciones individuales, pero esa prohibición no afectará a la consulta de organismos como las cámaras de comercio o de los interlocutores sociales sobre

¹¹ La Ley 9/2007, de 22 de octubre, de Administración de la Junta de Andalucía define los órganos colegiados de participación administrativa o social como "(...) aquellos en cuya composición se integran junto a miembros de la Administración de la Junta de Andalucía, representantes de otras Administraciones Públicas, personas u organizaciones en representación de intereses, legalmente reconocidos, o personas en calidad de profesionales expertos."



asuntos distintos a las solicitudes de autorización individuales, ni a una consulta del público en general.”

Esta disposición hace difícilmente defendible la participación de agentes económicos en órganos colegiados que asesorarán a la Administración Pública para la toma de decisiones que, de forma directa o indirecta, pudieran intervenir y afectar a sus propios competidores en el mercado. Así, y para el caso concreto relacionado con las funciones citadas, dichos agentes económicos podrían, a título de ejemplo, influir en la decisión de la Administración para adoptar medidas normativas injustificadas de limitaciones a la publicidad o comercialización de determinado tipo de alimentos, o que impliquen cargas desproporcionadas a los operadores económicos, tal y como se ha observado entre las propuestas que contiene el anteproyecto de Ley objeto de Informe.

Por otra parte, la norma deja abierta la posibilidad de ampliar las funciones de este órgano consultivo con lo que, por vía reglamentaria, podría otorgarse un mayor margen de poder de decisión a tales agentes económicos, lo cual podría vulnerar lo establecido en el citado artículo 10 de la Ley 17/2009.

Habría que evitar que estas situaciones pudieran producirse en el seno de la Comisión asesora que crea la norma, por lo que se sugiere eliminar la posibilidad de que los agentes económicos participen en funciones que de forma indirecta pudieran tener un efecto sobre los competidores. A mayor abundamiento, la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de Administración de la Junta de Andalucía prevé otro tipo de órganos con fines de información y asesoramiento, en la elaboración de planes y programas o de actuaciones con gran incidencia social y de audiencia en sectores o colectivos determinados, que puedan resultar afectados por la elaboración de normas, la definición de políticas o alguna de las actuaciones mencionadas. Son los órganos de participación ciudadana regulados en el artículo 32 de esta ley, los cuales carecen de competencias decisorias, y en los que encajaría igualmente la participación de los agentes económicos sin que se corriese este riesgo.

Se recuerda que, en la medida en que dichas disposiciones reglamentarias incorporen preceptos que puedan revestir una incidencia sobre las condiciones de la competencia en el mercado, la unidad de mercado o las actividades económicas, en su trámite de elaboración normativa habrá de solicitarse el preceptivo informe de este Consejo, en atención a lo dispuesto en el artículo 3 i) de la Ley 6/2007, de 26 de junio, de Promoción y Defensa de la Competencia de Andalucía, así como en la Resolución de 19 de abril de 2016, del Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriormente expuestas, y visto el informe propuesta de la Secretaría General y del Departamento de Estudios, Análisis de Mercados y Promoción de la Competencia de la ADCA, este Consejo emite el siguiente



1245

DICTAMEN

PRIMERO.- Este Consejo quiere subrayar los beneficios pretendidos por el proyecto normativo, identificables en el objeto y fines señalados en el mismo, y que coinciden con la necesidad de proteger la salud pública de la población, y especialmente de los colectivos más vulnerables, con base en una razón imperiosa de interés general.

SEGUNDO.- Teniendo en cuenta que la protección de la salud humana es considerada una de las razones imperiosas de interés general que permiten el establecimiento de límites al acceso o ejercicio de una actividad económica, puede asumirse que el proyecto normativo sometido a Informe estaría justificado sobre la base de los principios de necesidad y eficacia, conforme al artículo 129.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

No obstante, el establecimiento de limitaciones, restricciones y otras medidas contempladas en el anteproyecto de Ley, habrá de evaluarse desde la perspectiva de su adecuación al principio de proporcionalidad, conforme dispone el artículo 129.3 de la Ley 39/2015. Dicho principio viene igualmente proclamado en el artículo 27.3 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, y el artículo 4 de la Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

Asimismo, se hace necesario que en la Exposición de Motivos del proyecto normativo se justifique la adecuación del mismo a todos los principios de una buena regulación (necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia, y eficiencia), tal y como exige el artículo 129.1 de la Ley 39/2015.

TERCERO.- En el análisis de la adecuación al principio de proporcionalidad de determinados preceptos del proyecto normativo, puesto en relación con la razón imperiosa de interés general que los justifica, el centro promotor de la norma debiera justificar la misma, asegurándose de que la finalidad perseguida no pueda ser alcanzada con otro tipo de medidas que sean menos distorsionadoras de la competencia o, en su caso, de la unidad de mercado.

Lo anterior es predicable sobre la prohibición de comercialización de determinados alimentos y bebidas en diversos establecimientos, contemplada en los artículos 12 y 16 del anteproyecto de Ley, y dado que el proyecto normativo impone *ex novo* una afectación a la competencia y a la unidad de mercado, más allá de lo preceptuado en la legislación básica estatal.

Asimismo, debería quedar justificada la proporcionalidad de las restricciones contempladas en el artículo 12.7 respecto de las exigencias aplicables a las máquinas expendedoras. A este respecto, sería recomendable que el centro impulsor razonara sobre si la finalidad perseguida no puede ser alcanzada con otro tipo de medidas menos distorsionadoras, como pueden ser los propios instrumentos previstos en el artículo 21 del anteproyecto de Ley.



Por otro lado, y en cuanto a las previsiones contempladas en los artículos 12.5 y 20.2, relativas a obligaciones que se imponen a los responsables del servicio de las máquinas expendedoras automáticas, hay que señalar que en el primero de los artículos citados se está imponiendo una tarea que es responsabilidad de los poderes públicos, en particular, de la Consejería competente en materia de salud de la Junta de Andalucía, tal como se desprende del artículo 55.2 del Estatuto de Autonomía. En el segundo artículo, se trata de una previsión restrictiva de la libre competencia cuyos posibles efectos perjudiciales para las empresas podrían ser mayores que el beneficio social perseguido, y por tanto, podría constituir una vulneración del principio de proporcionalidad propio de una buena regulación económica.

CUARTO.- En lo relativo a las limitaciones a la publicidad y promoción de alimentos y, concretamente, respecto de la prohibición de publicidad en centros educativos de forma generalizada, impuesta por el artículo 12.2 del anteproyecto de Ley, esta no vendría legitimada por la normativa estatal que, no obstante, dispone la necesidad de una autorización o control previo. El establecimiento de dicha autorización o algún sistema de control, desde un análisis de proporcionalidad, sería más adecuado para la consecución del fin último perseguido por la norma, considerando otros intereses dignos de protección como la propia libertad de empresa.

En cuanto a las limitaciones de dicha publicidad en ámbitos diferentes, como por ejemplo en los centros sanitarios, el centro directivo habrá de tener en cuenta la existencia de productos en el mercado, con declaraciones nutricionales o de propiedades saludables, que se ajustan a la normativa comunitaria, que en consecuencia, habrá de considerar que la prohibición de promoción y publicidad de dichos alimentos envasados o bebidas refrescantes entraría en contradicción con dicha normativa. En este sentido, debe ser valorado el establecimiento de un sistema de autorización previa, tal como se contempla en la propia normativa estatal.

En lo concerniente a las restricciones generales aplicables a la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dispuestas en el artículo 27 del anteproyecto de Ley, dicha prohibición aplicable a la publicidad dirigida a los menores de quince años, concretamente en lo determinado en el apartado 2.g), y sin cuestionar este Consejo la razón imperiosa de interés general que la justificaría, se considera que dada la trascendencia que la misma pueda tener en los operadores económicos que comercializan este tipo de productos, sería necesaria la acreditación de su adecuación al principio de proporcionalidad.

QUINTO.- La exigencia a los responsables de las máquinas expendedoras de instalar y mantener una fuente de agua potable, así como la obligación de controlar el etiquetado de los alimentos comercializados, que se extiende a los responsables del abastecimiento y servicio de "cantinas, bares, quioscos o similares" en los centros educativos (artículos 20.2 y 12.5), y otras propuestas de idéntica naturaleza, como las establecidas en el artículo 14 del anteproyecto normativo, junto a la referencia a medidas para fomentar la actividad física y la alimentación saludable de los clientes de



los espacios de ocio infantil y juvenil, en los centros de trabajo, así como aquellas cuyas destinatarias son las empresas restauradoras, estarían imponiendo una carga económica a los operadores, siendo que el fomento de la salud en las personas es competencia de las Administraciones Públicas.

En consecuencia, se debería plantear nuevamente el análisis de los preceptos cuestionados desde la perspectiva del principio de proporcionalidad.

SEXTO.- El proyecto normativo prevé la creación de la Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, de la que formarán parte, entre otros, representantes de los agentes económicos. Entre las funciones previstas para dicho órgano está la de elaborar informes con el fin de promover la formulación de políticas generales.

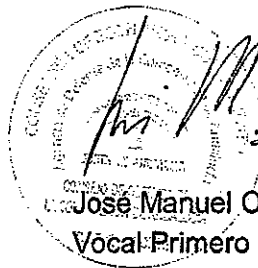
El órgano promotor de la norma habrá de tener en cuenta que la letra f) del artículo 10 de la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, dispone que en ningún caso se supeditará el acceso a una actividad de servicios en España o su ejercicio a la intervención directa o indirecta de competidores, incluso dentro de órganos consultivos, en la concesión de autorizaciones o en la adopción de otras decisiones de las autoridades competentes relativas al establecimiento para el ejercicio de una actividad de servicios. En consecuencia, tal previsión debiera tenerse en cuenta, ya que en opinión de este Consejo, no estaría justificada la participación de agentes económicos en órganos colegiados que asesorarán a la Administración Pública para la toma de decisiones que de forma directa o indirecta pudieran intervenir y afectar a sus propios competidores en el mercado.

A mayor abundamiento, la norma deja abierta la posibilidad de ampliar las funciones de este órgano consultivo con lo que, por vía reglamentaria, podría otorgársele un mayor margen de poder de decisión a tales agentes económicos, lo cual podría entrar en contradicción con lo establecido en el citado artículo 10 de la Ley 17/2009.

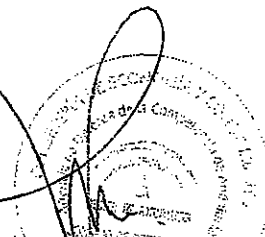
Consiguientemente, consideramos que habría de ser eliminada la posibilidad de que los agentes económicos participen en funciones que de forma indirecta pudieran tener un efecto sobre los competidores.



Isabel Muñoz Durán
Presidenta



José Manuel Ordóñez de Haro
Vocal Primero



Luis Palma Martos
Vocal Segundo

Ref.: SV°. OFPE/FC/ JB

R.S. 124/17

MEMORIA FUNCIONAL Y ECONÓMICA DEL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA.

I.- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.

Identificación del problema de salud. La obesidad representa el primer problema de salud pública del mundo desarrollado.

Entre 2010 y 2030, en casi todos los países, se prevé que el porcentaje de sobrepeso y obesidad aumente intensamente: un 75% en el Reino Unido, un 80% en la República Checa, España y Polonia, y un 90% en Irlanda, el nivel más elevado calculado. Teniendo la mayor afectación los niños y niñas que pasan del 20% al 60%.

Los estudios prospectivos alertan que se espera que las tasas de obesidad en los países de la OCDE en el año 2050 sean del 60% en los hombres, el 50% en las mujeres y el 25% en los niños.

La obesidad está relacionada con un incremento del riesgo de padecer problemas de salud física importantes, con un incremento de la probabilidad de padecer algunos tipos de cáncer (colon y recto), con incremento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes, problemas del aparato locomotor, etc., con un incremento de padecer sufrimiento relacionado con la salud psicosocial como baja autoestima o depresión y con claros problemas funcionales en las personas que padecen obesidad como son limitaciones a la movilidad, aptitud física baja y mayor absentismo escolar y laboral entre otros. Numerosos estudios la relacionan con una mayor probabilidad de desempleo (Fuente: OIM, BofA Merrill Lynch Global Research).

Identificación del problema social. La obesidad incrementa la brecha de las desigualdades económicas y de género y tiene un gran coste económico para la sociedad.

El género, la etnia y el nivel socioeconómico son causas de inequidades en la obesidad en Europa. Las desigualdades socioeconómicas en las personas obesas en Europa son cada vez más amplias y profundas.

Es preciso conocer los promedios poblacionales de la prevalencia de la obesidad para evitar difuminar el aumento de los niveles en los grupos desfavorecidos.

Las mujeres y los niños en los grupos de bajo nivel socioeconómico son más vulnerables y soportan inequidades en la obesidad que se transmite de generación en generación. El pre-embarazo, el embarazo, la lactancia y la primera infancia son periodos críticos para las intervenciones sobre la reducción de las inequidades de obesidad.

El coste o la carga de la obesidad deben ser medidas tanto por la pérdida de años de vida y de la calidad de vida y el impacto financiero, como por los relacionados con la enfermedad en el sistema de salud (costes directos) y en la sociedad (costes indirectos).

Se ha calculado una pérdida en la esperanza de vida de 7 años atribuible a la obesidad. No obstante, el impacto será casi nulo debido al abordaje de las patologías crónicas relacionadas con la obesidad por parte de los sistemas sanitarios públicos, lo que supondrá un incremento en su gasto muy importante.

En el estudio prospectivo realizado en el Reino Unido se ha calculado alrededor del 5% el incremento del coste del *National Health Service* en el momento actual que ascenderá hasta el 7,3%.

Causas de la obesidad

La casuística que produce la obesidad es extensa y compleja, generando un nuevo abordaje ecológico y prospectivo que se denomina Sistema de Obesidad, que representa: "*La suma de un conjunto relevante de factores y sus interdependencias que determinan la condición de la obesidad de un individuo o un grupo de personas*" (*Tackling Obesities: Future Choices – Modelling. Future Trends in Obesity&Their Impact on Health*). En este estudio prospectivo realizado en el Reino Unido se han estudiado 108 variables que se han agrupado en clusters temáticos, tales como la influencia social, la producción de alimentos, el consumo de alimentos, la actividad física que se realiza o se puede realizar en el entorno, la actividad individual, la psicología individual, y la biología. Y se ha analizado también el peso que cada grupo tiene sobre la enfermedad. Esta multicausalidad exige una intervención multifactorial que incida en el amplio ecosistema de la obesidad.

Recomendaciones Internacionales

Las estrategias para la prevención de la obesidad están cambiando, lejos de enfocarse sólo en el individuo evolucionan hacia un modelo ecológico para tratar las influencias ambientales y sociales en el comportamiento.

Una intervención sistémica a través del Mapa del Sistema de Obesidad, con 108 variables, conlleva intervenciones a diferentes niveles: individual, local, sectorial y regional, mediante acciones distribuidas en todo el ciclo de vida.

Ello conlleva conjugar una mezcla de iniciativas, y Planes a corto, medio y largo plazo para el cambio.

La Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en 2014 elabora un documento *Obesity an Inequities* en el que realiza unas recomendaciones para el desarrollo de estrategias eficaces, igualitarias e inclusivas para la lucha contra la obesidad. En este documento se afirma que “la mayoría de las personas de bajos ingresos en Europa saben lo que constituye una dieta saludable. En lugar de la falta del conocimiento, la prioridad es hacer frente a la accesibilidad, disponibilidad y la práctica en relación a la alimentación saludable”.

- Las intervenciones para tratar la obesidad a nivel de población tienen más probabilidades de ser eficaces que las intervenciones a nivel individual, especialmente para los grupos de bajo nivel socioeconómico.

- Las políticas universales para mejorar los hábitos alimentarios, y modificar los entornos que fomenten la actividad física son importantes, pero los grupos más desfavorecidos puede requerir medidas adicionales para beneficiarse de estas políticas, tales como:

- Intervenciones para abordar la autoestima, la falta de conocimiento y tener en cuenta las necesidades y percepciones de las mujeres y los más desfavorecidos.

- Programas para ayudar a los niños a desarrollar el gusto por las verduras, además de proporcionar gratis verduras y frutas en las escuelas.

- Las personas con bajos ingresos son más sensibles a los precios que los de ingresos más altos. Estrategias que graven alimentos con alto contenido en grasas, azúcar y sal así como la eliminación de impuestos sobre las verduras y las frutas permiten reducir las desigualdades.

- Es importante desarrollar y evaluar el coste de los contenidos de una cesta de la compra nacional de alimentos saludables para ayudar a decidir el salario mínimo y los niveles de beneficios sociales.

- Las iniciativas para restringir la comercialización de alimentos poco saludables de alto contenido en grasas, azúcar y sal y bebidas azucaradas a los niños contribuyen a reducir las desigualdades, debido a la mayor exposición y vulnerabilidad de los niños desfavorecidos a esta oferta comercial.

- Medidas para mejorar la composición de los alimentos procesados (por ejemplo, la reducción de grasa, azúcar y contenido de sal) tiene el potencial de reducir las desigualdades, con la condición de que su coste sea el mismo, o menor que, otras alternativas poco saludables.

- Con una renta baja, la compra de alimentos poco saludables puede ser la opción más viable. Por lo que las intervenciones necesitan enfocarse en:

- Aumentar la protección social y el apoyo a los ingresos, para cubrir el coste de comprar un alimento saludable.

- Ayuda para la comida, por ejemplo a través de vales de verduras y frutas.

- Reducir la disponibilidad y la comercialización de alimentos poco saludables en las zonas desfavorecidas y las escuelas.

- Promover la oferta local de verduras y fruta a través de iniciativas que incluyen la participación activa de los grupos desfavorecidos.

- El embarazo y la primera infancia son periodos críticos para la intervención sobre las desigualdades en la obesidad. Las intervenciones prioritarias incluyen:

- El establecimiento de la licencia de maternidad durante seis meses para apoyar la lactancia materna exclusiva durante ese período.

- Aumentar la asistencia a la atención prenatal para las mujeres socialmente desfavorecidas y jóvenes mediante el uso de métodos participativos para hacer frente a sus necesidades y percepciones.

- El apoyo a la lactancia materna y la alimentación complementaria especializada, adaptada a las específicas necesidades de las madres obesas desfavorecidas, incluidas las adolescentes, y sus familias.

- Proporcionar comidas saludables gratuitas o subvencionadas (incluyendo desayuno), junto con las verduras y fruta en las escuelas y centros de educación infantil.

En cuanto a la iniciativa reguladora por parte de los gobiernos también se ha analizado y recomendado la pertinencia de ésta. Algunas buenas prácticas analizadas en la bibliografía son 1) Prohibición de la publicidad de alimentos no saludables en medios de comunicación. 2) Prohibición de la publicidad de alimentos para niños menores de 12 años, con regulación de las grasas saturadas y trans. 3) Establecimiento del etiquetado de los productos con grasas trans. 4) Prohibición de determinantes positivos en los alimentos no saludables (por ejemplo, los juguetes con las hamburguesas). 5) Establecimiento de determinantes positivos en los alimentos saludables. Prohibición de dosis distorsionantes. 6) Envasado y embotellado de dosis humanas saludables. 7) Información de las calorías en los menús servidos en las cadenas de restauración. 8) Establecimiento de sistema de etiquetas de colores según contenido en grasa, grasa trans, azúcar y sal (modelo inglés del semáforo: verde, naranja y rojo). 9) Mecanismos de autorregulación industrial.

En mayo de 2012 un estudio del British Medical Journal sobre la base de una investigación de la obesidad en todo el mundo, centrada en los efectos sobre la salud de los impuestos sobre los alimentos, sostiene que los impuestos sobre los alimentos y bebidas no saludables tendrían que alcanzar al menos el 20% del precio para tener un efecto significativo en las condiciones relacionadas con la dieta, tales como la obesidad y las enfermedades del corazón (Fuente: Mytton et al, BMJ). Idealmente, se argumenta que esto debería ser combinado con subsidios a los alimentos saludables, como frutas y verduras.

El último informe publicado por la OMS en 2016 sobre Obesidad Infantil concluye “La obesidad infantil socava el bienestar físico, social y psicológico de los niños y es un conocido factor de riesgo para la obesidad y las enfermedades no transmisibles en la edad adulta. Es imperativo actuar ahora para mejorar la salud de esta generación y la siguiente. La Comisión reconoce que la diversidad de posibles recomendaciones normativas para hacer frente al problema de la obesidad infantil es muy amplia y contiene una serie de elementos novedosos. Ahora bien, solamente adoptando un enfoque multisectorial a través de un conjunto amplio e integrado de intervenciones que combatan el entorno obesogénico, la dimensión del curso de vida y el sector educativo, podrán lograrse progresos sostenidos. Ello exige compromiso y liderazgo del gobierno, inversiones a largo plazo y la participación del conjunto de la sociedad para proteger los derechos de los niños a la buena salud y el bienestar. La Comisión está convencida de que pueden lograrse progresos si todos los agentes mantienen su compromiso de trabajar juntos en pro de un objetivo común: acabar con la obesidad infantil.”

La Escuela Andaluza de Salud Pública está revisando la experiencia en el mundo sobre los impuestos especiales a las bebidas refrescantes azucaradas (Faulkner et al., 2011) destacando la importancia del proceso de implementación de esta medida, más allá de la evidencia disponible. Para estos autores “Considerando la evidencia existente, es más probable que las políticas tengan que ser implementadas con una base de pruebas incompletas,... Cuando la evidencia empírica todavía no es lo suficientemente fuerte, tal vez los principales criterios reconocidos por la mayoría son aquellos relativos al daño potencial.”

La Organización Mundial de la Salud ha pedido a los gobiernos que establezcan nuevos impuestos para las bebidas azucaradas, a las que responsabilizó del aumento de la diabetes, las caries y la obesidad, una patología con dimensiones epidémicas en algunos países. Se pone como ejemplo a México de un país donde el Gobierno ha tomado medidas para frenar el aumento acelerado de consumo de bebidas azucaradas, mediante el establecimiento, en enero de 2014, de una tasa especial que causó un incremento del 10 % en el precio final del producto. El impacto ya podía medirse a finales de ese mismo año, con una reducción del 6 % del consumo general y de hasta un 17 % en los sectores de menores recursos.

Estrategias de Intervención en Andalucía y la decisión del desarrollo de una Ley andaluza.

En el año 2004 se pone en marcha el Plan para la Promoción de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía, sus objetivos se centran en que: 1) La población andaluza conozca las ventajas derivadas de la realización de actividad física, así como aquellas actividades más recomendadas para diferentes grupos sociales (edad, sexo, etc.) 2) La población andaluza conozca los beneficios de la alimentación equilibrada, así como aquéllas recomendaciones concretas para conseguirla (composición de los alimentos, frecuencia de consumo, etc.). 3) La familia andaluza tenga los conocimientos necesarios para poder hacer una lectura correcta del etiquetado de los alimentos, la mejora de su dieta cotidiana y su repercusión en la cesta de la compra. 4) Se ofrezca a la familia andaluza la información necesaria sobre la conservación correcta de los alimentos. 5) La población andaluza tenga acceso a la información mínima, que le permitiera hacer una valoración correcta de los mensajes publicitarios en los que la alimentación y el ejercicio se tomen como valores, así como de las prácticas de riesgo más difundidas dentro de la población (dietas milagro y realización de ejercicios físicos no controlados).

El paradigma en el que se inserta este Plan se relaciona con la capacidad que puede tener el individuo de modificar su comportamiento en función del acceso a una información adecuada sobre hábitos de vida saludable.

En 2007 se pone en marcha el Plan Integral de Obesidad Infantil al detectar el incremento continuo de la prevalencia de la obesidad en los niños. Los objetivos de este Plan son: 1) Frenar la tendencia ascendente de las tasas de obesidad infantil de nuestra Comunidad a corto plazo e invertirla en un plazo intermedio. 2) Mejorar la atención sanitaria de los niños y niñas con obesidad y sus familias. 3) Disminuir la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas con obesidad.

Estos objetivos se pretenden conseguir a través de 1) Sensibilizar a la población general sobre la necesidad de mantener un peso adecuado en todas las edades, mediante el equilibrio entre una alimentación saludable y la práctica de actividad física regular. 2) Promover en las familias andaluzas la adquisición de conocimientos adecuados para la adopción de hábitos saludables para el mantenimiento de un peso saludable, haciendo especial énfasis en los hijos e hijas. 3) Potenciar el desarrollo de condiciones socio-ambientales facilitadoras de dichos hábitos. 4) Involucrar activamente a las diferentes instituciones y agentes sociales para la prevención de la obesidad infantil. 5) Avanzar en el diagnóstico

precoz y garantizar una atención sanitaria basada en la mejor evidencia científica disponible, asegurando la continuidad asistencial como elemento de calidad integral. 6) Promover proyectos de investigación al respecto. 7) Facilitar la formación profesional de todas las personas potencialmente implicadas en la prevención y atención a la obesidad infantil. 8) Reorientar los servicios actualmente existentes.

Y para lograrlo, se han elegido una serie de líneas generales de actuación en las áreas de:

- Comunicación e información a la población.
- Promoción y prevención primaria.
- Asistencia sanitaria integral.
- Participación e intersectorialidad.
- Formación y desarrollo de profesionales.
- Investigación e innovación.
- Desarrollo normativo.

Este Plan ya aborda el problema desde un paradigma más abierto en el que se debe trabajar con otras administraciones públicas y determinados actores sociales para intentar actuar sobre otros factores determinantes, además de los individuales.

El enfoque parece correcto pero la eficacia de las acciones que dependen de exclusivamente de la voluntad de los diferentes actores no ha ayudado a frenar las tasas de obesidad infantil.

La experiencia andaluza se puede encontrar en diferentes regiones europeas y ello lleva a revisar los planteamientos por parte de la Organización Mundial de la Salud para impulsar una implicación de los poderes públicos para que en el marco del paradigma de *salud en todas las políticas* se asuman regulaciones desde todos los niveles de administración: europea, nacional, regional y local y que vayan más allá de la mera información o progresiva pero muy lenta estrategia de alianzas (como la Estrategia NAOS)

El proceso de participación con todos los actores implicados para la elaboración de la Ley

La Secretaría General de Salud Pública y Consumo en el año 2015 elabora un estudio de prospectiva sobre el problema de la epidemia de obesidad mundial y las diferentes estrategias que recomiendan los expertos y las diferentes instancias internacionales. La principal recomendación que se extrae de dicho estudio es poner en marcha normas que pongan de manifiesto el liderazgo de los poderes públicos en esta materia como paso imprescindible para poder avanzar en la lucha contra la obesidad

Posteriormente se asume por parte de la Consejería de Salud la necesidad de elaborar una ley que permita desplegar las estrategias necesarias para combatir la principal epidemia del mundo desarrollado, la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas, ya que resulta imprescindible alinear y articular las acciones con todos los actores sociales implicados en los diferentes factores de riesgo, trabajando desde un modelo ecológico, tal y como se recomienda desde la OMS y todas las instancias internacionales.

Para ello, la Secretaría General de Salud Pública y Consumo aprueba un proceso de participación social como metodología imprescindible para la elaboración del texto. Contando con la participación de la Escuela Andaluza de Salud Pública para su desarrollo y apoyo. Este proceso consiste en el diseño de talleres de trabajo con los diferentes actores implicados (representantes de la Administración Autonómica, representantes de Administraciones Locales, representantes de consumidores, pacientes y asociaciones ciudadanas, representantes de sociedades científicas y colegios profesionales, representantes de empresarios de alimentación y bebidas de los diferentes sectores afectados, representantes de productores de alimentos y de medios de comunicación), con la siguiente secuencia: nueve talleres autonómicos monográficos y ocho talleres provinciales donde participan conjuntamente los diferentes actores.

El objetivo de estos talleres es iniciar un proceso de sensibilización social y a la vez recabar opiniones e iniciativas provenientes de los sectores implicados que pudieran incorporarse en la futura ley.

En el primer taller realizado se buscó la convocatoria del abanico de perfiles que representarían a todos los actores sociales identificados como implicados en el problema que queríamos abordar y con los que más adelante se realizarían talleres específicos.

Acudieron representantes de la Administración Autónoma: Consejerías de Agricultura, Educación, Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, Turismo y Deporte entre otras; representantes de Administraciones Locales; representantes de consumidores, pacientes y asociaciones ciudadanas; representantes de Sociedades Científicas y Colegios Profesionales; representantes de productores de alimentos, de la industria agroalimentaria y de los restauradores. Entre ellos estuvieron representantes de la Confederación de Empresarios de Andalucía (CEA) que contaba entre sus miembros a empresarios asociados a la Federación Nacional de Industrias de Alimentación y Bebidas, hasta un total de 25 personas.

Tras este taller se acordó con la CEA celebrar un encuentro específico monográfico con esta Confederación sobre la futura Ley de lucha contra la obesidad. La CEA decidiría los representantes de los empresarios que considerase oportuno. Nuestra recomendación fue que hubiera representantes de al menos tres sectores: sector de las grasas y aceites, sector de la bollería industrial y sector de las bebidas refrescantes. Este encuentro se celebró con una participación amplia de empresarios.

Los restantes talleres monográficos se fueron realizando con representantes de Medios de Comunicación, con empresarios de la industria agroalimentaria, con los empresarios del sector de Restauración (HORECA), con representantes del ámbito de la producción de alimentos, con representantes de Sociedades Científicas y Colegios Profesionales del área sanitaria, con consumidores, pacientes y asociaciones ciudadanas, y sobre los entornos en el que participan representantes de administraciones locales y autonómicas de Medio Ambiente. También por Educación han participado representantes de los ciclos formativos de educación primaria, secundaria y universidades además de las Asociaciones de Padres y Madres de Andalucía (AMPAS).

Posteriormente se celebró una reunión de trabajo con representantes de la Federación de Industrias de la Alimentación y Bebidas (FIAB) donde se explica el objetivo de la Ley y el proceso de exploración y recogida de iniciativas realizadas.

Posteriormente se celebraron talleres de carácter provincial con la colaboración de las Delegaciones Territoriales. Los perfiles de los participantes pretendían reproducir de nuevo a todos los actores sociales implicados en cada provincia.

Para ello se dio indicación a los Jefes de Servicio de Salud Pública que convocaran a las empresas radicadas en la provincia de los sectores de la producción, de la industria agroalimentaria y de la restauración. En estos talleres se observó el peso de los diferentes sectores diferente por provincias (por ejemplo el del aceite en Jaén, el de la restauración en Málaga o la industria agroalimentaria en Huelva y Córdoba).

El borrador del Anteproyecto de Ley de promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada.

Por todo lo expuesto la propuesta de anteproyecto incorpora en su objeto 1) el establecimiento y desarrollo de las acciones necesarias para la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable y equilibrada entre la población, con la finalidad de prevenir los problemas del sobrepeso y la obesidad en Andalucía y los riesgos para la salud que llevan asociados, así como favorecer una atención integral a las personas que padecen estos problemas y la concienciación social sobre los mismos y 2) el establecimiento de medidas para la promoción de la salud, la prevención y la adecuada atención sanitaria de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos de la conducta asociados a una distorsión negativa de la propia imagen corporal.

Con tal fin se hace necesario:

- a) Fomentar una nutrición adecuada mediante una alimentación saludable en todas las personas en Andalucía.
- b) Fomentar la actividad física saludable en la toda la población, desde una perspectiva de género, favoreciendo un urbanismo saludable, políticas de transporte activo adaptadas a este objetivo, políticas de accesibilidad a instalaciones deportivas, de ocio y tiempo libre y políticas de envejecimiento activo y saludable.
- c) Favorecer entornos e instalaciones educativas, laborales y sociales que sean saludables y que favorezcan la actividad física y la alimentación saludable y, como consecuencia, la prevención del sobrepeso y la obesidad.

- d) Garantizar la atención sanitaria a la población en situación de sobrepeso y obesidad y a las personas con trastornos de la conducta alimentaria y luchar contra la estigmatización social y la discriminación que sufren las personas afectadas por estos problemas de salud.
- e) Proteger a la población, especialmente a los grupos más vulnerables, frente a la publicidad, la promoción y el patrocinio de alimentos y bebidas no saludables y regular las condiciones para que la ciudadanía reciba una información veraz sobre la calidad nutricional de alimentos y bebidas de consumo comercial.
- f) Promover en la sociedad y en los sectores implicados, una conciencia social sobre estándares de belleza y cuidados del cuerpo que fomenten una imagen realista y saludable de la diversidad.
- g) Fomentar y promover la responsabilidad social ante la salud de empresas de producción y comercialización de alimentos y bebidas para crear condiciones que favorezcan un consumo saludable, equilibrado y sostenible entre la población.

Por todo lo anterior y con el objetivo del establecimiento y desarrollo de las acciones necesarias para la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable y equilibrada entre la población, se propone este anteproyecto de Ley.

II.- CONTENIDO.

El anteproyecto de Ley que se informa consta de un título preliminar y siete títulos que contienen cuarenta y seis artículos, dos disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria, tres disposiciones finales y un Anexo.

El **Título Preliminar** establece el objeto, los fines, el ámbito de aplicación, las definiciones y los principios inspiradores de la Ley.

El **Título I** está destinado a definir los derechos de la ciudadanía en relación con la actividad física, la alimentación saludable y la diversidad de la imagen corporal, así como a establecer el sistema de garantías de estos derechos.

En el **Título II** se detalla el conjunto de medidas a poner en marcha para la lucha contra la obesidad y el sobrepeso, declarando la obesidad como una prioridad en salud pública. Este Título se organiza en cuatro Capítulos: Capítulo I- Estrategias para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, Capítulo II- Promoción de los entornos y espacios saludables, Capítulo III- Alianzas para el fomento de la actividad física y la alimentación saludable y Capítulo IV- Atención sanitaria a las personas que padecen sobrepeso y obesidad.

El **Título III** está dedicado a los trastornos de la conducta alimentaria y otros relacionados. Se regula aquí la promoción de valores que fomenten una imagen corporal diversa y compatible con parámetros saludables y el impulso de la iniciativa de "Imagen y Salud", como una alianza institucional y social estratégica para la aceptación de la diversidad. Por último, se recoge el mantenimiento y permanente actualización del "proceso de atención integral a las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria".

El **Título IV**, se refiere a la publicidad y comercialización de los alimentos y bebidas. Se potencia el principio de la veracidad publicitaria. Contiene asimismo un apartado para el control de la publicidad ilícita y subraya la función del Consejo Audiovisual de Andalucía de velar por la calidad de la publicidad de los alimentos y bebidas hipercalóricas, en especial las dirigidas a los menores de 15 años.

El **Título V** hace referencia a la organización, coordinación y gobernanza para una acción coordinada de las políticas públicas en la promoción de la vida saludable y la alimentación equilibrada, favoreciendo la acción intersectorial necesaria en la educación, el bienestar social, las políticas de igualdad, la sostenibilidad, las infraestructuras y la vivienda y la promoción de la investigación de este ámbito. Se crea el Mapa andaluz de la situación de sobrepeso y obesidad y el Sistema de Información de calidad nutricional de los alimentos en Andalucía (SICNA). También se crean la Comisión andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, órgano colegiado de participación administrativa y social, y el Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

En el **Título VI** se hace mención a la formación, investigación e innovación en el ámbito de la actividad física y la alimentación saludable. Con este fin se recoge la necesidad de incorporar estos contenidos en los currículos de los centros educativos de enseñanza primaria y secundaria obligatoria, así como la necesidad de garantizar la actualización del profesorado a través de los Planes de Formación

permanente del profesorado. Asimismo, se fomenta la investigación e innovación en materia de actividad física, nutrición y alimentación saludable y se crea el Premio a la Innovación y las Buenas Prácticas en materia de actividad física y alimentación saludable.

El Título VII, establece el régimen de infracciones y sanciones en las materias objeto de esta Ley.

Dos Disposiciones Adicionales. La disposición adicional primera establece el plazo en el que se habrán de constituir tanto la Comisión andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable como el Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable. La disposición adicional segunda dispone el régimen de actualización de los criterios nutricionales establecidos en el Anexo.

Dos Disposiciones Transitorias. La disposición transitoria primera establece el plazo de implementación a los proveedores, propietarios o administradores de kioscos, comedores escolares, las empresas productoras y/o distribuidoras de alimentos y los establecimientos de venta directa, y en la disposición transitoria segunda, el plazo de ejecución de la previsión establecida en el artículo 10.2 en relación con el tiempo mínimo de ejercicio físico y/o actividad física en los centros educativos.

Una Disposición Derogatoria, por la que se derogan cuantas disposiciones de igual o inferior rango contradigan o se opongan a lo dispuesto en la presente Ley.

Tres Disposiciones Finales. La disposición final primera trata la reglamentación del sistema de información de calidad nutricional de Andalucía (SICNA), la disposición final segunda indica que el desarrollo reglamentario de esta Ley se llevará a efecto de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 112 y 119.3 del Estatuto de Autonomía para Andalucía y 27.9 y 44 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y la disposición final tercera prevé su entrada en vigor a los veinte días de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

III.- EVALUACIÓN ECONÓMICO-PRESUPUESTARIA Y FINANCIACIÓN.

El anteproyecto de Ley que se informa determina que el objeto de esta es el establecimiento y desarrollo de las acciones necesarias para la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable y equilibrada entre la población, con la finalidad de prevenir los problemas del sobrepeso y la

obesidad en Andalucía y los riesgos para la salud que llevan asociados, así como favorecer una atención integral a las personas que padecen estos problemas y la concienciación social sobre los mismos. Y además el establecimiento de medidas para la promoción de la salud, la prevención y la adecuada atención sanitaria de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos de la conducta asociados a una distorsión negativa de la propia imagen corporal.

En cuanto a la evaluación de la repercusión económica de las iniciativas contenidas en este anteproyecto de Ley y a partir de la información emitida por el centro directivo responsable de la misma (Secretaría General de Salud Pública y Consumo) se ha procedido a identificar las actuaciones que tienen esta repercusión y que en el ámbito de la Consejería de Salud son las siguientes:

1. El establecimiento de medidas para la promoción de la salud, la prevención y la adecuada atención sanitaria de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos de la conducta asociados a una distorsión negativa de la propia imagen corporal.

Las actuaciones que hacen referencia a cómo se pretende dar respuesta a este objetivo están recogidas en el artículo 26, que se mantendrá actualizado, y se implantará en el Sistema Sanitario Público de Andalucía el *Proceso de Atención Integral a las personas que padecen trastorno de la conducta alimentaria*, como instrumento para la adecuada ordenación de los cuidados preventivos y de atención que deben recibir estos pacientes en su relación con el Sistema Sanitario Público de Andalucía, tanto en el nivel de Atención Primaria de salud como en el de Atención Especializada. La elaboración y el desarrollo de los procesos asistenciales integrados se encuentran dentro de la actividad habitual de la Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento. Anualmente se establecen los procesos que deberán ser diseñados o revisados para su actualización. Esta tarea ya cuenta con presupuesto destinado a dietas para las reuniones de los expertos que conforman los Comités Científicos de cada proceso. Si son expertos del Sistema Sanitario Público de Andalucía estas dietas generalmente son abonadas por el centro sanitario donde desempeñan su labor habitualmente. También existe presupuesto en la citada Dirección General para la maquetación y edición de los materiales, que en este momento se realiza principalmente para su publicación virtual, en torno a 1.000 € para dietas y edición por proceso y año. Posteriormente estos procesos marcarán los protocolos de actuación de todos los profesionales intervinientes y los diferentes niveles de atención. En el cuadro Anexo se detalla si la actuación ya se viene realizando (vigente) o es nueva, la aplicación económica con la que se financia, observaciones a tener en cuenta para facilitar una valoración global y del elemento de la

memoria comprensiva así como la previsión cuantitativa de los recursos precisos en los presupuestos anuales correspondientes.

2. El desarrollo de programas de inspección y control en relación a los menús y dietas escolares, el acceso al agua potable, así como el cumplimiento de las limitaciones y prohibiciones, definiendo la periodicidad mínima de su realización, los protocolos de inspección, mecanismos de control, seguimiento y evaluación de las instalaciones, funcionamiento y características de los menús de los comedores escolares de acuerdo con lo establecido en la normativa correspondiente.

Ya actualmente existen Planes de Inspección funcionando, diseñados y evaluados para los comedores escolares. Estos planes cuentan en su lista de comprobaciones algunas de los aspectos contenidos en la Ley. A partir de la aprobación y publicación de esta deberían incorporar en las listas de comprobaciones los aspectos que contenga la Ley que no se estén verificando hasta este momento.

En cuanto al desarrollo del acceso al agua potable, así como el cumplimiento de las limitaciones y prohibiciones..., (regulado en el artículo 12.9), el programa de inspección que se realiza actualmente en los centros escolares, denominado EVACOLE, está dentro de la tarea habitual de los Cuerpos Superiores Facultativos de Veterinaria y Farmacia que desempeñan su tarea en los Distritos Sanitarios de Atención Primaria. Estos sólo tendrán que incorporar los ítems nuevos en su inspección.

En el ejercicio 2016 el gasto por estas actuaciones (evaluación de centros 315.450 €, evaluación de menús en comedores escolares 14.000 € y coordinación 46.621 €) ascendió a 376.071 € con cargo a los capítulos I y II, de los servicios 01 y 02 del programa 41J (Inspección de servicios sanitarios). La previsión de gasto para el actual ejercicio 2017 y futuros (2018, 2019 y 2020) se estima que estará en 380.000 €. Ver cuadro Anexo.

3. La extensión y organización de una red de Bancos de leche materna en Andalucía que pueda atender todas las necesidades de uso de este alimento en recién nacidos en los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Con esta medida se trata de garantizar el acceso, en cantidades suficientes, a la leche materna a los lactantes que la necesiten. Se trata de que haya uno o más bancos, bien establecidos. En la actualidad existen en funcionamiento dos bancos de leche materna. Uno en el Hospital "Virgen de las

Nieves” con más de 6 años de actividad para Andalucía Oriental y otro en el Hospital “Virgen del Rocío” que se puso en marcha para Andalucía Occidental el pasado mes de diciembre. En este momento el trabajo fundamental estriba en que el resto de hospitales trabajen en la captación de donantes y la transferencia de la leche al banco con las medidas adecuadas de higiene y conservación, para lo cual es fundamental la formación continuada de los profesionales para conseguir en las diferentes unidades de neonatología la captación de donantes. Con la puesta en marcha de la Ley se incorporará en el programa de formación continuada de los servicios pediátricos los aspectos relacionados con la donación de leche materna. (Conclusión del Congreso Nacional de Neonatología en 2012: “Por cada euro invertido en leche humana donada, la Unidad Neonatal se ahorra entre 6 y 19 euros”).

La actividad formativa para los profesionales se estima que requerirá de 1.000 € anuales con cargo al programa 41C (Atención Sanitaria), servicio 06 del Servicio Andaluz de Salud. Ver cuadro Anexo.

4. La necesaria formación de los profesionales.

La incorporación del control de la obesidad en los programas curriculares de las carreras de ciencias de la salud forma parte de la relación habitual con la Universidad a través de la cual se realizan propuestos curriculares para las titulaciones sanitarias en los diferentes niveles, en cuanto a la promoción de estilos de vida saludables, la prevención y el manejo de la obesidad en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional, se trata de incorporar en los Planes de formación continuada de los profesionales nuevos contenidos que se alineen adecuadamente con los objetivos de la Ley y que a la vez generen sinergias con otras áreas de conocimiento.

El presupuesto correspondiente al programa 4.1.B para 2017 y tanto de capítulo I como de capítulo II, así como el servicio 18 (Plan de Formación para el Empleo) y el 06 (SAS) asciende a 4.886.318 € para 2017. Se estima que se destinará en torno a un 15% del presupuesto en el primer año de implantación de la Ley. Sabiendo que llegará un momento en el que prácticamente estén formados la totalidad de los profesionales, con una necesidad de recursos presupuestarios decreciente si se mantiene con continuidad esta formación en los sucesivos ejercicios presupuestarios. Ver cuadro Anexo.

5. La configuración del mapa Andaluz del Sobrepeso y la Obesidad.

El Mapa se construirá a partir de la información contenida en la Historia Digital y ya existe una aplicación de explotación de esta información. La tarea la realizará el Servicio de Vigilancia y Salud Laboral de esta Consejería dentro de sus actividades habituales.

Otra fuente de información para la elaboración del Mapa es la encuesta Aladino sobre Obesidad nacional que ya cuenta con un presupuesto para la ampliación en Andalucía de 12.000 € de forma que con ella se obtendrán los datos territorializados de las diferentes provincias. El estudio Aladino se financia con la partida 1200010000 - G/41D/22706/00 - 01 estudios y trabajos técnicos. Ver cuadro Anexo.

6. La creación de la Comisión Andaluza para la Promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

La Comisión Andaluza para la promoción de la Actividad Física y la Alimentación saludable está compuesta por representantes de la Administración de la Junta de Andalucía, especialmente de las Consejerías competentes en materia de educación, agricultura y deporte, de las Corporaciones Locales, de los agentes económicos y sociales, y de las organizaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía de representantes de diferentes administraciones públicas. Esta Comisión, de convocatoria periódica prevista de dos reuniones al año, tiene una previsión de gasto por la asistencia de los miembros por las entidades sociales de 800 € anuales con cargo a los artículos 22 y 23 del servicio 01 del programa 41D (Salud Pública y Participación). El resto de los profesionales que la componen no reciben remuneración o indemnización alguna para ello. Ver cuadro Anexo.

7. La creación del Comité Científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

El Comité está formado por un máximo de diez expertos de reconocida solvencia en las materias objeto de la presente Ley, de las Administraciones públicas, universidades y de los centros de investigación, nombrados por la persona titular de la Consejería competente en materia de salud.

Estos expertos pertenecen a diversas Administraciones que incorporan esta actividad y por tanto las tareas y encuentros derivados de este Comité serán en general con cargo a los presupuestos de su centro de trabajo habitual. Para los casos en que sea necesario y para las seis reuniones inicialmente previstas de convocar la dotación presupuestaria prevista es de 1.000 € anuales que se financiarán del artículo 23 del servicio 06 del programa 41C (Atención Sanitaria) del Servicio Andaluz de Salud. Ver cuadro Anexo.

8. Convocatoria de premios a las mejores experiencias de innovación y buenas prácticas que se hayan desarrollado en Andalucía en el ámbito de la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada y saludable.

En cuanto a la Convocatoria de los premios no es necesario que estos sean de carácter económico, pueden ser reconocimientos que podrán tener repercusión en su desarrollo personal, en su carrera o poder permitir el acceso a oportunidades de trabajo no existentes hasta la concesión del premio. Existen diversos modos eficaces de reconocimiento que no necesitan una dotación económica. Pese a ello y al objeto de atender las distintas posibilidades y su necesidad de recursos, se prevé una necesidad de financiación de 1.000 € anuales de los artículos 22 y 23 del servicio 01 del programa 41D (Salud Pública y Participación) y del artículo 23 del servicio 06 del programa 41C (Atención Sanitaria) del Servicio Andaluz de Salud. Ver cuadro Anexo.

9. Atención Sanitaria Integral a personas con obesidad o trastornos de la conducta alimentaria

Las intervenciones individuales por parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía vienen desarrollándose desde hace más de diez años, fruto del desarrollo del Plan de Actividad Física y Alimentación Saludable por un lado y del Plan Integral para la Obesidad Infantil por otro. Estas intervenciones individuales de atención sanitaria quedarán incorporadas al nuevo *Plan Andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable* PAFASA.

La atención sanitaria o de promoción raramente tiene líneas de financiación finalistas, salvo que tal financiación venga de proyectos europeos o del Ministerio de Sanidad, por ejemplo. La asistencia sanitaria integral a personas con obesidad o trastorno de la conducta alimentaria ya se viene prestando y no requiere de recursos adicionales a los necesarios para la asistencia al resto de pacientes. Salvo el aspecto formativo ya referido con anterioridad. La formación continuada ha sufrido en los últimos años

una profunda transformación al poder disponer de espacios virtuales que permiten un aprendizaje semipresencial, mucho más eficiente y efectivo que las actividades exclusivamente presenciales.

Estas actuaciones están incluidas en las financiadas en el servicio 06 del programa 41C (Atención Sanitaria) del Servicio Andaluz de Salud y en el servicio 01, artículo 44, del programa 41C (Atención Sanitaria) de la Consejería de Salud. Ver cuadro Anexo. Una valoración del consumo de recursos de esta actuación concreta, aunque posible, supondría un esfuerzo que no estaría compensado con la obtención del resultado del mismo.

10. Desarrollo en el seno de los servicios públicos de salud el asesoramiento y consejo dietético personalizado.

El asesoramiento y consejo dietético personalizado se realiza habitualmente en los centros de atención primaria. Es la principal línea de actuación del actual Plan de Actividad Física y Alimentación Equilibrada en los servicios de salud, y consiste en la actuación protocolizada de asesoramiento y actuación de los profesionales de atención primaria dirigida a la población con factores de riesgo, en los que la mejora de sus hábitos de alimentación y actividad física puede mejorar su estado de salud.

El Consejo Dietético se estructura en 2 partes: Consejo Dietético Básico (CDB) y Consejo Dietético Intensivo (CDI). La implementación de este último en los centros de atención primaria ha estado incluida en los Contratos Programa de los Distritos Sanitarios en los 2 últimos años.

Para facilitar la implementación del CDI en los centros de atención primaria se han venido realizando cursos de formación de formadores en Consejo Dietético, participando profesionales (medicina y enfermería) que a su vez se encargaron de la formación del resto de profesionales de sus Distritos Sanitarios. Asimismo, se han realizado cursos en formato virtual sobre actividad física, alimentación y salud, dirigido a los profesionales del SSPA. Por lo que el presupuesto para formación continuada de los profesionales será el que atenderá las necesidades de formación que surjan sin necesidad alguna de recursos adicionales.

Dado que esta actuación se realiza fundamentalmente en los centros de atención primaria y dentro de la actividad habitual de los profesionales es por lo que no requiere de recurso adicional alguno a los disponibles para la atención al resto de pacientes. Una valoración del consumo de recursos de esta

actuación concreta, aunque posible, supondría un esfuerzo que no estaría compensado con la obtención del resultado del mismo.

Estas actuaciones están incluidas en las financiadas en el servicio 06 del programa 41C (Asistencia Sanitaria) del Servicio Andaluz de Salud y en el servicio 01, artículo 44, del programa 41C (Atención Sanitaria) de la Consejería de Salud. Ver cuadro Anexo.

11. Programa de educación para la salud. Promoción de la enseñanza de la nutrición en las escuelas infantiles y centros escolares y promover en los centros educativos el conocimiento de los beneficios para la salud de la actividad física y el deporte y fomentar su práctica.

La Secretaría General de Salud Pública y Consumo de forma coordinada con la Consejería de Educación, articulada por una Comisión intersectorial, desarrolla dos programas de hábitos de vida saludables: Creciendo en Salud y Forma Joven; en ambos se trabaja por parte de los educadores, con el apoyo de profesionales de salud, los aspectos nutricionales y de actividad física. El Presupuesto para ello en la Consejería de Educación se incluye en la información aportada por dicha Consejería. La Consejería de Salud destina un presupuesto de 6.000 € anuales para el mantenimiento de una página de información sobre comedores escolares que es gestionada por la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria de Andalucía.

Por otro lado existe un presupuesto para actividades de promoción de la salud en general que anualmente ronda el millón de euros. Las Delegaciones Territoriales de esta Consejería de Salud cuentan con un presupuesto de 20.000 € anuales, incluidos en el millón anterior, para actividades de promoción de salud (1200010000) - G/41D/22606/00 - 01 reuniones, conferencias y cursos). Por todo ello no requiere de presupuesto adicional alguno. Ver cuadro Anexo.

12. Sistema de información nutricional de alimentos SICNA

La Subdirección de Protección de la Salud (Servicio de Seguridad Alimentaria y de Laboratorios) cuenta con más de 10 profesionales de diferentes perfiles capaces de analizar documentación nacional e internacional y contactar con experiencias en otros países para desarrollar este Sistema de información. Además la Secretaría de Salud Pública y Consumo cuenta con el Sistema de Información de Seguridad Alimentaria denominado ALBEGA donde están registrados todos los productos

alimentarios. Ya existen en el Portal de esta Consejería experiencias de bases de datos que pueden ser consultadas directamente por la ciudadanía.

Por todo ello, la creación de este Sistema de información no requiere de recurso adicional alguno y se desarrollará con los actualmente disponibles que seguirán financiados con los capítulos I y II del servicio 01 del programa 41D (Salud Pública y Participación). Ver cuadro Anexo.

13. Investigación, generación y difusión de determinantes del sobrepeso y obesidad y promoción de las ayudas a la investigación en materia de actividad física, nutrición y alimentación.

La Dirección General de Investigación e Innovación de la Consejería de Salud cuenta para el trienio 2017-2019 con un presupuesto estimado en salud pública para ayudas a la investigación de 740.000 euros donde se priorizarán estas temáticas. En las convocatorias de subvenciones a la investigación se señalan habitualmente las líneas prioritarias para el sistema sanitario público y en la evaluación de los proyectos se valorará la temática a la que hace referencia esta Ley, de forma que podría llegar a disponer de hasta un 50% de dicho presupuesto ubicado en el capítulo IV del servicio 01 del programa 41K (Política de Calidad y Modernización). Ver cuadro Anexo. No se requiere de recursos adicionales a los disponibles.

Por todo ello estas actividades no tienen incidencia no prevista y la implantación de las referidas acciones contenidas en este anteproyecto de Ley puede ser asumida en el presupuesto de gasto de esta Consejería.

En cuanto a la participación de las otras secciones presupuestarias implicadas en la aplicación de este anteproyecto de Ley, el detalle de sus actuaciones y su evaluación se recogen en los correspondientes cuadros que se relacionan a continuación y cuyas explicaciones se recogen en los correspondientes certificados que se adjuntan.

<i>ACTUACIONES en el ámbito de EDUCACIÓN</i>		Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018
Escuelas Deportivas	Vigente	31P/22918/01			1.700.000	1.717.000
Promoción de Hábitos de Vida Saludables	Vigente	54C/22900/01			10.000	10.100
Formación en nutrición y alimentación saludable	Vigente	42B/22900/01			52.708	53.235
<i>Colaboradores docentes y directivos</i>	Vigente	42F/15180/01			4.788.094	4.835.975
<i>Cocineros y personal de cocina</i>	Vigente	42C/13 /01			20.414.190	20.618.332
<i>Comedores gestión directa</i>	Vigente	31P/22917/01			8.038.224	8.118.606
<i>Colaboradores externos</i>	Vigente	31P/22710/01			2.320.880	2.343.887
<i>Comedores gestión empresas</i>	Vigente	31P/44069/01			60.000.000	60.600.000
Menús y dietas saludables en centros educativos	Vigente	Global			95.561.188	96.516.800
TOTAL CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN					97.323.896	98.297.135

<i>ACTUACIONES en el ámbito de AGRICULTURA, PESCA Y D R</i>		Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018
Programa de Consumo de Frutas y Hortalizas en las escuelas	Vigente	71E/61905/99			4.500.562	4.500.562
TOTAL CONSEJERÍA DE AGRICULTURA, PESCA Y D R					4.500.562	4.500.562

<i>ACTUACIONES en el ámbito de IGUALDAD Y P S</i>		Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018
Gastos de alimentación Área de Mayores	Vigente	31R/22105/01			3.200.000	3.200.000
Gastos de alimentación Área de Discapacidad	Vigente	31R/22710/04 01			86.166	86.166
Talleres	Vigente	31R/22105/23 01			122.083	122.083
Talleres	Vigente	31R/22609/00 01			1.104.105	320.000
TOTAL CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y P S					4.512.354	3.728.249

<i>ACTUACIONES en el ámbito de FOMENTO Y VIVIENDA</i>		Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018
Carriles para bicicletas y caminos peatonales-Movilidad	Vigente	51B/61700/00			1.237.099	3.000.000
Plan andaluz de la bicicleta	Vigente	51B/61700/00			9.556.278	13.037.649
TOTAL CONSEJERÍA DE FOMENTO Y VIVIENDA					10.793.377	16.037.649

<i>ACTUACIONES en el ámbito de TURISMO Y DEPORTE</i>		Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018
TOTAL CONSEJERÍA DE TURISMO Y DEPORTE					0	0

<i>ACTUACIONES en el ámbito de ECONOMÍA Y CONOCIMIENTO</i>		Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018
Deporte Universitario	Vigente	441.52			135.000	135.000
TOTAL CONSEJERÍA DE ECONOMÍA Y CONOCIMIENTO					135.000	135.000

Teniendo en cuenta todo lo anterior la valoración global y comprensiva de las distintas actuaciones de cada una de las secciones implicadas, con los datos disponibles, es la siguiente:

CONSEJERÍA	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020
Consejería de Salud	2.499.754	2.121.280	1.938.043	1.846.424
Consejería de Educación	97.323.896	98.297.135	99.280.106	100.272.907
Consejería de Agricultura, Pesca y Des. R.	4.500.562	4.500.562	4.500.562	4.500.562
Consejería de Igualdad y Políticas Sociales	4.512.354	3.728.249	3.728.429	3.728.429
Consejería de Fomento y Vivienda	10.793.377	16.037.649	3.000.000	1.540.234
Consejería de Turismo y Deporte	---	---	---	---
Consejería de Economía y Conocimiento	135.000	135.000	135.000	135.000
PREVISIÓN COSTE TOTAL PARA JUNTA DE ANDALUCÍA	119.764.943	124.819.875	112.581.960	112.023.376
PREVISIÓN COSTES NUEVOS JUNTA DE ANDALUCÍA	372.800	372.800	372.800	372.800

(Importe en €)

Toda la información anterior está recogida igualmente en el cuadro Anexo adjunto.

Por todo ello y dado que la aplicación de esta Ley se llevará a cabo con los recursos humanos y materiales actualmente existentes y de los que en su día se dote al presupuesto aprobado para la

Consejería de Salud en el programa correspondiente, no se prevén efectos económicos no previstos derivados de su aplicación.

Por lo que el presente anteproyecto de Ley, al no requerir de recurso adicional alguno, no supone incremento del gasto del Presupuesto de la Consejería de Salud, pues no conlleva recursos que no se encuentren planificados en la actualidad.

En consecuencia, del análisis realizado del citado anteproyecto de Ley, no se desprende que de su aplicación se derive impacto económico no previsto sobre el Presupuesto de Gastos de la Consejería de Salud para el presente ejercicio ni en ejercicios futuros.

En Sevilla, 1 de junio de 2017
EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO,

Edo. Ángel Serrano Cugat.

En relación con la tramitación del **Anteproyecto de ley para la Promoción de una Vida Saludable y una Alimentación Equilibrada en Andalucía**, y atendiendo a lo requerido por la Dirección General de Presupuestos de la Consejería de Hacienda y Administración Pública, a continuación se relacionan las distintas actuaciones o actividades relacionadas con dicho Anteproyecto en el ámbito de la **Consejería de Salud** en el ejercicio 2017 y siguientes, con detalle del gasto necesario para ello así como la indicación del programa, servicio y subconcepto presupuestario que las financiarán, para ello adjunto se remite cuadro Anexo donde se relacionan, cuantifican y detallan los siguientes componentes:


1. Actuaciones o actividades relacionadas con Anteproyecto de Ley en el ámbito de la Consejería de Salud.
2. Indicación de que la actuación o actividad ya se realiza en la actualidad (vigente) o bien es nueva.
3. Aplicación económica con cargo a la cual se financiara la actuación o actividad.
4. Presupuesto previsible para los ejercicios 2017, 2018, 2019 y 2020.
5. Previsión del importe global estimado (coste total previsto) para cada ejercicio.
6. Observaciones.

A este respecto, es necesario señalar que para algunas de las actuaciones o actividades que se llevan a cabo dentro de las que habitualmente se realizan en el ámbito correspondiente (como por ejemplo la atención sanitaria a personas con obesidad o TCA que son atendidas en los centros sanitarios junto con el resto de demandas asistenciales) es difícilmente cuantificable la valoración del consumo de recursos de esa atención específica al no disponer en la actualidad en nuestro Sistema Sanitario Público de un sistema de información que posibilite el cálculo del coste por proceso asistencial integrado (en este caso el proceso "atención a la obesidad y/o TCA").

7. Estimación del importe de las nuevas actuaciones o actividades.

Indicar que la información recogida en el cuadro Anexo es la que tiene el mayor nivel de detalle disponible en relación a los aspectos recogidos en la Memoria Funcional y Económica global.

EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO



Fdo.: Ángel Serrano Cugat
Secretaría General Técnica

Avda. Innovación s/n. Edif. Arena 1. 41020 Sevilla

Telf. 955 504 80 00 Fax. 95 504 81 54

Evic - 344/17

RE. 215/17 (68.05.17)

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES
Viceconsejería

S A L I D A	JUNTA DE ANDALUCIA CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES
	03 MAY 2017
	Registro General 8102 60 Sevilla

CONSEJERÍA DE SALUD

Viceconsejería
Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena 1
41071 - SEVILLA

Asunto: Datos adicionales valoración económica Anteproyecto
Ley Promoción Vida Saludable y Alimentación Equilibrada.
N.º/Ref.º: Viceconsejería/JAMM

2100/13525

En relación con la solicitud de datos adicionales respecto de la valoración económica de las actuaciones a realizar, derivadas del Anteproyecto de LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA, en los centros de personas mayores y personas con discapacidad, se adjunta escrito con los datos solicitados.

Sevilla, a 2 de mayo de 2017
EL VICECONSEJERO



Edo. Manuel Martínez Domene



DATOS ADICIONALES**RESPECTO DE LA VALORACIÓN ECONÓMICA DE LAS ACTUACIONES A REALIZAR PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA.****1) ÁREA DE MAYORES**

Las actuaciones se financiarán con cargo a los créditos que gestiona la Dirección General de Personas Mayores y Pensiones no Contributivas en el artículo 22, servicios 04 y 05 del programa presupuestario 31R.

Respecto a la concreción de la valoración económica, se detalla el gasto estimado de alimentación en los Centros Residenciales de personas mayores y de actividades y talleres en los Centros de Participación Activa para personas mayores en el ejercicio 2017 y en los tres años siguientes:

Alimentación:

130004**** G/31R/22105/** 01
Anualidad 2017: 3.200.000 euros
Anualidad 2018: 3.200.000 euros
Anualidad 2019: 3.200.000 euros
Anualidad 2020: 3.200.000 euros

Talleres y Actividades:

1300010000 G/31R/22609/00 01
1300050000 G/31R/22609/** 01
Anualidad 2017: 1.104.105,55 euros
Anualidad 2018: 320.000,00 euros
Anualidad 2019: 320.000,00 euros
Anualidad 2020: 320.000,00 euros

Desde el 15/09/2017 al 14/10/2018 existe una encomienda de gestión a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía para la realización del contrato de talleres, que se financiará con los recursos que dispone dicha Agencia (Transferencias Corrientes). El importe del crédito destinado a talleres y actividades correspondiente a las anualidades 2018 a 2020 puede verse incrementado si, una vez finalizada la encomienda, la citada Dirección General vuelve a gestionar el contrato con cargo a su presupuesto.

2) ÁREA DE DISCAPACIDAD

- Alimentación Centro J. Peña

Aplicación 1300060000 G/31R/22710/04 01

Anualidad 2017: 86.166 euros
Anualidad 2018: 86.166 euros
Anualidad 2019: 86.166 euros
Anualidad 2020: 86.166 euros

- Alimentación Centro Zaytum

Aplicación 1300046749 G/31R/22105/23 01

Anualidad 2017: 122.083 euros
Anualidad 2018: 122.083 euros
Anualidad 2019: 122.083 euros
Anualidad 2020: 122.083 euros

Estas cantidades son el importe íntegro de los servicios de catering y alimentación de ambos Centros, de los que tal vez, debiera imputarse un porcentaje en concepto de alimentación saludable. La actividades de ocio son materialmente imposible de cuantificar al prestarse ocasionalmente y por personal propio de los Centros.

Sevilla, 2 de mayo de 2017

LEY OBESIDAD								
ACTUACIONES en el ámbito de SALUD		Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018	Ppto 2019	Ppto 2020
Establecimiento de medidas para la promoción, prevención y atención a personas con TCA	Vigente	41D/230 y 226.02	(1000 € para dietas y publicación): 1 proceso al año. Un proceso: Atención a la obesidad mórbida	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Programa de Inspección y control menús y dietas escolares y agua potable.	Vigente	41J. Cap I y II Sv 01 y 02	Gasto en 2016: Evaluación de centros 315.450 €, evaluación menús 14.000 € y coordinación 46.621 € Total: 376.071 €	380.000	380.000	380.000	380.000	380.000
Red de Bancos de leche materna	Vigente	41C Sv. 06 SAS	Formación continua de los profesionales de las unidades pediátricas hospitalarias de los centros captadores: Actividad formativa para 20-25 personas	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Formación de profesionales	Vigente	41B Sv.,06 y 18 Cap.II	No es posible identificar cuántos profesionales se forman en aspectos relacionados con la promoción de la vida saludable y la alimentación equilibrada pues la temática objeto de atención se prioriza cada año	732.948	366.474	183.237	91.618	
Mapa Andaluz de Sobrepeso y Obesidad	Vigente	41D/22706/01	Ampliación en Andalucía de la Encuesta sobre Obesidad Nacional ("Aladino")	12.000	0	0	0	0
Comisión Andaluza para la promoción...	Nuevo	41D Art. 23 y 22	2 reuniones/año de 4 ó 5 miembros de entidades sociales. Los miembros de la Administración no generan coste por este concepto	800	800	800	800	800
Comité Científico	Nuevo	41C Sv. 06 SAS. Art 23	6 reuniones anuales de 10 personas	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Convocatoria de premios	Nuevo	41D Art. 23 y 22 Indemnizaciones por razón de servicio y 41C Sv. 06 SAS	Personas del SSPA: Permisos para formación continua y/o matrícula, reconocimiento de nivel 5 carrera profesional. Personas externas al SSPA: Acto anual con nota de prensa. Desplazamiento a Sevilla de 4 personas sin pernoctación desde Andalucía	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Atención sanitaria a personas con obesidad o TCA	Vigente	Programa 41C del SAS (1231) y de la Consejería de Salud (1200: Concepto 440)	Esta prestación ya se viene realizando. Además, la atención a estas personas no requiere de recursos adicionales a los que supone la prestación de la asistencia sanitaria al resto de pacientes. El esfuerzo que supondría poder cuantificar el coste de la prestación a estas personas con obesidad o TCA, no se vería compensado con el uso de la información que de ello se derivaría para la gestión sanitaria					
Asesoramiento y consejo dietético personalizado	Vigente	Programa 41C del SAS (1231) y de la Consejería de Salud (1200: Concepto 440)	Este asesoramiento ya se viene realizando por parte de profesionales sanitarios, fundamentalmente de atención primaria y no requiere de recursos adicionales a los que supone esta actuación en el resto de pacientes. El esfuerzo que supondría poder cuantificar el coste de la misma tampoco se vería compensado.					
Programa de educación para la salud	Vigente	41D/22606/01	6.000 € para Información comedores escolares y 1.000.000 € en Promoción de la salud (incluye 20.000 € para DD.TT.)	1.000.006	1.000.006	1.000.006	1.000.006	1.000.006
Sistema de Información nutricional de alimentos SICNA	Nuevo	41D Capítulos I y II	No requiere de recursos adicionales alguno. Se desarrollará con los actualmente disponibles					
Investigación, generación y difusión de determinantes del sobrepeso y la obesidad. Convocatoria ayudas investigación en promoción de la salud (actividad física y nutrición)	Nuevo	41K Capítulo IV		370.000	370.000	370.000	370.000	370.000
TOTAL CONSEJERÍA DE SALUD Y SAS				2.499.754	2.121.280	1.938.043	1.846.424	

ACTUACIONES en el ámbito de EDUCACIÓN							
Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018	Ppto 2019	Ppto 2020	
Escuelas Deportivas	Vigente	31P/22918/01	1.700.000	1.717.000	1.734.170	1.751.512	
Promoción de Hábitos de Vida Saludables	Vigente	54C/22900/01	10.000	10.100	10.201	10.303	
Formación en nutrición y alimentación saludable	Vigente	42B/22900/01	52.708	53.235	53.767	54.305	
Colaboradores docentes y directivos	Vigente	42F/15180/01	4.788.094	4.835.975	4.884.335	4.933.178	
Cocineros y personal de cocina	Vigente	42C/13 /01	20.414.190	20.618.332	20.824.515	21.032.760	
Comedores gestión directa	Vigente	31P/22917/01	8.038.224	8.118.606	8.199.792	8.281.790	
Colaboradores externos	Vigente	31P/22710/01	2.320.680	2.343.887	2.367.326	2.390.999	
Comedores gestión empresas	Vigente	31P/44069/01	60.000.000	60.600.000	61.206.000	61.818.060	
Menús y dietas saludables en centros educativos	Vigente	Global	95.561.188	96.516.800	97.481.968	98.456.787	
TOTAL CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN			97.323.896	98.297.135	99.280.106	100.272.907	

ACTUACIONES en el ámbito de AGRICULTURA, PESCA Y D R							
Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018	Ppto 2019	Ppto 2020	
Programa de Consumo de Frutas y Hortalizas en las escuelas	Vigente	71E/61905/99	4.500.562	4.500.562	4.500.562	4.500.562	
TOTAL CONSEJERÍA DE AGRICULTURA, PESCA Y D R			4.500.562	4.500.562	4.500.562	4.500.562	

ACTUACIONES en el ámbito de IGUALDAD Y P S							
Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018	Ppto 2019	Ppto 2020	
Gastos de alimentación Área de Mayores	Vigente	31R/22105/01	3.200.000	3.200.000	3.200.000	3.200.000	
Gastos de alimentación Área de Discapacidad	Vigente	31R/22105/04 01	86.166	86.166	86.166	86.166	
Talleres	Vigente	31R/22105/23 01	122.083	122.083	122.083	122.083	
	Vigente	31R/22609/00 01	1.104.105	320.000	320.000	320.000	
TOTAL CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y P S			4.512.354	3.728.249	3.728.249	3.728.249	

ACTUACIONES en el ámbito de FOMENTO Y VIVIENDA							
Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018	Ppto 2019	Ppto 2020	
Carriles para bicicletas y caminos peatonales-Movilidad	Vigente	51B/61700/00	1.237.099	3.000.000	3.000.000	1.540.234	
Plan andaluz de la bicicleta	Vigente	51B/61700/00	9.556.278	13.037.649	0	0	
TOTAL CONSEJERÍA DE FOMENTO Y VIVIENDA			10.793.377	16.037.649	3.000.000	1.540.234	

ACTUACIONES en el ámbito de TURISMO Y DEPORTE							
Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018	Ppto 2019	Ppto 2020	
TOTAL CONSEJERÍA DE TURISMO Y DEPORTE			0	0	0	0	

ACTUACIONES en el ámbito de ECONOMÍA Y CONOCIMIENTO							
Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018	Ppto 2019	Ppto 2020	
Deporte Universitario	Vigente	441.52	135.000	135.000	135.000	135.000	
TOTAL CONSEJERÍA DE ECONOMÍA Y CONOCIMIENTO			135.000	135.000	135.000	135.000	

PREVISION DE COSTE TOTAL PARA LA JUNTA DE ANDALUCÍA 119.764.943 124.819.875 112.581.960 112.023.376
PREVISION DE COSTES NUEVOS PARA LA JUNTA DE ANDALUCÍA 372.800 372.800 372.800 372.800

INFORME SSPI00021/17 ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA.

Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía. Principios de buena regulación. Principio de proporcionalidad. Principio de mínima afectación a la competencia.

Remitido por el Ilmo. Sr. Secretario General Técnico de la Consejería de Salud el anteproyecto de Ley de referencia para la emisión del informe preceptivo que contemplan el artículo 43.4 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, de Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y el artículo 78.2.a) del Reglamento de Organización y Funciones del Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía y del Cuerpo de Letrados de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto 450/2000, de 26 de diciembre, se formulan los siguientes

CONSIDERACIONES JURÍDICAS

PRIMERA. El anteproyecto de Ley que se somete al presente informe tiene por objeto programar y establecer una serie de medidas en orden a la promoción de la actividad física, así como de una alimentación saludable y equilibrada, tratándose también de garantizar la atención integral de quienes padecen problemas relacionados con el sobrepeso y con la obesidad. Igualmente, otro objetivo de la misma sería el de la prevención y atención de quienes sufren trastornos asociados a la distorsión negativa de su propia imagen corporal.

SEGUNDA. Como bien se hace en la parte expositiva del anteproyecto, esta Ley habría que situarla en el ámbito de las competencias que le corresponden a la Comunidad Autónoma de Andalucía en materia de sanidad, y más en concreto, en la de salud pública, siendo así que, según el artículo 55 de su Estatuto de Autonomía (en adelante: EAA), le corresponde *"la competencia compartida en materia de sanidad interior, en particular y sin perjuicio de la competencia exclusiva que le atribuye el artículo 61, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, sociosanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población, la ordenación y la ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos, incluyendo la salud laboral, la sanidad animal con efecto sobre la salud humana, la sanidad alimentaria, la sanidad ambiental y la vigilancia epidemiológica, el régimen estatutario y la formación del personal que presta servicios en el sistema sanitario público, así como la formación sanitaria especializada y la investigación científica en materia sanitaria"* (apartado número 2), reconociéndose en el apartado 3 la competencia además para participar la planificación y la coordinación estatal en materia de sanidad y salud pública con arreglo a lo previsto en el Título IX.

Plaza de España. Puerta de Navarra, s/n 0 41013 Sevilla

Código:	43Cve784X1JCFFjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA		
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	1/29



Ello exige poner tales competencias autonómicas en relación con las que el Estado ostenta, con el carácter de exclusivas, en materia de bases y coordinación general de la sanidad, conforme al artículo 149.1.16ª de la Constitución española.

No obstante, dada la multiplicidad de factores que intervienen en la salud humana y, más en concreto, en la dependiente de la llevanza de una nutrición y alimentación adecuadas, como también de la realización de actividad física, podría apreciarse la concurrencia de otros títulos competenciales, relativos a materias tales como deportes (artículo 72.1 del EAA), urbanismo (artículo 56.3 del EAA), ordenación del territorio (artículo 56.5 del EAA), consumo (artículo 58.2.4º del EAA), o publicidad (artículo 70 del EAA), entre otros, ámbitos todos ellos en los que se proyectarían algunas de las medidas contempladas en la Ley en anteproyecto.

TERCERA. 3.1.- Respecto a las normas que deben servir de referencia para delimitar el marco normativo en el que se insertaría la Ley proyectada, en el ordenamiento estatal se halla una de las que tiene mayor incidencia en el presente proyecto normativo, como es la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición (en adelante: Ley 17/2011), la cual contiene una serie de reglas sobre alimentación saludable, actividad física y prevención de la obesidad (artículos 36 y siguientes), así como sobre publicidad de alimentos (artículos 44 y siguientes), que sientan ya las bases de la legislación autonómica de desarrollo que constituiría la ahora prevista (Disposición final primera).

Resulta trascendental para la determinación del alcance de esta última el juicio que debe hacerse sobre la atención a los principios establecidos en el artículo 4 de la norma estatal. En el mismo se establece lo siguiente:


"Las medidas preventivas y de gestión que se adopten por las administraciones públicas para el cumplimiento de los fines previstos en esta ley y, en particular, para la prevención de los riesgos derivados para la salud humana del consumo de alimentos que no reúnan los requisitos de seguridad alimentaria requeridos, en la medida en que afectan a la libre circulación de personas y bienes y a la libertad de empresa, deberán atender a los siguientes principios:

a) Principio de necesidad: las actuaciones y limitaciones sanitarias deberán estar justificadas por una razón de interés general, que deberá acreditarse y resultar aplicable a la medida en cuestión.

b) Principio de proporcionalidad: las actuaciones y limitaciones sanitarias deberán ser proporcionadas a los fines que en cada caso se persigan.

c) Principio de no discriminación: las actuaciones y limitaciones sanitarias no deberán introducir diferencias de trato, en particular por razón de nacionalidad o forma empresarial.

Plaza de España, Puerta de Navarra, s/n 0 41013 Sevilla

Código:	43Cve784X1JCFFjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017	
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA			
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	2/29	

d) Principio de mínima afectación a la competencia: se deberán utilizar las medidas que menos perjudiquen, sin menoscabo de la protección de la salud, el normal ejercicio de la libertad de empresa."

Como iremos viendo al analizar algunos de los apartados fundamentales del texto remitido, la procedencia de algunas de las cargas o deberes impuestos en la Ley dependerían de la justificación que de los mismos se pueda hacer en el expediente a partir de la aplicación de estos principios.

Habría que tomar también en consideración las previsiones de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que guardaran relación con sus contenidos, destacando a tales efectos, cómo el artículo 19.1 .a) señala que *"Las Administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias: (...) Dirigirán las acciones y las políticas preventivas sobre los determinantes de la salud, entendiendo por tales los factores sociales, económicos, laborales, culturales, alimentarios, biológicos y ambientales que influyen en la salud de las personas."*, al igual que el artículo 27.2, que se refiere a que *"Las Administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, protegerán la salud de la población mediante actividades y servicios que actúen sobre los riesgos presentes en el medio y en los alimentos, a cuyo efecto se desarrollarán los servicios y actividades que permitan la gestión de los riesgos para la salud que puedan afectar a la población."*


Otra de las normas del legislador estatal a tener en cuenta sería la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, particularmente, la regulación dispuesta en la misma acerca de las prestaciones y servicios del Sistema Nacional de Salud.

Puede citarse también la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, siendo muy genéricas las referencias que pueden encontrarse en la misma en relación con la alimentación, aunque destaca lo dispuesto en su artículo 27, según el cual, *"Las Administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, realizarán un control de la publicidad y propaganda comerciales para que se ajusten a criterios de veracidad en lo que atañe a la salud y para limitar todo aquello que pueda constituir un perjuicio para la misma, con especial atención a la protección de la salud de la población más vulnerable."*

3.2.- Ya en el ámbito autonómico se encontrarían la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, respecto a las cuales ha de garantizarse su coherencia sistemática con lo que definitivamente se establezca en la Ley en anteproyecto.

CUARTA. Desde el punto de vista procedimental, esta iniciativa legislativa se habría tramitado siguiendo las normas previstas para ello, fundamentalmente, en la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, teniendo en cuenta que la Ley 39/2015 no le resulta de aplicación a estos efectos, por haber ésta entrado en vigor con posterioridad a la fecha del acuerdo de inicio de la tramitación de aquella - 29 de septiembre de 2016 -. No obstante, debería completarse el procedimiento con las formalidades o trámites que indicamos a continuación.

Plaza de España. Puerta de Navarra, s/n 0 41013 Sevilla

Código:	43Cve7B4X1JCFfjAp10uXmRRoZ57wI	Fecha:	22/06/2017	
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA			
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	3/29	

4.1.- Se recomienda que en la Exposición de Motivos quede justificada la adecuación del anteproyecto a los principios de buena regulación, recogidos en el artículo 4 de la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible - principios de necesidad, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia, accesibilidad, simplicidad y eficacia -, normativa de aplicación al presente procedimiento de elaboración del anteproyecto teniendo en cuenta la fecha en la que se inició, siendo así que algunos de dichos principios encuentran particular proyección en el presente ámbito, dada la referencia particular que a los mismos se hace en el artículo 4 de la Ley 17/2011, como antes veíamos, cuya trascendencia será objeto de su consideración posterior, al analizar cada uno de los apartados del anteproyecto.

Además, respecto a dicha exigencia, se ha pronunciado el Consejo Consultivo de Andalucía recientemente en el Dictamen n.º 242/2017, de 16 de mayo, indicando lo siguiente:


" (...) el Consejo Consultivo echa en falta una memoria justificativa en la que expresamente se valore el cumplimiento de los principios de buena regulación aplicables a las iniciativas normativas de las Administraciones Públicas (...) El artículo 129 de la Ley 39/2015 dispone que en la exposición de motivos o en el preámbulo, según se trate, respectivamente, de anteproyectos de ley o de proyectos de reglamento, quedará suficientemente justificada su adecuación a dichos principios. Sin embargo, dicha declaración no es una pura formalidad, sino que debe guardar coherencia con la documentación obrante en el expediente, en la que debe quedar constancia del análisis del cumplimiento de dichos principios. En este caso, como se indica en el anterior fundamento jurídico, no existe una memoria o documento equivalente que permita considerar efectuado dicho análisis y, por ende, resulta cuestionable la declaración que se formula en la exposición de motivos".

Por tanto, el cumplimiento por el proyecto de los principios de buena regulación habría de constar, además de en la parte expositiva, también en una memoria que lo justifique dentro del expediente.

4.2.- Por otro lado, debería motivarse debidamente en el expediente, de acuerdo con los artículos 43.5 y 45.1.c) de la Ley 6/2006 de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que el trámite de audiencia a la ciudadanía cuyos derechos e intereses legítimos se han considerado afectados por la ley proyectada se haya conferido precisamente a través de cada una de las organizaciones y asociaciones que constan en el mismo, en cuanto se consideren reconocidas por la ley, que la agrupe o la represente y que sus fines guardan relación directa con el objeto de la disposición.

4.3.- Debe dejarse constancia en el expediente de que el anteproyecto de ley fue publicado cuando, tras su preceptiva elevación por la Consejería competente al Consejo de Gobierno, fue conocido por éste, según así dispone el artículo 13.1.b) de la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía.

Código:	43Cve784X1JCFFjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA		
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	4/29



4.4.- Se recuerda que, cuando se solicitara el dictamen del Consejo Consultivo de Andalucía y, en su caso, el del Consejo Económico y Social de Andalucía, debería publicarse también el anteproyecto, dándose cumplimiento así a la exigencia para ello del artículo 7.b) de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, y del artículo 13.1.b) de la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía, sin perjuicio de que posteriormente, tras la aprobación del proyecto por el Consejo de Gobierno, éste se publique como preceptúa el artículo 13.1.b) de la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía.

4.5.- Por otra parte, también debería constar que se habrían publicado las memorias e informes que conformen el expediente de elaboración de este texto normativo con ocasión de la publicidad del mismo, en cumplimiento así del artículo 7.d) de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, y del artículo 13.1.d) de la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía.


4.6.- No parece constar en el expediente remitido que la Dirección General de Presupuestos haya emitido el informe preceptivo así requerido por el Decreto 162/2006, de 12 de septiembre, que regula la memoria económica y el informe en las actuaciones con incidencia económico-financiera (artículo 4.1).

4.7.- Dado que el proyecto normativo contiene determinadas reglas en materia de transparencia, como son las del artículo 21.5, debería recabarse el informe preceptivo de la Comisión Consultiva de la Transparencia y la Protección de Datos, de acuerdo con el artículo 15.1.d) de los Estatutos del Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía, aprobados por el Decreto 434/2015, de 29 de septiembre.

4.8.- También se advierte que debería formar parte del expediente el informe de valoración de todas las alegaciones realizadas al proyecto, y por tanto, también de las consideraciones hechas por el Consejo de Defensa de la Competencia en su Informe de 6 de abril de 2017.

4.9.- Por otra parte, previéndose la creación de dos nuevos órganos colegiados en la estructura administrativa de la Administración de la Junta de Andalucía – la Comisión andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable y el Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable -, se recomienda dar cumplimiento a los requisitos para ello establecidos con carácter general en el artículo 22 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de Administración de la Junta de Andalucía, como serían los relativos a la indicación de las funciones que asume, en su caso, de otros órganos y las que son de nueva atribución por no corresponder a ningún otro órgano, acreditándose que sus funciones y atribuciones les corresponden como propias, por no coincidir con las de otros órganos o unidades administrativas existentes, de modo que en los supuestos en que concurra dicha coincidencia se deberá prever expresamente la supresión o disminución competencial del órgano o unidad administrativa afectados, siendo la Consejería competente en materia de Administración Pública la que debería comprobar en cada

Código	43Cve784X1JCFFjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha	22/06/2017
Firmado Por	ANTONIO LAMELA CABRERA		
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página	5/29



caso el cumplimiento de estas condiciones; y valorándose además la repercusión económico-financiera de la ejecución de la norma de creación.

4.10.- Por último, se recuerda que es preceptivo solicitar el dictamen del Consejo Consultivo de Andalucía, conforme al artículo 17.2 de la Ley 4/2005, de 8 de abril, del Consejo Consultivo de Andalucía.

QUINTA. Sobre el contenido propuesto para la Ley, hemos de hacer una observación de carácter general en relación con el excesivo contenido programático que puede apreciarse en el anteproyecto. A este respecto, hemos de remitirnos a las consideraciones hechas recientemente por el Consejo Consultivo de Andalucía en su Dictamen n.º 285/2017, de 16 de mayo de 2016, por resultar plenamente de aplicación al presente caso:


"Ante todo, sin perjuicio de las observaciones particulares que puedan realizarse en relación con determinados artículos, hay que hacer notar que una parte importante de la disposición examinada presenta un contenido programático. En diferentes dictámenes de este Consejo Consultivo venimos subrayando que la abundancia de principios, objetivos y enunciados programáticos, sin fuerza vinculante, desnaturaliza el papel ordenador de las leyes y merma la consideración de los ciudadanos sobre la eficacia real de las disposiciones de superior rango, especialmente cuando reiteran principios rectores u objetivos que se encuentran claramente proclamados en la Constitución, en los Estatutos de Autonomía o en otras normas integrantes del bloque de la constitucionalidad.

Por las razones que se vienen expresando en la doctrina del Consejo Consultivo, subrayamos que las leyes han de responder a su verdadera naturaleza, recuperando el espacio de regulación que les corresponde, lo que exige dotarlas del contenido regulativo preciso, con la eficacia ordenadora que asegure el cumplimiento de su objeto y los derechos y obligaciones de los interesados, sin perjuicio del desarrollo reglamentario que, en su caso, sea necesario, siempre supeditado a la norma de superior rango.

En este orden de ideas, el Consejo Consultivo considera que el Anteproyecto de Ley sometido a dictamen admite una mejora en este aspecto, evitando contenidos meramente programáticos que están explícitos o implícitos en el Estatuto de Autonomía o en otros textos vigentes. En esta dirección se evitarían enunciados que en ocasiones resultan etéreos y en ocasiones reiterativos, con lo que se lograría reducir la extensión del Anteproyecto de Ley, centrando su contenido en todo aquello que los destinatarios de la norma puedan identificar como medidas concretas y eficaces de fomento con un contenido prescriptivo claro y determinación de los órganos administrativos o entidades a los que se encomienda la responsabilidad de su cumplimiento".

En este sentido, puede apreciarse este defecto sustancialmente en preceptos tales como los artículos 7, 10.2, 14, 15, 17, 18, 19 (excepto apartado 3), 22, 23, 24, 25, 39, 40 y 42.

Código:	43Cve784X1JCFFjAp10uXmRROZ57w1	Fecha:	22/06/2017
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA		
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	6/29



SEXTA. Cabe hacer otra consideración también general sobre la necesidad de aplicar una regla de prudencia en la cita o reproducción de los preceptos de otras normas, debiendo estarse para ello a los criterios sentados por el Tribunal Constitucional.

Como ha señalado el Consejo Consultivo de Andalucía, el empleo de esta técnica obedece en muchos supuestos al deseo de ofrecer un texto normativo en el que las normas legales de competencia autonómica queden integradas con otras de competencia estatal, proporcionando una visión sistemática sobre el régimen jurídico. Esta puede ser la finalidad de la *lex repetita*, el proporcionar en una sola norma una visión integrada del régimen jurídico aplicable a una determinada materia. Si bien esta finalidad no está exenta de riesgos como bien ha advertido este órgano consultivo, entre otros en el Dictamen 815/2013, de 4 de diciembre, que por su interés reproducimos parcialmente a continuación:


"Observación general sobre el empleo de la lex repetita. Debe llamarse la atención sobre el empleo de la llamada "lex repetita"; técnica defectuosa sobre la que este Consejo Consultivo ha venido expresando su preocupación, como se indica en el dictamen 567/2001, por los riesgos que lleva consigo, advertidos por el Tribunal Constitucional, al observar que el legislador autonómico reproduce normas estatales, en lugar de remitirse a ellas.

En este sentido, el Supremo intérprete de la Constitución ha advertido que este procedimiento de repetición "al utilizarse por órganos legislativos distintos, con ámbitos de competencia distintos, está inevitablemente llamado a engendrar tarde o temprano una innecesaria complicación normativa cuando no confusión e inseguridad"

En tales supuestos, el Tribunal Constitucional precisa que la cuestión principal que se suscita consiste en determinar si "el ente autor de la norma que reproduce otra dictada por ente distinto, posee o no competencia en la materia a que la primera norma se refiere" (STC 149/1985, FJ 3). Así, la reproducción por la legislación autonómica de normas estatales en materias que correspondan a la exclusiva competencia del Estado, ha llevado al Tribunal Constitucional a señalar, en un caso concreto y específico, que "su simple reproducción por la legislación autonómica, además de ser una peligrosa técnica legislativa, incurre en inconstitucionalidad por invasión de competencias en materias cuya regulación no corresponde a la Comunidad Autónoma" (STC 69/1991, FJ 4).

(...) En otras ocasiones se ha recomendado, por ser más directo y visible, el uso de las consabidas fórmulas "de acuerdo con" o "de conformidad con", siempre con la intención de evitar que se produzca un posible vicio de competencia al que pudiera dar lugar la lex repetita.

(...) El propio Tribunal Constitucional ha matizado la proscripción de la reiteración o reproducción de normas estatales por el legislador autonómico al precisar que no debe extenderse a aquellos supuestos en que la reiteración simplemente consiste en incorporar a la normativa autonómica, ejercida ésta en su ámbito

Código:	43Cve784X1JCFFjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017	
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA			
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma		Página: 7/29	

competencial, determinados preceptos del ordenamiento procesal general con la sola finalidad de dotar de sentido o inteligibilidad al texto normativo aprobado por el Parlamento Autonómico (STC 47/2004, de 29 de marzo, FJ 8).

(...) En suma, en los supuestos en que se ha considerado necesario la reproducción de normas básicas estatales para facilitar una visión unitaria y una comprensión global de la materia regulada, como sucede en el que ahora centra nuestra atención, el Consejo Consultivo no ha dejado de advertir sobre la necesidad de salvar esa posible vulneración de competencias del Estado mediante la cita expresa del precepto de la norma estatal, extremando el celo puesto al redactar los preceptos en los que se cree necesario utilizar dicha técnica, a fin de que guarden fidelidad con la norma reproducida."


Por tanto, ha de procederse a adoptar todas las cautelas advertidas por el Tribunal Constitucional y por el Consejo Consultivo de Andalucía para la reproducción de normativa estatal o para la remisión a la misma, debiéndose justificar en el expediente que la reproducción de la normativa estatal resultaría necesaria, en su caso, para dotar de sentido e inteligibilidad al texto normativo autonómico por razones de coherencia sistemática, determinándose así las razones para ello que ahora mismo no constan, y extremándose, en su caso, el respeto a las necesarias dicción literal de los preceptos de referencia e identificación de los artículos y disposiciones que incurran en esta circunstancia, pues de lo contrario, se pondría de manifiesto la falta de competencia del legislador autonómico para regular aspectos de la alimentación y de la actividad física, así como de la consideración de la propia imagen, en relación con la salud, que corresponden al estatal.

En concreto, en aquellos supuestos en los que se trata de trasladar a la Ley andaluza previsiones de la Ley 17/2011, así debería indicarse expresamente, debiendo respetarse el contenido íntegro y literal del precepto que de la misma corresponda. Por ejemplo, en los artículos 11 y 12 se citan diversos apartados del artículo 40 de la Ley 17/2011, pero faltaría por citar el apartado 6 de éste, como fundamento de la prohibición de venta establecida en el artículo 12.2 del proyecto autonómico.

SÉPTIMA. Entramos ya en el estudio pormenorizado de cada uno de los apartados del texto remitido, debiendo distinguirse las objeciones de legalidad de las mejoras de técnica normativa que podamos recomendar, de acuerdo con el artículo 80.3 del Reglamento de Organización y Funciones del Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía y del Cuerpo de Letrados de la Junta de Andalucía, aprobado por el Decreto 450/2000, de 26 de noviembre. Comenzamos así por las primeras.

7.1.- Artículo 4: Con carácter general, respecto a este precepto, debemos hacer la recomendación de prescindir de las definiciones de aquellos conceptos que no se empleen posteriormente en el texto de la Ley.

7.2.- Artículo 4.d): Se recomienda citar el instrumento – normativo, en su caso – del que se extrae este concepto de "bebidas refrescantes hipercalóricas".

Código:	43Cve784X1JCFfjAp1DUxmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017	
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA			
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	6/29	

7.3.- Artículo 4.g): Al margen de que advirtamos el error cometido al señalar con la g dos subapartados consecutivos, debemos hacer una indicación sobre el contenido propuesto para los mismos, sobre los centros de formación profesional. Así, dado que la normativa estatal sobre formación profesional parece haber abandonado la distinción entre la formación reglada y la no reglada, recomendamos acudir a centros autorizados para impartir formación profesional del sistema educativo y centros acreditados y/o inscritos para impartir formación profesional para el empleo en el ámbito laboral, todo ello de acuerdo con la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, la Ley 30/2015, de de 9 de septiembre, por la que se regula el Sistema de Formación Profesional para el empleo en el ámbito laboral, y la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

7.4.- Artículo 4.p): Se indica el concepto de "Productos de proximidad", pero no se define.


7.5.- Artículo 4.r): Encontramos algunas diferencias entre el concepto de "publicidad" que aquí se sienta y el establecido en la Ley 32/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, en la que se define como *"Toda forma de comunicación realizada por una persona física o jurídica, pública o privada, en el ejercicio de una actividad comercial, industrial, artesanal o profesional, con el fin de promover de forma directa o indirecta la contratación de bienes muebles o inmuebles, servicios, derechos y obligaciones."* (artículo 2).

De este modo, en el anteproyecto no se exigiría que la publicidad fuera desarrollada por una persona física o jurídica, pública o privada, en el ejercicio de una actividad comercial, industrial, artesanal o profesional, pero por el contenido que se prevé de lo que sería "publicidad" a los efectos de la Ley proyectada, sí puede deducirse que sólo sería considerada como tal la destinada a promover *"la contratación o la realización de transacciones para satisfacer sus intereses empresariales"* - se entiende, que los de una persona, empresa o actividad en el ejercicio de su actividad comercial, industrial o profesional, en el marco de una actividad de concurrencia -.

Por tanto, parece que estaría fuera de su ámbito la publicidad institucional, referida en el artículo 2 de la Ley 6/2005, de 8 de abril, reguladora de la Actividad Publicitaria de las Administraciones Públicas de Andalucía, como aquellas *"actividades publicitarias que desarrollen la Junta de Andalucía y las Administraciones locales andaluzas, así como los organismos, entidades de Derecho público y sociedades mercantiles vinculadas o dependientes de aquéllas, participadas mayoritariamente de forma directa o indirecta, que no sean de carácter industrial o comercial."*

Otra nota distintiva se hallaría en la no alusión expresa de la publicidad de bienes inmuebles.

A los efectos de garantizar la coherencia sistemática del ordenamiento, se recomienda estar al concepto técnico jurídico de publicidad establecido en la norma estatal, pudiendo plantearse la procedencia

Código:	43Cve784X1JCFFjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017		
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA				
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	9/29		

de la inclusión en el ámbito de la Ley de la publicidad institucional, lo cual debería disponerse expresamente, en su caso.

7.6.- Artículo 6.2.a): Resulta dudoso el verdadero alcance que pretende atribuirse a este precepto, sobre aparcamientos para bicicletas en los centros de trabajo o en sus inmediaciones, ya que, haciéndose primero una remisión genérica a lo dispuesto en los instrumentos de planificación, para terminar aludiendo al fomento por éstos de la existencia de dichos aparcamientos en centros de más de cincuenta trabajadores, no queda claro si de lo que se trata es de imponer dicha previsión como contenido mínimo en los planes en relación con estos últimos lugares de trabajo – los de más de cincuenta trabajadores - o con cualquier otro.

En cualquier caso, parece claro que este precepto no estaría obligando a ningún centro de trabajo a disponer de aparcamientos para bicicletas.


7.7.- Artículo 6.2.c): Reconociéndose en este precepto el derecho de la población en Andalucía al acceso a menús saludables y diferentes tamaños de raciones cuando realicen consumo de alimentos en las empresas de restauración que ofrezcan sus servicios en Andalucía, entendemos que ello implicaría al mismo tiempo la imposición sobre tales empresas de la obligación de ofrecer estos menús y raciones.

Tal norma constituiría una restricción sobre la libertad de las empresas para el desarrollo de la actividad económica de restauración, por lo que debe justificarse su introducción sobre la base de los principios de proporcionalidad y de mínima afección a la competencia antes aludidos.

A tales efectos, habría que tener en cuenta que no se proporciona una definición de "menú saludable", aunque en el artículo 4.c) sí se recoge el de "alimentación saludable", al cual, ante la falta de otra especificación, habría que estar, por tanto, para delimitar el primero. De este modo, menú saludable sería aquel que se basara en una *"alimentación variada siguiendo el patrón de la dieta mediterránea, en proporciones adecuadas, preferentemente en estado natural, mínimamente procesados o procesados, excluyendo alimentos y bebidas ultraprocesados, que aporta energía y todos los nutrientes esenciales que cada persona necesita para mantenerse sana, permitiéndole una mejor calidad de vida en todas las edades"*. Pero al mismo tiempo, porque así lo indica el propio artículo 6.2.c), habría que respetar el tipo de negocio ante el que nos encontraríamos, lo cual podría referirse, no sólo a la dimensión del establecimiento de restauración, sino también a la modalidad de gastronomía o al concreto servicio de restauración que en el mismo se ofreciera. Es por ello por lo que deberían preverse los criterios que permitieran conciliar ambas exigencias.

También hemos de advertir que el concepto de menú se delimita en las normas en las que consta el mismo como el relativo a una comida completa, de varios platos, postre y bebida.

Plaza de España. Puerta de Navarra, s/n 0 41013 Sevilla

Código:	43Cve784X1JCFFjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017	
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA			
Uri De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	10/29	

Otro aspecto que debería precisarse sería el relativo a la categoría de los servicios de restauración que determinaría el estar sujeto a dicha obligación, de modo que se aclare si sólo serían los restaurantes los obligados.

Si no se delimitaran estos elementos, no podría sostenerse, entendemos, que la carga en cuestión fuera proporcionada para todos las empresas potencialmente afectadas. °

7.8.- Artículo 8.3: Entendemos que la declaración aquí hecha significaría una ampliación de los colectivos que pueden ser destinatarios de los programas de salud pública específicos o adaptados a sus necesidades especiales, o de las actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes, previstos respectivamente en el artículo 14 de la Ley 16/2011 y en el artículo 6.2 de la Ley 2/1998.

7.9.- Artículo 9.2: Dedicándose este apartado a la contextualización de nuestro entorno como referencia a tener en cuenta para elaborar el Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía (PAFASA), no se entiende la cita del artículo 7.2 .a) de la misma Ley en anteproyecto, sobre lactancia, dada la falta de relación explícita entre los contenidos de ambos preceptos.

Por otra parte, se recomienda determinar el periodo de vigencia del Plan, resultando insuficiente a tales efectos el que se imponga su revisión continua y su evaluación global cada cinco años, dada la falta de precisión de tales actuaciones.

7.10.- Artículo 9.3: Cabe plantearse si el objetivo del PAFASA no sería también la reducción de la obesidad, aunque su tasa no fuera la prevalente.

7.11.- Artículo 9.5: Debe precisarse el concepto técnico jurídico de Escuelas de Padres y Madres, indicándose alguna referencia normativa del mismo, recomendación aplicable también respecto al artículo 37.3.

7.12.- Artículo 10.1: Al margen de la aplicación a este apartado de las consideraciones generales que hemos hecho sobre el empleo de la técnica de lex repetita, se advierte que el artículo 40 de la Ley 17/2011, sólo contempla medidas especiales dirigidas al ámbito escolar, es decir, para su aplicación en escuelas infantiles y en centros escolares, mientras que la ley autonómica incluiría en su ámbito a los centros de formación profesional para el empleo del sistema laboral, precisión que debería aclararse.

En este caso, habría que tener en cuenta que la Comunidad Autónoma andaluza sólo dispone de competencias ejecutivas en la materia, de acuerdo con el artículo 63.1.1° y 2° del EAA y con la jurisprudencia del Tribunal Constitucional (STC 111/12, de 24 de mayo), mientras que en los ámbitos de la educación secundaria y de la formación profesional del sistema educativo, debería estarse al alcance que se le atribuya a las competencias compartidas que la Comunidad Autónoma ostenta en los mismos, según el artículo 52 del

Plaza de España, Puerta de Navarra, s/n 0 41013 Sevilla

Código:	43Cve784X1JCFFjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA		
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	11/29



EAA, siendo trascendental el margen de desarrollo legislativo sobre los contenidos de estas enseñanzas que la normativa estatal le reconozca a las Comunidades Autónomas. Estas consideraciones serían relevantes en cuanto esta medida pretendiera aplicarse mediante la incorporación de determinados contenidos a las enseñanzas propias del título o certificado correspondiente.

7.13.- Artículo 10.2.e): No apreciamos que en el Decreto 301/2009, de 14 de julio, por el que se regula el calendario escolar y la jornada escolar en los docentes, a excepción de los universitarios, establezca el denominado Plan de Apertura de los Centros educativos en horario extraescolar, como por el contrario se afirma en el anteproyecto.

Por tanto, debería identificarse el Plan al que se trata de hacer referencia con este concepto.

7.14.- Artículo 11.1: No consta que la normativa estatal respectiva le atribuye al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la función consistente en aprobar los criterios de los estándares nutricionales a aplicar a menús y comidas en centros docentes.

7.15.- Artículos 12 y 20.2: El contenido del artículo 12, sobre limitaciones a la venta y publicidad de alimentos hipercalóricos y medidas de promoción de salud nutricional en los centros docentes, resulta extraordinariamente confuso, sobre todo si lo ponemos en relación con lo dispuesto posteriormente en el artículo 20.2, o con las reglas establecidas por el legislador estatal en el artículo 40 de la Ley 17/2011.


Así, en este último, aprobado en el ejercicio de las competencias exclusivas del Estado en materia de bases y coordinación general de sanidad (Disposición Final primera de la Ley 17/2011), se incluyen dos apartados que estarían directamente relacionados con el precepto autonómico, como serían los numerados como 6 y 7, referidos, respectivamente, a la venta y a la publicidad de determinados alimentos y bebidas en centros docentes.

Nos referiremos por separado a las cuestiones más destacadas que sugieren los dos preceptos señalados del anteproyecto.

7.15.1.- Venta o comercialización de determinados alimentos y bebidas en centros docentes. En el apartado 6 del artículo 40 de la Ley 17/2011 se declara que *"En las escuelas infantiles y en los centros escolares no se permitirá la venta de alimentos y bebidas con un alto contenido en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sal y azúcares. Estos contenidos se establecerán reglamentariamente."*

En el anteproyecto, por su parte, no quedarían claramente establecidos los alimentos y bebidas cuya venta o comercialización estarían prohibidas en centros docentes, pues, en el apartado número 2 del artículo 12 se hace referencia genérica a los mismos que contempla la norma estatal, aludiéndose de forma concreta también a los alimentos hipercalóricos con un alto contenido calórico proveniente de azúcares o grasas y con

Código	43Cve784X1JCFfjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha	22/06/2017
Firmado Por	ANTONIO LAMELA CABRERA		
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página	12/29



bajo nivel nutricional, todos ellos a los efectos de prohibir, no sólo su venta, sino también su promoción comercial y patrocinio, mientras que, ya en el apartado número 3, se prohíbe específicamente la comercialización de bebidas y alimentos envasados y a granel (especialmente chucherías, bollería, snacks, aperitivos y similares), si no cumplieran los criterios nutricionales fijados en el Anexo de la Ley. Al mismo tiempo, en el apartado 7 del mismo artículo, sólo se reconocería la posibilidad de instalar máquinas expendedoras automáticas en zonas de alumnado de Educación Secundaria.

Por tanto, puede apreciarse cómo no se produce una exacta coincidencia entre los alimentos y bebidas referidos en cada uno de dichos apartados, de manera que no queda claro si la norma autonómica estaría extendiendo la prohibición de venta en centros docentes, dispuesta por el legislador estatal para determinados alimentos y bebidas, a otros distintos, y en concreto, a aquellos que rebasaran otros límites fijados por el legislador autonómico. En este sentido, el artículo 12.3 del anteproyecto tomaría como referencia los criterios nutricionales por porción envasada o comercializada que se establecen en el Anexo de la Ley, cuyo origen, sin embargo, no se indica.

Al margen de la necesidad de clarificar este extremo, debemos referirnos a la procedencia teórica de la presunta extensión del ámbito objeto de aplicación de la prohibición referida, para lo cual resulta determinante partir de la consideración de legislación básica que tendría el artículo 40.6 de la Ley 17/2011, como antes indicábamos, siendo así que, en cuanto al concepto de "bases", como explica el Tribunal Constitucional en su Sentencia 98/2004 de 25 mayo, *"nuestra doctrina constitucional ha venido sosteniendo que por tales han de entenderse los principios normativos generales que informan u ordenan una determinada materia, constituyendo, en definitiva, el marco o denominador común de necesaria vigencia en el territorio nacional. Lo básico es, de esta forma, lo esencial, lo nuclear, o lo imprescindible de una materia, en aras de una unidad mínima de posiciones jurídicas que delimita lo que es competencia estatal y determina, al tiempo, el punto de partida y el límite a partir del cual puede ejercer la Comunidad Autónoma, en defensa del propio interés general, la competencia asumida en su Estatuto. Con esa delimitación material de lo básico se evita que puedan dejarse sin contenido o cercenarse las competencias autonómicas, ya que el Estado no puede, en el ejercicio de una competencia básica, agotar la regulación de la materia, sino que debe dejar un margen normativo propio a la Comunidad Autónoma (SSTC 1/1982, de 28 de enero [RTC 1982, 1], F. 1; 69/1988, de 19 de abril [RTC 1988, 69], F. 5; 102/1995, de 26 de junio [RTC 1995, 102], FF. 8 y 9; 197/1996, de 28 de noviembre [RTC 1996, 197] F. 5; 223/2000, de 21 de septiembre [RTC 2000, 223], F. 6; 188/2001, de 20 de septiembre [RTC 2001, 188], F. 8; 126/2002, de 23 de mayo [RTC 2002, 126], F. 7; 24/2002, de 31 de enero [RTC 2002, 24], F. 6; 37/2002, de 14 de febrero [RTC 2002, 37], F. 9; y 1/2003, de 16 de enero [RTC 2003, 1], F. 8, en torno al concepto de lo «básico»).* Por tanto, ni la fijación de las bases ni la coordinación general a la que también se refiere la regla 16 del art. 149.1 CE (que persigue la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones, y reduciendo disfunciones según SSTC 32/1983, de 28 de abril [RTC 1983, 32], F. 2; 42/1983, de 20 de mayo [RTC 1983, 42], F. 3; 80/1985, de 4 de julio [RTC 1985, 80], F. 2), deben llegar

Plaza de España. Puerta de Navarra, s/n 0 41013 Sevilla

Código:	43Cve784X1JCFFjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017
Firmado Por:	ANTONIO LAPELA CABRERA		
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	13/29



a tal grado de desarrollo que dejen vacías de contenido las correspondientes competencias que las Comunidades Autónomas hayan asumido en la materia (STC 32/1983, de 28 de abril, F. 2)."


Por tanto, cabría sostener razonablemente que la Comunidad Autónoma de Andalucía, en virtud de sus competencias compartidas en materia de sanidad, podría introducir la prohibición de venta en centros docentes de otros alimentos y bebidas considerados igualmente no saludables, aunque con arreglo a parámetros distintos de los fijados por el Estado.

No obstante, el reconocimiento de competencias para ello no significa que pueda prescindirse de un análisis acerca del debido respeto al principio de proporcionalidad en su establecimiento, de manera que se justifique que no haya otras medidas menos restrictivas y menos distorsionadoras que permitan obtener el mismo resultado (artículo 4.2 Ley 2/2011, artículo 4.b) Ley 17/2011), teniendo en cuenta además que, conforme al principio de mínima afección a la competencia, proclamado en el artículo 4.d) de la Ley 17/2011, ha de dejarse constancia de que no es posible emplear otras medidas que perjudiquen menos, sin menoscabo de la protección de la salud, el normal ejercicio de la libertad de empresa en el sector en cuestión.

7.15.2.- Prohibición de instalación de máquinas automáticas suministradoras o de vending de determinados alimentos y bebidas en centros docentes. Refiriéndonos en particular a la prohibición general de instalación de máquinas automáticas en centros docentes, salvo en las zonas de alumnado de Educación Secundaria, la falta de precisión de los productos cuyo suministro se prohíbe a través de dichas máquinas o, en su caso, se permite, determina que no pueda tenerse por justificada esta restricción de la libre iniciativa económica en este sector, al margen del límite constituido por la legislación estatal y al que acabamos de referirnos.

7.15.3.- Obligación de colocar y mantener fuente de agua junto a máquinas automáticas suministradoras o de vending de determinados alimentos y bebidas en centros docentes. En relación con la instalación de dichas máquinas, debe ser objeto también de nuestra consideración la obligación que en el apartado 10 del artículo 12 del anteproyecto se impondría sobre las empresas suministradoras de máquina vending o, en su defecto, sobre la administración pública, para colocar fuentes de agua al lado de cualquiera de esas máquinas, debiendo ponerse este apartado en relación con el artículo 20.2, también de la Ley proyectada, en el que a las empresas responsables de la instalación y/o mantenimiento de máquinas expendedoras de productos alimentarios se les obliga a instalar y a mantener operativa una fuente de agua potable, refrigerada y de acceso gratuito, ya sea integrada en la máquina distribuidora, ya sea en la proximidad de la misma.

Como puede fácilmente apreciarse a partir de la simple lectura de ambos preceptos, la norma adolece de una imprecisión absoluta al definir esta carga, siendo técnica la primera observación de varias que

Código:	43Cve784X1JCFFjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017	
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA			
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma		Página: 14/29	

podemos hacer al respecto, pues debería integrarse en un apartado único el régimen de la obligación en cuestión, prescindiéndose de su previsión reiterada.

En cuanto a su contenido, puede apreciarse mayor precisión en los detalles de la regla establecida en el artículo 20.2 que en el artículo 12.10, además de una delimitación distinta del supuesto de hecho que generaría la exigencia de la obligación correspondiente, debiendo procurarse la homogeneidad de ambas. Al respecto, cabe apreciar las siguientes diferencias entre uno y otro precepto:

a) En el artículo 20.2 no sólo se obliga a la empresa suministradora de las máquinas - responsable de la instalación -, sino también a la responsable de su mantenimiento.

b) Mientras que en el artículo 12.10 se limita su aplicación a las máquinas de vending, en el artículo 20.2 las máquinas son identificadas de otro modo, en concreto como máquinas expendedoras.

c) A diferencia del artículo 12.10, en el que la empresa o la administración sólo quedarían obligadas a la instalación de la fuente, el artículo 20.2 obligaría también a mantenerla operativa.

d) En el artículo 20.2 las máquinas deben suministrar productos alimentarios, incluidos bebidas azucaradas o con sabor azucarado. Sin embargo, el artículo 12.10 sólo se refiere a máquinas que dispensen bebidas. En ambos casos, no obstante, cabe plantearse si los alimentos y/o bebidas deberían tener las características de los apartados 2 y 3 del artículo 12.

e) En el artículo 12.10 se exige la colocación de la leyenda "Esta agua es la bebida más saludable y sostenible", la cual, por el contrario, no se requiere en el ámbito del artículo 20.2.


f) Según el artículo 20.2, la fuente debería ser de agua potable, refrigerada y de acceso gratuito, ya integrada en la máquina distribuidora, ya en la proximidad de la misma. En cambio, el artículo 12.10 no especifica aquellas características, exigiéndose en cuanto a su colocación que se halle al lado de la máquina.

g) El artículo 12.10 impone la obligación a la empresa suministradora de la máquina o, en su defecto, a las administraciones públicas, a las que no se alude en el artículo 20.2.

En definitiva, debe procurarse la integración de ambas reglas en una sola, resultando imprescindible definir con toda claridad el régimen jurídico de esta carga, teniendo en cuenta la trascendencia que la misma puede tener para el desarrollo de la libre iniciativa económica en el sector respectivo, para lo cual habría que tener en cuenta los criterios expuestos a continuación.

Habría que indicar expresamente, primero, si las máquinas cuya instalación en centros docentes determinarían para la empresa suministradora la obligación de colocar junto a ellas una fuente de agua serían

Código	43Cve7B4X1JCFFjAp1OuXmRRo257w1	Fecha	22/06/2017
Firmado Por	ANTONIO LAMELA CABRERA		
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página	15/29



las referidas antes en el artículo 12.7, es decir, las máquinas expendedoras automáticas cuyo establecimiento sólo se permitiría por la nueva Ley en las zonas de alumnado de Educación Secundaria, debiendo aclararse, por tanto también, si los productos que suministrarán debieran ser bebidas con un alto contenido en ácidos grasos saturado, ácidos grasos trans, sal y/o azúcares, y debiendo estarse para su identificación al criterio que se adopte antes al redactar los apartados 2, 3 y 7 de este mismo precepto.

La redacción propuesta en el texto remitido resulta también confusa en cuanto a la determinación del sujeto que soportaría esta obligación, pues, aunque se le atribuye primero a las empresas suministradoras de las máquinas correspondientes, se le termina imponiendo, en su defecto, a las administraciones públicas, de manera que la norma no cumpliría el grado de precisión exigible al respecto. Así, habría que aclarar cómo regiría el criterio de subsidiaridad establecido, y ello teniendo en cuenta que la norma sólo parece que sería de aplicación en centros docentes, y en concreto, en los de Educación Secundaria, sin que antes se haya restringido a los de titularidad pública, resolviéndose además la duda acerca de si la instalación de la fuente tendría que soportarla la Administración cuando no se colocaran las máquinas en cuestión o, si existiendo las mismas, la empresa suministradora no asumiera el establecimiento de la fuente, supuesto este último en el que se relativizaría la eficacia de la carga analizada respecto a dichas empresas.


Tales especificaciones serán determinantes para no apreciar este límite como una carga injustificada que se trataría de imponer sobre las empresas suministradoras de máquinas de vending de bebidas que las instalaran en centros docentes, para que colocaran así junto a ellas una fuente de agua, resultando aquélla indispensable para poder hacer un juicio acerca de la existencia de una relación proporcional entre la decisión empresarial de instalar las máquinas en cuestión y el deber de colocar la fuente de agua.

Estas consideraciones son trasladables, igualmente, al apartado 7 del artículo 12, en cuanto obligaría a que, en las máquinas expendedoras automáticas que se colocaran en zonas de alumnado de Educación Secundaria, se mostrara, en lugar visible al público y a través del cristal, la cantidad de calorías netas por porción envasada de los productos.

7.15.4.- Prohibición de publicidad de determinados alimentos y bebidas en centros docentes. En relación también con el artículo 12, en su apartado número 2 parece que de lo que se trataría sería de prohibir el patrocinio de actividades o eventos en centros docentes por aquellas empresas dedicadas a la comercialización de determinados alimentos y bebidas, debiendo modificarse en ese caso la redacción propuesta, que se refiere de forma imprecisa al patrocinio de actividades o eventos en los centros docentes de tales alimentos y bebidas.

Sin perjuicio de esta observación sobre la delimitación de dicha prohibición, hemos de advertir que ha de motivarse la proporcionalidad de esta medida en relación con la afección que significaría para la actividad económica, teniendo en cuenta para ello que el legislador estatal se ha limitado a declarar a las escuelas infantiles y a los centros escolares como espacios protegidos de la publicidad, imponiéndose la

Código:	43Cve784X1JCFFjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA GABRERA		
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	16/29



exigencia de autorización previa de la autoridad educativa competente para realizar en los centros campañas de promoción alimentaria, educación nutricional o promoción del deporte o actividad física, así como para el patrocinio de equipos y eventos deportivos en el ámbito académico, de acuerdo con los criterios establecidos por las autoridades sanitarias que tengan por objetivo promover hábitos nutricionales y deportivos saludables y prevenir la obesidad (artículo 40.7 Ley 17/2011).

Entendemos que, el hecho de que la norma estatal, a través del artículo 40.7 de la Ley 17/2011, sólo sujete estas actividades a autorización administrativa y no las prohíba, no significa un impedimento para que, en efecto, el legislador autonómico sí lo haga, lo cual habría que entenderlo como la decisión de éste de denegar directamente aquella autorización, aunque la misma habría que justificarla a partir de la aplicación de los criterios a los que se remite aquel precepto estatal, es decir, los establecidos por las autoridades sanitarias que tengan por objetivo promover hábitos nutricionales y deportivos saludables y prevenir la obesidad, criterios que, por tanto, deberían ser determinados.

7.16.- Artículo 16.1: Se advierte la falta de correspondencia entre la rúbrica con la que se intitula este artículo y su contenido posterior, dado que, como objeto del precepto se indica la promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros de personas mayores, de personas con discapacidad y de acogimiento residencial de menores en situación de guarda y tutela por la Junta de Andalucía, mientras que el apartado 1 se inicia aludiendo únicamente a las competencias de la Consejería respectiva en materia de atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad.


En cualquier caso, parece que su contenido se proyectaría sobre los centros en cuestión, independientemente de su titularidad pública o privada.

7.17.- Artículo 16.1.c): En este apartado se prohíbe que en los centros de personas mayores, de personas con discapacidad y de acogimiento residencial de menores en situación de guarda y tutela por la Junta de Andalucía se lleven a cabo campañas de publicidad de bebidas o de alimentos de alto contenido en grasas trans, sal o azúcar, así como que dichos productos estén a la venta en cafeterías y máquinas vending, en este último caso, salvo que se informe de forma destacada sobre su composición y las recomendaciones de frecuencia de su consumo.

En cuanto ambas previsiones representan la imposición de limitaciones a la libertad de empresa y al libre desarrollo de la actividad económica, ha de motivarse suficientemente en el expediente el respeto a los principios de proporcionalidad y de mínima afectación a la competencia, una vez que, como razonábamos acerca del artículo 12, la Comunidad Autónoma andaluza podría invocar sus competencias compartidas en materia de salud para ampliar las prohibiciones establecidas en la Ley 17/2011.

Además, respecto a ambas prohibiciones, ha de especificarse cómo se determinarían los alimentos y bebidas que, por su alto contenido en grasas trans, sal o azúcar, no podrían ser objeto de publicidad ni de

Plaza de España. Puerta de Navarra, s/n 0 41013 Sevilla

Código:	43Cve784X1JCFfjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017		
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA				
Url De Verificación:	https://ws058.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	17/29		

venta, y en concreto, si los mismos se corresponderían con aquellos cuya venta, promoción comercial y participación en patrocinios estarían prohibidas en el artículo 12.2 del anteproyecto; o lo que es lo mismo, si coincidirían con los alimentos y bebidas cuyos contenidos se establezcan reglamentariamente por el Estado, en desarrollo y ejecución del artículo 40.6 de la Ley 17/2011. No obstante, en la redacción propuesta para el precepto ahora analizado, los impedimentos no alcanzarían a los alimentos y bebidas con alto contenido en ácidos grasos saturados.

Por lo que se refiere a la prohibición de venta en cafeterías y máquinas vending, entendemos necesario que se determine cómo debería procederse a informar de forma destacada sobre la composición del producto y sobre las recomendaciones de frecuencia de su consumo, a los efectos de la dispensa del cumplimiento de aquélla, para lo cual puede introducirse la remisión al desarrollo reglamentario de la Ley.

7.18.- Artículo 17.4: Ha de aclararse si la evaluación a realizar por la Consejería competente en materia de salud respecto a los planes urbanísticos debería ser previa a la aprobación de éstos, o más bien, posterior y sobre su ejecución.


7.19.- Artículo 19.3: Con el fin de garantizar la eficacia de la obligatoria disponibilidad de zonas para la lactancia en los edificios señalados en este precepto, se recomienda determinar cuáles serían los instrumentos a través de los cuales la Administración controlaría su cumplimiento, debiendo identificarse también la Administración que sería competente respecto a cada actuación.

7.20.- Artículo 19.5: En este apartado, se le impone a las Administraciones Públicas de Andalucía el deber de promocionar el establecimiento de canales cortos de comercialización alimentaria, así como el de favorecer la presencia de productos procedentes de los mismos, todo ello en el consumo social que tenga lugar en comedores y otros centros que les pertenezcan y en los que se sirvan comidas.

Entendemos que la vía principal para realizar esta actuación de fomento sería la de la contratación pública relacionada con tales establecimientos, siendo así que, a tales efectos, se recomienda introducir en la norma la cautela de que habría que estar a la regulación básica establecida por el legislador estatal en materia de contratación administrativa, cuyas condiciones habría que cumplir para poder promocionar y favorecer aquellos productos. En este sentido, habría que tener en cuenta las limitaciones existentes para considerar el arraigo local del licitador en el procedimiento de adjudicación del contrato respectivo.

En este sentido, la Junta Consultiva de Contratación Pública concluyó en su Informe 9/2009, de 31 de marzo, que *"El origen, domicilio social o cualquier otro indicio del arraigo territorial de una empresa no puede ser considerado como condición de aptitud para contratar con el sector público."*, añadiendo que *"Igualmente no pueden ser utilizadas como criterio de valoración circunstancias que se refieran a alguna de las características de la empresa señaladas en la conclusión anterior."*

Plaza de España. Puerta de Navarra, s/n 0 41013 Sevilla

Código:	43Cve784X1JCFfjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017	
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA			
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	18/29	

A ello debemos añadir los impedimentos que pueden derivar de la aplicación de la Ley 20/2013, de 9 de diciembre, de garantía de la unidad de mercado, cuyo artículo 3.2 prohíbe toda actuación administrativa que contenga condiciones o requisitos que tengan como efecto directo o indirecto la discriminación por razón de establecimiento o residencia del operador económico, declarándose posteriormente, en el artículo 18.2 .a).1º, que serán consideradas actuaciones que limitan el libre establecimiento y la libre circulación por no cumplir los principios recogidos en el Capítulo II de esta Ley los actos, disposiciones y medios de intervención de las autoridades competentes que contengan o apliquen requisitos discriminatorios para la adjudicación de contratos públicos, basados directa o indirectamente en el lugar de residencia o establecimiento del operador, incluyéndose entre estos requisitos el consistente en que el establecimiento o el domicilio social se encuentre en el territorio de la autoridad competente, o que disponga de un establecimiento físico dentro de su territorio.

Por otra parte, habría que especificar respecto a la actuación de qué Administración Pública regiría esta norma de fomento.


7.21.- Artículo 19.6: Parece impreciso el deber que se impondría a los medios de comunicación de facilitar determinada publicidad, debiendo concretarse qué alcance tendría el mismo.

7.22.- Artículo 19.7: Ha de concretarse si los alimentos envasados y bebidas refrescantes cuya promoción y publicidad se prohibiría en centros, servicios y establecimientos sanitarios de atención a menores en edad pediátrica serían sólo los de los apartados 2 y 3 del artículo 12, a cuyos efectos habría que tener en cuenta la falta de precisión antes advertida al analizar los mismos.

De otro modo, difícilmente se entendería la imposición de este límite, en atención a los principios de proporcionalidad y de mínima afección a la competencia, cuya aplicación, en cualquier caso, ha de acreditarse.

7.23.- Artículo 20.2: Ya antes estudiábamos la obligación impuesta en el artículo 12.10 para que las empresas suministradoras de máquinas de vending o, en su defecto, las administraciones públicas, coloquen fuentes de agua, entendemos, en las zonas de alumnado de Educación Secundaria de los centros docentes.

También en cuanto a este apartado número 2, cabe observar la imprecisión de su último inciso, al referirse al deber de colocar las mismas fuentes de agua si se tratara de máquinas situadas en espacios públicos que tengan acceso a la red de agua potable de las entidades locales. En concreto, no queda claro si las entidades locales son citadas como titulares de la red de agua potable o de los espacios públicos, como tampoco se indica quién tendría que asumir la instalación de la fuente.

Código:	43Cve784X1JCFfjAp10uXaRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017	
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA			
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	19/29	

7.24.- Artículo 20.3: En este apartado se impondría a los establecimientos de restauración la obligación de ofrecerles a los clientes la posibilidad de un recipiente o botella con agua fresca y los vasos para su consumo, de forma gratuita y complementaria a la oferta del propio establecimiento.

En la medida en la que los beneficiarios de esta medida serían sólo los "clientes" y en la que el deber de ofrecer que recaería sobre los establecimientos se entendiera como el de tener el agua a disposición de aquéllos, de modo que sólo se hiciera efectiva a requerimiento del cliente, entendemos que la norma no significaría la imposición de una carga excesiva sobre estos empresarios, pues no significaría más que la positividad de lo que puede considerarse una norma consuetudinaria en el sector.

No obstante, dada la trascendencia de los principios de proporcionalidad y de mínima afección a la competencia a los que venimos reiteradamente aludiendo a lo largo del informe, se recomienda acreditar el debido respeto a los mismos en la imposición de esta carga, para lo cual resulta trascendental explicar la relación que la misma guardaría con el objeto y con los fines de esta Ley, de modo que, en particular, se razone la incidencia que tendría para la consecución del objetivo de promocionar una alimentación saludable.

7.25.- Artículo 21.3.b) y c): Antes recomendábamos, al analizar el artículo 9.2, que se determinara el período de vigencia del PAFASA, lo cual sería trascendente para poder decidir los límites temporales de las Cartas de compromiso, dada la vinculación que se establece al respecto entre ambos instrumentos.


En este sentido, debe aclararse si las Cartas de compromiso nunca podrían estar vigentes si no lo estuviera el PAFASA, ni tan siquiera en el caso de renovación de aquéllas.

7.26.- Artículo 21.5: No queda claro si el propósito es, simplemente, el de declarar que a las Cartas de compromiso se le aplique el régimen general de publicidad activa dispuesto en la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía, para los instrumentos y contenidos de los artículos 10 y siguientes a los que respondan aquéllas y en las condiciones previstas en dichos preceptos, o bien, lo es el de imponer específicamente la publicidad activa en cualquier caso para el contenido de aquellas Cartas, para que, si la Administración de la Junta de Andalucía o sus entidades instrumentales fueran quienes las suscribieran, tal publicidad se practicara a través del Portal de la Junta de Andalucía, conforme al artículo 18.1 de dicha Ley.

En este sentido, cabe plantearse si el grado de cumplimiento y resultados de las Cartas de compromiso deberían ser publicadas en cualquier caso o, sólo si tales instrumentos se consideraran como planes o programas anuales o plurianuales, incluyéndose así en el ámbito del artículo 12 de la Ley 1/2014.

7.27.- Artículo 22.2: Cabe plantearse si la referencia hecha en este precepto a los centros sanitarios de Andalucía comprendería únicamente a los incluidos en el ámbito del Sistema Sanitario Público

Código:	43Cve784X1JCFFjAp1DuXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA		
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	20/29



de Andalucía, tal y como este concepto se delimita actualmente en el artículo 45 de la Ley 2/1998. En cualquier caso, se plantea si no sólo estarían afectados por la norma impuesta en este apartado los centros sanitarios, sino también los servicios y establecimientos.

7.28.- Artículo 22.3: Reconociéndose en el mismo el denominado como "Proceso Asistencial Integrado para la Atención a Personas con Obesidad Mórbida", queda la duda de si con ello estaría declarándose una prestación o servicio sanitario específico o bien, que aquel Proceso Asistencial comprendería aquellas prestaciones y servicios incluidos en las carteras reguladas en los artículos 8 y siguientes de la Ley 16/2003. En el primer caso, habría que especificar la cartera en la que se incluye, debiendo estarse a las normas de la que corresponda.

7.29.- Artículo 24.2: Ha de especificarse si el programa conjunto entre salud y educación "Forma Joven" está ya establecido o sería futuro. En cualquier caso, debería determinarse cuáles serían los órganos administrativos que lo hubieran aprobado o que serían competentes para su aprobación.


7.30.- Artículo 27.3: Previéndose en este artículo una serie de límites a la actividad de comunicación comercial de alimentos y bebidas no alcohólicas, en cuanto se dirija a menores de quince años, habría que tener en cuenta que el legislador estatal ya habría establecido algunas reglas al respecto, en el ejercicio de sus competencias exclusivas en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

En efecto, en el artículo 46.1 de la Ley 17/2011 se hace referencia a los acuerdos de corregulación que las autoridades competentes podrían suscribir con los operadores económicos y con los prestadores del servicio de comunicación comercial audiovisual, para el establecimiento así de códigos de conducta que regulen las comunicaciones comerciales de alimentos y bebidas, dirigidas a la población menor de quince años, con el fin de contribuir a prevenir la obesidad y promover hábitos saludables, añadiéndose la prevención de que, *"Si en el plazo de un año, a contar desde la entrada en vigor de esta ley, no se hubieran adoptado estos códigos de conducta, el Gobierno establecerá reglamentariamente las normas que regulen tales comunicaciones comerciales, para garantizar la protección de la infancia y la juventud, así como los medios para hacerlas efectivas."*

Por tanto, entendemos que la norma autonómica debería enmarcarse en los márgenes así delimitados en la Ley estatal, señalándose aquellos acuerdos de corregulación y las normas reglamentarias estatales como parámetros dentro de los cuales sería posible aplicar los límites proyectados en el artículo ahora estudiado.

En cualquier caso, se recomienda estar al concepto de "publicidad" que se defina en el artículo 4 de la Ley proyectada, en lugar de al de "comunicación comercial", además de que se corrija la redacción propuesta para dejar claro que sería la publicidad o la comunicación comercial la que se dirigiría a menores de quince años, no los alimentos y bebidas que constituyeran el objeto de tal actividad.

Plaza de España. Puerta de Navarra, s/n 0 41013 Sevilla

Código:	43Cve784X1JCFEjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017	
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA			
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	21/29	

7.31.- Artículo 27.3.g): Respecto a la prohibición que se deduce de este apartado, para que la comunicación comercial de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a menores de quince años no consista en promover la entrega de regalos, premios o cualquier otro beneficio destinado a fomentar la adquisición o el consumo de alimentos o bebidas no alcohólicas, no encontramos justificación a la misma cuando los alimentos y bebidas objeto de dicha actividad fueran distintos de los considerados como no saludables, es decir, de los que presentan un alto contenido en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sal y azúcares.

7.32.- Artículo 27.3.c): La referencia en este subapartado a adolescentes y a personas con discapacidad podría no corresponderse con la delimitación hecha antes con carácter general al inicio de este apartado número 3, sobre su ámbito de aplicación, en el que se identifica como destinatarios de la comunicación sólo a los menores de quince años.


7.33.- Artículo 27.4: Si en este apartado se pretendiera aludir a los sistemas de regulación voluntaria, previstos en el artículo 45 de la Ley 17/2011, además de a los acuerdos de corregulación del artículo 46 de ésta, debería quedar claro, empleándose entonces estos dos conceptos, en lugar del de "acuerdos de regulación voluntarios", que aparece en el texto remitido.

7.34.- Artículo 29.1: Debe precisarse el concepto de promoción publicitaria y comercial, al ser el determinante de la obligación de incluir la información sobre calidad nutricional de los alimentos y bebidas, regulada en el artículo 35. A tales efectos, debería también identificarse al sujeto que soportaría dicha obligación.

7.35.- Artículo 30.1: Consideramos que la calificación como publicidad ilícita de toda publicidad o mensaje de comunicación social que utilice a las personas con sobrepeso, obesidad o bajo peso de forma vejatoria o estigmatizante, sería conforme con los apartados a) y d) del artículo 3 de la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, aunque debería aplicarse sólo a la publicidad, excluyéndose los mensajes de comunicación social.

7.36.- Artículo 30.2: El artículo 33.3 .a) de la Ley 3/1991, de 10 de enero, de competencia desleal, reconoce legitimación activa para el ejercicio de las acciones previstas en el artículo 32.1.1ª a 4ª, en defensa de los intereses generales, colectivos o difusos, de los consumidores y usuarios a los órganos o entidades correspondientes de las Comunidades Autónomas competentes en materia de defensa de los consumidores y usuarios.

En coherencia con esta disposición estatal, se recomienda que sea la Consejería competente en dicha materia de defensa de los consumidores y usuarios la que se identifique como legitimada para el ejercicio de dichas acciones, en lugar de la competente en materia de salud.

Código:	43Cve784X1JCFfjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017	
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA			
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	22/29	

7.37.- Artículo 33.1 y 2 .a): Dado que en el procedimiento de redacción y de aprobación del PAFASA se distinguen las fases de formulación y aprobación, por un lado, que corresponderían al Consejo de Gobierno, y las de elaboración y propuesta, atribuidas a la Consejería competente en materia de salud, debería antes quedar claramente establecido el orden y contenido de las mismas.

7.38.- Artículo 34: Debería concretarse más la regulación del referido Mapa Andaluz del sobrepeso y la obesidad, previéndose al menos su contenido, eficacia, el procedimiento a seguir para su aprobación, los órganos competentes para su elaboración y aprobación, y su vigencia.

7.39.- Artículo 35.2: Cabe preguntarse por la diferencia que habría entre productos envasados y productos envasados en comercios minoristas, como conceptos que parecen contemplarse como distintos.

7.40.- Artículo 36.3: Debe identificarse a la Unidad de control y evaluación de la información en salud alimentaria y nutrición, aquí prevista.


7.41.- Artículo 37: A través del mismo se crearía la Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, describiéndose el mismo, expresamente, como órgano de participación administrativa y social de los previstos en el artículo 20 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de Administración de la Junta de Andalucía.

Teniendo en cuenta su composición, constituida por representantes de la Administración de la Junta de Andalucía, de la Administración Local, de las Universidades, de los agentes económicos y sociales de las Asociaciones de Padres y Madres y de las organizaciones de personas consumidoras y usuarias de Andalucía, así como la finalidad que genéricamente se le asigna, de asesorar a la Administración de la Junta y de promocionar e impulsar las políticas dirigidas a la promoción de la actividad física y de la alimentación saludable, así como a la prevención y lucha contra la obesidad, parece que se configuraría como órgano de participación ciudadana.

En efecto, la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de Administración de la Junta de Andalucía, se refiere a estos del siguiente modo en su artículo 32:

"1. Para hacer efectivos los principios de participación social en la mejora de la calidad de los servicios, se podrán crear en la Administración de la Junta de Andalucía órganos de participación con fines de información y asesoramiento en la elaboración de planes y programas o de actuaciones con gran incidencia social y de audiencia a sectores o colectivos determinados, que puedan resultar afectados por la elaboración de normas, la definición de políticas o alguna de las actuaciones mencionadas.

Plaza de España, Puerta de Navarra, s/n 0 41013 Sevilla

Código:	43Cve784X1JCFFjAp1QuXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017	
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA			
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	23/29	

2. Los órganos a que se refiere este artículo no tendrán competencias decisorias. Sus normas de creación determinarán, además de su régimen interno de acuerdo con lo establecido en esta Ley, su adscripción concreta y, en su caso, dependencia administrativa, a los efectos de convocatoria y celebración de sesiones, adscripción de medios y tramitación de sus actuaciones."

Por tanto, este tipo de órganos debería establecerse, no con competencias decisorias, sino sólo para canalizar la participación de los ciudadanos en la elaboración de planes, programas, actuaciones de gran incidencia social, normas o en la definición de políticas, siendo así que algunas de las funciones que se le atribuirían a aquella Comisión según el anteproyecto no responderían a dicha naturaleza. Sería el caso de las relativas a "Colaborar y cooperar con la sociedad civil en la materia" (artículo 37.5.f)) o a "Informar sobre expedientes de infracción"(artículo 37.5.g)), las cuales deberían entonces suprimirse.

7.42.- Artículo 37.3: Sin perjuicio de las observaciones principales que acabamos de hacer sobre la configuración de la Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, debemos hacer alguna otra sobre la regulación proyectada de la misma.


Así, mencionándose a las Universidades Andaluzas entre las entidades que estarían representadas en dicho órgano, advertimos que, ante la falta de especificación al respecto, serían tanto las públicas, como las privadas.

7.43.- Artículo 37.5.b): Si se trata de establecer, como función propia de la nueva Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, la de emitir informe preceptivo sobre los proyectos normativos y de planes orientados al fomento de la actividad física y la alimentación saludable y la prevención del sobrepeso y la obesidad en Andalucía, así debería preverse expresamente.

7.44.- En su caso, en relación con las materias sobre las que deberían versar dichos instrumentos, se plantea si todas ellas se señalan con carácter alternativo o acumulativo, debiendo quedar claro en la redacción de la norma.

Por otro lado, hemos de dejar constancia que no parece que este informe excluyera el informe de evaluación del impacto en la salud establecido en el artículo 56 de la Ley 16/2011, respecto a determinados planes y programas.

7.45.- Artículo 37.5.c): Atribuyéndose a la Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable la función de "Promover campañas de divulgación y de sensibilización social en favor de la lucha contra la obesidad", entendemos que en su desempeño se limitaría a la propuesta de tales campañas, no comprendiendo su desarrollo, lo cual ya correspondería a las Consejerías competentes.

Código:	43Cve784X1JCFFjAp1OuXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017	
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA			
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	24/29	

7.46.- Artículo 38.2: Haciéndose referencia separada a las Universidades y a los centros de investigación, como instituciones que estarían representadas en el Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, se recomienda estar a los conceptos establecidos en los artículos 30 y siguientes de la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, de Ciencia y Conocimiento, sobre los agentes del Sistema Andaluz del Conocimiento.

Por otra parte, puede entenderse que se trate de asegurar el carácter multidisciplinar de la composición del nuevo Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, pero no alcanzamos a comprender la relación que ello tendría con el enfoque ecológico del que pretende también dotarse al mismo.

7.47.- Artículo 38.4.f): Ha de determinarse cuáles serían los órganos competentes para solicitar informes al Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.


7.48.- Artículo 39.1: Ha de identificarse con precisión el Programa de Hábitos de Vida Saludable de la Junta de Andalucía, al que se hace referencia, indicándose la normativa que lo regule e instrumentos que lo establezcan.

7.49.- Artículo 40.1: Se recomienda facilitar la identificación también de la Estrategia de Investigación e Innovación en salud, a la que se remite este precepto, aludiéndose a su normativa de regulación y a otros instrumentos que la establezcan.

7.50.- Artículo 40.4: Resulta indeterminado el alcance de la exigencia en este apartado para que, las sociedades científicas y los investigadores, declaren sus conflictos de intereses ante cualquier comunicado o artículo que pueda promover el consumo de determinados tipos de alimentos o emita conclusiones favorables o desfavorables hacia los mismos, de modo que su establecimiento no resultaría procedente por no quedar garantizado el debido respeto a la libertad de expresión.

Así, haciéndose referencia en el resto del artículo en el que se sitúa esta previsión a actuaciones administrativas, cabe plantearse si aquella condición se impondría únicamente en cuanto dichas sociedades científicas e investigadores actuaran para la Administración autonómica. Además, habría que definir el concepto de "conflicto de intereses".

7.51.- Artículo 43.1: A los efectos de delimitación de las infracciones administrativas, en este apartado se hace remisión a la propia Ley y a las especificaciones que la desarrollen en el ejercicio de la potestad reglamentaria. Se advierte acerca de los límites que derivan del principio de legalidad sancionadora para la actuación del reglamento en la definición de las infracciones, como así declara el artículo 27.3 de la Ley 39/2015, según el cual, "*Las disposiciones reglamentarias de desarrollo podrán introducir especificaciones o graduaciones al cuadro de las infracciones o sanciones establecidas legalmente que, sin*

Código:	43Cve784X1JCFfJAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017	
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA	Página:	25/29	
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			


constituir nuevas infracciones o sanciones, ni alterar la naturaleza o límites de las que la Ley contempla, contribuyan a la más correcta identificación de las conductas o a la más precisa determinación de las sanciones correspondientes."

7.52.- Artículo 44: Entendemos que las conductas tipificadas como infracciones en la Ley proyectada deberían consistir en el incumplimiento de obligaciones previamente establecidas en la misma. Por eso es por lo que debe asegurarse la debida correspondencia entre los deberes mencionados en este artículo y cuya inobservancia se sancionaría, con los que se definen a lo largo del articulado, de manera que, para el debido cumplimiento de las exigencias propias del principio de tipicidad, debería identificarse respecto a cada infracción el precepto concreto, estatal o autonómico, que impone la obligación cuyo incumplimiento constituiría aquélla.

Si llevamos a cabo dicho ejercicio de comparación, podemos encontrar varias imprecisiones. Así, en cuanto al apartado 1.b), parece que en el mismo se trataría de identificar como infracción el incumplimiento de la obligación que podría recaer sobre los centros docentes según el artículo 40.5 de la Ley 17/2011, en cuyo caso, así debería indicarse.

En relación con la infracción establecida en el apartado 1.c), consistente en *"La ausencia de cumplimiento de las obligaciones relativas a la información sobre la programación mensual de los menús en los centros docentes y sobre los productos utilizados en la elaboración de los menús"*, hemos de advertir que, la obligación de informar sobre la programación de los menús viene explícitamente impuesta en el artículo 40.4 de la Ley 17/2011, reproducido en esta parte en el artículo 12.3 del anteproyecto, no habiéndose hecho remisión sin embargo al párrafo tercero de ese mismo precepto estatal, que se refiere a la obligación de las escuelas infantiles y de los centros escolares de tener a disposición de las familias, tutores o responsables de los comensales la información de los productos utilizados para la elaboración de los menús, que sea exigible por las normas sobre etiquetado de productos alimenticios. Dada la tipificación prevista como infracción del incumplimiento de este último deber de información, se recomienda la reproducción o remisión a la norma estatal en cuestión.

Por otro lado, en el apartado 1.d) de este artículo 44 del anteproyecto, se sancionaría *"La venta o utilización en centros docentes de alimentos y/o bebidas con alto contenido en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sal y azúcares añadidos"*. A tales efectos, resulta impreciso el concepto de "utilización", pues las prohibiciones de la Ley 17/2011 y del anteproyecto recaerían, en relación con tales alimentos y bebidas, sobre la venta, la promoción comercial, y el patrocinio de actividades o eventos, además de sobre la utilización en celebraciones organizadas en el centro de alimentos envasados y bebidas que no cumplan con los criterios nutricionales definidos. Por tanto, se hace necesario el mayor grado de concreción posible de las actuaciones prohibidas y cuya realización sería constitutiva de infracción administrativa.

Código:	43Cve784X1JCFfjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017	
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA			
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	26/29	

También carecería de un soporte explícito en el anteproyecto la infracción relativa a *"La utilización o difusión en centros docentes de publicidad relacionada con la actividad física y/o la alimentación, sin la autorización previa de las autoridades educativas"* (artículo 44.1 .e)), que entendemos estaría vinculada a la previsión del apartado número 7 del artículo 40 de la Ley 17/2011, al cual, por tanto, debería hacerse remisión en la norma autonómica para explicar así la infracción consistente en su incumplimiento.


Otra de las imprecisiones que se advierte en este artículo 44 se refiere a la infracción recogida en el apartado 1.f), sobre *"La publicidad o difusión comercial de alimentos en las zonas de los centros, servicios y establecimientos sanitarios donde se atienden a personas menores"*, la cual entendemos que estaría relacionada con el artículo 19.7, según el cual, *"Los centros, servicios y establecimientos sanitarios con atención a menores en edad pediátrica serán espacios libres de toda promoción y publicidad de alimentos envasados y bebidas refrescantes"*. Si contrastamos ambos preceptos, se aprecian claras diferencias entre uno y otro, debiendo guardarse la debida correspondencia.

En cuanto a la infracción consistente en la inobservancia de las medidas de oferta relativas a la accesibilidad gratuita a agua potable en los términos establecidos en esta Ley, entendemos que las medidas cuyo incumplimiento sería sancionado serían las previstas en los artículos 11.5 – obligación de los centros docentes de disponer de fuentes de agua -, 12.10 – obligación de las empresas suministradoras de máquinas de vending o de la administración pública de colocar fuentes de agua -, 14.2.c) – obligación de los responsables de los espacios de ocio de colocar fuentes públicas accesibles -, 20 – obligación de las Administraciones Públicas de favorecer el acceso al agua, de las empresas responsables de máquinas expendedoras de instalar una fuente, y de los establecimientos de restauración para ofrecer agua. En caso contrario, debería así señalarse.

Por último, siendo varias las normas sobre publicidad de alimentos y bebidas que contendría la Ley, se recomienda introducir algún criterio que delimite las obligaciones relativas a la difusión comercial de los alimentos y bebidas cuya inobservancia constituiría una infracción, según el artículo 44.1.h) – numeración del subapartado que aparece tachada en el texto remitido - .

OCTAVA. En cuanto a las mejoras técnicas, cabe plantear las siguientes.

8.1.- Exposición de Motivos: La excesiva extensión del anteproyecto que cabe apreciar con carácter general en el mismo, se pone particularmente de manifiesto en el texto propuesto como parte expositiva de la Ley, siendo así que debería reducirse su contenido, en orden a cumplir de forma clara y precisa el cometido que a la misma le corresponde de describir su contenido, indicando su objeto y finalidad, sus antecedentes y las competencias y habilitaciones en cuyo ejercicio se dicta, además del de resumir sucintamente el contenido de la disposición, a fin de lograr una mejor comprensión del texto, objetivos todos estos que se le atribuyen en la regla 12 de las Directrices de técnica normativa, aprobadas por el Consejo de Ministros, mediante Acuerdo de 22 de julio de 2005.

Código:	43CvE784X1JCFFjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017	
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA			
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	27/29	

En cualquier caso, se recomienda dividir el contenido que definitivamente se le dé.

Sin perjuicio de estas consideraciones formales, cabe hacer otras sobre su contenido. Podría así dejarse constancia del carácter estatal de la Ley 17/2011 la primera vez que se cita.

Por otro lado, entendemos que debería procurarse proporcionar datos más actualizados sobre la obesidad que los indicados en el texto remitido, referidos éstos a 2011, 2013 y 2014.

También habría que indicar el año de aprobación del estudio ALADINO y de la Estrategia NAOS, citadas en esta parte, identificándose además, en cuanto al primero de tales instrumentos, su órgano de aprobación.

En cuanto a la referencia hecha al Plan andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable (PAFASA), debe evitarse el uso de letra cursiva.


8.2.- Artículos 12.10 y 16.1.c): Según la regla 101 de las Directrices de técnica normativa, se evitará el uso de extranjerismos cuando se disponga de un equivalente en castellano. Téngase en cuenta la misma en el empleo del término "vending". En este sentido, en el apartado 7 del artículo 12 se alude a "máquinas expendedoras automáticas", o en el artículo 20.2 a "máquinas expendedoras" y a "máquina distribuidora". Por tanto, parece no estar justificado el uso de aquel neologismo.

8.3.- Artículo 13: Según consta en la que parece ser información oficial publicada por la Consejería de Salud en la dirección en internet www.saludpublicaandalucia.es, el concepto a emplear debe ser el de "Red Andaluza de Universidades Promotoras de Salud (RAUS)", debiendo identificarse la misma mediante la referencia a los instrumentos principales que la establezcan.

8.4.- Artículo 16.1 .b) y c): Por razones de seguridad jurídica y en aras a evitar la dispersión normativa, se recomienda introducir estas condiciones como requisitos para la obtención de las autorizaciones administrativas correspondientes, mediante la modificación de la normativa respectiva en materia de servicios sociales.

8.5.- Artículo 24.2 y 3: Para el uso de las siglas "TCA" habría que estar a la regla V.b) de las Directrices de técnica normativa.

8.6.- Artículo 33.3 y 4: Parece que los contenidos de este precepto deberían ser ordenados de otro modo, de manera que las competencias de la Consejería competente en materia de educación, previstas en el apartado 4, se indiquen antes que las de las entidades locales, ahora en el 3.


Código:	43Cve784X1JCFFjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha:	22/06/2017	
Firmado Por:	ANTONIO LAMELA CABRERA			
Url De Verificación:	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	Página:	28/29	

8.7.- Artículo 34: Se recomienda que las reglas aquí previstas sobre el Sistema de Información de Vigilancia en Salud y el Mapa andaluz de la situación de sobrepeso y obesidad se incorporen a la Ley 16/2011, mediante la modificación de su artículo 63, dedicado a dicho Sistema.

Es cuanto me cumple someter a la consideración de V.I., sin perjuicio de que se cumplimente la debida tramitación procedimental y presupuestaria.

El Letrado de la Junta de Andalucía

Plaza de España. Puerta de Navarra, s/n 0 41013 Sevilla

Código	43Cve784X1JCFfjAp10uXmRRoZ57w1	Fecha	22/06/2017	
Firmado Por	ANTONIO LAMELA CABRERA			
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma		Página 29/29	

D. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CARBAJO, Responsable de la Unidad de Transparencia de la Consejería de Salud, EXPONE:

Que tanto el texto como las memorias e informes que conformaban el expediente del Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía que fue conocido por el Consejo de Gobierno en su sesión de 25 de octubre de 2016, han sido objeto de la publicidad establecida por el artículo 13.1.b) de la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía.

Y para que conste, a los efectos oportunos, se expide la presente diligencia, en Sevilla a la fecha de la firma.

EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA



Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena 1. 41071 Sevilla
Teléf. 955.04.80.00. Fax 955.04.81.28

Código Seguro De Verificación:	48VjxiTPg/0WlPQ7E8MbIw==	Fecha	27/06/2017
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Francisco Javier Gomez Carbajo		
Url De Verificación	https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/48VjxiTPg/0WlPQ7E8MbIw=	Página	1/1



MEMORIA EN RELACIÓN CON LA MOTIVACIÓN DEL TRÁMITE DE AUDIENCIA DE ACUERDO CON LOS ARTÍCULOS 43.5 y 45.1c de la Ley 6/2004 DEL GOBIERNO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA DEL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA.

RELACIÓN DE ENTIDADES PARA TRÁMITE DE AUDIENCIA.

Analizados los aspectos en los que inciden las acciones contenidas en este anteproyecto, se considera que las entidades a las que hay que otorgar el trámite de audiencia, son las siguientes:

1) Confederación de Empresarios de Andalucía.

La Confederación de Empresarios de Andalucía, conforme a sus Estatutos, aprobados por la Junta Directiva del 11 de diciembre de 2014, es una organización empresarial, de carácter confederativo e intersectorial, cuyo ámbito es la Comunidad Autónoma de Andalucía, sin ánimo de lucro, constituida para la coordinación, representación, gestión, fomento y defensa de los intereses empresariales, generales y comunes, que está dotada de personalidad jurídica y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines.

2) Organizaciones Sindicales SATSE, CSIF, FASPI/SMA, CCOO y UGT.

Las Organizaciones Sindicales SATSE, CSIF, FASPI/SMA, CCOO y UGT son las que integran la Mesa Sectorial de Sanidad conforme a las elecciones sindicales realizadas en diciembre de 2014 en los centros sanitarios del SAS.

3) Consejos Andaluces de Colegios Profesionales Sanitarios de Médicos, Farmacéuticos, Dentistas, Veterinarios y de Licenciados en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte de Andalucía, de acuerdo con la Orden de 14 de septiembre de 2011, por la que se aprueba la modificación de los Estatutos del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, la Orden de 9 de octubre de 2013, por la que se aprueba la modificación de los Estatutos del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Veterinarios, la Orden de 16 de junio de 2014, por la que se aprueba la modificación de los estatutos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cádiz y se dispone su inscripción en el Registro de Colegios Profesionales de Andalucía, el Decreto 203/1999, de 28 de septiembre, por el que se crea el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos y el Decreto 87/2006, de 11 de abril, por el que se aprueba el cambio de denominación del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos (que pasa a llamarse de Dentistas).

3) Reales Academias de Medicina y Cirugía existentes en Andalucía (Sevilla, Andalucía Oriental y Cádiz):

Conforme al Decreto 21/2011, de 8 de febrero, por el que se aprueban los Estatutos de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla y al Decreto 69/2014, de 25 de febrero, por el que se aprueban los Estatutos de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental, ambas son Corporaciones de Derecho Público integradas en el Instituto de Academias de Andalucía y asociada al Instituto de España, y tiene como objetivo el cultivo, fomento y difusión de las ciencias médicas.

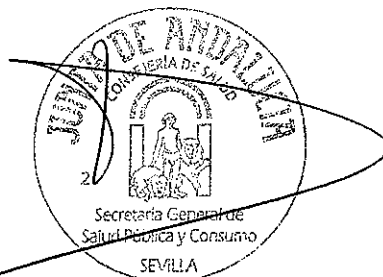
En Andalucía se encuentra además la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz.

5) Sociedades Científicas de ámbito sanitario que están más relacionadas con el área sanitaria a la que afecta el anteproyecto tales como: SEMERGEN, inscrita en el Registro de Nacional de Asociaciones con el Nº 12321, la Sociedad Pediatría Andalucía Oriental SPAO, Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial Riesgo Vascular, Sociedad de Odontopediatría, Dirección Plan de Diabetes de Andalucía, Fundación Internacional de la Dieta Mediterránea, Sociedad Andaluza de Cancerología, Asociación Andaluza de Matronas, Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética, Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria

6) Consejo de las Personas Consumidoras y Usuarias de Andalucía al que se pedirá informe en relación al borrador normativo, conforme al artículo 10.1.a) del Decreto 58/2006, de 14 de marzo, por el que se regula el Consejo de las Personas Consumidoras y Usuarias de Andalucía.

7) Ciudadanas Española de Agencias de Publicidad de Salud. Inscrita con fecha 02/06/2008 en el Registro Nacional de Asociaciones, que informa en su página web que en sus Estatutos figura que los objetivos de la Asociación son el desarrollo y ejecución de cuantas actividades, medidas y acciones requieran la promoción, defensa y protección de los intereses profesionales de las empresas en su ámbito de actuación, para lo cual la Asociación desarrollará entre otras la función de erigirse en interlocutor válido y representante de los intereses de las agencias de publicidad de salud ante los sectores a los que pertenecen sus clientes y otras instituciones.

Sevilla, a 19 de julio de 2017



LA SECRETARÍA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO

Josefa Ruiz Fernández

MEMORIA JUSTIFICATIVA DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE BUENA REGULACIÓN DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 129 DE LA LEY 39/2015 DEL ANTEPROYECTO DE LEY PARA UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA

129.2 En virtud de los principios de necesidad y eficacia, la iniciativa normativa debe estar justificada por una razón de interés general, basarse en una identificación clara de los fines perseguidos y ser el instrumento más adecuado para garantizar su consecución.

1) Principios de necesidad y eficacia

La iniciativa normativa se encuentra justificada por una razón de interés general, y se basa en una identificación clara de los fines perseguidos y ser el instrumento más adecuado para garantizar su consecución.

Las dietas deficientes y la inactividad física generan cerca del 30% de la carga global de morbilidad y representan casi dos de cada cinco muertes en todo el mundo. El coste o la carga de la obesidad se miden tanto por la pérdida de años de vida y de la calidad de vida y el impacto financiero como por el coste relacionado con la enfermedad en el sistema de salud (costos directos) y en la sociedad (costos indirectos).

La casuística que produce la obesidad es extensa y compleja, generando un nuevo abordaje ecológico y prospectivo para afrontar lo que se denomina Sistema de Obesidad, que representa: "La suma de un conjunto relevante de factores y sus interdependencias que determinan la condición de la obesidad de un individuo o un grupo de personas"

Esta multicausalidad exige una intervención multifactorial que incida en el amplio ecosistema de la obesidad. Las recomendaciones de los organismos internacionales referentes (OMS, Observatorio de sistemas sanitarios de la Unión Europea, etc..) así lo señalan y animan a los gobiernos nacionales, regionales y locales que asuman la parte de responsabilidad que puedan en la actuación sobre los factores determinantes

estudiados con especial preocupación en la población infantil y en las desigualdades que determinados tipos de intervención pueden generar.

El conjunto de iniciativas que recoge este anteproyecto responden sobradamente a la necesidad y a la eficacia según la información y el conocimiento disponible hasta este momento.

2) Principio de proporcionalidad

La iniciativa propuesta contiene la regulación imprescindible para atender la necesidad a cubrir con la norma, habiéndose centrado, por un lado, en la protección de la salud de la población infantil y adolescente y por tanto en los lugares en los que ellos realizan todo el aprendizaje y pasan el mayor número de horas del día y en la publicidad a ellos dirigida. Por otro lado en la protección de la lactancia materna y de las mujeres embarazadas.

3) Principio de seguridad jurídica

Se garantiza este principio pues el borrador del Anteproyecto resulta coherente con el resto del ordenamiento jurídico, nacional y de la Unión Europea. De esta manera genera un marco normativo estable, predecible, integrado, claro y de certidumbre, que facilita su conocimiento y comprensión y, en consecuencia, la actuación y toma de decisiones de las personas y empresas.

4) Principio de transparencia

En primer lugar, se ha posibilitado que los potenciales destinatarios tengan una participación activa en la elaboración del anteproyecto a través de la realización **nueve** talleres de carácter autonómico con representantes de la Administración Autonómica, representantes de Administraciones Locales, representantes de consumidores, de los pacientes y asociaciones ciudadanas, representantes de sociedades científicas y colegios profesionales, y representantes de empresarios de los diferentes sectores afectados con un abordaje por sectores: educación, entornos, productores de alimentos, distribuidores, medios de comunicación, restauradores, asistencia sanitaria y por último el dedicado a las asociaciones ciudadanas, de pacientes y de consumidores.

En segundo lugar la realización de **ocho** talleres de carácter provincial donde se analizaba en cada una de las provincias las iniciativas salidas de los primeros nueve talleres mencionados realizados por sector y su posible efecto en el entorno de la provincia.

En segundo lugar, se ha posibilitado que los potenciales destinatarios tengan una participación activa en la elaboración de las normas mediante la consulta pública previa que se ha realizado al amparo del artículo 133.1 de la Ley 39/2015.

En tercer lugar los objetivos de esta iniciativa y su justificación aparecen en la parte expositiva del borrador

Y finalmente se procederá durante su tramitación a posibilitar el acceso sencillo, universal y actualizado a los documentos propios de su proceso de elaboración, en los términos establecidos en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno y la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía

5) Principio de eficiencia

Esta iniciativa normativa evita cargas administrativas innecesarias o accesorias y racionaliza, en su aplicación, la gestión de los recursos públicos, tal como se expresa en el informe sobre valoración de cargas administrativas,

Por otro lado, persigue garantizar la sinergia de las actuaciones de todas las administraciones implicadas regionales y locales en relación a la promoción de la actividad física y la alimentación equilibra a través del Plan Andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable PAFASA



Josefa Ruiz Fernández

LA SECRETARIA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO

R.E. Cg. de FSL / 3-8-17 15

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

Secretaría General de Salud Pública y Consumo

Nº 95/2017 Ref.: JRF/tcg/ccg Fecha: 02 de agosto de 2017

ASUNTO: Contrainforme Gabinete Jurídico y Borrador Ley Vida Saludable.

Remitente: SECRETARIA GRAL. DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO
Destinatario: SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA (Legislación)

275/16

Adjunto remitimos, Contrainforme al Gabinete Jurídico y Borrador de Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía.



Josefa Ruiz Fernández
Secretaria General de Salud Pública y Consumo

COMUNICACIÓN INTERIOR

CONTRAINFORME AL INFORME NÚMERO SSPI00021/17 del GABINETE JURÍDICO EN RELACIÓN CON EL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA

CONSIDERACIÓN JURÍDICA CUARTA

- Punto 4.1 Se adjunta Memoria en relación con los principios de buena regulación que se recogen en el artículo 129 de la Ley 39/2015
- Punto 4.2 Se adjunta Memoria en relación con la motivación del trámite de audiencia de acuerdo con los artículos 43.5 y 45.1c de la Ley 6/2004 del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Punto 4.8 Se adjunta Informe de valoración de alegaciones realizadas por el Consejo de Defensa de la Competencia.
- Punto 4.9 Los órganos colegiados *Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable* y el *Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable* no incorporan funciones de ningún otro órgano colegiado ya que algunas de las actividades que conllevarán las funciones aunque se estén realizando actualmente no están recogidas, ni reguladas por ninguna norma
Incorporar la repercusión económico financiera (ver Memoria Económica)

CONSIDERACIÓN JURÍDICA QUINTA

En cuanto a la observación de carácter general sobre el excesivo contenido programático, hay que decir que en realidad sólo se pueden marcar las grandes líneas de actuación que deberán de verse concretadas con la elaboración del *Plan Andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable* (PAFASA) recogido en el artículo 9 y que requiere su actualización permanente derivada de la implantación y evaluación periódica.

Se ha realizado la revisión detallada de los artículos mencionados 7, 10.2,14,15,17,18,19 (excepto apartado 3), 22,23,24,25,39,40 y 42.

En aquellos aspectos en los que existen iniciativas concretas en marcha sinérgicas con la Ley se ha hecho referencia a ella para quede totalmente alineada con Ley, como es el caso de Art 17 en el punto 4 se incorpora el Modelo de Evaluación de Impacto en la Salud y se ha descendido al detalle de nuevos recursos o servicios tales como una red de Bancos de Leche o la creación de una red de Huertos Urbanos

CONSIDERACIÓN JURÍDICA SÉPTIMA

- 7.6 Art 6.2 a) El texto del apartado 2a) del Art.6 fue incorporado a propuesta de la Consejería de Fomento y Vivienda en las observaciones recibidas a este anteproyecto
- 7.7 Art 6.2 c) Entendemos que no se requiere la definición de "Menú saludable" habiendo quedado definida "la alimentación saludable". Se considera una medida proporcional ya que existe evidencia científica sobre el hecho de que un factor determinante del aumento de la tasa de obesidad en la población tiene que ver con la oferta de raciones cada vez mayores. Es necesario que la industria restauradora ponga a disposición además de las de gran tamaño, las de pequeño tamaño. Especialmente en aquellos establecimientos de uso frecuente por parte de la población infantil
- 7.8 Art 8.3 Entendemos que es más una precisión que una ampliación en relación al art. 14 de la ley 16/2011 en el ámbito que regula el anteproyecto pues se pueden considerar que son personas con enfermedades crónicas o personas en riesgo
- Art. 9.2 No es apropiado incorporar el periodo de vigencia ya que el Plan tendrá actualizaciones periódicas en la medida que se vaya desarrollando
- 7.9 Art. 9.3 Prevalencia es un término que se utiliza habitualmente para indicar la situación en la población de un determinado problema de salud. Disminuir la prevalencia es disminuir la presencia del problema de la obesidad
- 7.10 Art. 10.1 Efectivamente se estará al alcance que se le atribuye en la normativa nacional.

7.14 Art.11.1 Entendemos que las funciones del Consejo Interterritorial recogidas en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, permiten la adopción de aprobación de criterios de actuación en relación a problemas de salud pública, en especial el apartado l), y también el k), el o) y p) Es por ello que se aprobó en su seno el documento de consenso al que se hace referencia en el texto relacionado con los menús escolares

7.15 .1 En el caso de la promoción de actividades no puede concretarse más. En cambio en el consumo dentro de los centros docentes si como se recoge en el Anexo.

7.15.2. No tiene sentido que en los centros de secundaria y formación profesional se prohíba los alimentos en bares y cantinas en los centros docentes y se permita que esos alimentos se puedan obtener de máquinas vending autorizadas en estos centros.

7.15.3. Art 12 y 20.2 Se argumenta la proporcionalidad de esta medida ya que las acciones aquí contenidas ya se encuentran en el documento de consenso que aprobó el Consejo Interterritorial, en la evidencia científica y en las recomendaciones internacionales y es un problema de salud pública de primera magnitud, para el que la población infantil se considera especialmente vulnerable.

7.17 Art. 16.1.c). Se pretende proteger a las poblaciones más vulnerables, dado que como se ha reflejado anteriormente la epidemia de la obesidad se ceba con estas poblaciones ahondando la brecha de la desigualdad social. Es por ello que en los espacios de residencia de las personas donde incluso puede darse el caso que el único acceso a bebidas sea una máquina vending debe garantizarse que pueda existir el acceso al agua potable y gratuita.

Es frecuente encontrar establecimientos que como norma vienen ofreciendo agua a sus clientes, esto ocurre en otros países y en otras regiones y era habitual en Andalucía.

Sí el agua embotellada supone algún valor añadido sobre el agua del grifo, se seguirá demandando. Además habría que recordar que la oferta de agua mineral no deja de ser la explotación privada de un recurso natural público aunque sea a través de procedimientos perfectamente regulados

La base científica se apoya en el Rapport Hercberg_Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique 2013.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000068.pdf>

Uno de los objetivos de esta ley es mejorar la calidad nutricional de la oferta alimentaria y facilitar la **accesibilidad física y económica** a los alimentos y bebidas de mejor calidad nutricional para todos y especialmente para las poblaciones con menos recursos (pag 1 rapport Hercberg).

Favorecer la accesibilidad al agua se inscribe en este propósito (medida 6 pág 84 y 85)

La promoción del consumo de agua como única bebida indispensable en el niño y en el adulto pasa por facilitar el acceso a través de una oferta de agua gratuita, sana, de buena calidad, agradable de beber y disponible en todos los lugares. Esta promoción del consumo de agua debe, así mismo, permitir ofrecer una alternativa en todos aquellos lugares donde se promueve la oferta de bebidas azucaradas (CDC, 2010, CDC, 2012, Institute of Medicine, 2007a, National Association of Local Boards of Health, 2010). Diferentes trabajos han puesto de manifiesto que favorecer el consumo de agua como bebida de base se acompaña de un menor riesgo de aumentar de peso en los niños, en los adolescentes y en los adultos (Daniels & Popkin, 2010, Dennis et al., 2010, Stookey et al., 2007, Stookey et al., 2008). Sustituir las bebidas azucaradas por agua se asocia a una disminución del aporte de calorías en los niños y en los adolescentes (Wang et al., 2009), e instalar fuentes de agua en los lugares públicos y en otros lugares aumenta el consumo de agua y reduce el riesgo de sobrepeso y de obesidad (Muckelbauer et al., 2009).

En base a esta justificación las medidas a implementar incluyen las siguientes acciones:

- a) Instalar fuentes de agua refrigerada que ofrezcan agua sana, de buena calidad gustativa, fácilmente accesible y gratuita en todos los lugares públicos que acogen público, especialmente niños y adolescentes.
- b) Todo distribuidor automático que ofrezca la venta de productos alimentarios (especialmente bebidas azucaradas o con sabor azucarado) deben tener acoplada una fuente de agua refrigerada contigua integrada en el distribuidor o en la proximidad (instalación y mantenimiento a cargo de la sociedad que gestiona los distribuidores automáticos).

Argumentos tomados de Comment faire mieux ? L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité.

http://www.obesitynetwork.ca/files/pepo-inspq_comment-faire-

[mieux livre 4 avril 2016.pdf](#) (Pág 77 yss)

Efectivamente esta iniciativa debe de ser acompañada por una estrategia que permita mejorar el empoderamiento de estas personas a través de la información. Y es por ello que en este Anteproyecto está previsto en su artículo 35, la creación de un Sistema de Información de calidad nutricional de los alimentos de Andalucía que permitirá la información para valorar si los alimentos son más o menos favorables a la salud.

En cuanto a la proporcionalidad de las iniciativas. Este anteproyecto de Ley cuenta con una diversidad muy amplia de medidas que afectan tanto a las administraciones públicas, regionales y locales como a los operadores económicos relacionados con la industria agroalimentaria, productores de alimentos, empresas de ocio, centros educativos, centros de trabajo, residencias de personas mayores y de personas dependientes. Las medidas recogidas responden a las medidas recomendadas por parte de la Organización Mundial de la Salud e Instituciones Internacionales de Francia, Canadá y Reino Unido entre otras para hacer frente a la epidemia de la obesidad con una gravísima repercusión en la salud de las personas y en la sostenibilidad del sistema sanitario. Las recomendaciones hacen hincapié en la necesidad de que las autoridades de los países nacionales, regionales y locales se impliquen a través de regulaciones que permitan poner en marcha las medidas necesarias. Se concita una participación sinérgica de todos los sectores sociales afectados. En todo caso es necesario resaltar que la industria está acostumbrada a reformular sus productos para ampliar su población diana o responder a demandas y gustos ciudadanos. Por tanto debe evolucionar hacia ofertas saludables, cuando está claro que la oferta a través de la cual se han enriquecido ha supuesto uno de los factores determinantes de la epidemia que se pretende atajar con un altísimo coste económico y social.

7.18 Art 17.4 Este apartado queda precisado ya en el Decreto 169/2014, de 9 de diciembre, por el que se establece el procedimiento de la Evaluación del Impacto en la Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

7.19 Art 19.3. Ya se precisa que se hará reglamentariamente. En todo caso se estará a normativa vigente.

7.21 Art.19.6. La precisión sobre el alcance de la implicación de los medios de comunicación quedará recogido en el PAFASA. Instrumento mediante el cual se especifican las medidas e intervenciones específicas que deberá aprobarse a propuesta del Consejo de Gobierno.

7.22 Art. 19.7 La población infantil por su vulnerabilidad tiene una protección especial derivada de normativa ya existente relacionada con los centros docentes como espacios libres de publicidad y ahora haciéndolo extensible a los centros sanitarios donde se atiende a la población infantil.

7.23 Art.20.2. En este apartado, se estará a lo que se diga en la normativa vigente de régimen local de aplicación

7.24 Art.20.3. Se pretende que el agua este disponible sin la necesidad de que el cliente lo demande. Las medidas recogidas en la Ley son fruto como ya se ha citado de una revisión sobre el nivel de evidencia de efectividad de las medidas. Para ello se ha utilizado entre otros el estudio realizado por el gobierno canadiense. En todo caso se hace necesario recordar que era costumbre de los centros de restauración de nuestra comunidad, que además su climatología en determinadas épocas del año conlleva importante riesgo de aparición de deshidrataciones en las personas. Esta costumbre perfectamente incorporada en nuestra cultura empezó a disminuir con las estrategias comerciales del agua embotellada. Resulta interesante reseñar que ya ha aparecido en la prensa un pronunciamiento de asociaciones de empresarios de restauración de Córdoba y otros lugares apoyando esta medida como un aspecto cultural y de responsabilidad social de las empresas.

7.28 Art.22.4 Los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs). Son instrumentos de gestión de la calidad asistencial, utilizados en el Plan de Calidad del SSPA. Estos instrumentos sirven para la reorganización de los recursos en función de unos criterios y estándares de calidad de manera que con la evidencia científica disponible se garantice la atención de calidad en un plano de igualdad en toda la población. Se han realizado hasta ahora más de 50 PAIs para los problemas de salud de mayor prevalencia o mayor impacto en la salud de las personas. Se trata de abordar ahora el problema de la obesidad mórbida con este instrumento.

7.29 Art.24.2. Este programa denominado **promoción de hábitos de vida saludable** viene desarrollándose desde hace muchos años coordinado por la Consejería de Educación, este programa incluye dos subprogramas para cada una de las etapas de la infancia y adolescencia, ordena las iniciativas necesariamente conjuntas en este ámbito entre salud y educación. No se encuentra recogido en ninguna norma o convenio entre las partes, aunque se está pensando en la posibilidad de desarrollo en un futuro dada la profundización de la colaboración proyectada por las administraciones

7.38 Art. 34. No se considera necesario entrar en el detalle pues será actividad propia y con metodología e instrumentos habituales del Servicio de Vigilancia y Salud Laboral de la Consejería de Salud

7.41. Art 37 La Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable es un órgano colegiado que se crea con la intención de integrar la participación de las administraciones públicas concernientes y los actores sociales implicados en el desarrollo del PAFASA recogido en el art.9, por lo que debe responder a las funciones de un órgano de participación administrativa.

7.43 Art. 37.5b No se considera necesario que este informe sea preceptivo

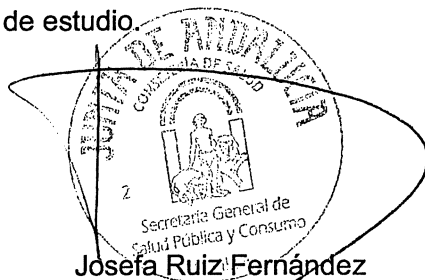
7.48 Art. 39.1 No existe normativa que regule el Programa de Hábitos de Vida Saludable

7.49 Art. 40.1.No existe normativa que regule la Estrategia de Investigación e Innovación.

7.50 Art. 40.4 Los conflictos de intereses en el entorno científico es la piedra angular para validar la calidad de las investigaciones científicas, independientemente de que se respete el derecho a la libre expresión.

CONSIDERACIÓN JURÍDICA OCTAVA

8.7 Art. 34 No es necesario modificar la Ley de Salud pública. Ya que en el artículo 63 no se definen que variables deben de integrarlo o no, ya que eso sería imposible al ir variando las necesidades de estudio



Josefa Ruiz Fernández

SECRETARÍA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO

CONTRAINFORME EN RELACIÓN CON EL INFORME N 8/2017 DEL CONSEJO DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA DE ANDALUCÍA SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA

En respuesta a los puntos segundo a sexto contenidos en el Dictamen emitido por el Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía, le informamos.

SEGUNDO. En relación con el punto 3 del art. 129 de la Ley 39/2015, entendemos que las iniciativas recogidas en el presente Anteproyecto contienen la regulación imprescindible para atender la necesidad a cubrir con la norma, tras constatar que no existen otras medidas menos restrictivas de derechos, o que impongan menos obligaciones a los destinatarios. Como se explica en la exposición de motivos y en las argumentaciones que constan en el expediente del informe en relación a las alegaciones realizadas en el trámite de audiencia, las iniciativas estrictamente sanitarias puestas en marcha desde hace más de 10 años en Andalucía para combatir la epidemia mundial de obesidad, al igual que en el resto de países no han sido suficientes para que revierta la tendencia y disminuya drásticamente su aparición.

Andalucía contó primero con el Plan Andaluz de Actividad Física y Alimentación Saludable (PAFAE) que sigue trabajando y el Plan Andaluz para la Obesidad Infantil (PIOBIN) que igualmente desarrolla iniciativas en el ámbito sanitario principalmente con este objetivo. Las recomendaciones de los organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud, Unión Europea, ..) insisten en la necesidad de abordar estrategias más complejas que actúen sobre los más de 100 factores determinantes estudiados causantes de la obesidad. Estas variables se agrupan en distintas áreas una de ellas es la producción de alimentos, concretamente la necesidad de abordar la reformulación de muchos de los alimentos que se encuentran en el mercado, como las bebidas refrescantes hipercalóricas o aquellos alimentos ricos en sal, ácidos grasos y en grasas trans. Animando a las autoridades nacionales, regionales y locales que actúen impulsando estos cambios para que sean accesibles los cambios hacia nuevos estilos de vida saludables a todas las personas, impulsando especialmente la protección a las poblaciones más vulnerables, incorporando incluso impuestos a los alimentos considerados no saludables y apoyando con subvenciones a los que si lo son, en un marco que favorezca las estrategias de sostenibilidad del sistema y del planeta, luchando contra el cambio climático

La iniciativa propuesta contiene la regulación imprescindible para atender la necesidad a cubrir con la norma, habiéndose centrado, por un lado, en la protección de la salud de la población infantil y adolescente y por tanto en los lugares en los que ellos realizan todo el aprendizaje y pasan el mayor número de horas del día y en la publicidad a ellos dirigida. Por otro lado, en la protección de la lactancia materna y de las mujeres embarazadas y por último en los mayores y menores en situación de dependencia como los aspectos más relevantes.

Por todo ello estamos convencidos de la absoluta proporcionalidad de las medidas, que lógicamente a través de los instrumentos que se crean como el Comité Científico y la Comisión Andaluza será posible la evaluación de la eficacia de las medidas y el desarrollo de acciones concretas a través del PAFASA.

TERCERO. Se argumenta la proporcionalidad de las medidas contenidas en el artículo 12 en base a que las acciones aquí contenidas ya se encuentran en el Documento de Consenso sobre la Alimentación en los Centros Educativos. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. AECOSAN Ministerio de Sanidad, aprobado el 21 de julio de 2010 en el Consejo Interterritorial, que cuentan con evidencia científica y están recogidas en las recomendaciones internacionales, además de por ser un problema de salud pública de primera magnitud, para el que la población infantil se considera especialmente vulnerable. En cuanto a las medidas contenidas en el artículo 16 del presente Anteproyecto, estas persiguen proteger a las poblaciones más vulnerables, dado que como se ha reflejado anteriormente la epidemia de la obesidad se ceba con estas poblaciones ahondando la brecha de la desigualdad social. Es por ello que en los espacios de residencia de las personas donde incluso puede darse el caso que el único acceso a bebidas sea una máquina vending debe garantizarse que pueda existir el acceso al agua potable y gratuita.

Por otro lado es necesario tener en cuenta que es frecuente encontrar establecimientos que como norma vienen ofreciendo agua a sus clientes, esto ocurre en otros países y en otras regiones y era una práctica habitual en Andalucía hasta que las potentes estrategias de marketing de la industria del agua embotellada fue haciéndola desaparecer.

Sí el agua embotellada supone algún valor añadido sobre el agua del grifo, se seguirá demandando. Además habría que recordar que la oferta de agua mineral no deja de

ser la explotación privada de un recurso natural público aunque sea a través de procedimientos perfectamente regulados.

La base científica se apoya en el Rapport Hercberg_Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique 2013. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000068.pdf>

Uno de los objetivos de esta ley es mejorar la calidad nutricional de la oferta alimentaria y facilitar la **accesibilidad física y económica** a los alimentos y bebidas de mejor calidad nutricional para todos y especialmente para las poblaciones con menos recursos (pag 1 rapport Hercberg).

Favorecer la accesibilidad al agua se inscribe en este propósito (medida 6 pág 84 y 85)

La promoción del consumo de agua como única bebida indispensable en el niño y en el adulto pasa por facilitar el acceso a través de una oferta de agua gratuita, sana, de buena calidad, agradable de beber y disponible en todos los lugares. Esta promoción del consumo de agua debe, así mismo, permitir ofrecer una alternativa en todos aquellos lugares donde se promueve la oferta de bebidas azucaradas (CDC, 2010, CDC, 2012, Institute of Medicine, 2007a, National Association of Local Boards of Health, 2010). Diferentes trabajos han puesto de manifiesto que favorecer el consumo de agua como bebida de base se acompaña de un menor riesgo de aumentar de peso en los niños, en los adolescentes y en los adultos (Daniels & Popkin, 2010, Dennis et al., 2010, Stookey et al., 2007, Stookey et al., 2008). Sustituir las bebidas azucaradas por agua se asocia a una disminución del aporte de calorías en los niños y en los adolescentes (Wang et al., 2009), e instalar fuentes de agua en los lugares públicos y en otros lugares aumenta el consumo de agua y reduce el riesgo de sobrepeso y de obesidad (Muckelbauer et al., 2009).

En base a esta justificación las medidas a implementar incluyen las siguientes acciones:

- a) Instalar fuentes de agua refrigerada que ofrezcan agua sana, de buena calidad gustativa, fácilmente accesible y gratuita en todos los lugares públicos que acogen público, especialmente niños y adolescentes.
- b) Todo distribuidor automático que ofrezca la venta de productos alimentarios (especialmente bebidas azucaradas o con sabor azucarado) deben tener acoplada una fuente de agua refrigerada contigua integrada en el distribuidor o

en la proximidad (instalación y mantenimiento a cargo de la sociedad que gestiona los distribuidores automáticos).

Argumentos tomados de Comment faire mieux ? L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité. http://www.obesitynetwork.ca/files/pepo-inspq_comment-faire-mieux_livre_4_avril_2016.pdf (Pág 77 yss)

Efectivamente esta iniciativa debe de estar acompañada por una estrategia que permita mejorar el empoderamiento de las personas a través de la información y la formación para el desarrollo de hábitos de vida saludable. Estos programas son los que han venido incorporándose en los Planes mencionados anteriormente donde las iniciativas partían exclusivamente de la autoridad sanitaria. Y es por ello que en este Anteproyecto está previsto ir más allá, recogiendo en su artículo 35, la creación de un Sistema de Información de la calidad nutricional de los alimentos de Andalucía que permita poner accesible la información para valorar si los alimentos son más o menos favorables a la salud. Este sistema se ha diseñado sin requerir ningún cambio en el etiquetado de los alimentos y por tanto sin repercusión en los operadores económicos en este aspecto.

En cuanto a la proporcionalidad de las iniciativas. Este anteproyecto de Ley cuenta con una diversidad muy amplia de medidas que afectan tanto a las administraciones públicas, regionales y locales como a los operadores económicos relacionados con la industria agroalimentaria, productores de alimentos, empresas de ocio, centros educativos, centros de trabajo, residencias de personas mayores y de personas dependientes. Las medidas recogidas responden a las medidas recomendadas por parte de la Organización Mundial de la Salud e Instituciones Internacionales de Francia, Canadá y Reino Unido entre otras para hacer frente a la epidemia de la obesidad con una gravísima repercusión en la salud de las personas y en la sostenibilidad del sistema sanitario. Las recomendaciones hacen hincapié en la necesidad de que las autoridades de los países nacionales, regionales y locales se impliquen a través de regulaciones que permitan poner en marcha las medidas necesarias. Se concita una participación sinérgica de todos los sectores sociales afectados. En todo caso es necesario resaltar que la industria alimentaria trabaja habitualmente en la reformulación de sus productos para ampliar su población diana o responder a demandas y gustos de la ciudadanía cambiantes. Parece razonable que en este momento evolucione hacia ofertas saludables que será demandada por una

población cada vez más consciente e informada, cuando está claro, además, que la oferta a través de la cual se han enriquecido ha supuesto uno de los factores determinantes de la epidemia que se pretende atajar con un altísimo coste económico y social.

CUARTO. La población infantil por su vulnerabilidad tiene una protección especial derivada de normativa ya existente relacionada con los centros docentes como espacios libres de publicidad. Ley 17/ 2011 de Seguridad Alimentaria y Documento de Consenso sobre la Alimentación en los Centros Educativos. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. AECOSAN Ministerio de Sanidad, aprobado el 21 de julio de 2010 en el Consejo Interterritorial.

La prohibición de publicidad se hace extensible a centros sanitarios y socio-sanitarios para lo cual las Consejerías competentes en materia de salud y de igualdad tienen competencias y cuya finalidad es proteger a las poblaciones más desfavorecidas

En cuanto al artículo 27 2 g (entendemos 3 g) referida a *Promover la entrega de regalo, premio o cualquier otro beneficio destinado a fomentar la adquisición o el consumo de alimentos o bebidas no alcohólicas* **que no respondan a las características del anexo de esta Ley** hay que tener en cuenta que se ubica en el marco de los acuerdos de corregulación vigentes al amparo del artículo 46.1 de la Ley 17/2011, la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas. Estos códigos de autorregulación no han tenido el impacto deseado en la disminución de la obesidad infantil y es por ello que se incorpora esta iniciativa como obligatoria. Además se conoce perfectamente la eficacia de la técnica de mercadotecnia dirigida a los niños mediante la cual se fomenta el consumo de un alimento que en el caso de no recurrir al regalo, sería mucho menor. Medida avalada tanto en los Informes del Gobierno francés como en el del Gobierno canadiense.

QUINTO. AGUAS Y MÁQUINAS VENDING. La exigencia a los responsables de las máquinas expendedoras de instalar y mantener en la máquina o en las inmediaciones sistemas de fuentes de agua potable y gratuita es coherente con la exigencia a las empresas de restauración de ofrecer agua potable, fresca y gratuita a sus clientes. La responsabilidad social por la salud, tal como dispone el artículo 33 de la Ley 16/2011 comprende acciones relacionadas con el desarrollo de la promoción de la salud en el

lugar de trabajo a través de la promoción de hábitos de vida saludable y entornos favorables a la salud en relación con el área de trabajo de la empresa. Garantizar el acceso al agua potable de las personas a las que se les ofrece el servicio de máquinas expendedoras de alimentos está enmarcado perfectamente en ese ámbito.

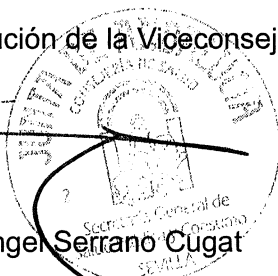
SEXTO. La letra f) del artículo 10 de la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, protege la libertad de servicios con la prohibición de *Intervención directa o indirecta de competidores, incluso dentro de órganos consultivos, en la concesión de autorizaciones o en la adopción de otras decisiones de las autoridades competentes relativas al establecimiento para el ejercicio de una actividad de servicios, sin perjuicio de la actuación de colegios profesionales y consejos generales y autonómicos de colegios profesionales, como autoridades competentes, en el ámbito de las competencias que les otorga la ley. Esta prohibición se extiende a organismos como las cámaras de comercio y a los interlocutores sociales en lo que concierne al otorgamiento de autorizaciones individuales, pero esa prohibición no afectará a la consulta de organismos como las cámaras de comercio o de los interlocutores sociales sobre asuntos distintos a las solicitudes de autorización individuales, ni a una consulta del público en general.*

Entendemos que no se necesita remitirse específicamente a ella ya que entre las funciones del órgano colegiado de participación administrativa y social la Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, no se cuenta con la concesión de autorizaciones ni decisiones relativas al establecimiento de servicios como puede comprobarse en desde el apartado g) al h) del punto 5 del artículo 37.

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO

P.S EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO

(Resolución de la Viceconsejería de Salud de 6 de julio de 2017)


Fdo. Ángel Serrano Cugat

Ref. 797/09.05.17

1406

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE HACIENDA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE PRESUPUESTOS

S A L I D A	JUNTA DE ANDALUCÍA	
	CONSEJERÍA DE HACIENDA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	
	02 AGO. 2017	
	Registro General	31290
		SEVILLA

Fecha: 2 de Agosto de 2017
 Nuestra referencia: ODP-00056/2017
 Asunto: Anteproyecto Ley Vida Saludable y Equilibrada

CONSEJERÍA DE SALUD
 Secretaría General Técnica
 Avda. de la Innovación s/n
 Edificio Arena
 41020 - SEVILLA

2100/22229

275/16 RS

De conformidad con lo establecido en el Decreto 162/2006, de 12 de septiembre, por el que se regulan la memoria económica y el informe en las actuaciones con incidencia económico-financiera, la Consejería de Salud ha solicitado a esta Dirección General de Presupuestos, la emisión de Informe económico-financiero relativo al *Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía.*

El derecho a la protección de la salud está reconocido en España en la norma fundamental de nuestro ordenamiento jurídico: la Constitución de 1978, que en su artículo 43 establece además la atribución de competencias a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Por su parte, el artículo 55.2 del Estatuto de Autonomía para Andalucía establece que, entre otras, corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular, la ordenación y ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, la configuración legal del derecho a la protección de la salud se concreta en dos leyes: la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, leyes que contemplan la salud como un objetivo de bienestar colectivo y plenitud personal, siendo el cometido de la salud pública contribuir a generar en la sociedad las condiciones de vida más favorecedoras para la salud de la población, promover conductas y estilos de vida saludables, proteger la salud ante las amenazas y los riesgos, y no solo luchar contra las enfermedades y minimizar la pérdida de salud.

En este contexto, como se pone de manifiesto en la Memoria Funcional y Económica aportada, la Consejería de Salud asume la necesidad de elaborar una ley que permita desplegar las estrategias necesarias para combatir la principal epidemia del mundo desarrollado, la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas.

JESUS HUERTA ALMENDRO		02/08/2017	PÁGINA: 1 / 11
VERIFICACIÓN	NH2Km97BCCE16D0603A4F9F8EA69B6	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	

Asimismo, la Ley, como se concreta en su propia exposición de motivos, genera una sinergia importante con la Ley 5/2016, de 19 de julio, del Deporte de Andalucía, de manera que complementa todos los aspectos de la actividad física relacionados con la forma de desplazarse, transporte activo o actividades que fomentan a su vez la relación con alimentos saludables como los huertos escolares o los urbanos, buscando una mayor eficacia de los objetivos compartidos.

Con todo ello, el anteproyecto de Ley se propone con el objetivo del establecimiento y desarrollo de las acciones necesarias para la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable y equilibrada entre la población.

OBJETO Y CONTENIDO

El Anteproyecto de Ley que se informa se estructura en un título preliminar, siete títulos, dos disposiciones adicionales, dos transitorias, una derogatoria, tres disposiciones finales y un Anexo.

En el Título Preliminar se establece el objeto, los fines, el ámbito de aplicación las definiciones y los principios inspiradores de la Ley.

Concretamente, el objeto se regula en el artículo 1, y consiste en:

1. El establecimiento y desarrollo de las acciones necesarias para la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable y equilibrada entre la población, con la finalidad de prevenir los problemas del sobrepeso y la obesidad en Andalucía y los riesgos para la salud que llevan asociados, así como favorecer una atención integral a las personas que padecen estos problemas y la concienciación social sobre los mismos.
2. El establecimiento de medidas para la promoción de la salud, la prevención y la adecuada atención sanitaria de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos de la conducta asociados a una distorsión negativa de la propia imagen corporal.

Por su parte, el Título I se dedica a definir los derechos de la ciudadanía en relación con la actividad física, la alimentación saludable y la diversidad de la imagen corporal, así como a establecer el sistema de garantías de estos derechos.

En el Título II se detallan las medidas para poner en marcha la lucha contra la obesidad y el sobrepeso, organizándose en cuatro Capítulos.

En el Título III se abordan los trastornos de la conducta alimentaria y otros relacionados.

El Título IV está dedicado a la publicidad y comercialización de los alimentos y bebidas, dedicando un apartado al control de la publicidad ilícita y destacando la función del Consejo Audiovisual de Andalucía de velar para que la publicidad de los alimentos y bebidas no alcohólicas, especialmente la dirigida a menores de 15 años, se ajuste a la Ley.

JESUS HUERTA ALMENDRO		02/08/2017	PÁGINA: 2 / 11
VERIFICACIÓN	NH2Km97BCCÉ16D0603A4F9F8EA69B6	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	

El Título V regula la organización, coordinación y gobernanza para una acción coordinada de las políticas públicas en la promoción de la vida saludable y la alimentación coordinada. Destaca la creación del Mapa andaluz de la situación de sobrepeso y obesidad y el Sistema de Información de Calidad Nutricional de los Alimentos en Andalucía (SICNA). Se crean asimismo, la Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable y el Comité Científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

El Título VI se dedica a la formación, investigación e innovación en el ámbito de la actividad física y la alimentación saludables y, por último, en el capítulo VII se establece el régimen de infracciones y sanciones en las materias objeto de la Ley.

La Disposición Adicional primera establece el plazo en el que se deberán constituir la Comisión Andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable y el Comité Científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, mientras que la Disposición Adicional segunda dispone el régimen de actualización de los criterios nutricionales que se establecen en el Anexo.

Respecto a las Disposiciones Transitorias, en la primera se establece el plazo de implementación de 12 meses de la ley en los determinados ámbitos, y en la segunda el plazo máximo en el que debe establecerse el tiempo mínimo de ejercicio físico y/o actividad física en los centros educativos regulado en el artículo 10.2. a).

Se incluye, asimismo, una disposición derogatoria y tres finales, referidas a la reglamentación del sistema de información de calidad nutricional de Andalucía, el marco jurídico del desarrollo reglamentario de la Ley y su entrada en vigor, respectivamente.

Para terminar, el Anteproyecto se acompaña de un Anexo en el que se determinan los criterios nutricionales por porción envasada o comercializada que deberán cumplir las bebidas y los alimentos envasados para poder comercializarse en los centros educativos de Andalucía.

VALORACIÓN ECONÓMICA

En cuanto a la valoración económica del Anteproyecto de Ley que se informa, según la información aportada referida a cada una de las secciones presupuestarias implicadas, el gasto necesario para el desarrollo de la ley en el periodo comprendido entre 2017 y 2020 para el que se aportan datos, se situaría en 469,2 millones de euros. Adicionalmente, junto a estos recursos habría que tener en cuenta que la Consejería de Salud indica en su Memoria que el Anteproyecto de Ley prevé asimismo el desarrollo de determinadas actividades que no han sido cuantificadas. Se trata de una parte de la atención sanitaria integral a personas con obesidad o trastornos de la conducta alimentaria y de otro, del desarrollo en el seno de los servicios públicos de salud del asesoramiento y consejo dietético personalizado. En ambos casos se especifica que se trata de prestaciones que ya se vienen realizando y que no requieren de recursos adicionales.

JESUS HUERTA ALMENDRO		02/08/2017	PÁGINA: 3 / 11
VERIFICACIÓN	NH2Km97BCCE16D0603A4F9F8EA69B6	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	

El detalle, para cada uno de los ejercicios, diferenciando por capítulo económico y servicio, se resume en el cuadro siguiente:

CAPÍTULO	SERVICIO	2017	2018	2019	2020	TOTAL 2017-2020
1	Autofinanciada	25.580.466,00	25.832.489,00	26.087.032,00	26.344.120,00	103.844.107,00
	Total Capítulo 1	25.580.466,00	25.832.489,00	26.087.032,00	26.344.120,00	103.844.107,00
2	Autofinanciada	18.116.288,00	17.209.550,00	17.216.053,00	17.281.744,00	69.823.635,00
	Transferencias Finalistas (Serv. 18)	269.250,00	134.625,00	67.313,00	33.656,00	504.844,00
	Total Capítulo 2	18.385.538,00	17.344.175,00	17.283.366,00	17.315.400,00	70.328.479,00
4	Autofinanciada	60.505.000,00	61.105.000,00	61.711.000,00	62.323.060,00	245.644.060,00
	Total Capítulo 4	60.505.000,00	61.105.000,00	61.711.000,00	62.323.060,00	245.644.060,00
6	Autofinanciada	199.480,00	199.480,00	199.480,00	199.480,00	797.920,00
	Fondos Europeos	14.930.377,00	20.174.649,00	7.137.000,00	5.677.234,00	47.919.260,00
	Transferencias Finalistas (Serv. 18)	164.082,43	164.082,43	164.082,43	164.082,43	656.329,72
	Total Capítulo 6	15.293.939,43	20.538.211,43	7.500.562,43	6.040.796,43	49.373.509,72
	TOTAL	119.764.943,43	124.819.875,43	112.581.960,43	112.023.376,43	469.190.155,72

Como se puede observar en el mismo, para el ejercicio 2017, los recursos destinados a las actuaciones derivadas de esta propuesta ascenderían a 119,76 millones de euros, concentrándose en el capítulo 4 "Transferencias Corrientes", del servicio de autofinanciada, que en este ejercicio absorbe más del 50% del gasto total. Le sigue el capítulo 1 "Gastos de Personal", con una portación alrededor del 21,3%. el Capítulo 6 "Transferencias de Capital", por su parte, es que el tiene una portación menos significativa (no llega al 13% en 2017).

Para el ejercicio siguiente, se prevé que el gasto para el desarrollo de la Ley ascienda hasta 124,8 millones de euros, superando en un 4,2% el de 2017, si bien en los dos años siguientes, 2019 y 2020, se situaría alrededor de unos 112 millones de euros.

El incremento en 2018 se concentra en el Capítulo 6 "Transferencias de Capital" y se justifica por el crecimiento de recursos procedentes de Fondos Europeos que la Consejería de Fomento y Vivienda tiene previsto dedicar para carriles bicicletas y caminos peatonales, así como el desarrollo de la red ciclista urbana y metropolitana. En los ejercicios siguientes, estos recursos, no obstante, se verán minorados considerablemente. Destaca asimismo, la progresiva bajada del gasto en Capítulo 2 "Gastos corrientes en bienes y servicios", que partiendo de un gasto de 269.250 euros en 2017, se iría reduciendo en un 50% en cada uno de los ejercicios siguientes, situándose en 33.656 euros en 2020.

La memoria funcional y económica remitida específica por secciones presupuestarias las actuaciones concretas que habrían de llevar a cabo para el desarrollo del Anteproyecto de ley, indicando si las mismas se vienen realizando ya o si se trata de actuaciones nuevas que requerirían de recursos adicionales, cuyo desglose se adjunta a este informe como Anexo.

JESUS HUERTA ALMENDRO		02/08/2017	PÁGINA: 4 / 11
VERIFICACIÓN	NH2Km97BCCE16D0603A4F9F8EA69B6	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	

En dicho desglose se indica que la efectiva aplicación de la ley implicaría actuaciones nuevas valoradas en 372.800 euros para cada uno de los ejercicios en los que se ha realizado su valoración económica (2017 a 2020, como se ha indicado anteriormente) y afecta únicamente a la Consejería de Salud y al Servicio Andaluz de Salud.

Concretamente, 370.000 euros anuales se destinarían a actividades de investigación en materia de sobrepeso y obesidad, y ayudas a la investigación en materia de actividad física, nutrición y alimentación. De otra parte, mil euros anuales serían necesarios para la creación del Comité Científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable y otros mil euros para la convocatoria de premios por el SAS y la Consejería de Salud, que como se indica en la Memoria no tendrían que ser necesariamente de carácter económico. Por último, los 800 euros restantes serían para la creación de la Comisión andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, previéndose que se celebren dos reuniones al año.

Junto a estas cuatro actuaciones nuevas, el anteproyecto contempla una más, la creación de un Sistema de Información Nutricional de Alimentos SICNA, pero según se indica en la Memoria ninguna de ellas requeriría recursos adicionales de manera que su desarrollo se llevaría a cabo con los disponibles actualmente.

FINANCIACIÓN

En lo que respecta a la financiación de la Ley, en el cuadro siguiente, elaborado a partir de los datos aportados en la Memoria Económica y el cuadro que se anexa, se concretan los recursos necesarios para su desarrollo, diferenciando por servicio o fuente de financiación y ejercicio económico:

	Autofinanciada	FF.EE.	Transferencias Finalistas (Serv 18)	TOTAL
2017	104.401.234,00	14.930.377,00	433.332,43	119.764.943,43
2018	104.346.519,00	20.174.649,00	298.707,43	124.819.875,43
2019	105.213.565,00	7.137.000,00	231.395,43	112.581.960,43
2020	106.148.404,00	5.677.234,00	197.738,43	112.023.376,43
TOTAL	420.109.722,00	47.919.260,00	1.161.173,72	469.190.155,72

Como se puede observar, la mayor parte de la financiación de la Ley procedería del servicio de autofinanciada (87,2% del total en 2017 y casi un 95% en 2020), siendo más limitados los recursos de fondos europeos y sobre todo los procedentes del servicio 18 (transferencias finalistas), que no alcanzan el 1% en ninguno de los ejercicios para los que se dispone de información.

El detalle por sección, capítulo, servicio y ejercicio económico se resume en el siguiente cuadro:

ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA						
SECCIÓN	CAPÍTULO	SERVICIO	2017	2018	2019	2020
Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural	6	Autofinanciada	199.480,00	199.480,00	199.480,00	199.480,00
		Fondos Europeos	4.137.000,00	4.137.000,00	4.137.000,00	4.137.000,00
		Transferencias Finalistas (Serv. 18)	164.082,43	164.082,43	164.082,43	164.082,43
TOTAL CONSEJERÍA DE AGRICULTURA, PESCA Y DESARROLLO RURAL			4.500.562,43	4.500.562,43	4.500.562,43	4.500.562,43
Consejería de Economía y Conocimiento	4	Autofinanciada	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00
TOTAL CONSEJERÍA DE ECONOMÍA Y CONOCIMIENTO			135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00
Consejería de Educación	1	Autofinanciada	25.202.284,00	25.454.307,00	25.708.850,00	25.965.938,00
	2	Autofinanciada	12.121.612,00	12.242.828,00	12.365.256,00	12.486.909,00
	4	Autofinanciada	60.000.000,00	60.600.000,00	61.206.000,00	61.818.050,00
TOTAL CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN			97.323.896,00	98.297.135,00	99.280.106,00	100.272.907,00
Consejería de Fomento y Vivienda	6	Fondos Europeos	10.793.377,00	16.037.649,00	3.000.000,00	1.540.234,00
TOTAL CONSEJERÍA DE FOMENTO Y VIVIENDA			10.793.377,00	16.037.649,00	3.000.000,00	1.540.234,00
Consejería de Igualdad y Políticas Sociales	2	Autofinanciada	4.512.354,00	3.728.249,00	3.728.249,00	3.728.249,00
TOTAL CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES			4.512.354,00	3.728.249,00	3.728.249,00	3.728.249,00
Consejería de Salud	1	Autofinanciada	378.182,00	378.182,00	378.182,00	378.182,00
	2	Autofinanciada	1.017.374,00	1.005.374,00	1.005.374,00	1.005.374,00
	4	Autofinanciada	370.000,00	370.000,00	370.000,00	370.000,00
TOTAL CONSEJERÍA DE SALUD			1.765.556,00	1.753.556,00	1.753.556,00	1.753.556,00
SAS	2	Autofinanciada	464.948,00	233.099,00	117.174,00	59.212,00
		Transferencias Finalistas (Serv. 18)	269.250,00	134.625,00	67.313,00	33.656,00
TOTAL SAS			734.198,00	367.724,00	184.487,00	92.868,00
TOTAL			119.764.943,43	124.819.875,43	112.581.860,43	112.023.376,43

Con relación a los aspectos económico financieros y aspectos presupuestarios del borrador de anteproyecto que se informa, y según se desprende de la información facilitada por las Consejerías afectadas, se indica lo siguiente:

Con relación al capítulo 1 "Gastos de Personal" los recursos presupuestarios para la financiación de esta Ley en los años considerados se sitúan entre 25,6 y 26,3 millones de euros, lo que supone alrededor de una quinta parte del total en cada ejercicio. Estos recursos, corresponden en su totalidad al servicio de autofinanciada y se concentran básicamente en la Consejería de Educación destinándose al desarrollo de actuaciones relacionadas con menús y dietas saludables en centros educativos y, más concretamente, para la retribución de cocineros y personal de cocina, así como de colaboradores docentes y directivos.

La Consejería de Salud, de otra parte, también participa en la financiación del capítulo 1, con 378.182 euros del servicio de autofinanciada en cada ejercicio para el desarrollo del programa de inspección y control de menús y dietas escolares y agua potable.

Respecto a las actuaciones que se financian con el capítulo 2 "Gastos corrientes en bienes y servicios", que suponen entorno al 15% del total en cada ejercicio, junto a las relacionadas con Educación, que destina algo más de 12 millones de euro en cada ejercicio para comedores (tanto de gestión directa como externos), jornadas de formación y el desarrollo de los programas "escuelas deportivas" y "promoción de hábitos de vida saludable", hay que hacer referencia a las del área de sanidad y servicios sociales.

Así, la Consejería de Igualdad y Servicios Sociales destina 3,4 millones de euros cada año del servicio de autofinanciada a gastos de alimentación de mayores y discapacitados. Junto a ello, en el ejercicio 2017 tiene presupuestado 1,1 millones de euros para actividades y talleres en los Centros de Participación Activa para mayores. Para los ejercicios siguientes, sin embargo, esta importe se reduce a 320.000 euros en cada anualidad, indicando esta Consejería en su certificación que esta cifra se podría ver incrementada si, una vez finalizada la encomienda de gestión que existe actualmente con la ASSDA para la realización del contrato de talleres, la Dirección General de Personas Mayores y Pensiones no Contributivas vuelve a gestionar el contrato con cargo a su presupuesto.

En cuanto a la participación de la Consejería de Salud en el capítulo 2, significa una aportación de 1 millón de euros de autofinanciada en cada año contemplado para el establecimiento de medidas para la promoción, prevención y atención a personas con TCA, la configuración del mapa andaluz del sobrepeso y la obesidad, la creación de la Comisión Andaluza y del Comité Científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, y la convocatoria de premios, en los que también participa el SAS.

Otras actuaciones del SAS en Capítulo 2 son la organización de la red de bancos de leche materna y la formación de profesionales, actividad que en parte es financiada con transferencias finalistas (servicio 18).

JESUS HUERTA ALMENDRO		02/08/2017	PÁGINA: 7 / 11
VERIFICACIÓN	NH2Km97BCCE16D0603A4F9F8EA69B6	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	

Como se ha indicado anteriormente, la mayor parte del gasto se concentra en el capítulo 4 "Transferencias Corrientes", del servicio de autofinanciada, que en 2017 asciende a 60,5 millones de euros, un 50,2% del gasto total en ese ejercicio. En los ejercicios siguientes los recursos del capítulo 4 se irán incrementando, hasta alcanzar 62,3 millones de euros en 2020. La Consejería de Educación es la que aportaría mayor financiación en este capítulo, con alrededor de 60 millones en cada ejercicio, que se destinan a la gestión de comedores por empresas, siendo una actuación que ya se realiza en la actualidad.

En este capítulo 4 se sitúan asimismo los 370.000 euros de autofinanciada que en cada ejercicio dedica la Consejería de Salud para investigación, y que destaca como la actividad nueva a la que la Ley destina mayores recursos, como se ha indicado ya anteriormente.

Para terminar, los recursos del capítulo 6, que proceden en su mayoría de fondos europeos, son gestionados por las Consejerías de Agricultura, Pesca y Alimentación, y Fomento y Vivienda.

En el caso de la Consejería de Fomento y Vivienda, se trata de actuaciones relacionadas con el plan de bicicleta, cofinanciadas con fondos FEDER. Por su parte, respecto a la Consejería de Agricultura, Pesca y Alimentación, los fondos proceden del FEAGA y se destinan al programa de consumo de frutas y verduras en la escuela.

El capítulo 6 cuenta asimismo en cada ejercicio con 164.082 euros en concepto de transferencias finalistas (servicio 18), gestionadas por la Consejería de Agricultura, Pesca y Alimentación para el programa de frutas y verduras en las escuelas, que como se ha comentado anteriormente también cuenta con financiación procedente del FEAGA.

CONCLUSIONES

Ante todo ello, y a modo de conclusión, señalar que la mayor parte de las actuaciones derivadas del borrador Anteproyecto de Ley que se informa corresponden a actividades que ya se están desarrollando y que no requieren la dotación de recursos adicionales, por lo que no supondrían un incremento de gasto en el Presupuesto de la Junta de Andalucía en el ejercicio 2017.

Respecto a las actuaciones nuevas, que como se ha indicado y se especifica en el cuadro anexo aportado por la Consejería de Salud, suponen un total de 372.800 euros en cada uno de los ejercicios para los que se ha aportado la valoración económica del Anteproyecto de Ley, se indica en la memoria que serán asumidas con las dotaciones actuales.

En cuanto a la financiación para los ejercicios 2018 y siguientes, deberá figurar reflejada en el correspondiente Anteproyecto del Presupuesto que se elabore para cada ejercicio, quedando finalmente acomodadas a las dotaciones que, en los respectivos estados de gastos de las Consejerías afectadas, se aprueben anualmente por el Parlamento de Andalucía en la correspondiente Ley de Presupuesto.

JESUS HUERTA ALMENDRO		02/08/2017	PÁGINA: 8 / 11
VERIFICACIÓN	NH2Km97BCCE16D0603A4F9F8EA69B6	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	

Todo ello sin perjuicio de que la actuación que se informa deberá ejecutarse conforme a lo establecido en el artículo 3.1 de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, que establece que la ejecución de los Presupuestos y demás actuaciones que afecten a los gastos o ingresos de los distintos sujetos comprendidos en el ámbito de aplicación de esta Ley se realizará en un marco de estabilidad presupuestaria.

Finalmente, se recuerda que cualquier modificación del proyecto normativo que pudiera afectar a su contenido económico-financiero, deberá ser sometida al informe de este Centro Directivo en los términos del Decreto 162/2006, del 12 septiembre, a efectos de valoración de su incidencia económico-presupuestaria y viabilidad financiera del gasto.

EL DIRECTOR GENERAL DE PRESUPUESTOS



JESUS HUERTA ALMENDRO		02/08/2017	PÁGINA: 9 / 11
VERIFICACIÓN	NH2Km97BCCE16D0603A4F9F8EA69B6	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	

1475

ANEXO

ACTIVACIONES en el ámbito de SALUD	Situación	Aplic. Económica	Descripciones	Ppto 2017	Ppto 2018	Ppto 2019	Ppto 2020
Establecimiento de medidas para la promoción, prevención y atención a personas con TCA	Vigente	41D/20 y 226 02	1000 € para datos y publicación. 1 proceso al año. Un proceso. Atención a la obesidad mórbida.	1.000	1.000	1.000	1.000
Programa de Inspección y control menús y dietas escolares y agua potable.	Vigente	41J Sv. 01 Cap. I	Gasto en 2016:	41.116	44.148	44.139	44.140
		41J Sv. 01 Cap. I	Calificación de certifi-	330	336	336	336
		41J Sv. 02 Cap. I	315.490 € y subvención	334.034	334.034	334.034	334.034
		41J Sv. 02 Cap. I	menús 11.000 € y coordinación 46.021€.	1.262	1.262	1.262	1.262
		Total	380.000	380.000	380.000	380.000	
Red de Bancos de leche materna	Vigente	41C Sv. 06 Cap. B SAS	Formación continua de los profesionales de las unidades pediátricas hospitalarias de los centros captadores. Actividades formativas para 50-20 personas	1.000	1.000	1.000	1.000
Formación de profesionales	Vigente	41B Sv. 06 Cap. B SAS	No es posible identificar cuántos profesionales se forman en aspectos relacionados con la promoción de la vida saludable y la alimentación equilibrada para la temática objeto de atención se prioriza cada año	463.656	231.849	115.924	57.962
		41B Sv. 16 Cap. B SAS		259.250	131.026	67.312	33.656
		Total	722.906	366.474	183.237	91.618	
Mapa Andaluz de Sobrepeso y Obesidad	Vigente	41D/22706/01	Ampliación en Andalucía de la Encuesta de la Obesidad Nacional ("Aladino")	12.000	0	0	0
Comisión Andaluza para la promoción...	Nuevo	41D Art. 23 y 22	2 reuniones/año de 4 ó 5 miembros de entidades sociales. Los miembros de la Administración no generan coste por este concepto	600	600	600	600
Comité Científico	Nuevo	41C Sv. 06 SAS. An. 23	6 reuniones anuales de 10 personas	1.000	1.000	1.000	1.000
Concesión de premios	Nuevo	41D An. 23 y 22	Personas del SSPA: Premios para indemnizaciones por razón de servicio. Se otorga	750	750	750	750
		41C Sv. 06 Cap. B SAS	Personas externas al SSPA. Acto anual con desplazamiento a Sevilla de 4 personas sin prestación de servicios	250	250	250	250
		Total	1.000	1.000	1.000	1.000	
Atención sanitaria a personas con obesidad o TCA	Vigente	Programa 41C del SAS (1231) y de la Consejería de Salud (1200. Concepto 440)	Esta prestación ya se viene realizando. Además, la atención a estas personas no requiere de recursos adicionales a los que supone la prestación de la asistencia sanitaria al resto de pacientes. El esfuerzo que supondría poder cuantificar el coste de la prestación a estas personas con obesidad o TCA, no se veía compensado con el uso de la información que de año en año se demosa para la gestión sanitaria				
Asesoramiento y consejo dietético personalizado	Vigente	Programa 41C del SAS (1231) y de la Consejería de Salud (1200. Concepto 440)	Este asesoramiento ya se viene realizando por parte de profesionales sanitarios. Fundamentalmente de atención primaria y no requiere de recursos adicionales a los que supone esta actuación en el resto de pacientes. El esfuerzo que supondría poder cuantificar el coste de la misma tampoco se veía compensado.				
Programa de educación para la salud	Vigente	41D/22604/01	€ 000 € para información comedores escolares y 1.000.000 € en Promoción de la salud (incluye 20.000 € para OD.TT.)	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
Sistema de información nutricional de alimentos SICHA	Nuevo	41D Capítulos I y II	No requiere de recursos adicionales alguno. Se desarrollará con los actualmente disponibles				
Investigación, generación y difusión de determinantes del sobrepeso y la obesidad. Conocimiento ayudas investigación en promoción de la salud (actividad física y nutricional)	Nuevo	41K Capítulo IV		370.000	370.000	370.000	370.000
TOTAL CONSEJERÍA DE SALUD Y SAS				2.489.764	2.121.280	1.938.043	1.848.424

14/16

ACTUACIONES en el ámbito de EDUCACIÓN	Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018	Ppto 2019	Ppto 2020
Escuelas Deportivas	Vigente	31P/22918/01		1.705.000	1.717.000	1.734.175	1.751.512
Preención de Hábitos de Vida Saludables	Vigente	54C/2300/01		10.000	10.100	10.201	10.303
Formación en nutrición y alimentación saludable	Vigente	49B/2390/01		52.709	53.235	53.767	54.305
Colaboradores docentes y directivos	Vigente	42P/1518/01		4.786.034	4.835.976	4.884.335	4.933.178
Cocineros y personal de cocina	Vigente	42C/13 01		20.414.130	20.616.332	20.824.515	21.032.769
Comedores gestión directa	Vigente	31P/22917/01		8.936.224	8.118.666	8.199.792	8.281.730
Colaboradores externos	Vigente	31P/22110/01		2.326.680	2.343.887	2.367.326	2.390.595
Comedores gestión empresas	Vigente	31P/4416/01		69.000.000	60.600.000	61.200.000	61.816.950
TOTAL CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN				97.323.596	99.287.136	99.280.108	100.272.907

ACTUACIONES en el ámbito de AGRICULTURA, PESCA Y D.R.	Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018	Ppto 2019	Ppto 2020
Programa de Consumo de Frutas y Hortalizas en las escuelas	Vigente	71E/619/05/09		4.500.562	4.500.562	4.500.562	4.500.562
TOTAL CONSEJERÍA DE AGRICULTURA, PESCA Y D.R.				4.500.562	4.500.562	4.500.562	4.500.562

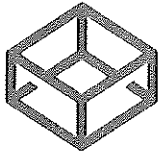
ACTUACIONES en el ámbito de IGUALDAD Y P.S.	Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018	Ppto 2019	Ppto 2020
Gastos de alimentación Área de Mayores	Vigente	31R/22105/01		3.200.000	3.200.000	3.200.000	3.200.000
Gastos de alimentación Área de Discapacitados	Vigente	31R/22110/01 01		86.166	86.166	86.166	86.166
	Vigente	31R/22110/03 01		122.063	122.063	122.063	122.063
Talleres	Vigente	31R/22549/00 01		1.104.195	326.000	326.000	326.000
TOTAL CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y P.S.				4.512.354	3.734.229	3.734.229	3.734.229

ACTUACIONES en el ámbito de FOMENTO Y VIVIENDA	Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018	Ppto 2019	Ppto 2020
Carries para bicicletas y caminos peatonales-Monjitas	Vigente	51B/61700/00		1.237.099	3.000.000	3.000.000	1.540.234
Plan análisis de la bicicleta	Vigente	51B/61700/00		8.556.278	13.037.848	0	0
TOTAL CONSEJERÍA DE FOMENTO Y VIVIENDA				10.793.377	16.037.848	3.000.000	1.540.234

ACTUACIONES en el ámbito de TURISMO Y DEPORTE	Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018	Ppto 2019	Ppto 2020

ACTUACIONES en el ámbito de ECONOMÍA Y CONOCIMIENTO	Situación	Aplic. Económica	Observaciones	Ppto 2017	Ppto 2018	Ppto 2019	Ppto 2020
Deporte Universitario	Vigente	441.52		135.000	135.000	135.000	135.000
TOTAL CONSEJERÍA DE ECONOMÍA Y CONOCIMIENTO				135.000	135.000	135.000	135.000

PREVISION DE COSTE TOTAL PARA LA JUNTA DE ANDALUCÍA				119.784.945	124.818.476	119.881.996	119.829.876
PREVISION DE COSTES NUEVOS PARA LA JUNTA DE ANDALUCÍA				372.800	372.800	372.800	372.800



**Consejo de Transparencia
y Protección de Datos
de Andalucía**

Rep. 796/09.08.17

S A L I D A	JURISDICCION
	CONSEJO DE TRANSPARENCIA Y PROTECCION DE DATOS DE ANDALUCIA
	SEVILLA
- 3 AGO. 2017	
Registro General	
8000/1317	



CONSEJERÍA DE SALUD

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

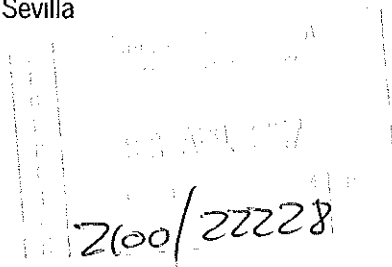
Avda de la Innovación s/n, Edificio Arena 1

41020 - Sevilla

Fecha: 3 de agosto de 2017

Ref.: AM/iz

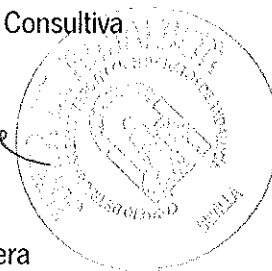
Asunto: Remisión de informe



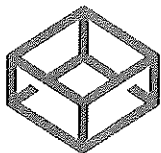
275/16

Adjunto le remito, en cumplimiento de lo establecido en el art. 15.1.d) del Decreto 434/2015, de 29 de septiembre, por el que se aprueban los Estatutos del Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía, "INFORME DE LA COMISIÓN CONSULTIVA DE LA TRANSPARENCIA Y LA PROTECCIÓN DE DATOS AL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA".

El Secretario de la Comisión Consultiva



Fdo.: Amador Martínez Herrera



Amador Martínez Herrera, Secretario de la Comisión Consultiva de la Transparencia y la Protección de Datos, CERTIFICA:

Que la Comisión Consultiva, en su sesión de 24 de julio de 2017, ha aprobado por unanimidad el siguiente Informe:

<<INFORME DE LA COMISIÓN CONSULTIVA DE LA TRANSPARENCIA Y LA PROTECCIÓN DE DATOS AL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA

Se ha recibido procedente de la Consejería de Salud, solicitud de informe del Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada, en cumplimiento de la previsión contenida en el artículo 15.1.d) del Decreto 434/2015, de 29 de septiembre, por el que se aprueban los Estatutos del Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía.

Por la Comisión Consultiva se ha examinado el texto remitido cuyo objeto es:

El establecimiento y desarrollo de las acciones necesarias para la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable y equilibrada entre la población, con la finalidad de prevenir los problemas del sobrepeso y la obesidad en Andalucía y los riesgos para la salud que llevan asociados, así como favorecer una atención integral a las personas que padecen estos problemas y la concienciación social sobre los mismos. Y el establecimiento de medidas para la promoción de la salud, la prevención y la adecuada atención sanitaria de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos de la conducta asociados a una distorsión negativa de la propia imagen corporal.

El Anteproyecto sí afecta a materias competencia del Consejo.

En concreto, el artículo 21.5 dispone, en el marco de la regulación de las denominadas "Cartas de compromiso para la prevención del sobrepeso y la obesidad", que "las cartas de compromiso establecidas con cada entidad, serán públicas y su contenido estará a disposición de los ciudadanos mediante los mecanismos previstos para la publicidad activa en la Ley 1/2014, de 24 de junio de Transparencia Pública de Andalucía"

No es la primera norma que incorpora nuevas exigencias de Publicidad Activa, extra Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía (LTPA).

La propia LTPA en su artículo 9.2 indica que "las obligaciones de transparencia contenidas en este título tienen carácter de mínimas y generales y se entienden sin perjuicio de la aplicación de otras disposiciones específicas que prevean un régimen más amplio en materia de publicidad."

No existe, pues, obstáculo alguno para introducir esta nueva obligación de Publicidad Activa, que, a nuestro juicio pueda asimilarse a las contenidas en el artículo 14 LTPA.

Por otro lado, habrá que entender, en aras de una aplicación homogénea del régimen de Publicidad Activa, que la nueva obligación queda sujeta al control contemplado en el art. 23 LTPA, según el cual “sin perjuicio del control interno que establezca cada entidad o Administración de acuerdo con sus propias normas organizativas, el Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía podrá efectuar, por iniciativa propia o como consecuencia de denuncia, requerimientos para la subsanación de los incumplimientos que pudieran producirse de las obligaciones establecidas en este título.”

Por lo demás, del Anteproyecto prevé la aprobación por el Consejo de Gobierno de un Plan para la Promoción de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía (PAFASA), que, igualmente, estará sujeto a Publicidad Activa, concretamente dentro la denominada “Información sobre planificación y evaluación”, que recoge el artículo 12 LTPA:

“1. Las administraciones públicas, las sociedades mercantiles y las fundaciones públicas andaluzas publicarán los planes y programas anuales y plurianuales en los que se fijen objetivos concretos, así como las actividades, medios y tiempo previsto para su consecución. Su grado de cumplimiento y resultados deberán ser objeto de evaluación y publicación periódica junto con los indicadores de medida y valoración. A esos efectos, se considera evaluación de políticas públicas el proceso sistemático de generación de conocimiento encaminado a la comprensión integral de una intervención pública para alcanzar un juicio valorativo basado en evidencias respecto de su diseño, puesta en práctica, resultados e impactos. Su finalidad es contribuir a la mejora de las intervenciones públicas e impulsar la transparencia y la rendición de cuentas.

2. Los planes y programas a los que se refiere el apartado anterior se publicarán tan pronto sean aprobados y, en todo caso, en el plazo máximo de 20 días, y permanecerán publicados mientras estén vigentes, sin perjuicio de plazos más breves que puedan establecer las entidades locales en ejercicio de su autonomía.”

Finalmente, también hemos de referirnos al artículo 38.5, que dispone que “los informes, estudios y dictámenes que emita el comité en ejercicio de sus funciones, tendrán el carácter de información pública de conformidad con lo que establece la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía”.

A este respecto, se advierte que ese tipo de documentos ya cumplen los requisitos establecidos en el artículo 2.a) de la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía para ser considerados “información pública”.

En efecto, señala este artículo que debe entenderse por información pública “los contenidos o documentos, cualquiera que sea su soporte, que obren en poder de alguna de las personas y entidades incluidas en el presente título y que hayan sido elaborados o adquiridos en el ejercicio de sus funciones”

Siendo esto así, cualquier persona puede acceder a esta documentación, en el ejercicio del derecho que le asiste, de acuerdo con el artículo 24 de la Ley 1/2014, de 24



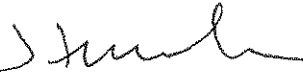
de junio, de Transparencia Pública de Andalucía, por lo que esta declaración del Anteproyecto no supone innovación alguna.

Cuestión distinta es si esta información se está calificando como "publicidad activa", de modo que deba publicarse obligatoriamente.

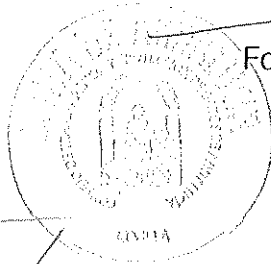
A nuestro juicio, al no declararse expresamente, la interpretación más adecuada es que no supone una obligación de esta naturaleza.

Por tanto, o bien se suprime este apartado o bien se modifica en el sentido de calificar esa documentación como publicidad activa generada por el Comité, por lo que se trataría de una ampliación de las contempladas en el artículo 17.1 de la repetida Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía>>.

El Secretario de la Comisión Consultiva



Fdo.: Amador Martínez Herrera.



Vº Bº EL PRESIDENTE



Fdo.: Manuel Medina Guerrero





**DICTAMEN 13/2017 DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE
ANDALUCÍA SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN
DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN
ANDALUCÍA**

Aprobado por el Pleno en sesión celebrada el día 2 de octubre de 2017

Índice

- I. Antecedentes**
- II. Contenido**
- III. Observaciones generales**
- IV. Observaciones al articulado**
- V. Conclusiones**



I. Antecedentes

La Ley 5/1997, de 26 de noviembre, del Consejo Económico y Social de Andalucía, establece en su artículo 4.1 la función de emitir, con carácter preceptivo, informes sobre los anteproyectos de leyes que a juicio del Consejo de Gobierno posean una especial trascendencia en la regulación de materias socioeconómicas y laborales.

En este sentido, el día 5 de septiembre de 2017 tuvo entrada en el Consejo Económico y Social de Andalucía escrito de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, solicitando la emisión de Dictamen sobre el anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía.

La solicitud de dictamen fue trasladada, por acuerdo de la Comisión Permanente del Consejo Económico y Social de Andalucía, el mismo día 5 de septiembre de 2017, a la Comisión de Trabajo de Consumo, Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, a fin de que llevase a cabo el correspondiente examen del texto normativo y adoptase el acuerdo previsto en el artículo 44 del Reglamento de Organización y Funcionamiento Interno del CES de Andalucía.



II. Contenido

El anteproyecto de ley sometido a dictamen tiene por objeto el establecimiento y desarrollo de acciones en orden a la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable y equilibrada entre la población, con la finalidad de prevenir los problemas del sobrepeso y la obesidad en Andalucía y los riesgos para la salud que llevan asociados, así como favorecer una atención integral a las personas que padecen estos problemas y la concienciación social sobre los mismos. Además, fija medidas para la promoción de la salud, la prevención y la adecuada atención sanitaria de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos de la conducta asociados a una distorsión negativa de la propia imagen corporal.

Como marco competencial hay que hacer referencia a la Constitución Española que, tras reconocer en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud y establecer que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, en su artículo 149.1.16^a atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad, pudiendo asumir las comunidades autónomas competencias en sanidad de conformidad con lo establecido en el artículo 148.1.21^a.

Por su parte, el Estatuto de Autonomía para Andalucía en su artículo 55.2 establece que corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular, entre otras, la ordenación y ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos. Además, entre los objetivos básicos de la Comunidad Autónoma, reconoce en el artículo 10.3.14.º que esta ejercerá sus poderes para alcanzar la cohesión social mediante un eficaz sistema de bienestar público, con especial atención a los colectivos y zonas más desfavorecidos social y económicamente, para facilitar su integración plena en la sociedad andaluza, propiciando así la superación de la exclusión social.

Respecto al marco normativo estatal en el que, fundamentalmente se encuadra el anteproyecto de ley, hay que mencionar que en el ordenamiento estatal se encuentra la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, que



tiene carácter de normativa básica, estableciendo normas en materia de seguridad alimentaria como un aspecto fundamental de la salud pública, en orden a asegurar un nivel elevado de protección de la salud de las personas en relación con los alimentos, así como a establecer las bases para fomentar hábitos saludables que permitan luchar contra la obesidad.

Por su parte, en el ámbito autonómico, la norma se sustenta en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, que contemplan la salud como un objetivo de bienestar colectivo y plenitud personal, siendo el cometido de la salud pública contribuir a generar en la sociedad las condiciones de vida más favorecedoras para la salud de la población, promover conductas y estilos de vida más saludables, proteger la salud ante las amenazas y los riesgos, y no solo luchar contra las enfermedades y minimizar la pérdida de la salud.

El texto normativo consta de la exposición de motivos y la parte dispositiva, que se divide, a su vez, en cuarenta y seis artículos, englobados en un título preliminar y siete títulos, dos disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria, cuatro disposiciones finales y un anexo. Su estructura es la siguiente:

TÍTULO PRELIMINAR. “DISPOSICIONES GENERALES” (artículos 1 a 5)

Establece el objeto, los fines y el ámbito de aplicación de la norma, las definiciones de los términos utilizados en la misma, así como los principios inspiradores de la ley.

TÍTULO I. “DERECHOS Y GARANTÍAS” (artículos 6 y 7)

Se ocupa de definir los derechos de la ciudadanía andaluza en relación con las actividades de salud pública tendentes a alcanzar y mantener una alimentación saludable y equilibrada, una actividad física satisfactoria y un entorno físico y psicosocial saludable.

Así mismo, establece las garantías de estos referidos derechos, que serán impulsadas por las administraciones públicas a través del desarrollo de planes, programas y acciones específicas.

TÍTULO II. “MEDIDAS PARA LA LUCHA CONTRA EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD” (artículos 8 a 23)

Tras declarar en el artículo 8 a la obesidad como una prioridad en salud pública, en los cuatro capítulos en los que se estructura, detalla el conjunto de medidas a poner en marcha para la prevención y atención de la obesidad y el sobrepeso.

Capítulo I. Estrategias para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable (artículos 9 a 16)

Implanta el Plan andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía, además de concretar las acciones destinadas a la promoción de la alimentación saludable y la actividad física en los centros docentes, en las universidades, en los espacios de ocio infantil y juvenil, en los centros de trabajo y en los centros de personas mayores, de personas con discapacidad, y de acogimiento residencial a las personas menores de edad en situación de guarda y tutela por la Junta de Andalucía.

También, para los centros docentes, se establecen medidas para los menús y dietas saludables y limitaciones a la venta y publicidad de alimentos hipercalóricos, así como medidas de promoción de la salud nutricional.

Capítulo II. Promoción de los entornos y espacios saludables (artículos 17 a 20)

Recoge medidas relativas a la promoción de entornos saludables que faciliten la actividad física y la lucha contra el sedentarismo, como la obligación de las administraciones públicas de generar entornos saludables para la vida de la población; la promoción de la movilidad y el transporte activo frente al sedentarismo; y la promoción de entornos favorables para una alimentación saludable, como la necesidad de proteger y promover la lactancia materna, creando la red de bancos de leche materna en los hospitales del sistema sanitario público, el desarrollo de la red de huertos urbanos de Andalucía o la potenciación de la presencia y la actividad de los mercados locales y del comercio minorista local, para la promoción de productos locales y de temporada.



El capítulo termina con un conjunto de iniciativas para favorecer el acceso al agua potable de forma gratuita.

Capítulo III. Alianzas para el fomento de la actividad física y la alimentación saludable (artículo 21)

Regula la posibilidad de formalizar cartas de compromiso con los objetivos del Plan de fomento de la actividad física y la alimentación saludable en Andalucía, entre la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía y otras entidades públicas y privadas, interesadas en la promoción de la actividad física, el fomento de una alimentación saludable y equilibrada y en la prevención del sobrepeso y la obesidad.

Capítulo IV. Atención sanitaria a las personas que padecen sobrepeso y obesidad (artículos 22 y 23)

Establece medidas para garantizar la atención más adecuada y personalizada de quienes padecen sobrepeso y obesidad; y para la formación de las personas profesionales de la salud con perspectiva de género, de desigualdades sociales y de lucha contra la estigmatización y discriminación de las personas con obesidad.

TÍTULO III. “MEDIDAS EN RELACIÓN A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y OTROS RELACIONADOS” (artículos 24 a 26)

Se ocupa de medidas de promoción de la salud y prevención en las que se promuevan valores que fomenten una imagen corporal diversa y compatible con parámetros saludables, y valores que impliquen la aceptación de la diversidad en la imagen corporal y la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario. Para ello, contempla la iniciativa “Imagen y Salud” y la atención sanitaria a personas con trastornos de la conducta alimentaria.

TÍTULO IV. “PUBLICIDAD Y COMERCIALIZACIÓN DE LOS ALIMENTOS” (artículos 27 a 31)

Aborda la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas, la normativa aplicable, la necesidad de que las administraciones públicas en Andalucía desarrollen



acciones educativas y de sensibilización social, además, pone especial énfasis en las circunstancias a evitar en esta publicidad si está dirigida a menores de 15 años.

Por otra parte, recoge el principio de la veracidad publicitaria, las advertencias sobre la calidad nutricional de los alimentos y bebidas, el control de la publicidad ilícita y subraya la función del Consejo Audiovisual de Andalucía de velar por la calidad de la publicidad de los alimentos y bebidas no alcohólicas, en especial la dirigida a los menores de 15 años.

TÍTULO V. “ORGANIZACIÓN, COORDINACIÓN Y GOBERNANZA” (artículos 32 a 38)

Reconoce el principio de transversalidad de las políticas orientadas a la prevención de la obesidad, establece las competencias de la Junta de Andalucía y las entidades locales, prevé la configuración de un mapa andaluz de la situación del sobrepeso y la obesidad, y regula el control oficial de los productos alimentarios.

También, crea el Sistema de Información de calidad nutricional de los alimentos en Andalucía, la Comisión andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, y el Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

TÍTULO VI. “FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN” (artículos 39 a 42)

Introduce la formación en alimentación saludable y nutrición en los programas de los centros docentes y universitarios, la necesidad de adoptar las medidas necesarias para incluir en los Planes de Formación permanente del profesorado una formación inicial y continua en esta materia, y la promoción por las universidades de la configuración de ofertas docentes de grado y posgrado que aborden los problemas de la alimentación y la nutrición, la dieta mediterránea y la actividad física orientada a la prevención del sobrepeso y la obesidad.

Asimismo, fomenta la investigación e innovación en materia de actividad física, nutrición y alimentación saludable y crea el premio a la innovación y las buenas prácticas en materia de actividad física y alimentación saludable.



TÍTULO VII. “INFRACCIONES Y SANCIONES” (artículos 43 a 46)

Establece el régimen de infracciones y sanciones en las materias objeto de la ley, tipificando las conductas infractoras en graves y muy graves. Por su parte, para las sanciones a imponer, el procedimiento sancionador, y la prescripción y caducidad de las infracciones y sanciones, se remite a la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera. Constitución de los órganos colegiados creados en la Ley.

Segunda. Actualización de los criterios nutricionales establecidos en el Anexo.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera. Plazo de implementación.

Segunda. Tiempo mínimo de ejercicio físico o actividad física en los centros docentes.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA ÚNICA. Derogación normativa.

DISPOSICIONES FINALES

Primera. Reglamentación del sistema de información de calidad nutricional de Andalucía (SICNA).

Segunda. Plan Andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.

Tercera. Desarrollo.

Cuarta. Entrada en vigor.

ANEXO. Criterios nutricionales por porción envasada o comercializada que deberán cumplir las bebidas y los alimentos envasados para poder comercializarse en los centros educativos de Andalucía.



III. Observaciones generales

El anteproyecto de ley tiene como objetivo principal el desarrollo de acciones dirigidas a la promoción de la actividad física y una alimentación saludable y equilibrada entre la población con la finalidad de prevenir los problemas de sobrepeso y obesidad en Andalucía y los riesgos que suponen para la salud de la población y para el incremento de las desigualdades en la sociedad, enmarcándose en el desarrollo del artículo 43 de la Constitución Española y del artículo 55.2 del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

La obesidad y el sobrepeso constituyen, hoy en día, un enorme problema de salud pública con una amplia incidencia en la población en general y con una gran trascendencia en la población infantil. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por las Naciones Unidas en 2015, la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles se consideran prioridades básicas. Entre los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles, la obesidad suscita especial preocupación, pues anula muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido a la mejora de la esperanza de vida, con el impacto que ello supone para la sostenibilidad de los sistemas del bienestar y los importantes costes sociales que conlleva y es que, necesariamente, el impacto de la obesidad también debe examinarse en términos de sostenibilidad económica y social.

Andalucía suma esta norma a un marco global estratégico sobre régimen alimentario, actividad física y salud respaldado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en mayo de 2004. Una estrategia apoyada también por otros gobiernos de la Unión Europea y que tiene cuatro objetivos principales:

- Reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas asociados a las dietas malsanas y a la inactividad física a través de medidas de salud pública.
- Incrementar la concienciación y los conocimientos acerca de la influencia de la dieta y de la actividad física en la salud, así como de los efectos positivos de las intervenciones preventivas.
- Establecer, fortalecer y aplicar políticas y planes de acción mundiales, regionales y nacionales para mejorar las dietas y aumentar la actividad física



que sean sostenibles e integrales, y cuenten con la participación activa y responsable de todos los sectores.

- Seguir de cerca los datos científicos y fomentar la investigación sobre la dieta y la actividad física.

La obesidad, además de un problema de salud pública, incrementa la brecha de las desigualdades económicas y de género, y tiene un gran coste económico para el conjunto de la sociedad, siendo las mujeres y la población infantil, en los grupos de bajo nivel socioeconómico, los más vulnerables y también se convierte en un elemento de transmisión generacional con el obstáculo que ello representa para la lucha contra las desigualdades.

Todo ello justifica la oportunidad de la norma que en su propia exposición de motivos recoge un análisis de la situación actual en el mundo respecto de la obesidad y el sobrepeso en la población y los problemas de salud que lleva asociados de carácter grave (diabetes, hipertensión, enfermedades coronarias...), y especialmente analiza la situación en nuestra Comunidad Autónoma.

Si bien es preciso reconocer que en nuestro ordenamiento jurídico, tanto nacional como autonómico, existen ya normas dirigidas en parte a la consecución de los objetivos perseguidos con esta ley, como son la Ley 5/2016, de 19 de julio, del Deporte de Andalucía; Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, y la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, así como estrategias y planes de correulación impulsados desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, tales como la Estrategia NAOS y el Código PAOS, plenamente vigentes a día de hoy, y que han perseguido desde su puesta en marcha y desarrollo implicar a la comunidad en su conjunto en el abordaje de este grave problema: familia y comunidad, escuela, sector empresarial y ámbito sanitario. No obstante lo anterior, entendemos pertinente el abordaje del problema desde la perspectiva integral e integradora que ofrece la norma, en línea con la propia Estrategia Mundial y las recomendaciones de la OMS y que además promueva y propicie la coordinación y transversalidad de las acciones. En este sentido, es necesario destacar el título V relativo a organización, coordinación y gobernanza, reconociendo el principio de transversalidad, ya que para la consecución de los objetivos de la ley será necesaria la coordinación de las



políticas no solo de salud, sino también las relativas, entre otras, a urbanismo, movilidad y educación. No cabe duda de que en la promoción y prevención es necesaria la formación y la creación de entornos favorables, y dichas medidas solo pueden ser abordadas mediante la actuación conjunta de distintas administraciones públicas con competencia en las materias indicadas.

Sin perjuicio de la valoración positiva de la norma y sus objetivos, por lo que respecta al contenido consideramos que resulta excesivamente programático. A este respecto, este Consejo comparte la observación que en el mismo sentido formula el Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía, destacando las consideraciones hechas recientemente por el Consejo Consultivo de Andalucía en su Dictamen n.º 285/2017, de 16 de mayo de 2017, y que resulta plenamente de aplicación al presente caso, en el sentido de que *“... la abundancia de principios, objetivos y enunciados programáticos, sin fuerza vinculante, desnaturaliza el papel ordenador de las leyes y merma la consideración de los ciudadanos sobre la eficacia real de las disposiciones de superior rango, especialmente cuando reiteran principios rectores u objetivos que se encuentran claramente proclamados en la Constitución, en los Estatutos de Autonomía o en otras normas integrantes del bloque de la constitucionalidad...”*. Las leyes han de tener contenido regulativo preciso, que asegure su eficacia y no deben limitarse a reproducir aspectos ya recogidos en preceptos de otras normas como ocurre en el presente caso.

Igualmente, este Consejo considera que no sólo deben reforzarse las medidas de carácter legislativo, evitando caer en los riesgos de una hiperregulación ineficaz, sino que es preciso que las medidas que se aborden vayan acompañadas de una mayor dotación de recursos y de la necesaria participación y el mayor consenso posible con el conjunto de los sujetos que se verán implicados: administraciones públicas, agentes económicos y sociales y la sociedad en su conjunto.

En cuanto a la justificación competencial del anteproyecto, la misma se basa en las competencias atribuidas tanto en la Constitución española como en nuestro Estatuto de Autonomía y en especial en lo recogido en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, en tanto que recogen que es cometido de la salud pública contribuir a generar en la sociedad las condiciones de vida más favorecedoras para la salud de la población, promover conductas y estilos de vida más saludables,



proteger la salud de las amenazas y los riesgos, y no solo luchar contra las enfermedades y minimizar la pérdida de la salud.

En relación con los informes y dictámenes que acompañan a la norma y que contribuyen a la conformación de la opinión y valoraciones de este Consejo, queremos manifestar que se ha echado en falta el informe de la Dirección General de Comercio y que hubiera sido de interés conocer las apreciaciones del citado centro directivo dados los efectos que la norma puede desplegar en su ámbito competencial.

Respecto a la exposición de motivos hemos de señalar que la misma es muy extensa, demasiada profusa en datos, deteniéndose cronológicamente en estudios, programas y acciones de una manera muy descriptiva y detallada, que si bien son de interés como elementos de estudio y análisis que han servido de base para la configuración de la norma, hace que dicha exposición resulte excesiva e innecesariamente prolija. Por ello, orientamos a que se sintetice, atendiendo de una forma más concreta al contexto, antecedentes y motivos de elaboración de la misma.

Este Consejo quiere también destacar que la norma regula medidas concretas en distintos ámbitos cuya implementación va a precisar de la participación e implicación de las organizaciones sindicales, empresariales, de consumidores y usuarios y otros agentes sociales, afectando, por ejemplo, al ámbito de la propia negociación colectiva o al desarrollo de la actividad empresarial y, en este sentido, hace un llamamiento a la necesidad de tener presente y contar con ellos, tanto en el plano general del diseño y ejecución del Plan andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable (PAFASA), como en relación con el conjunto de medidas, planes, comisiones y actuaciones que contiene la ley.

En dicho orden de cosas, no se puede obviar el impacto económico que para el sector privado y para el empleo tendrá la implementación de algunas de las medidas que se recogen en la norma y que afectan al sector productor y distribuidor de alimentos, así como al sector de los servicios como el turismo o la restauración, y de ahí la necesidad de que su implementación tenga en consideración ese esfuerzo y que sea proporcional y adecuado a los fines que se persiguen.



En cuanto al PAFASA, consideramos necesario que el Plan tenga un marco temporal de desarrollo y ejecución, siguiendo la línea de otros planes y estrategias del Gobierno andaluz ligados a la salud, y ello sobre la base de que, de un lado, se aborda como un plan que está basado en un análisis de la realidad actual y en el conocimiento científico existente, elementos de base ambos coyunturales y cambiantes en el tiempo; de otro lado, la norma prevé un seguimiento del Plan y una evaluación, y ello requiere igualmente que vaya referido a un periodo concreto de desarrollo e implementación, todo ello sin perjuicio de su vocación de permanencia en el tiempo y de su revisión. Respecto a esta última, si bien se hace referencia a un seguimiento y revisión continua del Plan, y otra más global de objetivos cada 5 años, resulta insuficiente lo contemplado en la norma, exigiendo ello un pronto desarrollo reglamentario.

Por otro lado se echa en falta que el PAFASA no contemple de forma expresa el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria, que requieren también de un enfoque desde la esfera de la salud pública y están íntimamente relacionados con hábitos y costumbres alimentarias, jugando un importante papel en su abordaje las dimensiones preventivas y de promoción de la salud. Además, entre los objetivos de la ley se señala la necesidad de prestar una atención integral a las personas que ya padecen obesidad y sobrepeso, así como a aquellas que sufren trastornos de la conducta alimentaria y otros asociados a la distorsión de la propia imagen corporal, sin embargo estas últimas medidas no se concretan, poniendo en evidencia cierto desequilibrio respecto de aquellas que sí van dirigidas expresamente a la prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

En relación con el Sistema de Información de la Calidad Nutricional de los alimentos en Andalucía (SICNA), debemos indicar que la norma no aclara suficientemente en qué consistirá este sistema, siendo tantas las remisiones al ámbito reglamentario que resulta difícil comprender cuál es el objetivo del legislador y qué finalidad persigue este sistema. Se contempla como un instrumento de información que facilitará a la población una estimación de la calidad nutricional de los alimentos, tanto envasados como a granel, pero el texto no indica cómo funcionará dicho sistema de información, ni cuál será el procedimiento de aporte de datos y actualización, generando inseguridad jurídica e incertidumbre sobre el impacto que ello puede tener en las empresas en un contexto de competencia en el marco de la unidad de mercado nacional. Una



mejor y mayor clarificación del papel y objetivo del SICNA resultan también determinantes para valorar, como se recoge en el contrainforme del Servicio de Legislación de la Consejería de Salud al informe del Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía, que no afectará al etiquetado y, por tanto, que no se invaden competencias que no corresponden a Andalucía.

En lo que respecta a los plazos establecidos para la transitoriedad de la norma se considera que algunos pueden resultar excesivos si se tiene en cuenta la importancia de los mismos para la consecución de los objetivos. Así, a modo de ejemplo, podemos citar el artículo 10.2.a), relativo a la implementación de cinco horas efectivas semanales de ejercicio físico o actividad física en los centros docentes. Por tanto, en aras de la eficacia y efectividad de la norma, consideramos de interés que se establezcan unos plazos más reducidos para su adaptación y desarrollo.

El Consejo, por último, llama la atención sobre el hecho de que la norma, según consta en la memoria económica que la acompaña, prevé que no cuenta con dotación económica, de forma que todas las actuaciones y medidas que se han de desarrollar tendrán que integrarse en programas y actuaciones ya existentes. Para alcanzar la plena eficacia y efectividad de esta ley es necesario que la misma cuente con un presupuesto adecuado para su puesta en marcha e implementación. Por ello, al margen de cómo se canalice presupuestariamente, y bajo qué conceptos y partidas se le ofrezca cobertura, la realidad es que la norma y determinadas medidas contempladas en la misma, exigen recursos económicos y requerirán de cobertura presupuestaria y, por ello, debió estar previsto en la memoria económica. Este Consejo entiende que para el cumplimiento de los objetivos previstos en la ley no bastará con reforzar las medidas de carácter legislativo sino que también será necesario contar con recursos económicos.

IV. Observaciones al articulado

Artículo 2. Fines

En relación con este artículo, y del mismo modo que se garantizan en él otras atenciones como la recogida en la **letra d)**, relativa a la atención sanitaria y a la lucha contra la estigmatización social y la discriminación, proponemos que se garantice por las administraciones una atención alimentaria equilibrada a la población escolar, en línea con las medidas ya incluidas en diversos planes y programas del Gobierno andaluz (plan de apoyo a las familias, programa “Comedores saludables” o Red de Solidaridad y Garantía Alimentaria de Andalucía); por ello se propone incluir una nueva letra en el sentido que a continuación se indica:

“j) Garantizar una atención alimentaria equilibrada y de calidad a la población andaluza en edad escolar”.

Esta inclusión estaría además en la línea de las actuaciones que desde nuestra Comunidad Autónoma se están llevando a cabo para prevenir las situaciones de exclusión social, en las cuales se han desarrollado una serie de medidas extraordinarias que pretenden dar cobertura a las necesidades básicas y sociales de la ciudadanía andaluza, entre las que se encuentran actuaciones dirigidas a garantizar las necesidades alimentarias básicas de personas y familias en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo.

Artículo 4. Definiciones

En relación con la definición de la **letra j)**, relativa a dieta mediterránea, interesamos la inclusión del “pan” o bien la justificación de su eliminación, ya que dicho alimento originariamente se encontraba en la definición y en el actual borrador ha desaparecido.



Respecto a la definición contenida en la **letra o)**, relativa al producto de proximidad, en la misma se incluye como tal a un producto procedente de la producción primaria o tras proceso de transformación, pero que se vende por la fórmula de venta directa regulada en el Decreto 163/2016, de 18 de octubre, desde las explotaciones agrarias y forestales a las personas consumidoras finales y establecimientos de comercio al por menor.

Debe tenerse en consideración que la mayoría de productos primarios son de proximidad, entendiendo por proximidad la cercanía de la producción o transformación con el punto de venta, es decir, con la longitud del canal de comercialización, pero no necesariamente está relacionado con la fórmula de venta, que es lo que se regula en la norma citada. Por tanto, una cosa es el producto y su proximidad y otra distinta la forma de venta, es decir, el canal más o menos corto por el que se venden.

A mayor abundamiento, según la norma citada anteriormente, la fórmula de venta directa viene referida a productos primarios y no a un producto transformado.

Por tanto, entendemos que el legislador ha de incluir como objeto de la definición “canal corto”, que sí concuerda con la venta directa, pero no “producto de proximidad”, puesto que está excluyendo a la mayoría de productos que también son próximos a la producción o transformación y se venden en la distribución.

Por otra parte, en el texto de la norma se repite el concepto de “zonas con necesidades de transformación social”, artículos 10.2.e), 11.6 y 19.4, por ello y por entender que debe determinarse de forma clara qué se entiende con él, consideramos que debe definirse e incluirse en una **nueva letra v)** en este artículo.

Se propone, igualmente, añadir un nuevo concepto a las definiciones (**letra w)** de este artículo en conexión con el apartado 7 del artículo 19, que describa el término “menores en edad pediátrica” y concrete las edades que estarían bajo ese concepto, dado que en estos años viene estando sujeto a revisiones y evolución en cuanto al límite de edad al que se aplica e incluso varía por comunidades autónomas, nivel asistencial o prestación y patología abordada.

Artículo 6. Derechos de las personas

Apartado 2

Considerando que promover el uso de la bicicleta se encuentra enmarcado en un concepto amplio de apoyo y fomento de la movilidad sostenible y saludable, ello precisa no solo de aparcamientos para aquellas, sino también de intervención y garantía de infraestructuras suficientes y adecuadas a dicho fin, que deben garantizarse fundamentalmente desde lo público, sin perjuicio de la implicación del sector empresarial en la implementación de las medidas. Además, deben favorecer al conjunto de la ciudadanía y no solo a la que se desplaza por motivos laborales sino también por otros motivos (ocio, esparcimiento, administrativos, etc.).

Por ello, se propone una nueva redacción a la **letra a)** con el siguiente tenor:

“2.a) A disponer de espacios de aparcamientos de bicicletas, según determinen los diferentes instrumentos de planificación de la movilidad, fomentándolos en los lugares de trabajo, especialmente en aquellos con más de cincuenta trabajadores, espacios de ocio y uso público y centros educativos o, en su defecto, en las inmediaciones”.

Respecto a la **letra c)**, consideramos que el derecho a acceder a menús saludables debe hacerse extensivo a la población en edad escolar a través de los comedores de los centros docentes y por ello se propone la siguiente redacción:

“2.c) A acceder a menús saludables y diferentes tamaños de raciones cuando realicen consumo de alimentos en las empresas de restauración que ofrezcan sus servicios en Andalucía, respetando los diferentes tipos de negocio en función de la modalidad de gastronomía o el concreto servicio de restauración. Especialmente en lo que respecta a la población escolar a través del uso de los comedores escolares”.

En la **letra d)** de este apartado que establece como un derecho de la población *“disponer de alternativas de adquisición de alimentos frescos y perecederos en cantidades de peso o de unidades adaptadas a la composición de las diferentes*



unidades familiares”, se propone añadir, en coherencia con la letra c) **“respetando los distintos formatos de distribución comercial”**.

Artículo 7. Garantías por las Administraciones Públicas

Apartado 2

En este apartado entendemos necesario sustituir la expresión “*impulsarán*” por “**elaborarán**”, ya que desde nuestro punto de vista las administraciones públicas deben tener un papel más activo en esta materia que no se limite a ser meras impulsoras de planes, programas o actividades específicas, sino que deben ser ellas mismas las que activamente procedan a la elaboración de dichos instrumentos, máxime cuando a través de ellos deben conseguirse los fines previstos en la norma.

A mayor abundamiento, la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, en el apartado relativo a la responsabilidad de los actores, da un papel activo a los gobiernos, por lo que son estos quienes deben tomar la iniciativa y garantizar su elaboración, aplicación, seguimiento y evaluación, en orden a la consecución de los objetivos previstos.

Se propone, igualmente, una redacción alternativa más completa de la **letra i)**, que quedaría como sigue: “*Promover iniciativas informativas, educativas y de reflexión sobre los determinantes de los estilos de vida y la alimentación saludables en colaboración **con las entidades sociales y en particular con las asociaciones de consumidores más representativas de Andalucía***”.

En relación con la **letra m)**, en la que se incluye, para el desarrollo de estrategias de formación, investigación e innovación en materia de actividad física, alimentación saludable y lucha contra la obesidad, la colaboración de las Cámaras de Comercio de Andalucía, entendemos que ello no debe ser excluyente de otros agentes, por lo que deben estar también incluidos los representantes tanto del sector empresarial, como de las personas trabajadoras y consumidoras y usuarias.

Por último, en este apartado se interesa la inclusión de una nueva acción, bajo la **letra ñ)**, en los siguientes términos: “**Perseguir la publicidad o divulgación**

de conductas alimentarias no saludables”, en consonancia con lo establecido en el título IV relativo a publicidad y comercialización de alimentos.

Artículo 8. Prioridad en salud pública

El **apartado 3** establece los grupos de intervención prioritaria en relación con el problema de salud pública que supone la obesidad: población menor de edad, las personas jóvenes, las personas mayores y las mujeres gestantes.

Consideramos oportuno y clarificador, a los efectos de identificación de los grupos de intervención prioritaria, que se establezcan o se determinen los tramos de edad de estos grupos. El apartado resulta muy genérico e impreciso, ya que de la forma en que se encuentra redactado puede interpretarse que abarca a toda la población y el sentido del precepto es identificar un grupo de población prioritario.

Artículo 9. Plan andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable

En relación con el **apartado 1**, en el que se alude de forma genérica a los operadores económicos, agentes sociales y Cámaras de Comercio de Andalucía, entendemos que debe modificarse el precepto para evitar lesiones en derechos reconocidos de participación y representación, con el siguiente literal:

“1. (...) y con la participación de los agentes económicos y sociales y organizaciones de personas consumidoras y usuarias más representativos en el ámbito de la Comunidad Autónoma (...)”.

En cuanto al **apartado 5**, para una adecuada coordinación entre las familias y los centros docentes, proponemos una mejora de la redacción del mismo en el sentido que a continuación exponemos:

“5. El Plan identificará la familia y su entorno y los centros docentes como instituciones claves para establecer actuaciones concretas sobre una alimentación más sana; así como una actitud y comportamientos favorables a la misma. La formación de los padres y madres será un aspecto clave para su desarrollo”.

En relación con el **apartado 6**, donde se recoge que el Plan podrá contemplar medidas de fomento e incentivación dirigidas tanto al sector agroalimentario como a otros agentes sociales, el legislador está distinguiendo entre un sector concreto de actividad empresarial, que no es el único afectado por la norma, y otros agentes sociales, que son entidades y no sectores de actividad económica.

Entendemos que debería ser una formulación más genérica en la que no se produzcan discriminaciones (por qué el agroalimentario y no el hostelero o el distribuidor), ni dudas interpretativas. A tal fin se propone sustituir por:

“ (...) dirigidos a todas las organizaciones de carácter económico y social y a todos los sectores de actividad económica cuyo papel en la lucha contra la obesidad es esencial”.

Por último, en relación con el PAFASA, nos remitimos a las consideraciones generales que se han realizado sobre el mismo.

Artículo 10. La promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros docentes

En relación con la **letra d) del apartado 2**, relativa a la apertura de las instalaciones deportivas fuera del horario escolar, se debería añadir al final del precepto la expresión ***“garantizando las condiciones de seguridad”***, con el fin de evitar situaciones de riesgo para las personas potencialmente usuarias.

Igualmente vemos necesario e imprescindible incluir un **nuevo apartado 3**, que potencie y promueva la creación de comedores propios en los centros educativos, que refuercen el carácter educativo de la medida y un mayor control sobre la calidad de la prestación. Se propone el siguiente literal:

“3. La Consejería competente en materia de educación promoverá la creación progresiva de comedores propios en los centros educativos públicos andaluces. Será un objetivo la generalización del comedor escolar propio en todos los centros educativos públicos andaluces de enseñanzas obligatorias valorándose el carácter educativo de éstos. Esta creación progresiva priorizará las zonas con necesidades de

transformación social para favorecer las prácticas saludables en materia de alimentación”.

Artículo 11. Los menús y dietas saludables en los centros docentes

Consideramos oportuno y pertinente la inclusión de un **nuevo apartado 7** dentro del presente artículo, en orden a dar respuesta a las nuevas funciones y cometidos de los centros educativos, reforzando la labor formativa y educativa de una alimentación saludable y equilibrada, con el siguiente contenido:

“7. Los centros educativos sostenidos con fondos públicos y de enseñanza obligatoria dispondrán de una persona profesional que realice funciones de coordinación de la promoción de las dietas saludables. Esta profesional dispondrá de carga horaria semanal para el desarrollo de esta labor y sus funciones se desarrollarán reglamentariamente. La Consejería competente en materia educativa realizará cursos de formación y actualización profesional para este profesorado”.

Artículo 12. Limitaciones a la venta y publicidad de alimentos hipercalóricos y medidas de promoción de la salud nutricional en los centros docentes

Respecto al **apartado 8** que establece *“Sólo podrán instalarse máquinas expendedoras automáticas en zonas de alumnado de Educación Secundaria y estas máquinas estarán libres de publicidad. Las máquinas expendedoras instaladas en los centros deberán mostrar, en lugar visible al público y a través del cristal, la cantidad de calorías neta por porción envasada de los productos que se expendan en dicha máquina”.*

Entendemos que la expresión *“a través del cristal”* es innecesaria para la finalidad del precepto, por lo que interesamos su eliminación, ya que siendo visible la información al público se cumple con la finalidad pretendida.

Artículo 15. Promoción de la actividad física y la alimentación saludable en los centros de trabajo

La formación en salud laboral debe orientarse a conseguir la mayor participación posible en las tareas preventivas, según el nivel de responsabilidad de cada sujeto y fomentando y promoviendo las que correspondan a cada uno. La formación, con carácter preventivo, sobre actividad física y alimentación equilibrada debe integrarse en el lugar de trabajo, pero va más allá del mismo, incidiendo otros factores, por ello proponemos la modificación del **apartado 1** del presente artículo con la siguiente redacción:

*“1. De conformidad con lo establecido en la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, y en el marco de las estrategias para la promoción de la salud en los lugares de trabajo, las Administraciones Públicas de Andalucía promoverán el desarrollo de iniciativas en los centros de trabajo orientadas a la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, **contando para ello con la participación legal de los trabajadores y trabajadoras**. La Administración Pública competente en materia laboral promoverá la integración eficaz de las políticas orientadas al fomento de la actividad física y la alimentación saludable y equilibrada **en los centros de trabajo**”.*

Artículo 17. La promoción de entornos saludables que faciliten la actividad física y la lucha contra el sedentarismo

En el **apartado 1**, en línea con lo indicado en la alegación al artículo 7, relativo a las garantías por las administraciones públicas y al papel activo que deben desempeñar en el desarrollo de las acciones, consideramos que se debe sustituir el término “*estarán*”, por el término “***están***”, por ser este último término más adecuado.

En el **apartado 3, letra e)**, se menciona que los Ayuntamientos propiciarán acuerdos de colaboración con entidades y asociaciones ciudadanas, culturales, sociales, sindicales, turísticas, deportivas y de personas consumidoras, pero no se citan expresamente las asociaciones empresariales, considerando necesaria su inclusión ya que hay en la norma diferentes medidas que para ser implementadas

o puestas en marcha necesitan de estas organizaciones y, por ende, habrán de propiciarse acuerdos de colaboración que ayudarán sin duda a ese objetivo.

Artículo 19. Promoción de entornos favorables para una alimentación saludable

Por lo que se refiere al **apartado 3**, y con el fin de garantizar la obligatoriedad de disponer de zonas para la lactancia en los edificios y lugares a los que alude el precepto, consideramos importante que se determine cómo se velará por el cumplimiento de lo preceptuado y qué administración será la competente para ello. Entendemos que el desarrollo reglamentario deberá establecer los casos, condiciones y características en que deberán garantizarse dichos espacios teniendo en consideración las posibilidades reales de los centros.

En atención a lo anterior, proponemos la redacción del precepto de la siguiente forma:

*“3. En los lugares de alta afluencia y circulación de personas, tales como centros comerciales, estaciones de transporte interurbano y centros de trabajo, será obligatoria la existencia de espacios adecuados para la práctica de la lactancia materna, de conformidad con el artículo 7.2.a), en aquellos casos que se determinen reglamentariamente, donde además se establecerán las condiciones y características **de los mismos y teniendo en consideración las posibilidades reales de los espacios citados**”.*

En relación con el **apartado 5** se establece que las administraciones locales y la Administración de la Junta de Andalucía, en el ámbito de sus respectivas competencias, facilitarán la venta directa, por los productores, de productos primarios y/o mínimamente transformados. En este sentido, entendemos que el precepto confunde de nuevo la venta directa, regulada en el Decreto 163/2016, de 18 de octubre, con el canal corto.

Por otro lado, la norma apuesta por promover entornos favorables para una alimentación saludable a través de los canales cortos de comercialización, en la línea de las políticas desarrolladas en este sentido por la Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural y, si bien es cierto que dicha forma de comercialización

puede favorecer el consumo de productos frescos y de temporada, esta circunstancia no implica que los productos comercializados por otros canales no sean alimentos sanos y de calidad, por lo tanto, preocupa a este Consejo que pueda vincularse la longitud del canal con productos de mayor o menor calidad.

Artículo 20. Favorecer el acceso al agua

En el **apartado 2** del precepto se recoge que *“Las empresas responsables de la instalación y/o mantenimiento en centros docentes y espacios de ocio infantil públicos autorizados de máquinas expendedoras de productos alimentarios incluidas bebidas azucaradas o con sabor azucarado, instalarán y mantendrán operativa, una fuente de agua potable, refrigerada y de acceso gratuito, ya sea integrada en la máquina distribuidora, ya sea en la proximidad de la misma. Las fuentes deben tener la leyenda “Esta agua es la bebida más saludable y sostenible”.*

La obligatoriedad recogida en este apartado de refrigeración del agua en el supuesto de que la fuente no se encuentre integrada en la máquina expendedora, puede resultar desproporcionada en comparación con la exigencia a otros sujetos obligados por esta medida a los que no se les exige.

Igualmente, la obligatoriedad de instalar fuentes de agua potable en las máquinas expendedoras o próximas a ellas, cuando el artículo 11.5 de la norma recoge que los centros deben disponer de fuentes de agua potable accesibles para el alumnado en los espacios comunes y de recreo, supone dar duplicidad a una medida y duplicar costes que no estarían justificados.

Así mismo se interesa la supresión de la expresión *“... o con sabor azucarado...”* ya que consideramos integradas este tipo de bebidas dentro de las bebidas azucaradas.

Por último, y en relación con la leyenda, entendemos más adecuada la frase **“EI agua es la bebida más saludable y sostenible”**.

En relación con el **apartado 3** se interesa la sustitución del término “fresca” por “potable” al ser el calificativo utilizado en todos los preceptos donde se trata el

asunto, así como añadir “*que dispongan de acceso al agua potable*” proponiendo por tanto la siguiente redacción:

*“En los establecimientos de restauración **que dispongan de acceso al agua potable**, se ofrecerá al cliente la posibilidad de un recipiente o botella con agua **potable** y los vasos para su consumo, de forma gratuita y complementaria a la oferta del propio establecimiento.”*

En cuanto al **apartado 4** de este artículo, consideramos que es preciso, bien suprimirlo, o bien buscar una mejor redacción que clarifique su sentido dado que no queda claro si se refiere a que las máquinas expendedoras deben expedir botellas vacías para poder ser recargadas de agua o, por el contrario, se refiere a que las botellas de agua puedan ser reutilizables.

Capítulo III. Alianzas para el fomento de la actividad física y la alimentación saludable

En este capítulo consideramos necesario incluir un nuevo artículo que expresamente reconozca la colaboración e implicación de los Ayuntamientos de Andalucía en el fomento de la actividad física y la alimentación equilibrada:

“Artículo 21 bis. Acuerdos de colaboración con los Ayuntamientos de Andalucía

Se establecerán acuerdos de colaboración con los Ayuntamientos de Andalucía para fomentar la actividad física y una alimentación sana y equilibrada en los espacios educativos e instalaciones deportivas por personas profesionales de la educación deportiva entre la población infantil y juvenil en Andalucía”.

Artículo 21. Cartas de compromiso para la prevención del sobrepeso y la obesidad

En la redacción del artículo y de sus diferentes apartados se echa en falta que no se haya determinado la vigencia de dichas cartas de compromiso. De igual forma que se ha indicado respecto al PAFASA, y dada la vinculación de estas cartas con



los objetivos del Plan, consideramos necesario que se señale el horizonte temporal o la vigencia de las cartas de compromiso.

Artículo 22. Atención sanitaria a los y las pacientes con obesidad

En relación con el título del artículo interesamos que en el mismo se incluya “(...) **y sobrepeso.**” dado que su contenido se refiere a ambas situaciones y, por tanto, debe reflejarse en el título.

Respecto al **apartado 4**, y para una mejora en la redacción del mismo se propone sustituir “... *el Proceso Asistencial Integrado para la Atención a Personas con Obesidad Mórbida*” por “**(...) un Proceso Asistencial (...)**”.

Por último en cuanto al **apartado 6**, interesamos que la Consejería competente en materia de salud no restrinja sus acuerdos solo a los Ayuntamientos de Andalucía, sino que también los haga extensivos a entidades privadas que ya tengan una oferta de actividad física en el territorio y con recursos que pueden ser utilizados también por los profesionales de la salud de los centros de atención sanitaria.

Artículo 27. Publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en Andalucía

Respecto al **apartado 3, letra g)**, compartiendo el objetivo de la norma en el que se enmarca este precepto, y siendo conscientes de que determinadas técnicas comerciales y de marketing como la que se expone, dirigidas al público infantil, llevan consigo un aumento de consumo de dichos alimentos, es necesario trasladar las dudas de este Consejo sobre el alcance de esta medida y su carácter obligatorio en el actual marco de competencias de nuestra Comunidad Autónoma, afectando, como lo hace, al ámbito de la publicidad y promoción de alimentos.

En este sentido, consideramos que debería haberse desarrollado lo previsto en el artículo 46 de la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, referido a la publicidad de alimentos dirigida a menores de quince años.

En relación con la **letra h)** entendemos más adecuada, en aras de una mayor concreción y coherencia con la normativa de etiquetado, la siguiente redacción:



*“h) Mostrar imágenes **que induzcan a error al consumidor en relación con las características esenciales del producto, de conformidad con lo dispuesto en la normativa de publicidad y etiquetado de alimentos**”.*

Artículo 29. Advertencia sobre la calidad nutricional de los alimentos y bebidas

En este artículo se recoge que, con independencia de lo recogido en el Reglamento (CE) 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de diciembre, relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables de los alimentos, las empresas productoras y de distribución de productos alimenticios, en su publicidad, consignarán de forma clara y comprensible la información que se establezca en el Sistema de Información de Calidad Nutricional de los Alimentos en Andalucía (SICNA).

Este precepto es un tanto ambiguo en cuanto a si está estableciendo una obligación o no, ya que su incumplimiento no tiene reflejo en las infracciones recogidas en la norma, de forma que no tiene sentido establecer una obligación cuyo incumplimiento no tiene trascendencia alguna al no reflejarse en las infracciones. Por lo tanto, ante esta ambigüedad, la norma debería aclarar si es o no obligatoria la consignación de la información en la publicidad.

Artículo 33. Competencias de las Administraciones Públicas en Andalucía

Consideramos conveniente una modificación del **apartado 3** para una mayor concreción, ya que la redacción dada resulta demasiado genérica e imprecisa, así se interesa la siguiente redacción:

*“3. Corresponde a la Consejería competente en materia de educación **la dirección y coordinación de las estrategias, planes, programas y acciones para el fomento de la actividad física saludable y la alimentación equilibrada en los centros educativos, así como de la prevención, atención y lucha contra el sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria de la población en edad escolar, y en particular:***



a) La elaboración de propuestas que se incluyan en el Plan andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable en el ámbito educativo.

b) Todas aquellas acciones que se le atribuyen directamente en la presente ley, en sus normas de desarrollo y en el resto del ordenamiento jurídico, en materia de educación y relacionadas con el objeto de la presente ley”.

Artículo 34. Mapa andaluz de la situación de sobrepeso y obesidad

Con la redacción dada al precepto, consideramos que no se ha recogido la finalidad para la cual se elabora el mismo, es decir, no queda claro cuál es la utilidad que se pretende dar a los datos que la elaboración de dicho mapa ofrecerá.

Es por ello que proponemos que el precepto se complete en el sentido de indicar que la información obtenida con dicho mapa tendrá la finalidad de servir para analizar los resultados obtenidos y su evolución con la implantación de las medidas que se pongan en marcha con ocasión de la norma, con el fin de servir de base para proponer acciones futuras en respuesta a los resultados obtenidos.

Artículo 35. Sistema de Información de calidad nutricional de los alimentos en Andalucía

En relación con este artículo, nos remitimos a las consideraciones generales realizadas por este Consejo. Reproducimos igualmente en este artículo lo indicado en el artículo 29 al respecto de la incorporación de la información aportada por el SICNA en la publicidad de los productos.

Artículo 36. Control oficial de los productos alimenticios

En el **apartado 3**, en el que se incluyen a las Cámaras de Comercio como colaboradoras con la Administración Pública en su labor de asesoramiento y apoyo técnico para mejorar la información a la ciudadanía y al sector empresarial sobre alimentación equilibrada y saludable sin citar a otros agentes, se interesa la



inclusión de otros colectivos y representantes sociales, como las organizaciones empresariales, sindicales y de consumidores y usuarios.

Artículo 37. Comisión andaluza para la promoción física y la alimentación saludable

En el **apartado 5, letra g)**, se establece como función de la comisión la de informar sobre expedientes de infracción. En este sentido, consideramos necesaria la eliminación de dicha función en tanto que sólo las administraciones con competencia en materia sancionadora tienen la facultad de informar en los procedimientos sancionadores y no un órgano de estas características.

En todo caso, sí debería preverse que deba ser informada del resultado de los expedientes sancionadores que se tramiten, con objeto de dar mejor cumplimiento a las funciones que se le atribuyen.

Artículo 38. Comité científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable

En este artículo no se prevé que los informes y estudios elaborados por este comité sean de naturaleza pública y accesibles al público en general, por lo que entendemos que en aras del principio de transparencia debería preverse la publicidad de los informes y estudios elaborados por dicho comité.

Artículo 40. Investigación e innovación en materia de actividad física, nutrición y alimentación saludable

En relación con el **apartado 4**, consideramos que el término "*conflicto de interés*" es muy amplio y puede generar dudas e inseguridad jurídica. Si bien suele utilizarse en las publicaciones científicas, fuera de ese contexto puede dar lugar a entendimientos erróneos y puesto que la norma va dirigida al conjunto de la población, entendemos que esta debe ser clara y evitar ambigüedades. Este Consejo considera que si se relaciona conflicto con relación económica o personal se eliminan otras posibles consecuencias del término. Por ello, se propone la siguiente redacción:



*"4. Las sociedades científicas y los investigadores tendrán que declarar **la existencia de cualquier relación económica o personal que pudiera generar un conflicto de intereses en relación con cualquier comunicado o artículo (...)**".*

Artículo 43. Infracciones

En relación con el sujeto responsable de la comisión de la infracción, tal y como se recoge en el **apartado 3**, resulta ambiguo y genera una inseguridad jurídica contraria a los principios garantistas de todo procedimiento sancionador. Si lo relacionamos con las infracciones tipificadas no se aclara qué sujeto es responsable, si el fabricante, el distribuidor, el responsable del centro docente, etc.

Por tanto, entendemos que dada la naturaleza de la materia es necesaria una mayor concreción, dejando claro los sujetos responsables.

Artículo 44. Infracciones graves y muy graves

El precepto clasifica las infracciones en graves y muy graves, obviando la clasificación de leves y remitiendo la norma como régimen sancionador complementario a la Ley de Salud Pública de Andalucía. Esta opción del legislador equipara todas las conductas pese a que pueden no tener la misma gravedad, y salvo que se dé el agravante de la reiteración o la intencionalidad en su incumplimiento, podrían tener una menor trascendencia y un menor reproche. Así, respecto a la **letra g)**, proponemos que se añada el concepto de reiteración y/o intencionalidad en su incumplimiento para su clasificación como grave.

Por otro lado, respecto a la infracción tipificada en la **letra h)**, debe explicitarse qué se entiende por "difusión comercial".

Por último, proponemos que se incluya como infracción el incumplimiento de las cartas de compromiso previstas en el artículo 21 de la norma, dado que pueden ser utilizadas con carácter promocional y publicitario, añadiendo una nueva **letra i)**.



Artículo 45. Sanciones

En el citado precepto se remite al régimen sancionador de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. Entendemos que en aras de una mejor técnica legislativa, por seguridad jurídica y teniendo en cuenta que se trata de materia sancionadora, sería necesario indicar las consecuencias jurídicas de la comisión de la infracción expresamente en el precepto, no considerando adecuado el sistema de la remisión normativa.



V. Conclusiones

En consecuencia, el Consejo Económico y Social de Andalucía considera que corresponde al Consejo de Gobierno atender las observaciones generales y al articulado presentadas en este Dictamen, así como, en la medida que lo considere razonable, incorporarlas al proyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía.

Sevilla, 2 de octubre de 2017

LA SECRETARIA GENERAL
DEL CES DE ANDALUCÍA

Vº Bº

EI PRESIDENTE DEL CES DE
ANDALUCÍA



Fdo. Angel J. Gallego Morales



Fdo. Alicia de la Peña Aguilar

INFORME EN RELACIÓN CON EL DICTAMEN 13/2017 DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE ANDALUCÍA SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA

En respuesta a las **Observaciones Generales** del Dictamen emitido por el Consejo Económico y Social, le informamos:

1 En cuanto a que la norma es excesivamente programática, debemos decir que es una norma que lo que busca esencialmente es generar todas las sinergias posibles entre todas las administraciones sectoriales y entre la administración autonómica y local para abordar los al menos 107 factores determinantes según el estudio que actúan sobre la epidemia mundial de la obesidad. Es por ello que el esfuerzo fundamental se centra en sentar a trabajar conjuntamente estas, la sociedad civil y los operadores económicos y los agentes sociales, asumiendo en su quehacer diario su cuota de responsabilidad.

2 En cuanto a la escasez de recursos, se entiende que la eficacia de la Ley no se centrará tanto en la cantidad de recursos nuevos en los próximos presupuestos sino más bien en la forma en que se utilizan recursos que están ya presupuestados.

Adicionalmente, junto a estos recursos habrá que tener en cuenta que el Anteproyecto de Ley prevé asimismo el desarrollo de determinadas actividades que no han sido cuantificadas, al ser difícil su cuantificación porque son actividades que forman parte de la actividad asistencial del SAS y que se asumen en su conjunto con el presupuesto anual de la Agencia. Se trata de una parte de la atención sanitaria integral a personas con obesidad o trastornos de la conducta alimentaria, y de otro, del desarrollo en el seno de los servicios públicos de salud del asesoramiento y consejo dietético personalizado.

Así pues, para el ejercicio de 2017, los recursos destinados a las actuaciones derivadas del Anteproyecto serán de 119,76 millones, para el ejercicio 2018 será de 124,8 millones de euros, para el 2019 se situaría en 112,58 y en 2020, 112,02 millones de euros. Si bien de esta financiación 372.800 euros anuales procederían de nuevas actuaciones, siendo estas las siguientes:

370.000 euros anuales se destinarían a actividades de investigación en materia de sobrepeso y obesidad, y ayudas a la investigación en materia de actividad física, nutrición y alimentación. Dicho importe ya se encuentra contemplado en la convocatoria de ayudas 2017 de investigación en promoción de la salud.



Código Seguro De Verificación:	bAPCBOZB+ciXZ+DVBTlNTQ==	Fecha	10/10/2017
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	María Josefa Ruiz Fernandez		
Url De Verificación	https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/bAPCBOZB+ciXZ+DVBTlNTQ=	Página	1/6



1.000 euros anuales serían necesarios para la creación del Comité Científico para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, 1.000 euros para la convocatoria de premios por el SAS y la Consejería de Salud y 800 euros restantes serían para la creación de la Comisión andaluza para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, previéndose que se celebren dos reuniones al año, todo ello recogido en el Capítulo II del Presupuesto 2017 tanto de la Consejería como del SAS.

3 En relación con la falta del Informe de la Dirección General de Comercio, comentamos que durante el trámite de Informes, se solicitó informe a la Consejería de la cual es parte, que es la Consejería de Empleo, Empresa y Comercio.

4 En cuanto a la necesidad de implicar a las organizaciones sindicales, empresariales, de consumidores y usuarios y otros agentes sociales consideramos que con la expresión contenida en el artículo 9 punto 1 “agentes económicos y sociales” pueden considerarse incluidos todos las asociaciones empresariales, sindicales y de consumidores.

5 En cuanto a la proporcionalidad de las medidas que se recogen en la norma en el sector privado, productor y distribuidor de alimentos, turismo y restauración, consideramos que es absolutamente proporcional, incluso contenida dada las dimensiones del problema de salud pública que debemos atajar. Nuestra salud está en manos de la industria agroalimentaria, estos operadores han sido los causantes de los cambios trascendentes en nuestra dieta con un incremento desorbitado de los azúcares, sales o grasas trans con una gran repercusión en sus beneficios al generar, en los dos primeros casos, círculos viciosos de estímulo del consumo exagerado.

En relación con la oferta de agua fresca y potable de los restauradores, hay que recordar que era una práctica habitual en los establecimientos de restauración de nuestra región hasta hace pocos años donde la industria del agua mineral impuso con su marketing la casi desaparición de esta deseable costumbre.

Por tanto necesitamos generar condiciones que hagan accesibles los cambios hacia nuevos estilos de vida saludables a todas las personas, impulsando especialmente la protección a las poblaciones más vulnerables en un marco que favorezca las estrategias de sostenibilidad del sistema y del planeta, luchando contra el cambio climático. habiéndose centrado, por un lado, en la protección de la salud de la población infantil y adolescente y por tanto en los lugares en los que ellos realizan todo el aprendizaje y pasan el mayor número de horas del día y en la publicidad a ellos dirigida. Por



Código Seguro De Verificación:	bAPCBOZB+ciXZ+DVBTlNTQ==	Fecha	10/10/2017
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Maria Josefa Ruiz Fernandez		
Url De Verificación	https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/bAPCBOZB+ciXZ+DVBTlNTQ=	Página	2/6



otro lado, en la protección de la lactancia materna y de las mujeres embarazadas y por último en los mayores y menores en situación de dependencia como los aspectos más relevantes.

6 En cuanto al desarrollo temporal del PAFASA, se entiende que no es posible acotar el tiempo pues tal y como se recoge en la disposición final segunda, se da doce meses para elaborar el PAFASA. Previamente en la disposición adicional primera se hace referencia al plazo de seis meses para la constitución de los órganos colegiados. El Comité científico deberá de asesorar y la Comisión Andaluza presentar la propuesta.

Los Planes Estratégicos de esta índole contemplarán objetivos y evaluaciones periódicas en función de las acciones específicas que se aprueben y una global de objetivos a los 5 años. Entendemos por tanto que es técnicamente inadecuado definir el tiempo. Quedando asegurada el desarrollo y la implantación con las iniciativas recogidas en el texto.

7 En cuanto a la necesidad de incorporar el abordaje de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) dentro de los objetivos del PAFASA, decir que este grupo de problemas de salud no cuenta con los mismos factores determinantes que el sobrepeso y la obesidad. El PAFASA se hace necesario para afrontar en las estrategias de abordaje los más de 100 factores determinantes que influyen en el sobrepeso y la obesidad. En el caso de los TCA, el origen de estos problemas está hasta lo que se conoce en el ámbito de la salud mental exclusivamente.

8 El Sistema de Información de Calidad Nutricional de los Alimentos de Andalucía (SICNA) tiene sus objetivos perfectamente definidos en las letras a),b) y c) del punto 3 del artículo 35. La principal dificultad para la realización de la comparación de la calidad de los alimento es definir el *índice sintético nutricional global* que se realizará a través de la constitución de un grupo de trabajo en el seno del Comité científico para lo que se ha incorporado una función aclaratoria el art. 38 donde se recogen las funciones del Comité Científico. No incluye modificaciones del etiquetado. Esta información será accesible a través de medios electrónicos a través del Portal de la Consejería de Salud.

9 En cuanto a la dotación de recursos y tal como figura en la memoria económica.

En relación con las **Observaciones del articulado:**

10 Art 4 j) en la definición de dieta mediterránea se hace referencia a los cereales por lo que se incluye el pan.



Código Seguro De Verificación:	bAPCBOZB+ciXZ+DVBTlNTQ==	Fecha	10/10/2017
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Maria Josefa Ruiz Fernandez		
Url De Verificación	https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/bAPCBOZB+ciXZ+DVBTlNTQ=	Página	3/6



Art 4 w) No se considera adecuado fijar la edad ya que ha tenido fluctuaciones los últimos años y es posible que pueda ocurrir en el futuro, según se observe la pertinencia en función de la estrategia de atención.

11 Art 7.2 m) se considera que las Administraciones deben de realizar alianzas en el ámbito de la educación con las entidades que tengan como su función principal la educación y la formación.

Art 7.2 ñ) No se considera que tengamos competencia para perseguir la publicidad o divulgación de conductas alimentarias no saludables más allá de las competencias del Consejo Audiovisual de Andalucía tal y como se recoge en el articulado.

12 Art 8.3 No se considera técnicamente pertinente cerrar este aspecto en un texto como una ley. Debe permitir evolución según necesidades de la atención sanitaria.

13 Art 10.2 No se considera necesario incluir “garantizando las condiciones de seguridad”. Estas ya se encuentran garantizadas y serán los titulares de los centros que actuaran de oficio de esta forma.

En cuanto a la creación progresiva de comedores propios a las ZTS, entendemos no debemos de pronunciarnos en cuanto si estos sean propios o contratados. Habrá de exigirse calidad y palatibilidad de la forma en que sea mejor para cada caso y que debe ser valorado por parte del centro y de la Consejería de Educación.

14 Art 12.8 En cuanto a la supresión de la expresión “a través del cristal” creemos que debe de permanecer al ser esta circunstancia la que queremos garantizar. Ya que en el interior pueden estar consignadas las calorías y no ser visibles a través del cristal.

15 Art 11 No se considera adecuado añadir el apartado propuesto, ya que no se habla de los perfiles de las personas y su forma de organización de las personas que deberán llevar a cabo las iniciativas, dependerá de cada contexto.

16 Art 19.3 No se considera adecuado dejar el margen a la posibilidad que así no suceda.



Código Seguro De Verificación:	bAPCBOZB+ciXZ+DVBTlNTQ==	Fecha	10/10/2017
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Maria Josefa Ruiz Fernandez		
Url De Verificación	https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/bAPCBOZB+ciXZ+DVBTlNTQ=	Página	4/6



17 Art. 20.2 La evidencia de que mejorar la accesibilidad al agua potable y fresca a la población, en especial a aquella con menos recursos económicos está ampliamente documentada como una de las medidas más eficaces y que promueven la igualdad. Se argumenta la proporcionalidad de las medidas contenidas en el artículo en base a las acciones recomendadas, que cuentan con evidencia científica y están recogidas en las recomendaciones internacionales y en concreto el Rapport Hercberg Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique 2013. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000068.pdf> y en relación con la promoción del consumo de agua como única bebida indispensable en el niño y en el adulto pasa por facilitar el acceso a través de una oferta de agua gratuita, sana, de buena calidad, agradable de beber y disponible en todos los lugares. Esta promoción del consumo de agua debe, así mismo, permitir ofrecer una alternativa en todos aquellos lugares donde se promueve la oferta de bebidas azucaradas (CDC, 2010, CDC, 2012, Institute of Medicine, 2007a, National Association of Local Boards of Health, 2010). Diferentes trabajos han puesto de manifiesto que favorecer el consumo de agua como bebida de base se acompaña de un menor riesgo de aumentar de peso en los niños, en los adolescentes y en los adultos (Daniels & Popkin, 2010, Dennis et al., 2010, Stookey et al., 2007, Stookey et al., 2008). Sustituir las bebidas azucaradas por agua se asocia a una disminución del aporte de calorías en los niños y en los adolescentes (Wang et al., 2009), e instalar fuentes de agua en los lugares públicos y en otros lugares aumenta el consumo de agua y reduce el riesgo de sobrepeso y de obesidad (Muckelbauer et al., 2009).

Argumentos tomados también de Comment faire mieux ? L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité. http://www.obesitynetwork.ca/files/pepo-inspq-comment-faire-mieux_livre_4_avril_2016.pdf (Pág 77 y ss).

Art 20.3 Entendemos que todos los establecimientos de restauración disponen de agua potable.

18 Art. 21 (ahora 22) No se considera adecuado fijar en la Ley la Vigencia de las Cartas de Compromiso ya que será en función de las características de las entidades y el tipo de compromiso.

19 Art 22 (ahora 23) Apartado 4. Es el término técnico con el que se viene trabajando desde el año 2000 cuando se aprobó el primer Plan de Calidad de la Consejería de Salud.



Código Seguro De Verificación:	bAPCBOZB+ciXZ+DVBTlNTQ==	Fecha	10/10/2017
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Maria Josefa Ruiz Fernandez		
Url De Verificación	https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/bAPCBOZB+ciXZ+DVBTlNTQ=	Página	5/6



Apartado 6. Se entiende que son los ayuntamientos los que deben de promover estos acuerdos. En todo caso debe siempre abordarse desde la perspectiva que se realice de forma equitativa para todas las zonas y barrios de la ciudad. Ese papel debe de jugarlo las corporaciones locales.

Art 27.3 (ahora 28.3) En cuanto a la necesidad de desarrollar el artículo 46 de la Ley 17/2011, hay que decir que Andalucía participa de la Estrategia NAOS del Ministerio donde se desarrolla el artículo mencionado. Las cartas de compromiso que se contemplan en el art. 21 (ahora 22) es un desarrollo del citado artículo. En todo caso en esta apartado no vamos más allá de las competencias con las que cuenta Andalucía.

20 Art 33 (ahora 34) No se considera necesario la incorporación de este apartado por considerarse claro e incluido a lo largo del articulado.

21 Art 34 (ahora 35) Con el mapa no se evalúan específicamente las medidas contenidas en el Plan, sino el Plan en su conjunto o mejor dicho la evolución de la situación de sobrepeso y obesidad en nuestra región. En todo caso el PAFASA contempla la evaluación periódica de las medidas y una evaluación de objetivos mayor cada 5 años.

22 Art 36 (ahora 37) No se considera para esta cuestión específica la participación las organizaciones sindicales, empresariales y de usuarios.

23 Art. 40 (ahora 41) El “conflicto de intereses” es una terminología utilizada ampliamente para la definición de estas situaciones. No se considera pertinente no utilizarla.

24 Art 44 (ahora 45) No se considera proporcionada la sanción grave o muy grave el incumplimiento de las cartas de compromiso, aunque se realicen otro tipo de actuaciones ante esta situación.

En Sevilla, a 10 de octubre de 2017

LA SECRETARIA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO

Fdo. Josefa Ruiz Fernández



Código Seguro De Verificación:	bAPCBOZB+ciXZ+DVBTlNTQ==	Fecha	10/10/2017
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Maria Josefa Ruiz Fernandez		
Url De Verificación	https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/bAPCBOZB+ciXZ+DVBTlNTQ=	Página	6/6



D. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CARBAJO, Responsable de la Unidad de Transparencia de la Consejería de Salud, EXPONE:

Que tanto el texto como las memorias e informes que conformaban el expediente del Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía que han sido remitidos al Consejo Económico y Social para su dictamen, han sido objeto de la publicidad establecida por el artículo 13.1.b) de la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía.

Y para que conste, a los efectos oportunos, se expide la presente diligencia, en Sevilla a la fecha de la firma.

EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA



Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena 1. 41071 Sevilla
Teléf. 955.04.80.00. Fax 955.04.81.28

Código Seguro De Verificación:	nDw2xKwP819111Hj5fcoRA==	Fecha	20/10/2017
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Francisco Javier Gomez Carbajo		
Url De Verificación	https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/nDw2xKwP819111Hj5fcoRA=	Página	1/1



ÁNGEL SERRANO CUGAT, SECRETARIO GENERAL TÉCNICO DE LA CONSEJERÍA DE SALUD

CERTIFICA

Que en cumplimiento del artículo 31.1b) de la Ley 1/2014, de 24 de junio, de la Transparencia de Andalucía, la Resolución de esta Secretaría General Técnica de 9 de noviembre de 2016, por la que se acuerda someter a información pública el Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida activa y una alimentación equilibrada en Andalucía (BOJA núm. 216 de 15 de noviembre de 2016), ha sido publicada junto con el texto del Anteproyecto de la mencionada Ley en la dirección electrónica del portal de la Transparencia de la Junta de Andalucía.

Y para que conste, firmo la presente en Sevilla a la fecha de la firma.



Código Seguro De Verificación:	DTVy2BtuOELrnBEHek9f+Q==	Fecha	24/10/2017
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Angel Serrano Cugat		
Url De Verificación	https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/DTVy2BtuOELrnBEHek9f+Q=	Página	1/1



MEMORIA EN RELACIÓN CON LA PROPORCIONALIDAD DE LAS MEDIDAS RECOGIDAS EN LA LEY DE PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA. (30 octubre 2017)

En la exposición de motivos de la Ley, al igual que en los diferentes documentos del expediente, se ha referido la situación de Andalucía en relación a los altos índices de obesidad y sobrepeso en la población adulta y lo que es más preocupante, en la población infantil. Se ha documentado la tendencia al empeoramiento progresivo de esta situación si no se actúa de una manera ecosistémica.

Esto se evidenció al realizar hace tres años la evaluación del III Plan Andaluz de Salud (anexo 1), donde se comprobó que los resultados en nuestra CCAA en relación a la mortalidad y la atención a la enfermedad estaban mejorando ostensiblemente, fundamentalmente por la acción de nuestros servicios sanitarios, pero que los estilos de vida, sobre todo los relacionados con la obesidad, el sobrepeso y la actividad física eran muy preocupante, por su tendencia al alza y por estar, según los diferentes estudios entre las 3 o 4, y en algún caso la segunda CCAA con mayores tasas de obesidad y sobrepeso del Estado.

Por ello, realizamos un análisis de la situación de esta epidemia, su tendencia y las intervenciones que se venían realizando en diferentes países del mundo para atajar este grave problema de salud. Esto se plasmó en un documento llamado **Tendencias Sobre la Lucha Contra la Obesidad** que se adjunta en el anexo 2.

En este sentido destacaríamos, que en el 2050 la tasa de obesidad en los países de la OCDE alcanzará al 60% hombres, el 50% mujeres y al 25% niños y niñas. Solo de obesidad, sin contemplar el sobrepeso. Además España es uno de los países europeos más afectados por esta epidemia, según los últimos datos de la Encuesta Nacional de salud, la prevalencia de sobrepeso es del 53.7% y la de obesidad del 17.0%.

En relación a Andalucía destacaremos que según el último estudio Aladino de 2015 en niños de **6 a 10 años** realizado midiendo talla y peso, el 22,9 % sufre OBESIDAD y el 23,1 % SOBREPESO.

Por todo lo anterior se pone de manifiesto que la obesidad es un problema clínico, pero también económico o social. Clínico por la carga de enfermedad y muerte que genera, se estima que puede disminuir la esperanza de vida a los 40 años en siete; social porque el **género y el nivel socioeconómico** causan de inequidades en salud, en relación a la obesidad en Europa, de hecho las **mujeres y los niños en los grupos de bajo nivel socioeconómico** son más vulnerables y soportan inequidades en la obesidad que se **transmite de generación en generación**. Y económico porque el impacto financiero en el sistema de salud en costes directos son muy altos, se estima, que para un sistema con NHS Inglés supondrá, en el 2025, un 7,3%. Esto aumenta considerablemente si se estiman, además, los costes indirectos que suponen las bajas laborales, o la modificación de asientos en aerolíneas aéreas o trenes. (Anexo 2).

En el documento **Tendencias Sobre la Lucha Contra la Obesidad** se recogen los estudios en los que se demuestran que no sólo hay factores individuales como determinantes del problema, sino que actúan más de 100 factores, en concreto 108 variables, y estas tienen que ver con la producción de alimentos más saludables, la oferta accesible de estos alimentos para todas las personas, el acceso al agua potable gratuita en todos los ámbitos, las características favorecedoras de la actividad física y la alimentación saludable en los centros docentes, el entorno urbano, el entorno de trabajo, las residencias de mayores o de menores. Los estudios también nos hablan de la necesidad de desplegar especiales medidas de protección por tener un mayor efecto los factores determinantes en: la población infantil, las mujeres gestantes, las personas con una situación socioeconómica más desfavorable, en las personas mayores y las personas dependientes.

Partiendo de los documentos y recomendaciones internacionales: Organización Mundial de la salud (anexo 3), de estudios científicos integrales de Reino Unido, Francia (anexo 4) y Canadá (anexo 5), así como en artículos científicos referidos a actuaciones específicas y en el consenso de expertos (Documento de Consenso del Consejo Interterritorial): todas las medidas propuestas en la Ley se sostienen en la

evidencia científica de su efectividad recogida en los documentos anteriores y en los estudios específicos que se referenciaran a lo largo del informe.

Después de la recopilación de toda la información se realizó un taller en la EASP con profesionales y expertos de los diferentes sectores del Gobierno, así mismo participaron a representantes de los empresarios y de los consumidores y usuarios. De este taller nace el índice y la estructura de la futura Ley.

Pero además, con el ánimo de conocer el posicionamiento de los diferentes agentes implicados y recoger sus aportaciones, se han realizado 17 talleres en el proceso de participación social para la elaboración del anteproyecto. El primero de todos se realizó con la Confederación de Empresarios de Andalucía (CEA), donde estuvieron presentes representantes de los diferentes sectores económicos implicados en la Ley.

Posteriormente se realizaron 8 talleres específicos con los diferentes ámbitos concernidos (productores de alimentos, industria alimentaria, restauradores, distribuidores, educación, medios de comunicación, responsables de los entornos urbanos, sanitarios y pacientes y usuarios) en los que se contrastaron las medidas recomendadas por la evidencia y la viabilidad de las mismas en nuestro contexto.

Y por último, se realizaron 8 talleres más a nivel provincial (1 por provincia), en los cuales se invitaron a los sectores implicados de cada provincia para debatir in situ, conocer las necesidades o sensibilidades específicas y recoger propuestas.

Unido a todo lo anterior se han celebrado numerosas entrevistas individuales con representantes de las Consejerías de Educación, Agricultura, Turismo y Deporte, Hacienda y Administración Pública y Fomento y Vivienda, y las sociedades científicas han apoyado el contenido de este anteproyecto, realizando aportaciones para reforzar y aumentar el alcance de las medidas contenidas.

Durante el último año. Además, Y se ha mantenido varias reuniones individuales con cada uno de los representantes de los sectores del agua embotellada, de la industria de los lácteos, de las máquinas expendedoras de productos alimenticios, los productores de azúcar, la federación española de industria de alimentos y bebidas entre otros.

En base a las diferentes reuniones se llegó a un texto de Ley ponderado que aunque creemos responde de manera equilibrada a los requerimientos de los distintos actores, también creemos que para dar respuesta de manera proporcionada a los fines de la ley y al problema de salud pública que representa, las medidas recogidas, en algunos ámbitos, tiene una proporcionalidad insuficiente. De hecho se ha renunciado a medidas relevantes como:

- Las medidas impositivas a las bebidas azucaradas, esta es una de las medidas con mayor fuerza e impacto en la disminución de la obesidad según la evidencia.
- La prohibición de venta de productos hipercalóricos o azucarados en el entorno 250 metros de los centros docentes. Esta medida, al igual que la anterior estuvo sujeta a importante debate con la CEA, incluso se planteó la prohibición de su venta sólo a menores y en horario escolar, propuesta que tampoco prosperó.
- Obligación en los espacios de ocio infantil de no vender alimentos no saludables (hipercalórico o azucarados), solo se ha recogido la obligatoriedad de ofertar fuentes de agua potable gratuita.

Y muchas otras se han matizado como luego veremos en puntos concretos.

Antes de entrar en el articulado específicamente sobre los que se requiere aclaración, reseñar que la ley se basa en los documentos recogidos anteriormente y en los estudios y documentos referenciados en el **anexo 0** de este informe, los cuales dan soporte al articulado de la Ley.

En relación al articulado específico resaltar:

- 1) Artículo 6.2.c) “acceder a menús saludables y diferentes tamaños de raciones cuando realicen consumo de alimentos en las empresas de restauración que ofrezcan sus servicios en Andalucía, respetando los diferentes tipos de negocio en función de la modalidad de gastronomía o el concreto servicio de restauración.”**

Cabe destacar que la tradición gastronómica Andaluza situaba a la tapa como una seña de identidad de la misma, hecho que se está perdiendo. En numerosos establecimientos de restauración se “obliga” a consumir medias raciones o raciones completas, no permitiendo que el consumidor pueda elegir el tamaño de su ración. Este hecho redunda en un elemento sobre el que existe suficiente evidencia: el tamaño de las raciones está en relación clara con la tasa de obesidad, puesto que

las raciones de mayor tamaño incita a un consumo de la misma aun cuando no se tenga apetito.

Por tanto, una de las líneas de trabajo recogida en el consejo dietético que desde hace 5 años se viene realizando en nuestros centros sanitarios, es el educar en el tamaño de las raciones que consumimos y el artículo 6.2.c), lo que posibilita es la elección del consumidor en base al apetito que en ese momento posea.

Los siguientes artículos están relacionados con la infancia y el consumo de alimentos hipercalóricos o azucarados y con la publicidad de los mismos en los centros docentes o sanitarios que atienden a la edad pediátrica, y tienen en común la misma argumentación.

- 2) **Artículo 12.1. “...No obstante, la promoción comercial y el patrocinio de actividades o eventos de alimentos y bebidas que excedan de los criterios nutricionales establecidos en el Anexo, estarán prohibidas en todo caso”.**
- 3) **Artículo 12.2 “2. De acuerdo con lo establecido en el artículo 40.6 de la Ley 17/2011, de 5 de julio, se prohíbe la venta en los centros docentes de Andalucía de alimentos y bebidas con un alto contenido en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sal y/o azúcares y, en concreto, los alimentos hipercalóricos con un alto contenido calórico proveniente de azúcares o grasas y con bajo valor nutricional de acuerdo con el Anexo de esta Ley. “**
- 4) **Artículo 12.4 “...se prohíbe la utilización de los alimentos envasados y bebidas que no cumplan con los criterios nutricionales definidos en el Anexo, en celebraciones organizadas en el centro”.**
- 5) **Artículo 17.1.c) “c) En los centros no podrán llevarse a cabo campañas de publicidad de bebidas o de alimentos de alto contenido en ácidos grasos saturados, grasas trans, sal o azúcar, de acuerdo con los criterios nutricionales establecidos en el Anexo. Asimismo, estos productos no podrán estar a la venta en las cafeterías y máquinas expendedoras, salvo que en su presentación se informe de manera destacada de su composición y sobre las recomendaciones de frecuencia de consumo”**
- 6) **Artículo 19.7. “7. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios con atención a menores en edad pediátrica serán espacios libres de toda forma de promoción y publicidad de alimentos envasados o bebidas refrescantes que no estén de acuerdo con los criterios nutricionales establecidos en el Anexo.”**

Está contrastado que la infancia es la POBLACION MAS VULNERABLE frente a la influencia de la publicidad de este tipo de alimentos. Además todos los documentos de referencia y consenso experto, reconocen que actuar de forma precoz sobre este sector de la población, es la manera más efectivos para la prevención de enfermedades tan importantes como la diabetes, la hipertensión arterial, la dislipemia, las enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, enfermedad osteomuscular, apnea obstructiva del sueño o enfermedad grasa del hígado, cuando se llegue a la edad adulta.

Pero no sólo estamos actuando sobre problemas de salud que aparecerán en el futuro, sino que hoy en nuestros centros sanitarios los profesionales están viendo en su consulta a menores que presentan problemas de dislipemias (niveles altos de colesterol), u obesidad mórbida, signos que nos deben poner alerta sobre esta situación actual del problema.

Por ello la protección de esta población es prioritaria desde el punto de vista de la salud pública, de hecho en los inicios de la ley y en base a los documentos científicos que se anexan, se había recogido esta protección no sólo para los centros educativos, sino además, para todos aquellos espacios de ocio infantil, elemento que no se ha recogido en la Ley finalmente, restringiéndose sólo a los centros docentes.

En el anexo 0 se recoge suficiente investigaciones y estudios que avalan lo dicho con anterioridad.

En relación a los artículos referentes a la regulación de las máquinas expendedoras

7) Artículo 12.5 "5. Solo podrán instalarse máquinas expendedoras automáticas en las zonas de los centros docentes destinadas a alumnado en edad igual o superior al de Educación Secundaria, y estas máquinas estarán libres de publicidad. Las máquinas expendedoras instaladas en los centros docentes deberán mostrar, en lugar visible al público y a través del cristal, la cantidad de calorías netas por porción envasada de los productos que se expendan en dicha máquina".

8) Artículo 12.7 "7. Las limitaciones establecidas en este artículo comprenden la dispensación en máquinas expendedoras o en establecimientos tales como cantinas, bares, quioscos o similares situados en el interior de los centros."

- 9) Artículo 20.2 “2. Las empresas responsables de la instalación o mantenimiento en centros docentes y espacios de ocio infantil públicos autorizados, de máquinas expendedoras de alimentos envasados y bebidas, si las hubiera, instalarán y mantendrán operativa, una fuente de agua potable, refrigerada y de acceso gratuito, ya sea integrada en la máquina distribuidora, ya sea en la proximidad de la misma. Las fuentes deben tener la leyenda “El agua es la bebida más saludable y sostenible”.**

En cuanto a este tema, desde la Secretaria General de Salud Pública y Consumo se mantuvo varias reuniones con la asociación que las representan. En un primer momento la Ley contemplaba la existencia de fuentes de agua potable en todos aquellos lugares donde existiera una máquina expendedora, puesto que existe evidencia, recogida en el anexo 0, donde se refleja que el acceso al agua potable disminuye la obesidad a evitar la sustitución del agua por refrescos azucarados (Anexo 0).

Tras las reuniones mantenidas con este sector quedó patente, de un lado que no en todos los lugares donde hubiera una máquina de este tipo, existía acceso a una conducción de agua potable, así como la imposibilidad que garantizar en todo los lugares la aptitud del abastecimiento o el control del mismo. Por ello, se “pactó” con el sector que SÓLO se recogería en la Ley la obligatoriedad de que existiera en los centros docentes y en los lugares de ocio infantiles. Hecho que de alguna manera le pareció al sector más asumible.

- 10) Artículo 20.3 “3. En los establecimientos de restauración se ofrecerá siempre, que se sea cliente, la posibilidad de un recipiente o botella con agua fresca y los vasos para su consumo, de forma gratuita y complementaria a la oferta del propio establecimiento.”**

En este sentido, la importancia del acceso al agua se recoge en los diferentes estudios que aparecen en el anexo 0, por lo que no profundizaremos en la importancia de ello. A consecuencia del acceso gratuito al agua en los establecimientos de restauración, se han mantenido diferentes reuniones con las asociaciones del sector del agua embotellada y con la propia CEA, tras las cuales dicho artículo se ha matizado en las siguientes direcciones:

1. Se incluyó que el acceso gratuito solo fuera para los clientes del establecimiento.
2. y se introdujo la palabra botella para no gravar así innecesariamente el sector a petición del mismo.


Hecho que palía el posible impacto en el sector sin dejar de recoger una iniciativa importante para el control de la obesidad.


11)Artículo 29.3.g) “3. Sin perjuicio de lo anterior y en el marco de los acuerdos de correulación vigentes al amparo del artículo 46.1 de la Ley 17/2011, de 5 de julio, la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a menores de quince años en Andalucía evitará: (...) g) Promover la entrega de regalo, premio o cualquier otro beneficio destinado a fomentar la adquisición o el consumo de alimentos o bebidas no alcohólicas que no respondan a las características del anexo de esta Ley”

La entrega de premios y regalos en la adquisición de alimentos o bebidas incitan de manera clara a su consumo, según referencian los diferentes expertos, por ello se ha introducido este artículo. De hecho es uno de los grandes caballos de batalla de la industria alimentaria en relación a esta Ley, lo que demuestra la importancia del mismo en el fomento del consumo de este tipo de alimentos.

Por último comentar que, se han potenciado las medidas de colaboración con todos los sectores de forma voluntaria a través de las cartas de compromiso y se contempla la posibilidad de incentivar económicamente a aquellas empresas que realicen cambios favorecedores y confluyentes con los objetivos de esta Ley. Se considera la necesidad de trabajar con todos los actores implicados conjuntamente durante todos estos procesos a medio y largo plazo, garantizando su participación en el Plan Andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable (PAFASA).

Es por ello que a modo de conclusión consideramos que esta Ley está desproporcionada en el sentido de que para conseguir sus fines necesitaríamos tener una ley más intervencionista con respecto al problema que se quiere atajar, la situación específica de nuestra comunidad, y sus repercusiones sobre la salud, sociales y económicas para nuestra sociedad y teniendo en cuenta que esta epidemia incrementa la brecha de la desigualdad y amenaza la sostenibilidad del sistema sanitario.


Josefa Ruiz Fernández
Secretaria de Salud Pública y Consumo



Anexo 0 - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS QUE SOPORTAN LA EVIDENCIA DE LAS MEDIDAS RECOGIDAS EN LA LEY

1. En apoyo al MARCO GENERAL de la Ley tenemos:

Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud 2004 (anexo 6)

Dicha Estrategia en el **punto 28** recoge “ necesitamos una perspectiva que abarque la totalidad del ciclo vital” y “ el apoyo y la promoción de la práctica de la lactancia natural exclusiva durante seis meses”

En el **punto 29** “Las cuestiones relacionadas con la actividad física comprenden la realización de esas actividades en el trabajo, el hogar y la escuela, teniendo en cuenta el aumento de la urbanización y diversos aspectos de la planificación urbana, así como asuntos relacionados con los transportes, la seguridad y la posibilidad de realizar actividades físicas durante el tiempo libre”

En el **punto 30** “Debe asignarse prioridad a las actividades que tienen repercusiones positivas en los grupos de población y las comunidades más pobres. Esas actividades requerirán en general una acción comunitaria con fuerte intervención y supervisión”

Segunda Conferencia Internacional sobre nutrición FAO-OMS 2014

“el sobrepeso y la obesidad, entre niños y adultos por igual, han venido aumentando rápidamente en todas las regiones: en 2013 había 42 millones de niños menores de cinco años afectados por el sobrepeso y en 2010, más de 500 millones de adultos afectados por la obesidad”

Reconoce “la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional se favorece a través de sistemas alimentarios sostenibles, equitativos, accesibles en todos los casos, resistentes y diversos”

Tackling Obesities: Future Choices – Modelling. Future Trends in Obesity&Their Impact on Health. Government Office for Science, 2007.

Documento del Reino Unido que recoge un estudio prospectivo sobre los más de 100 factores determinantes del problema y sobre las consecuencias para los sistemas sanitarios y para la sociedad de esta epidemia.

Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique, dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé. Rapport Hercberg, 2013. (anexo 4)

Informe de evaluación de la estrategia puesta en marcha para una política nutricional en Francia. Recoge las principales recomendaciones a poner en marcha para avanzar en el control de la epidemia.

Comment faire mieux? L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité. Institut national de santé publique. Quebec 2016. (anexo 5)

Realiza un exhaustivo análisis de la evidencia de las diferentes intervenciones para el control de la obesidad.

Estrategias de control de la epidemia de obesidad de la World Cancer Research Fund International. www.wcrf.org.

Este organismo sistematiza las intervenciones necesarias para la prevención del cáncer haciendo especial énfasis en aquellas relacionadas con el control de la obesidad.

2. En apoyo a la INTERVENCIONES DE PROTECCIÓN DE LA INFANCIA:

Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. OMS 2016

Donde se recomienda entre otras cuestiones

- (l) Asegurar que la información nutricional adecuada y específica del contexto y las directrices para los adultos y los niños se desarrollan y se difunden de una manera sencilla, comprensible y accesible para todos los grupos de la sociedad.

- (II) Implementar un impuesto efectivo sobre las bebidas endulzadas con azúcar.
- (III) Poner en práctica el conjunto de recomendaciones sobre la comercialización de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños para reducir la exposición de los niños y adolescentes a la promoción e influencia de los alimentos malsanos, y el poder de la comercialización de alimentos poco saludables.
- (IV) Desarrollar perfiles de nutrientes para identificar los alimentos y bebidas no saludables.
- (V) Requerir ajustes en escuelas, centros de atención infantil, instalaciones deportivas infantiles y eventos para crear ambientes saludables de alimentos.
- (VI) Aumentar el acceso a alimentos saludables en las comunidades desfavorecidas.

Los datos disponibles indican que Andalucía es la comunidad autónoma con el consumo de bebidas refrescantes más elevado de España **(medido en litros per cápita) (Martín Cerdeño, 2014)**

Los estudios independientes (sin conflictos de intereses con la industria alimentaria) encuentran una clara relación entre el consumo de bebidas azucaradas y el desarrollo de obesidad y diabetes **(Vartanian et al., 2007, Bes-Rastrollo et al., 2013)**.

El acceso al agua

Se ha comprobado que cuando el acceso al agua potable no es fácil, se consumen más bebidas azucaradas **(Fenaughty, 2010)**

La promoción del consumo de agua como bebida indispensable de elección en los niños pasa por el acceso a una oferta de agua gratuita, de buena calidad, agradable de beber y disponible en todos los lugares. Esta oferta debe ser una alternativa real a la de bebidas azucaradas **(Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2010, 2012, Institute of Medicine, 2007a, National Association of Local Boards of Health 2010)**.

Diferentes trabajos han mostrado evidencia de que favorecer el consumo de agua como bebida de elección se acompaña de un riesgo menor de exceso de peso en niños, adolescentes y adultos **(Daniels&Popkin, 2010, Dennis et al., 2010, Stookey et al., 2007, Stookey et al., 2008)**.

Instalar fuentes de agua en lugares públicos y en otros sitios aumenta el consumo de agua y reduce el riesgo de sobrepeso y de obesidad (Muckelbauer et al, 2009; Schieri et al, 2009).

Aumento de la actividad física

Los argumentos a favor del aumento de la AF en el medio educativo, además de por su papel en la prevención de los problemas de exceso de peso y otros problemas de salud, se basan fundamentalmente en que la actividad física está asociada a un mejor desarrollo cognitivo y académico en la infancia y en la adolescencia (Lopes et al, 2013; Singh, 2012), con un impacto diferido en la carrera académica y en el estatus socioeconómico en la adultez (Koivusilta et al, 2006).

En 2016, la Conferencia de Consenso de Copenhague sobre actividad física en niños y jóvenes en la escuela y durante el tiempo libre destaca los efectos positivos de la AF sobre la forma física, la salud, la función cognitiva, la responsabilidad, la motivación, el bienestar emocional y la inclusión social de niños y jóvenes. Es decir, los esfuerzos organizativos, financieros y de otro tipo que se realicen en el medio educativo para aumentar la AF del alumnado van a repercutir positivamente en el desempeño académico del mismo por lo que deben verse como una contribución a la excelencia en la educación –además de los beneficios en salud relacionados (The Copenhagen Consensus Conference, 2016). Desde el punto de vista de la equidad, dado que la enseñanza obligatoria alcanza a toda la población, los beneficios –en salud y en educación- del incremento de la AF contribuyen a disminuir las desigualdades entre la población en edad escolar.

Las acciones encaminadas a potenciar el transporte activo de toda la comunidad educativa además de tener efectos positivos sobre la salud, disminuyendo considerablemente el riesgo de obesidad y mejorando todos los componentes de la misma, tienen especial transcendencia desde el punto de vista medioambiental contribuyendo a disminuir la contaminación atmosférica (reducción de la emisión de dióxido de carbono y disminución del efecto invernadero), el ruido y los accidentes de tráfico (Nazelle 2011).

Es importante tener en cuenta que los recorridos para que los menores vayan andando al centro educativo pueden utilizarse por otros sectores de población, por ejemplo por las personas mayores.

Bangsbo J, Krstrup P, Duda J, et al. The Copenhagen Consensus Conference 2016: children, youth, and physical activity in schools and during leisure time J Sports Med Published Online First: [30 mayo 2016] doi:10.1136/bjsports-2016- -096325

Koivusilta LK, Nupponen H, Rimpelä AH. Adolescent physical activity predicts high education and socio-economic position in adulthood. Eur J Public Health. 2012 Apr;22(2):203-9. doi: 10.1093/eurpub/ckr037. Epub 2011 Apr 7.

3. En apoyo a las intervenciones en MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Todos los comités de expertos responsables de las recomendaciones nutricionales, después de una revisión sistemática de los estudios científicos disponibles indican que es necesaria la regulación de la publicidad alimentaria, especialmente la televisiva. Academy of Medical Royal Colleges, 2013, Eatwell Project, 2012, Food Standard Agency et al., 2013, Gill et al., 2010, Institute of Medicine & In, 2012) y los organismos internacionales (OMS (WHO, 2009, WHO Europe, 2011a), IASO/IOTF (Mwatsama, 2013), WCRF (Jewell et al., 2013), European Heart Network, (European Heart Network, 2011)))

Existe una correlación entre las horas pasadas delante del televisor y una alimentación menos favorable al equilibrio nutricional. Informe de l'OFCOM (OfCom, 2004)

4. En apoyo a las intervenciones con objeto de REDUCIR LA OFERTA DE ALIMENTOS MENOS SALUDABLES

Las recomendaciones para mejorar la situación nutricional de la población aconsejan favorecer la oferta y el acceso a alimentos y bebidas saludables en los diferentes entornos sustituyendo a la actual oferta de alimentos y bebidas procesados de alta densidad energética.

Comment faire mieux? L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité. Institut national de santé publique. Quebec 2016. TABLEAU 2.7 : SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS SUR LA SAINE ALIMENTATION



EVALUACIÓN DEL III PLAN ANDALUZ DE SALUD

Indicadores



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Área de Consultoría
12 de Diciembre 2008

Índice:

1. <i>Introducción general</i>	4
2. <i>Metodología:</i>	5
3. <i>Resultados</i>	8
4. <i>Conclusiones</i>	117

1. Introducción general

La evaluación es uno de los elementos fundamentales del proceso de planificación. Su importancia radica en dos hechos básicos: en primer lugar, permite estudiar hasta qué punto se han alcanzado los objetivos establecidos y eventualmente los factores relacionados con el grado de logro y, en segundo, es el elemento clave para orientar la formulación de los nuevos objetivos de cara al futuro.

El proceso de planificación basado en objetivos, tal como se ha hecho en los planes de salud, supone un mayor compromiso político con la salud de las personas y, además, permite establecer tendencias y comparaciones tanto internas como con otros países y comunidades de nuestro entorno.

Por otro lado, al formular los objetivos de forma que fueran alcanzables se ha clarificado lo que se quería alcanzar y de qué manera, lo cual tendría que ser un buen soporte a la gestión de los servicios sanitarios.

Al abordar la evaluación del III Plan Andaluz de Salud (en adelante III PAS) se ha constatado que durante el periodo de vigencia del mismo no se ha desarrollado el seguimiento que en el mismo se planteaba. No se ha podido disponer de los informes anuales de progreso de la Comisión Técnica de Seguimiento y Evaluación, por lo que se trata de una evaluación al final del periodo de vigencia, con datos, que muchas veces, a pesar de ser los últimos disponibles, se refieren al 2006 o al 2007. Es decir, que los objetivos alcanzados lo han hecho, en muchos casos, antes de la fecha de finalización del Plan. Por el contrario, la evaluación de la Provincialización sí ha dispuesto de información que ha ido generándose a partir de las evaluaciones periódicas o de progreso.

La información procedente de tanto de la ciudadanía como de los profesionales es también la que se deriva de una valoración al final del periodo de vigencia del Plan.

2. Metodología:

Para proceder a la evaluación se ha revisado lo que en el texto del III PAS se planteaba como proceso de evaluación y se han valorado cada uno de los 140 indicadores y criterios de evaluación planteados para cada uno de los 30 objetivos que se planteaban en las 10 líneas prioritarias de acción del Plan.

Además, esta evaluación considera de manera específica la evaluación de la Provincialización del III PAS y la valoración realizada por los representantes de la ciudadanía y de las asociaciones de pacientes, así como la referida por los profesionales de salud pública a las líneas prioritarias en las que se han visto implicados (esencialmente las líneas 1,2,3 y 5).

En esta sección se presentan los resultados de la valoración del logro de los 140 indicadores correspondientes a los 30 objetivos de las 10 Líneas prioritarias del III PAS.

Metodología seguida en esta sección:

Se ha actualizado la información proporcionada por la Secretaria General de Salud Pública correspondiente a un informe de progreso del III PAS. Se ha solicitado información actualizada, enviándose los indicadores precisos para los que se deseaba conocer su evolución y situación más reciente posible a los responsables de los mismos. En caso de información faltante o de duda, se han repetido contactos con responsables actuales o pasados vinculados con la información requerida. Se han utilizado las memorias, publicaciones, informaciones oficiales disponibles en páginas web, estudios específicos y actualizaciones de Planes Integrales. Para cada indicador se menciona la fuente documental de la que se ha obtenido la información.

Para cada una de las 10 líneas de acción se han desglosado los objetivos, y para cada objetivo se ha considerado el conjunto de indicadores propuestos en el III PAS.

Se ha utilizado la información más actual disponible, en algunos casos se limita a datos del 2006. Por lo que los resultados de la valoración quedan limitados al periodo para el que se ha dispuesto de información.

La evaluación de los objetivos de salud de cualquier plan sería relativamente simple si la pretensión fuera hacer una valoración cuantitativa de su consecución. Es decir, que si los objetivos se hubieran establecido siguiendo los criterios de especificidad, disponibilidad, y de ajuste temporal, una simple comparación entre la situación obtenida y la de referencia o partida, y una comparación con el grado de logro establecido proporcionaría un valor de consecución del mismo.

$$\% \text{ de consecución} = \frac{\text{Valor alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Valor Objetivo} - \text{valor basal}} \times 100$$

De esta manera se dispondría de diferentes niveles de logro de objetivos, por ejemplo:

- Totalmente alcanzados (100%)
- Parcialmente alcanzados (50-99%)
- No alcanzados (< 50%)

En esta evaluación no ha sido posible utilizar este proceder puesto que los objetivos no estaban planteados en la mayoría de los casos en términos cuantificados. Sin embargo, realizamos una valoración cualitativa del grado de consecución del objetivo planteado basándonos en la información de los indicadores que se plantean para cada objetivo, y en algún caso, haciendo mención a información disponible vinculada al objetivo y que se ha considerado indicativa de la consecución del objetivo.

Por ello, la evaluación presenta un juicio del grado de consecución de cada uno de los 30 Objetivos Planteados. Para la realización de la valoración del grado de logro se ha combinado la información del conjunto de indicadores que se vinculaban a cada objetivo.

Clasificación del grado de logro:

A) Objetivo Alcanzado: Se ha considerado que se había alcanzado el objetivo cuando o bien:

- 1) había evidencias de logro de todos los indicadores,
- 2) se habían logrado la mayoría de los indicadores y no se disponía de información de algún indicador que no afectaba sustancialmente al contenido del objetivo, habiendo evidencias distintas a la de los indicadores –por ejemplo procedentes de otras secciones de esta evaluación- de su logro.
- 3) Se habían logrado la mayoría de los indicadores y algún indicador no logrado no suponía menoscabo del grado de logro del objetivo general.

B) Objetivo Parcialmente Alcanzado: Se ha considerado que se había alcanzado parcialmente el objetivo cuando o bien:

- 1) se habían logrado la mayoría de los indicadores, pero se disponía de información de algún indicador relevante que no se había logrado.
- 2) se habían logrado un número suficiente de indicadores y se disponía de información y evidencias de fuentes distintas a la de los indicadores que sugerían un grado importante de logro.
- 3) había evidencias de que no se habían logrado todos los indicadores; pero sí los suficientes como para considerar que el objetivo no se podía considerar como no alcanzado.

C) Objetivo No alcanzado, cuando tanto la información relativa a los indicadores como cualquier otra adicional relativa al objetivo, evidenciaban una ausencia de logro.

D) Objetivo No Evaluable: Se Considera como Objetivo no evaluable aquel que por las evidencias disponibles no se ha desarrollado tal y como estaba planificado, y para el que los indicadores establecidos resultan obsoletos, pero que ha tenido o tiene un desarrollo en el marco del nuevo escenario.

Esta forma de clasificar permite también complementar la impresión del grado de logro de los objetivos parcialmente alcanzados. Por otra parte, al tratarse de una valoración subjetiva se intenta en cada caso proporcionar los argumentos que sustentan la valoración.

3. Resultados

Línea 1. Desarrollar un modelo integrado de salud pública moderno, innovador y transparente que dé respuesta a las nuevas situaciones y que sea sensible a las demandas sociales.

Objetivo 1. Ofrecer servicios de salud pública de alta calidad

Indicador 1.1 *Porcentaje de servicios y/o unidades de salud pública del Sistema Sanitario acreditadas*

Se han encontrado dificultades para obtener este indicador como tal. De los resultados de la actividad de acreditación realizados y publicados por la ACSA en su pagina web (http://www2.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/web2/resultados_de_acreditacion/resultado_global_de_andalucia/situacion_actual.html) no se desprende acreditaciones de unidades o servicios de SP, aunque hay unidades y centros sanitarios que realizan y prestan servicios de salud pública que se han acreditado o están en el proceso de acreditación.

Resumen general de actividad de acreditación por ámbito (acumulado 2003-2008)

Programas de acreditación	TOTAL PROCESOS		RESULTADOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN							TOTAL 03-08	
	En Proceso de Acreditación	Acreditados	Resultados de Evaluación			Cumplimiento Medio* (%)					
			AVA	OPT	EXC	I	II	III	Total		Total
CENTROS Y UNIDADES SANITARIAS											
TOTAL Centros y Unidades	166	131	129	2	-	87,0	43,5	15,2	63,8	297	
Centros	28	25	25	-	-	88,7	47,2	12,4	65,9	53	
• Centros de Atención Primaria	13	3	3	-	-	88,1	37,9	13,7	63,2	16	
• Centros Hospitalarios	15	13	13	-	-	87,0	46,3	14,2	65,1	28	
• Centros de Emergencias	-	9	9	-	-	91,6	52,1	9,1	68,2	9	
Unidades de Gestión Clínica	121	98	96	2	-	86,7	42,5	15,2	62,9	219	
• UGC de Atención Primaria	64	57	56	1	-	86,8	40,7	12,4	62,0	121	
• UGC de Atención Especializada	57	41	40	1	-	86,5	45,0	18,6	64,1	98	
Unidades de Investigación	1	4	4	-	-	91,4	52,3	33,6	66,0	5	
Unidades de Hemodiálisis	12	2	2	-	-	84,0	29,4	11,1	65,5	14	
Oficinas de Farmacia	4	2	2	-	-		76,9		76,9	6	
FORMACIÓN CONTINUADA			AVA	OPT	EXC	I	II	III	Total	Total	
Unidades y Centros de FC											
• Unidades Formación Continuada	5	13	12	1	-	89,2	43,7	20,0	57,9	18	
• Centros de Formación Continuada	3	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
Programas de Actividades de FC	33	7	2	5	-		64,0		64,0	40	
Actividades de FC	190 ***	3.802	101	3.754		Eval. no favorables	Créditos	Eval. favorables	CCL	Total	
							4,8		1,8	3.992	
PROFESIONALES			AVA	EXP	EXC	I	II	III	Total	Total	
TOTAL Profesionales	1.578	811	291	339	181	83,6	65,4	32,5	69,6	2.590**	
• Atención Primaria	460	320	115	122	83	85,1	71,9	39,5	75,7	800	
• Atención Especializada	1.092	488	174	217	97	82,6	61,9	28,5	65,6	1.758	
• Emergencias	26	3	2	-	1	84,3	48,6	57,8	69,4	32	
WEB SANITARIAS						Esenciales	Avanzados	Total	Total		
Páginas Web	27	7		7		100%	95,2%	97,6%	34		

* % medio de cumplimiento de estándares según nivel de estándar en Centros. Media de créditos y del Componente Cualitativo (CCL) en actividades de FC.

Rango de variación CCL: [0-2,8]. Base: evaluaciones positivas

** % medio de cumplimiento de evidencias según nivel de la evidencia en Profesionales.

*** Incluye 176 procesos finalizados en evaluación y 41 pendientes de estabilización.

**** Incluye solicitudes de acreditación de actividades

AVA: Avanzado; OPT: Óptimo; EXP: Experto; EXC: Excelente

Indicador 1.2 *Grado de desarrollo de planes de formación continuada e investigación aplicada en salud pública.*

Datos disponibles:

- Taller en la EASP 2005 sobre la Nueva Salud Pública.
- Elaboración documentos y estudios del estado del arte en otros países.
- Publicación de La apuesta por una Nueva Salud Pública, con un análisis de la situación de la Salud Pública y sus formas de organización a nivel internacional, entorno europeo y determinadas CC.AA. del Estado, además de ideas percepciones y experiencias de personas claves de SP en Europa, España, algunas CC.AA. y Andalucía.
- Plan de Formación en Salud Pública (2006- actualidad): Cursos de actualización en Salud Pública dirigidos a todos los profesionales que trabajan en Salud Pública: Programa de Actualización en Salud Pública, Curso de Actualización en Protección de la Salud, Jornadas de Actualización en SP para Directivos, Taller de Evaluación del Impacto en Salud. Cursos específicos de actualización en promoción de la salud; Cursos específicos de Vigilancia de la Salud.

En total se ha realizado 50 cursos de Actualización en Salud Pública a los que han asistido 948 profesionales, 9 cursos de Actualización en Protección de la Salud a los que han asistido 227 profesionales, y 2 Cursos específicos de Vigilancia de la Salud a los que han asistido 63 profesionales; quedando pendientes algunas ediciones de los dos últimos cursos para el 2009.

- Borrador de contenidos de Ley de Salud Pública y nuevos derechos de los ciudadanos.
- Se ha realizado una Propuesta de pilotaje de A4 y está en marcha el Plan de una Red Local de Salud Pública.
- I y II Jornadas de Salud Pública ((13 de diciembre de 2007/ 16 de Diciembre de 2008)

Interpretación:

Los datos aportados no responden explícitamente a los enunciados de los indicadores, más bien son un listado de actividades que puede dar una idea implícita de lo que dichos planes están llevando a cabo y son evidencias de las actividades realizadas en

relación al objetivo de modernizar la Salud Pública en Andalucía. En este sentido, la información obtenida, y la opinión expresada por los profesionales en las II Jornadas de Salud Pública, coinciden en que se han conseguido logros y en que se han realizado un conjunto de acciones de mejora de la Salud Pública en Andalucía.

Valoración:

Aunque siguiendo estrictamente los indicadores el objetivo se habría alcanzado parcialmente, una valoración más global indica un alto grado de consecución del mismo.

Línea 2. Mejorar la salud desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables.

Esta línea comprende 7 objetivos y se valora por medio de 26 indicadores

Objetivo 2. Salud en niños, adolescentes y jóvenes

Indicador 2.1 *Porcentaje de jóvenes no fumadores.*

Según datos del estudio HBSC 2006 (Health Behaviour in School-aged Children), el porcentaje de chicos y chicas escolarizados de 15 y 16 años no fumadores en Andalucía es del 88,7% en chicas y del 81,2% en chicos.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2006, en Andalucía la población de 16 años o más (no diferencia por grupos de edad) que nunca ha fumado es del 65,34% en mujeres y del 37,05 % en hombres.

Por último, según el Estudio DRECA 2 (2007), la población andaluza de 20-24 años no fumadora es del 55,96% en chicas y del 57,14% en chicos.

Dada la necesidad de comparabilidad de grupos de edad, y la conveniencia de las fechas de la EAS, hemos utilizado datos relativamente comparables obtenidos de las EAS de 2003 y 2007.

Hemos subdividido a los jóvenes en dos grupos con edades comprendidas entre 16-20 y 21-24

y hemos considerado como no fumadora a aquella persona que declara que no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual.

Fuente: elaborado a partir de EAS 2003 y 2007.

	2003		2007	
Porcentaje de jóvenes no fumadores ⁽¹⁾	16 - 20	60,98%		67,44%
	21- 24	50,09%		46,48%

- Se valora como que el indicador: “Reducir el porcentaje (5%) de fumadores diarios entre 16 y 25 años” (año 2008) se ha alcanzado entre los jóvenes de 16 a 20 años y no entre los jóvenes de 21 a 24 años.

Indicador 2.2 Reforzar la tendencia a la reducción de los bebedores compulsivos en grupos de edad de 15 a 24 años y de 25 a 34 años (año 2008).

Se ha considerado como bebedor abusivo a aquella persona que ha contestado afirmativamente al menos una respuesta del CAGE de las EAS .

Se ha estudiado el indicador para jóvenes por venir así dado en los datos anteriores

Fuente: elaborado a partir de EAS:

	2003	2004	2005	2007	Valoración
Porcentaje de bebedores abusivos ⁽²⁾	16 - 20	4,9 %		4,1%	
	21 - 24	5,4 %		6,8%	

(2) Fuente: EAS 2007.

Observaciones: Consideramos ‘bebedor abusivo’ cuando al menos una respuesta del CAGE se contesta afirmativamente

- **Por lo que el indicador se ha alcanzado entre los jóvenes de 16 a 20 años y no entre los jóvenes de 21 a 24 años, falta por ver si la tendencia se mantiene a 2008.**

Indicador 2.3: Hace referencia a la *Prevalencia de jóvenes que consumen drogas de diseño*, como indicador referido a “estabilizar la tendencia creciente en el consumo de drogas de diseño” .

La valoración de este indicador ha resultado muy limitada por la variabilidad de la definición y la especificidad de los grupos de edad a lo largo del tiempo en las fuentes de información en lo referente a los datos precisos para su estimación, que no garantiza la comparabilidad.

Datos anteriores:

	2003	2004	2005	Valoración
Prevalencia de jóvenes que consumen drogas de diseño.	1,2%		0,6 %	

Se cree que estos datos anteriores se recogen del documento ‘IX Los andaluces ante las drogas’, si fuera así, los datos corresponderían a la prevalencia en 6 meses y no están desagregados por edad con lo que no sería la prevalencia en jóvenes.

Datos actuales:

En el documento ‘La Población Andaluza ante las Drogas X’ aparece la prevalencia en 1 mes, 6 meses y 12 meses (no desglosada por edad) y la prevalencia con iguales periodicidades y desglosada por edad.

De aquí se obtiene que

	16-20	21-24
Consumo último año	3,5 %	4 %

Fuente (datos 2007): “La población andaluza ante las drogas X”

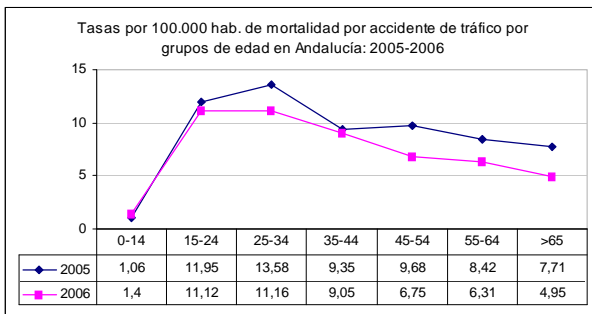
Dado que los datos no permiten la comparación sin márgenes de duda, consideramos el indicador como no evaluable, aunque los datos parecen sugerir que el objetivo no habría sido alcanzado.

Indicador 2.4 Tasa estandarizada de mortalidad por accidentes de tráfico

La monografía del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía publicada en la página web de la Consejería de Salud es de marzo de 2004, vol nº 3 titulada 'SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓGICA. INFORME RESUMEN ANUAL 2003'.

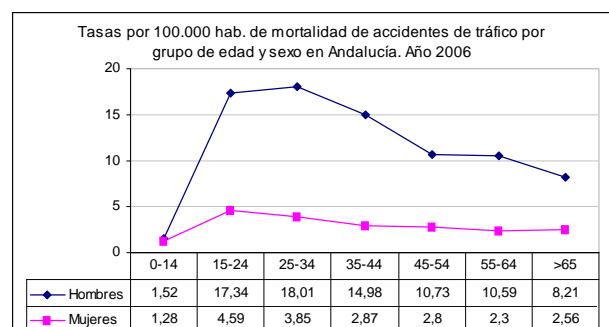
Los datos se han obtenido de la monografía 'ACCIDENTES DE TRÁFICO EN ANDALUCÍA. INFORME AÑO 2007' de Junio de 2008, vol 13, nº 3 , en papel. Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía.

Tasa estandarizada de mortalidad por accidentes de tráfico: 2005 -2006



Fuente: Dirección General de Tráfico. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Salud Laboral.

Tasa estandarizada de mortalidad por accidentes de tráfico: 2006



Fuente: Dirección General de Tráfico. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Salud Laboral.

Los datos reflejan que en el periodo 2005 a 2006 se produjo una reducción de la mortalidad por accidentes de tráfico, sobre todo en mujeres.

Se valora como indicador logrado.

Indicador 2.5 Porcentaje de adolescentes con más de una interrupción voluntaria de embarazo

DATOS A DESTACAR DEL INFORME DE IVE. Andalucía 1999-2006

Sobre datos definitivos de 2006. (Se adjuntan los datos provisionales de 2007).

Las IVEs continúan su tendencia al alza identificada desde 1999. No obstante se viene dando una importante estabilización: en este último año analizado, el incremento ronda un 5% frente al 11,6 experimentado en 2005 o el 10,89 correspondiente a 2004.

2002	2003	2004	2005	2006	2007*
12704	14280	15835	17683	18581	20117
8.6%	12.40	10.89%	11.67%	5.08%	8.3%

* datos provisionales

El grupo de edad más frecuente es de 20 a 24 (27.81%), seguido inmediatamente por el de 25 a 29 (23,64%). Entre ambos grupos suman el 51.45% de las IVEs realizadas en Andalucía a mujeres andaluzas. Incrementa levemente el grupo de 30 a 34 y el de 35 a 39 (16% y 11,4% respectivamente) y se reduce ligeramente el número de IVEs en el grupo de 15 a 19 (16%), manteniéndose el número de IVEs entre 10 y 14 años (0,64%)

El nivel de instrucción que más frecuentemente se da es el 2º grado (57,4%), más en el primer ciclo (31%) que en el segundo (26%), seguidas inmediatamente por el primer grado de estudios (22%).

La gran mayoría tampoco tienen historia de IVEs previas (68,4%), cifra que alcanza el 90% entre las adolescentes.

Según semanas de gestación, el 65% están por debajo de las 8 semanas y el 91% por debajo de las 12 semanas.

Solo el 6,5% realizó la IVE en un centro privado.

La tasa bruta de IVE en adolescentes (15 a 19 años) mantiene la tendencia a la estabilización mencionada anteriormente (12.31 por mil frente a 11.78 del año anterior)

2002	2003	2004	2005	2006	2007*
8.58	9.68	11.03	11.78	12.31	13.07
7.25%	12.8%	13.9%	6.8%	4.5%	6.2%

* datos provisionales

Destacan, en relación con la media de Andalucía, las provincias de Almería, Málaga y Huelva, seguidas de Granada. Las tasas de Jaén son las menores en todos los grupos de edad.

En cuanto a la procedencia de otras comunidades autónomas, destaca Ceuta y Melilla, con 75 y la población extranjera, con 49.

El comportamiento de la tasa bruta de IVE entre 15 y 44 años es similar al de toda España, con valores más bajos hasta el año 2004, a partir del cual nos situamos ligeramente por encima en 2005 y algo por debajo en 2006.

Año	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Andalucía	7.1	7.9	8.8	9.6	10.1	10.8
España	8.1	8.2	8.7	9.3	10.2	

* datos provisionales

Valoración: El III PAS se proponía “estabilizar la tendencia creciente de adolescentes con más de una IVE”, en ese sentido se observa una reducción en el incremento de IVE, por lo que se valora como un logro parcial.

Indicador 2.6 *Número de centros educativos con programas de educación para la salud*

Para el curso 2007-2008, la distribución por provincias del número de centros educativos con asesoría del Programa Forma Joven fue la siguiente:

Provincia	Nº centros educativos
Almería	31
Cádiz	80*
Córdoba	73
Granada	59
Huelva	47
Jaén	80
Málaga	70
Sevilla	102*
Andalucía	542

* Existen otros puntos Forma Joven en otros espacios diferentes a los IES: 3 en Cádiz y 1 en Sevilla

La página web de la Consejería de Educación nos remite a la página formajoven.org. En ella encontramos la siguiente información

CUADRO DE EVOLUCIÓN

	PUNTOS FJ 2001/2002	PUNTOS FJ 2002/2003	PUNTOS FJ 2003/2004	PUNTOS FJ 2004/2005	PUNTOS FJ 2005/2006	PUNTOS FJ 2006/2007	PUNTOS FJ 2007/2008
ALMERÍA	32	32	12	24	35	26	31
CÁDIZ	15	28	53	63	69	71	80*
CÓRDOBA	6	24	39	47	29	64	73
GRANADA	20	30	43	50	59	58	59
HUELVA	7	6	11	16	32	45	47
JAÉN	19	25	52	60	65	75	80
MÁLAGA	6	6	21	37	58	58	70
SEVILLA	9	17	55	70	88	94*	102*
TOTAL	82	168	286	367	435	491	542

* Existen puntos FJ en otros espacios diferentes a los IES: 3 En Cádiz y 1 en Sevilla.

Fuente: formajoven.org

	2003/2004	2004/2005	2005/2006	2006/2007	2007/2008
Número de centros educativos con Asesorías Forma Joven(6)	286	367	435	491	542

Este indicador muestra una evolución creciente del nº de centros con Asesorías del Programa Forma Joven.

- Por lo tanto para el Objetivo 2 y sus 6 indicadores se puede concluir que el objetivo se ha alcanzado parcialmente. El logro es mejor en los más jóvenes de este grupo para los temas referidos al consumo de alcohol y tabaco y podrán completarse los datos cuando se disponga de los del 2008. Aunque parece que el incremento se reduce, no se ha conseguido revertir la tendencia creciente de las IVEs en adolescentes, y es satisfactoria la progresión de la implantación de puntos Forma Joven y de la accidentabilidad hasta 2006.

Objetivo 3 Promover el bienestar y la calidad de vida de las mujeres

Este objetivo tiene 4 indicadores:

Indicador 3.1. *Grado de incorporación de la perspectiva de género en los procesos asistenciales.*

Para conocer el grado de consecución del indicador tal y como se redacta, se debería de disponer de un sistema de información y de unos criterios de valoración de la incorporación de la perspectiva de género.

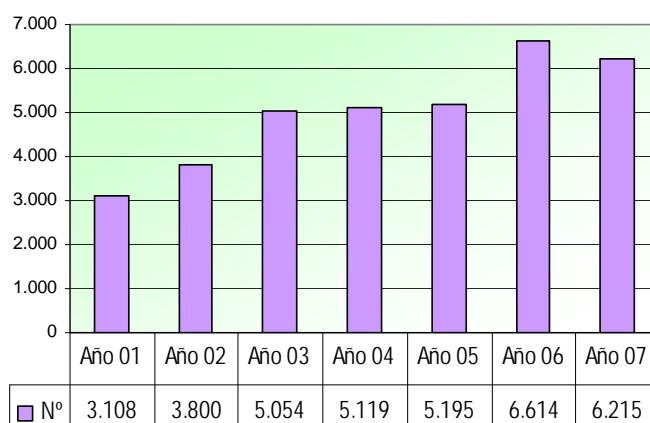
Hay suficientes evidencias que manifiestan que la estrategia de incluir la perspectiva de género en todas las actividades y expresiones de las administraciones públicas ha

tenido un gran impulso en los últimos años. Específicamente en el ámbito sanitario se ha publicado La Guía para facilitar la Incorporación de la perspectiva de Género en los Planes Integrales y se han realizado cursos de formación a profesionales.

Aunque se desconozca el grado de incorporación hay suficientes elementos como para sugerir que la perspectiva de género se ha ido incorporando en los procesos asistenciales. También hay evidencias que indican claramente que el grado de incorporación debe mejorarse. Por ello consideramos el indicador como parcialmente alcanzado.

Indicador 3.2. *Evolución de los casos registrados y grado de aplicación de protocolos de malos tratos por los servicios sanitarios.*

Asistencia a mujeres víctimas de malos tratos. Evolución del nº de partes emitidos en centros sanitarios. Años 2001-07.



ATENCIÓN SANITARIA A MUJERES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS
Partes Judiciales emitidos en 2007

	Maltrato/Agr. Física	Agr. Sexual	TOTAL
ALMERÍA	1.054	43	1.097
CÁDIZ	554	32	586
CÓRDOBA	289	16	305
GRANADA	405	26	431
HUELVA	777	27	804
JAÉN	380	18	398
MÁLAGA	1.396	82	1.478
SEVILLA	1.079	37	1.116
TOTAL	5.934	281	6.215

**ATENCIÓN SANITARIA A MENORES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS
Partes Judiciales emitidos en 2007**

	Maltrato/Agr. Física	Agr. Sexual	TOTAL
ALMERÍA	56	10	66
CÁDIZ	155	18	173
CÓRDOBA	49	11	60
GRANADA	43	15	58
HUELVA	94	9	103
JAÉN	17	8	25
MÁLAGA	284	61	345
SEVILLA	246	59	305
TOTAL	944	191	1.135

Fuente: Registro SAS

Se evidencia una actividad de los servicios de salud en relación a lo establecido en el indicador, por lo que se considera logrado.

Indicador 3.3. Actividades realizadas de apoyo a cuidadores.

Datos:

ACTIVIDADES REALIZADAS DE APOYO A CUIDADORAS												
	2004	M	H	2005	M	H	2006	M	H	2007	M	H
TALLERES	1.047			1.912			549			843		
CUIDADORAS ASISTENTES A TALLERES	8.548	7.020	1.438	17.948	1.438	3.051	3.462	2.943	519	9.238	7.852	1.386
VALORACIONES DE NECESIDADES	47.224	37.778	9.446	64.582	53.603	10.978						
CUIDADORAS CON PLANES DE CUIDADOS ELABORADOS				18.082	15.008	3.074						

Fuente: elaboración SAS

Se valora el indicador como logrado

Indicador 3.4. *Planes de formación sobre perspectiva de género a profesionales sanitarios.*

Datos disponibles.

PLANES DE FORMACION SOBRE PERPECTIVAS DE GENERO A PROFESIONALES SANITARIOS			
PROFESIONALES ASISTENTES A PLANES DE FORMACION			
2006		2007	
5.428		8.935	
PERSONAS QUE ASISTEN A PLANES DE FORMACION			
2006		2007	
MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES
1.476	3.952	6.836	2.099

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

Por otro lado, en cuanto al indicador 4 sobre la perspectiva de género en los planes de formación a profesionales sanitarios, nos consta que se realizan más actividades formativas. Por ejemplo, en el ámbito de la Salud Mental, el Programa de Salud Mental realiza anualmente, en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública, el curso “Diagnóstico y abordaje de los problemas de salud mental incluyendo la perspectiva de género”. Asimismo, el área hospitalaria Virgen del Rocío tiene incluido en su programa de formación continuada un curso anual sobre “Salud Mental y Género”.

Los indicadores de este objetivo se habrían alcanzado en gran medida. El indicador ‘*evolución de los casos registrados y grado de aplicación de protocolos de malos tratos por los servicios sanitarios de mujeres víctimas de malos tratos*’ no es evaluable dado que al no conocer la población afectada, estas cifras no son estimables. Se puede decir que ha habido un aumento de casos registrados por los servicios de asistencia sanitaria más esto no necesariamente querría decir que se esté haciendo mejor ni que se esté dando mayor porcentaje de cobertura a las víctimas

pues podría deberse a un aumento de personas afectadas. Este sólo podría servir como un indicador de actividad asistencial indicando un aumento de ésta.

Se cumple la tendencia creciente en el número de actividades realizadas de apoyo a cuidadores. También hay una tendencia creciente en el número de personas participantes en dichas actividades (3.462 y 9.238 para 2006 y 2007 respectivamente) siendo este crecimiento lineal tanto en hombres como en mujeres, es decir, se mantiene el porcentaje de participación en un 85% para las mujeres y un 15% para los hombres en ambos años.

El número de planes de formación sobre perspectiva de género a profesionales sanitarios ha aumentado también considerablemente y, aunque también ha habido un aumento en el número de participantes en dichos planes se da la casuística de haberse invertido los porcentajes en hombres y en mujeres del 2006 al 2007, esto es, en 2006 eran un 72,81% de participantes masculinos y en 2007 eran un 76,51% de participantes femeninas.

Objetivo 4 Promover la calidad de vida en el envejecimiento

A este objetivo se refieren los siguientes 4 indicadores:

- **Indicador 4.1** *Prevalencia de buena salud y conciencia de ello entre los mayores de 65 años e incluso por encima de los 80 años.*
- **Indicador 4.2** *Prevalencia de autonomía para las actividades de la vida diaria en mayores de 65 años e incluso por encima de los 80 años.*
- **Indicador 4.3** *Esperanza de vida libre de incapacidad a los 65 años.*
- **Indicador 4.4** *Porcentaje de adultos mayores que realizan actividad física y deporte.*

Indicador 4.1 Prevalencia de buena salud y conciencia de ello entre los mayores de 65 años e incluso por encima de los 80 años.

Prevalencia de buena salud y conciencia de ello entre los mayores de 65 años e incluso por encima de los 80 años.	65 – 79			> 80			
		1999	2003	2007	1999	2003	2007
H		45 %	50,1%	59,1%	38,6 %	42%	31,7%
M		35,4 %	40,6%	37,8%	28,7%	36,3%	30,9%

Fuente: EAS 2003/2007

Los datos sugieren un incremento del porcentaje de personas de 65-79 años con buena salud, especialmente en hombres. Los datos para los mayores de 80 años, deberían interpretarse con cautela por la falta de precisión de los mismos.

Se considera el indicador parcialmente alcanzado.

Indicador 4.2 Prevalencia de autonomía para las actividades de la vida diaria en mayores de 65 años e incluso por encima de los 80 años.

Datos actualizados. Fuente EAS 2003 y 2007

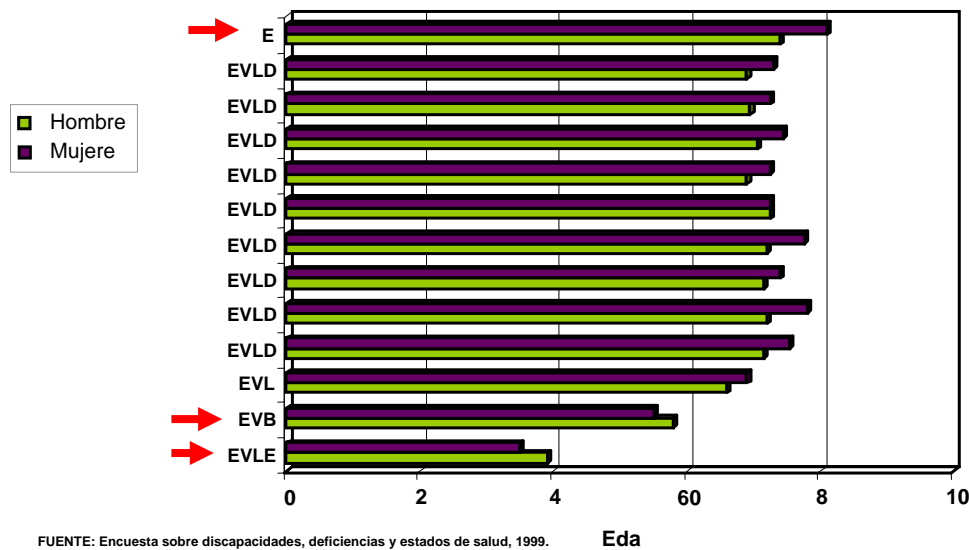
Prevalencia de autonomía para las actividades de la vida diaria en mayores de 65 años e incluso por encima de los 80 años.	65 – 79		> 80		
		2003	2007	2003	2007
H		73,2 %	78,8 %	53,1 %	38 %
M		67,4 %	70,9 %	32,3 %	37,2 %

Fuente: EAS 2003/2007

Con similares cautelas a las expresadas en el indicador anterior, se interpreta como parcialmente alcanzado, probablemente más que el anterior.

Indicador 4.3 Esperanza de vida libre de incapacidad a los 65 años.

La fuente para este indicador es la 'Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud, 1999', habiendo actualización de ésta en 2008 pero sin poder actualizar el indicador.



FUENTE: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud, 1999.

Como alternativa hemos utilizado la evolución de la carga de enfermedad estimada en Años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD) entre 2003 y 2007 para los grupos de edad de 65-74 años y para los de 75 años o más. Los AVAD tienen en cuenta los años de vida perdidos por muerte prematura (antes de una cifra estándar de esperanza de vida, en este caso obtenida de tablas de vida de baja mortalidad), y añade a éstos los años vividos con discapacidad ponderados en función de su grado de severidad. La unidad de AVAD puede concebirse como el equivalente a un año de vida saludable perdido bien por muerte prematura, bien por mala salud, o bien por discapacidad.

Tabla 1. Distribución de la población y carga de enfermedad por grupos de edad 2003

Grupos de edad	Población	Porcentaje del total	AVAD	Porcentaje
De 16 a 24 años	1110596	17,97%	69786,4	3,03%
De 25 a 44	2422095	39,18%	321805,54	13,98%

años				
De 45 a 54 años	863399	13,97%	287724,78	12,50%
De 55 a 64 años	697023	11,28%	396567,46	17,23%
De 65 a 74 años	632183	10,23%	538161,15	23,38%
75 años y más	456114	7,38%	687656,64	29,88%
Total	6181410		2301701,97	

Tabla 2. Distribución de la población y carga de enfermedad por grupos de edad 2007

Grupos de edad	Población	Porcentaje del total	AVAD	Porcentaje
De 16 a 24 años	1031734	15,55%	64413,32	2,73%
De 25 a 44 años	2550890	38,45%	266043,43	11,26%
De 45 a 54 años	969854	14,62%	283318,82	12,00%
De 55 a 64 años	773168	11,65%	404220,64	17,11%
De 65 a 74 años	676944	10,20%	529719,1	22,43%
75 años y más	632354	9,53%	814232,35	34,47%
Total	6634944		2361947,66	

Así, en 2003 los AVAD para el grupo de edad 65-74 años (10,23% de la población mayor de 15 años) fueron de 538.161,15 años (23,38% del total de AVAD) y en 2007, con un porcentaje de población similar al 2003 (10,20%), los AVAD fueron de 529.719,1 años (22,43% del total). En el grupo de edad igual o mayor de 75 años, que en 2003 suponía 7,38% de la población total, los datos de AVAD fueron de 687.656,64 años (29,88% del total) y de 814.232,35 años (34,47% del total) para el 2007, en el que este grupo etario suponía el 9,53% de la población (176.240 personas más que en 2003).

Los datos reflejan una ligera ganancia en salud en el grupo de 65 a 74 años y una concentración mayor de la carga de enfermedad en las personas de más de 75 años,

que en 2007, pero como son más y viven más años, se produciría una reducción relativa de 2003 a 2007 de los AVAD por persona.

Se considera como alcanzado

Indicador 4.4 *Porcentaje de adultos mayores que realizan actividad física y deporte.*

Porcentaje de adultos mayores que realizan actividad física y deporte.	65 – 79		> 80	
		2003	2007	2003
Ocasional	41,64%	48,27%	30,84%	33,53%
Regular	2,56%	4,74%	0,47%	0,58%

Fuente: EAS 2003/2007 para > de 65 años, sobre ejercicio físico y deporte

Se considera logrado

Valoración global:

A excepción del indicador referido a la “*Esperanza de vida libre de incapacidad a los 65 años*”, para el que no dispondríamos de información comparable a la ofrecida por la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud, 1999’; el resto de los indicadores muestran un alto grado de consecución especialmente en las edades de 65 a 79 años, con mejores resultados para los hombres. Los resultados para la población mayor de 80 años obtenidos de los datos de las encuestas hay que valorarlos con prudencia dada el escaso número de personas encuestadas de esas edades y el consecuente mayor error muestral, o menor precisión, de los estimadores obtenidos.

En general el objetivo habría alcanzado con un alto grado de consecución.

Objetivo 5 favorecer el apoyo a las familias con personas enfermas crónicas y discapacitadas

Para este objetivo el Plan propone 4 indicadores:

- **Indicador 5.1.** Número de actividades de formación y apoyo a cuidadores de personas con problemas crónicos y discapacidades realizados por los centros sanitarios, asociaciones de voluntariado y de afectados y grupos de autoayuda.
- **Indicador 5.2.** Cobertura de atención sanitaria domiciliaria: porcentaje de población con atención en domicilio en relación con la población diana estimada.
- **Indicador 5.3.** Programas, convenios y actividades realizadas entre los dispositivos de salud, Ayuntamientos y otras entidades sociales, dirigidos a facilitar las actividades de acompañamiento y descanso de los cuidadores.
- **Indicador 5.4.** Grado de satisfacción de los usuarios adscritos al programa de atención domiciliaria.

Indicador 5.1. Número de actividades de formación y apoyo a cuidadores de personas con problemas crónicos y discapacidades realizados por los centros sanitarios, asociaciones de voluntariado y de afectados y grupos de autoayuda.

NUMERO DE TALLERES REALIZADOS			
2006		2007	
1.653		1.658	
CUIDADORAS ASISTENTES A TALLERES SEGÚN GENERO			
2006		2007	
11.813		13.462	
MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES
10.041	1.772	11.443	2.019

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

Valoración: ALcanzado

Indicador 5.2. Cobertura de atención sanitaria domiciliaria: porcentaje de población con atención en domicilio en relación con la población diana estimada.

Población Diana		Tipos de Intervención								
		2004	M	H	%	2005	M	H	%	
Pacientes	262.984	Valoraciones a pacientes	142.673	82.750	59.923	54,25%	174.917	101.451	73.466	66,51%
		Pacientes en Gestión de Casos					47.564	27.587	19.977	18,08%
		Pacientes con Planes de Cuidados					77.992	45.235	32.757	29,65%
Cuidadoras	131.492	Valoraciones a Cuidadoras	47.224	39.195	8.029	35,91%	64.582	53.603	10.979	49,11%
		Cuidadoras en Gestión de Casos					21.862	18.145	3.717	16,62%
		Cuidadoras con Planes de Cuidados					18.082	15.008	3.074	14,51%
		Cuidadoras asistentes a talleres					17.948	14.896	3.052	13,64%
Pac. + Cuid.	394.476	Visitas Domiciliarias*	2.806.038				2.829.310			

Población Diana		Tipos de Intervención		2006		M		H		Cobertura		2007		M		H		Cobertura	
Pacientes	262.984	Valoraciones a pacientes	177.359	115.283	62.076	67%	205.022	133.264	71.758	78%									
		Pacientes en Gestión de Casos	77.906	50.639	27.267	30%	94.806	61.623	33.183	36%									
		Pacientes con Planes de Cuidados	77.992	50.695	27.297	30%	112.979	73.436	39.543	43%									
Cuidadoras	131.492	Valoraciones a Cuidadoras	86.029	73.125	12.904	65%	101.899	86.614	15.285	77%									
		Cuidadoras en Gestión de Casos	37.280	31.688	5.592	28%	49.427	42.012	7.415	38%									
		Cuidadoras con Planes de Cuidados	18.082	15.008	3.074	15%	49.076	41.714	7.362	37%									
		Cuidadoras asistentes a talleres	11.813	10.041	1.772	9%	13.462	11.443	2.019	10,24%									
Pac. + Cuid.	394.476	Visitas Domiciliarias*	1.417.608				2.387.991												
Pacientes y cuidadoras en atención telefónica	394.476		117.422	76324	41098	30%	189.697	123.303	66.394	48,09%									

*Fuente: Castón, Ramos y Moreno, 2004: 277

* Fuente

SIGAP -

DIRAYA -

MTI

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

Valoración: Alcanzado

Indicador 5.3. Programas, convenios y actividades realizadas entre los dispositivos de salud, Ayuntamientos y otras entidades sociales, dirigidos a facilitar las actividades de acompañamiento y descanso de los cuidadores.

* PROYECTOS Y CONVENIOS DE LA SECRETARIA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN.

DISTRIBUCIÓN Y ÁMBITO TERRITORIAL SEGÚN TIPO DE ENTIDADES. AÑO 2007.

ÁMBITO TERRITORIAL	Nº Proyectos/Convenios	Proyectos/Convenios con Entidades Locales/ Ayuntamientos	** Otras Entidades
ALMERÍA	40	12	28
CÁDIZ	78	13	65
CÓRDOBA	68	19	49
GRANADA	73	17	56
HUELVA	43	12	31
JAÉN	46	12	34
MÁLAGA	56	13	43
SEVILLA	109	42	67
AUTONÓMICO	45	-	45
TOTALES	558	140	418

* **Tabaquismo, Accidentes Tráfico, VIH/SIDA, Ayuda Mútua; Alimentación Equilibrada y Ejercicio Físico, Prostitución; Atención Temprana.**

** **Otras Entidades Públicas así como Organizaciones Sociales sin ánimo de lucro.**

Valoración: Alto grado de consecución.

PROYECTOS Y CONVENIOS DE LA SECRETARIA GENRAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN. DATOS GLOBALES. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LÍNEA DE FINACIACIÓN Y TIPO DE ENTIDAD. AÑO 2007.				
LÍNEAS DE FINACIACIÓN	DE	Nº TOTAL DE PROYECTOS Y CONVENIOS	PROYECTOS / CONVENIOS CON AYUNTAMIENTOS Y OTRAS ENTIDADES LOCALES	* PROYECTOS / CONVENIOS CON OTRAS ENTIDADES
ORDEN DE PARTICIPACIÓN EN SALUD	DE	407	77	330
ORDEN DE PROMOCIÓN EN SALUD	DE	256	4	252
PLAN APOYO FAMILIAS ANDALUZAS	DE	112	59	53
TOTALES		775	140	635

Indicador 5.4. Grado de satisfacción de los usuarios adscritos al programa de atención domiciliaria.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

Grado de satisfacción de los usuarios adscritos al programa de atención domiciliaria	2006	2007	2008
Satisfacción con la atención del enfermero/a en su domicilio	97,4 %	95,8 %	95,6 %
Satisfacción con la atención del médico/a en su domicilio	96,7 %	96,6 %	96,6 %

FUENTE: Encuestas de satisfacción de usuarios 2006-2008

Valoración: este indicador se mantiene en altos niveles de satisfacción en los tres últimos años, por los que se considera como logrado.

Valoración Global del 5º Objetivo:

La información de los cuatro indicadores de este objetivo refleja un alto grado de consecución, por lo que se considera como alcanzado

Objetivo 6. Promover estilos de vida saludables

Para este objetivo se plantean dos indicadores:

- **Indicador 6.1** Evolución de los hábitos relacionados con estilos de vida: consumo de tabaco y alcohol, realización de actividad física y deporte, obesidad y sobrepeso.
- **Indicador 6.2** Número de programas, convenios y actividades realizadas entre los dispositivos de salud, Ayuntamientos y organizaciones sociales.

Indicador 6.1 Evolución de los hábitos relacionados con estilos de vida: consumo de tabaco y alcohol, realización de actividad física y deporte, obesidad y sobrepeso.

ANEXO 2. Evolución de los hábitos relacionados con estilos de vida: consumo de tabaco y alcohol, realización de actividad física y deporte, obesidad y sobrepeso. En %.

Fuentes: EAS 2007	1999	2005	2007
% CONSUMO DE TABACO (1)	33.7	33	33.71
% DE PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE (2)	46.1	46.8	56.9
% DE POBLACION OBESA (3)	9.8	15.3	13.48
% DE POBLACION CON SOBREPESO (4)	34	35.5	40.02

Datos actualizados. Fuente EAS

Indicador 6.2 Número de programas, convenios y actividades realizadas entre los dispositivos de salud, Ayuntamientos y organizaciones sociales.

* PROYECTOS Y CONVENIOS DE LA SECRETARIA GENRAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN.
DISTRIBUCIÓN Y ÁMBITO TERRITORIAL SEGÚN TIPO DE ENTIDADES. AÑO 2007.

ÁMBITO TERRITORIAL	Nº Proyectos/Convenios	Proyectos/Convenios con Entidades Locales/ Ayuntamientos	** Otras Entidades
ALMERÍA	40	12	28
CÁDIZ	78	13	65
CÓRDOBA	68	19	49
GRANADA	73	17	56
HUELVA	43	12	31
JAÉN	46	12	34
MÁLAGA	56	13	43
SEVILLA	109	42	67
AUTONÓMICO	46	-	46
TOTALES	558	140	418

* Tabaquismo, Accidentes Tráfico, VIH/SIDA, Ayuda Mútua; Alimentación Equilibrada y Ejercicio Físico, Prostitución; Atención Temprana. Alzheimer.

** Otras Entidades Públicas así como Organizaciones Sociales sin ánimo de lucro.

Junto con la información expuesta en el indicador 5.3, reflejan un alto grado de consecución del indicador.

Valoración Global:

Destaca, en lo positivo, el gran número de actividades conveniadas y realizadas, así como el incremento del porcentaje de personas que refieren practicar actividad física y deporte a lo largo del periodo 2000-2007, y en lo negativo el incremento del porcentaje

de personas con sobrepeso. Por lo que la evolución de los hábitos de vida saludables resulta un objetivo con alto grado de logro.

Objetivo 7 Promover la salud en los centros de trabajo

Este objetivo se asocia a dos indicadores:

- **Indicador 7.1** Número de convenios que se firman con empresas de más de 50 trabajadores en el marco del Plan de Empresas Saludables.
- **Indicador 7.2** *Incidencia de accidentes laborales y enfermedades profesionales*

Indicador 7.1 Número de convenios que se firman con empresas de más de 50 trabajadores en el marco del Plan de Empresas Saludables.

Número de convenios que se firman con empresas de más de 50 trabajadores en el marco del Plan de Empresas Saludables.	46 EMPRESAS ADSCRITAS A EMPRESAS LIBRES DE HUMO. SUSCRIPCION DE 7 CONVENIOS (Empresas y Universidades)
---	--

Indicador 7.2 Incidencia de accidentes laborales y enfermedades profesionales.

Índice de Incidencia de accidentes en jornada de trabajo con baja

Año	Índice de incidencia
2003	6.290,1
2004	6.288,6
2005	6.265,4
2006	6.245,9
2007	6.080,6

Fuente: MTAS. <http://www.mtas.es/estadisticas/eat/eat07/l/index.htm>

Índice de Incidencia de accidentes mortales en jornada de trabajo

Año	Índice de incidencia
2003	6,6
2004	6,3
2005	5,7
2006	5,6
2007	5,3

Fuente: MTAS. http://www.mtas.es/estadisticas/eat/eat07/l/i42_top_HTML.htm

ENFERMEDADES PROFESIONALES. TOTAL y DISTRIBUCIÓN PROVINCIAL

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
2.003	59	137	124	2	38	93	232	141	
826									
2.004	61	317	120	71	264	91	217	380	
1.521									
2.005	90	354	136	200	389	92	---	475	
1.736									
2.006	51	165	79	176	226	52	-	299	
1.008									
2.007	76	140	66	172	98	54	69	145	
820									

Fuente: Consejería de Empleo.

Valoración Global:

Aunque las cifras brutas de accidentes se han incrementado de 2003 a 2007, los índices de incidencia tanto para accidentes con baja como los mortales han descendido en este periodo.

En su conjunto, se considera el objetivo alcanzado en alto grado

Objetivo 8 Promover la salud, el ocio saludable y la calidad de vida en los pueblos y ciudades.

Este objetivo se asocia a 4 indicadores:

- **Indicador 8.1** *Porcentaje de municipios incorporados a la Red de Ciudades Saludables*
- **Indicador 8.2** *Porcentaje de población por debajo de los límites establecidos de contaminación acústica en municipios mayores y menores de 50.000 habitantes.*
- **Indicador 8.3** *Índice de accidentes de tráfico por municipios*
- **Indicador 8.4** *Porcentaje de municipios con acuerdos con instituciones sanitarias para realizar actividades de promoción de salud*

Indicador 8.1 Porcentaje de municipios incorporados a la Red de Ciudades Saludables

Fuente: FAMP

PROVINCIA	Nº LOCALIDADES EN RED	Nº LOCALIDADES EN RED 2008	TOTAL LOCALIDADES PROVINCIA	% EN 2008
ALMERIA	32	34	102	33.3
CADIZ	29	32	44	72.7
CORDOBA	37	42	75	56
GRANADA	52	56	168	33.3
HUELVA	30	32	79	40.5
JAEN	43	51	97	52.6
MALAGA	52	56	100	56
SEVILLA	58	68	105	64.8
ANDALUCIA	333	371	770	48.2

Indicador 8.2 Porcentaje de población por debajo de los límites establecidos de contaminación acústica en municipios mayores y menores de 50.000 habitantes.

Este indicador, así enunciado, no lo recoge la Consejería de Medio Ambiente. Contiene estadísticas en este sentido tales como

Fuentes principales de contaminación acústica

Niveles de ruido soportado en ciudades

Niveles de ruido soportado según zonificaciones del término municipal en distintos años y en distintas ciudades. Estos datos se dan en unidades de medida del ruido y no en términos de población

Adecuación de los indicadores a la información disponible o adecuación de la información disponible a los indicadores

Indicador 8.3 Índice de accidentes de tráfico por municipios

Sin datos

Indicador 8.4 Porcentaje de municipios con acuerdos con instituciones sanitarias para realizar actividades de promoción de salud

Se aplican la tablas presentadas en os indicadores 5.3 y 6.2.

Valoración Global:

La ausencia de dos indicadores muy complejos de elaborar y que no se encuentran disponibles impide una valoración completa del objetivo. Sin embargo, se dispone de información indirecta de uno de ellos (8.3) aunque no referida a municipios, y la de los disponibles apuntan a una consecución parcial del objetivo. Objetivo Alcanzado Parcialmente.

Línea 3. Proteger y proporcionar seguridad ante los riesgos para la salud.

Objetivo 9 Asegurar una protección eficaz y equitativa de la salud en las situaciones de crisis

Este objetivo se asocia a 4 indicadores:

- **Indicador 9.1.** Porcentaje de alertas detectadas fuera del sistema.
- **Indicador 9.2.** Tiempo de respuesta a las alertas.
- **Indicador 9.3.** Puntuación del Indicador Sintético de Calidad de la Investigación de cada brote epidémico.
- **Indicador 9.4.** Desarrollo de planes de formación para la gestión de crisis.

	2004	2005	2006	2007
9.1 Porcentaje de alertas detectadas fuera del sistema.	10,2%	10,6%	4,5%	No hay constancia
9.2 Tiempo de respuesta a las alertas. % de alertas con intervención menor a 2 días.	46,9%	48,9%	40%	49,2%
9.3 Puntuación del Indicador Sintético de Calidad de la Investigación de cada brote epidémico.	66,4	41,5	41,7	65,9

Se encuentra en marcha un Plan de formación en Salud Pública que abordará la formación para la gestión de crisis.

Valoración Global: El objetivo presenta un buen nivel de logro.

Objetivo 10 Evitar los riesgos para la salud, el fraude en el consumo y utilización de productos milagro y terapias alternativas, desarrollando un plan de acción intersectorial

Para este objetivo el Plan propone dos indicadores:

- **Indicador 10.1** *Número de informes emitidos sobre productos anunciados en diferentes medios de comunicación, junto con los recogidos a través de demandas y reclamaciones.*
- **Indicador 10.2** *Número de medidas especiales adoptadas según los informes emitidos.*

Se han realizado informes de productos que han ocasionado problemas de salud severos o que se derivaban de reclamaciones; y se han tomado medidas especiales, como la retirada de los mismos de los puestos de venta. No hay constancia de que se haya actuado ante los productos anunciados.

Se valora como muy parcialmente alcanzado

Objetivo 11 Reducir los riesgos para la salud asociados a los alimentos y al medio ambiente

A) En relación con los alimentos se plantean 4 indicadores:

- **Indicador 11a.1** *Proporción de empresas acogidas a convenios para el logro de objetivos de seguridad alimentaria.*
- **Indicador 11a.2.** *Proporción de Ayuntamientos que integran el riesgo alimentario en sus funciones o procesos de gestión.*
- **Indicador 11a.3.** *Proporción de agentes de control sanitario capacitados para la supervisión de sistemas de autocontrol.*
- **Indicador 11a.4.** *Proporción de empresas en las que es valorada su situación de control del riesgo con la supervisión de su sistema de autocontrol.*

Se nos comunica que los Convenios con empresas para el logro de los objetivos de seguridad alimentaria, los realizan las Delegaciones Provinciales.

Los ayuntamientos de Sevilla, Málaga y Granada, tienen integrado en sus funciones o procesos de gestión el factor de riesgo alimentario. No conocemos la exhaustividad de esta información por lo que consideramos que no se puede evaluar el logro del indicador con la información disponible.

La proporción de agentes de control sanitario capacitados para la supervisión de sistemas de control fue de 24,83%, para 2007'.

Respecto a la seguridad alimentaria lo que se recoge en la memoria estadística 2007 de la Consejería de Salud, capítulo 6 es:

Nº de industrias y establecimientos alimentarios con actividad. Andalucía 2003-2007

Nº de industrias y establecimientos alimentarios controlados. Andalucía 2003-2007

Nº de actividades de control en industrias y establecimientos alimentarios. Andalucía 2003-2007

Según esta memoria el porcentaje de industrias inspeccionadas fue del 44,7% en 2003 y del 45,6% en 2007. Los porcentajes referidos a empresas minoristas y a empresas de restauración pasaron del 37,9% y 25,2% en 2003 al 23,4% y al 17,7% , respectivamente, en 2007

En el periodo 2003-2007 hubo un incremento en el numero de industrias y empresas, y al mismo tiempo una reducción del nº de inspecciones.

El conjunto de la información disponible sobre los cuatro indicadores no permite realizar una evaluación del grado del logro del objetivo: "REDUCIR LOS RIESGOS PARA LA SALUD ASOCIADOS A LOS ALIMENTOS", es posible que otros indicadores sean más adecuados para valorarlo. Por lo que se considera que esta parte del objetivo 11 se ha alcanzado parcialmente

B) En relación con el medio ambiente:

Se plantean 5 indicadores:

<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 11b.1. Porcentaje de Municipios con registros actualizados de instalaciones de riesgo frente a la legionela.
<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 11b.2. Porcentaje de instalaciones de riesgo controladas frente a la legionela.
<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 11b.3. Nº de persona/ día con suministro de agua no apta para el consumo
<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 11b.4. Nº de gestores de zonas de abastecimientos integrados en el SINAC
<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 11b.5. Indicadores específicos de actividades de prevención de riesgos ambientales para la salud.

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007	2008
11b.1. <i>Porcentaje de Municipios con registros actualizados de instalaciones de riesgo frente a la legionela</i>		14,90%	47%	42%	49%	
11b.2. <i>Porcentaje de instalaciones de riesgo controladas frente a la legionela.</i>		53%	73%	70%	63%	
11b.3. <i>Nº de persona/ día con suministro de agua no apta para el consumo*</i>	93.431	107.997	499.077	109.293	148.047	143.180
11b.4. <i>Nº de gestores de zonas de abastecimientos integrados en el SINAC</i>		250	370	518 (59,7%)	607 (70,2%)	733 (84,8%)

*Los datos se refieren a nº de personas con suministro de agua no apta para el consumo

Fuente: Secretaría General de Salud Pública y Participación

Indicador 11b.5. Indicadores específicos de actividades de prevención de riesgos ambientales para la salud.

Recientemente se ha puesto en marcha el Plan Andaluz de Salud Ambiental 2008-2012. Se trata de un Plan conjunto de las Consejerías de Salud y de Medioambiente. Este Plan incorpora y adapta las acciones descritas en el III PAS y las inserta en el conjunto de acciones dirigidas a cumplir con los requisitos que se derivan del nuevo Estatuto de Autonomía que contiene un Título sobre Medio Ambiente que determina los derechos y deberes en materia de garantías de protección y salud. Este Plan aborda en su capítulo de Seguimiento y Evaluación (Apartado 4.2) un conjunto de 39 indicadores que amplían los referidos en el III PAS.

Valoración: La evidencia de desarrollo de las actividades dirigidas a proteger la salud de los riesgos derivados del Medio Ambiente y de la Alimentación, pone de manifiesto que durante el periodo de vigencia del plan se han desarrollado un gran número de actividades y se han adaptado las estrategias, los planes y las acciones a los requisitos (normativos, de coordinación entre administraciones...) que se ha ido generando. En este contexto algunos indicadores del IIIPAS han dejado de tener vigencia en su formulación, por lo que su valoración resulta, por un lado complicada por falta de disponibilidad, y por otro, menos informativa que la de los indicadores vigentes en los planes actuales.

La valoración global del objetivo 11 es la de parcialmente alcanzado, este grado de consecución puede ser considerado como alto si se valora el desarrollo del Plan Andaluz de Salud Ambiental.

Objetivo 12 Disminuir la incidencia de las enfermedades transmisibles

El Plan plantea 6 indicadores para este objetivo:

• Indicador 12.1 <i>Porcentaje de cepas resistentes a los antibióticos.</i>
• Indicador 12.2 <i>Tasa de incidencia de TBC y su distribución por edad, sexo, procedencia y clase social.</i>
• Indicador 12.3 <i>Número de casos autóctonos de sarampión.</i>
• Indicador 12.4 <i>Evolución de la incidencia anual de VIH/SIDA y su distribución por edad, sexo, procedencia y clase social.</i>
• Indicador 12.5 <i>Evolución de la incidencia anual de legionelosis.</i>
• Indicador 12.6 <i>Evolución de la incidencia anual de las enfermedades vacunables.</i>

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007	2008
12.1 <i>Porcentaje de cepas de neumococos resistentes a penicilina.</i>				10,7	6	
12.2 <i>Tasa de incidencia de TBC y su distribución por edad, sexo, procedencia y clase social.</i>	15,4	15,6	14,9	15,5	15,0	
12.3 <i>Número de casos autóctonos de sarampión.</i>	182	0	7	1	2	246
12.4 <i>Evolución de la incidencia anual de VIH/SIDA y su distribución por edad, sexo, procedencia y clase social.*</i>	53,80	39,24	37,08	33,52	25,76	
12.5 <i>Evolución de la incidencia anual de legionelosis</i>	126	83	83	132	159	132
12.6 <i>Evolución de la incidencia anual de las enfermedades vacunables</i>						
Tosferina	0,46	0,33	0,31	0,55	0,50	0,75

Rubeola	0,16	0,15	0,10	0,08	0,01	0,24
Tétanos	0,03	0	0,04	0,08	0,02	
Parotidis	2,57	1,95	3,45	1,52	6,92	8,62

Fuente: Dirección General de Salud Pública y Participación. Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. SVEA/Redalerta/ Registro Andaluz de Casos de Sida.

*Tasas por millón. Calculadas con estimaciones intercensales de población y en 2007 es proyección de la población de Andalucía del Instituto de Estadística de Andalucía.

Con excepción de los casos de sarampión y de parotiditis acontecidos recientemente, la mayoría de los indicadores para los que se dispone de información reflejan una situación de mantenimiento o mejora de altos niveles protección.

Línea 4. Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de planes integrales contra el cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón, los accidentes, los problemas osteoarticulares y a favor de la salud mental y la atención a las personas en situación de dependencia.

Esta línea abarca 7 objetivos que corresponden a cada Plan Integral y se desglosa en 27 indicadores o criterios de evaluación.

Objetivo 13 Desarrollar el plan integral de oncología 2002-2006, evaluar su cumplimiento en 2005, y adaptar y establecer nuevas actuaciones para el periodo 2006-2008.

A ESTE OBJETIVO SE REFIEREN 3 INDICADORES:

- **Indicador 13.1** Tasa de incidencia estimada de todos los cánceres (excepto el de piel no melanoma) y los más frecuentes (pulmón, mama, colon y recto, próstata y estómago).
- **Indicador 13.2** Años potenciales de vida perdidos debidos al cáncer, por cada 100.000 habitantes, del total y de los más frecuentes.

- **Indicador 13.3** *Porcentaje de cánceres diagnosticados en estadios no precoces de mama, colon y recto, y cérvix.*

Indicador 13.1 *Tasa de incidencia estimada de todos los cánceres (excepto el de piel no melanoma) y los más frecuentes (pulmón, mama, colon y recto, próstata y estómago).*

Fuente: Plan Integral de Oncología 2007-2012

Fuente: Plan de Oncología	2002			2007		
	Nº casos	Tasa bruta	Tasa estandarizada (pobl. Europea)	Nº casos	Tasa bruta	Tasa estandarizada (pobl. europea)
• HOMBRES						
Pulmón	3.116	86	83	3.084	85	77
Colon-recto	2.170	60	56	2.893	80	69
Próstata	1.867	52	46	2.385	66	54
Vejiga urinaria	1.511	42	39	1.640	45	38
Estómago	634	18	17	614	17	15
Laringe	591	16	17	510	14	13
Total cáncer (excepto piel no melanoma)	15.095	418	400	16.729	460	412
• MUJERES						
Mama	3.862	105	98	4.925	132	115
Colon-recto	1.755	48	36	2.270	61	43
• Vejiga urinaria	153	4	3	136	4	2
Estómago	324	9	6	300	8	5
Total cáncer (excepto piel no melanoma)	10.045	273	234	11.426	307	248

Indicador 13.2 Años potenciales de vida perdidos debidos al cáncer, por cada 100.000 habitantes, del total y de los más frecuentes.

Fuente: Memoria Estadística de la Consejería de Salud. IEA. Consejería de Salud.
Unidad de Estadísticas Vitales

		2003	2004	2005	2006
APVP debidos al cáncer por 1.000 hab*. , del total y de los más frecuentes.	H	16,50	16,30	15,24	15,37
	M	9,73	9,48	8,85	9,39

Observaciones:

* Se ha considerado la tasa por 1.000 hab.; -población estándar europea- (en lugar de 100.000hab.) dado que es el dato oficial facilitado por la Consejería de Salud.

Fuente:

(2) Memoria Estadística de la Consejería de Salud. IEA. Consejería de Salud.
Unidad de Estadísticas Vitales

Indicador 13.3 Porcentaje de cánceres diagnosticados en estadios no precoces de mama, colon y recto, y cérvix.

	2003	2004	2005	2006
Porcentaje de cánceres diagnosticados en estadios no precoces de mama, colon y recto, y cérvix.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Punto de partida: solo existía el de Granada. <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Actualmente, puestos en marcha:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Registro poblacional de Cádiz, Sevilla y Huelva</i> ○ <i>Registro tumores infantiles de Andalucía</i> ▪ Previstos próximamente: Almería y Málaga 			

Observaciones: 'No está definido cáncer en estadio no precoz. La definición depende de diversas variables, como el estadio TNM, el tamaño del tumor, la localización, el tipo histológico y otros. En el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM), el porcentaje de tumores diagnosticados en estadios no precoces para el año 2.007 es del 31,24%, considerando como estadio no precoz aquellos tumores que se diagnostican con más de 2 centímetros de diámetro'.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

Consideramos el Objetivo como Alcanzado en su mayor parte, no tanto porque las tendencias de las frecuencias dependan de las actividades del Plan, sino por disponer de la información con suficiente detalle como para ofrecer una evidencia de que las líneas del Plan Integral Oncológico se están acometiendo adecuadamente a los objetivos del III PAS.

Objetivo 14. Plan integral de enfermedades del corazón para reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades cardíacas en andalucía.

Se le asocian 3 indicadores:

- **Indicador 14.1** *Años potenciales de vida perdidos por enfermedad coronaria por 100.000 habitantes.*
- **Indicador 14.2** *Tiempo de demora en la atención al paciente con dolor torácico, atribuible al paciente y al Sistema Sanitario.*
- **Indicador 14.3** *Grado de adecuación a las normas básicas de calidad del tratamiento y rehabilitación de pacientes con enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca.*

Indicador 14.1 Años potenciales de vida perdidos por enfermedad coronaria por 100.000 habitantes.

		2003	2004	2005	2006
APVP, por enfermedad coronaria, por 100.000 hab. ⁽¹⁾	H	525,63	460,04	466,59	425,95
	M	108,95	90,58	87,40	79,94

(1) Fuente: Sº Epidemiología y SL. S.G. de Salud Pública. Consejería de Salud

Indicador 14.2 Tiempo de demora en la atención al paciente con dolor torácico, atribuible al paciente y al Sistema Sanitario.

Datos anteriores.

No se explicita la fuente.

		2003	2004	2005	2006	2007
Tiempo de demora en la atención al paciente con dolor torácico, atribuible al Sistema Sanitario. (Mediana del retraso) ⁽²⁾		65 min.	67 min.	62 min.	75 min.	70 min. 61 min*

Observaciones:

(2) El tiempo de demora es el que transcurre desde el contacto del paciente con el SSPA hasta su llegada a urgencias.

* Según Plan de Cardiopatías de Andalucía 2.005-2.009

Datos actuales.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

‘Según el Plan Integral de Cardiopatías de Andalucía 2.005-2.009, los datos para 2.007 son los siguientes’:

SCA 2007	DEMORAS PACIENTE Mediana en minutos (P25-P75)	DEMORAS SISTEMA SANITARIO Mediana en minutos (P25-P75)
Almería	60 (30-135)	54 (37,7-90)
Cádiz	60 (30-158,5)	65 (47,75-87)
Córdoba	65 (32,75-135)	62 (43-92)
Granada	75 (30-164,25)	60 (40-100)
Huelva	60 (30-154)	67,5 (45-100)
Jaén	60 (30-240)	70 (50-117,75)
Málaga	61,5 (30-151,75)	58,5 (45-80)
Sevilla	60 (30-180)	64 (45-117,5)

Los datos globales para Andalucía son los que siguen:

SCA 2007	DEMORAS PACIENTE Mediana (P25-P75)	DEMORAS SISTEMA SANITARIO Mediana (P25-P75)
Hombres	62 (30-165)	61 (44-95)
Mujeres	62 (30-203)	62 (45-95)
Total	62 (30-160)	61 (44-94)

Si la mediana de la demora atribuible al sistema sanitario es de 61 y no de 70 se puede considerar que la mediana se ha reducido desde 2003 a 2007.

Indicador 14.3 Grado de adecuación a las normas básicas de calidad del tratamiento y rehabilitación de pacientes con enfermedad coronaria e insuficiencia cardiaca.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

‘Sólo se puede indicar el número de hospitales, distritos y hospitales-distritos que



tienen implantado el *Proceso Asistencial Integrado Dolor Torácico y el de Insuficiencia Cardíaca* en fase dos, que corresponde al análisis de situación y arquitectura IV, pero aún no hay resultados y no se puede conocer las normas básicas, a no ser mediante auditorías de historias clínicas, ya que aún no existe ningún sistema de registro que incluya estos parámetros’.

PROCESO: DOLOR TORÁCICO GENERIC

Hospital / Distrito Sanitario
Desarrollado
Área Sanitaria Norte de Almería
H. General de Baza / D.S. Levante Almanzora
H. Torrecárdenas / D.S. Almería
Área Sanitaria Campo de Gibraltar
H. Puerta del Mar / D.S. Bahía de Cádiz
H. Puerto Real / D.S. Jerez Costa Noroeste
H. Puerto Real / D.S. Bahía de Cádiz
H. Virgen del Camino / D.S. Jerez Costa Noroeste
H. de Jerez / D.S. Jerez Costa Noroeste

<i>H. de Jerez / D.S. Sierra de Cádiz</i>
<i>H. Virgen de las Montañas / D.S. Sierra de Cádiz</i>
<i>Área Sanitaria Norte de Córdoba</i>
<i>H. Reina Sofía / D.S. Córdoba</i>
<i>H. Reina Sofía / D.S. Guadalquivir</i>
<i>H. Reina Sofía / D.S. Córdoba Sur</i>
<i>H. Infanta Margarita / D.S. Córdoba Sur</i>
<i>H. de Montilla / D.S. Córdoba Sur</i>
<i>Área Sanitaria Sur de Granada</i>
<i>H. San Cecilio / D.S. Metropolitano de Granada</i>
<i>H. Virgen de las Nieves / D.S. Metropolitano de Granada</i>
<i>H. San Cecilio / D.S. Granada</i>
<i>Virgen de las Nieves / D.S. Granada</i>
<i>H. Virgen de las Nieves / D.S. Granada Nordeste</i>
<i>H. General de Baza / D.S. Granada Nordeste</i>
<i>H. Juan Ramón Jiménez / D.S. Huelva Costa</i>
<i>H. Juan Ramón Jiménez / D.S. Condado Campiña</i>
<i>H. Juan Ramón Jiménez / D.S. Sierra de Huelva</i>
<i>H. del Alto Guadalquivir / D.S. Jaén Norte</i>
<i>H. San Agustín / D.S. Jaén Norte</i>
<i>H. General de Baza / D.S. Jaén Nordeste</i>
<i>Complejo Hospitalario de Jaén / D.S. Jaén</i>
<i>Complejo Hospitalario de Jaén / D.S. Jaén Sur</i>
<i>H. Virgen de las Nieves / D.S. Jaén Sur</i>
<i>Área Sanitaria Norte de Málaga</i>
<i>Área Sanitaria Serranía de Málaga</i>
<i>H. de la Axarquía / D.S. Axarquía</i>
<i>H. Costa del Sol / D.S. Costa del Sol</i>
<i>H. Virgen de la Victoria / D.S. Valle de Guadalhorce</i>
<i>Área Sanitaria de Osuna</i>
<i>H. Virgen Macarena / D.S. Sevilla</i>
<i>H. Virgen Macarena / D.S. Sevilla Norte</i>



PROCESO: INSIFICIENCIA CARDIACA

Hospital / Distrito Sanitario

Desarrollado
Área Sanitaria Norte de Almería
H. General de Baza / D.S. Levante Alanzora
H. Torrecárdenas / D.S. Almería
H. de Poniente / D.S. Poniente de Almería
Área Sanitaria Campo de Gibraltar
H. Puerta del Mar / D.S. Bahía de Cádiz
H. Puerto Real / D.S. Jerez Costa Noroeste
H. Juan Ramón Jiménez / D.S. Sierra de Huelva
H. Puerto Real / D.S. Bahía de Cádiz
H. Virgen del Camino / D.S. Jerez Costa Noroeste
H. de Jerez / D.S. Jerez Costa Noroeste
H. de Jerez / D.S. Sierra de Cádiz
H. Virgen de las Montañas / D.S. Sierra de Cádiz
Área Sanitaria Norte de Córdoba
H. Reina Sofía / D.S. Córdoba
H. Reina Sofía / D.S. Guadalquivir
H. Reina Sofía / D.S. Córdoba Sur

<i>H. Infanta Margarita / D.S. Córdoba Sur</i>
<i>Área Sanitaria Sur de Granada</i>
<i>H. San Cecilio / D.S. Metropolitano de Granada</i>
<i>H. Virgen de las Nieves / D.S. Metropolitano de Granada</i>
<i>H. San Cecilio / D.S. Granada</i>
<i>Virgen de las Nieves / D.S. Granada</i>
<i>H. Virgen de las Nieves / D.S. Granada Nordeste</i>
<i>H. Juan Ramón Jiménez / D.S. Huelva Costa</i>
<i>H. Infanta Elena / D.S. Huelva Costa</i>
<i>H. Juan Ramón Jiménez / D.S. Condado Campiña</i>
<i>H. Infanta Elena / D.S. Condado Campiña</i>
<i>H. de Riotinto / D.S. Sierra de Huelva</i>
<i>H. del Alto Guadalquivir / D.S. Jaén Norte</i>
<i>H. San Agustín / D.S. Jaén Norte</i>
<i>H. San Juan de la Cruz / D.S. Jaén Nordeste</i>
<i>Complejo Hospitalario de Jaén / D.S. Jaén</i>
<i>Complejo Hospitalario de Jaén / D.S. Jaén Sur</i>
<i>H. Virgen de las Nieves / D.S. Jaén Sur</i>
<i>Área Sanitaria Norte de Málaga</i>
<i>Área Sanitaria Serranía de Málaga</i>
<i>H. Carlos Haya / D.S. Axarquía</i>
<i>H. Carlos Haya / D.S. Málaga</i>
<i>H. Virgen de la Victoria / D.S. Málaga</i>
<i>H. Costa del Sol / D.S. Costa del Sol</i>
<i>H. Virgen de la Victoria / D.S. Valle de Guadalhorce</i>
<i>Área Sanitaria de Osuna</i>
<i>H. Virgen del Rocío / D.S. Aljarafe</i>
<i>H. Virgen del Rocío / D.S. Sevilla Sur</i>
<i>H. Virgen del Valme / D.S. Sevilla Sur</i>
<i>H. Virgen del Rocío / D.S. Sevilla</i>
<i>H. Virgen Macarena / D.S. Sevilla</i>

Consideramos el objetivo 14 como alcanzado en alto grado.

Objetivo 15 Plan integral de accidentabilidad 2003-2008 para reducir la morbi-mortalidad y la discapacidad

Este objetivo se planteó asociado a los siguientes indicadores:

- **Indicador 15.1** *Tasa de incidencia de accidentes laborales por grupos de edad y sexo*
- **Indicador 15.2** *Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico por grupos de edad y sexo*
- **Indicador 15.3** *Incidencia de la incapacidad permanente debida a accidentes laborales.*
- **Indicador 15.4** *Tasa de incidencia anual de accidentes de tráfico graves y leves por grupos de edad y sexo.*

El Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad se ha presentado en 2007 y tiene vigencia hasta 2012. EL plan aborda los accidentes de tráfico, los domésticos y los de ocio; pero no los laborales.

Indicador 15.1 Tasa de incidencia de accidentes laborales por grupos de edad y sexo

Índice de Incidencia de accidentes laborales con baja

	2003	2004	2005	2006	2007
TOTAL	6.386,7	6.136,4	6.011,8	5.880,1	5.760,3
ANDALUCÍA	6.290,1	6.288,6	6.265,4	6.245,9	6.080,6
Almería	6.537,6	6.821,5	6.343,9	6.333,3	5.904,7
Cádiz	7.157,7	6.848,8	6.976,4	6.820,3	6.981,5
Córdoba	5.716,9	5.729,1	5.737,3	5.917,4	6.110,9
Granada	5.290,3	5.106,2	5.163,5	5.502,8	5.198,6
Huelva	6.642,5	6.527,4	6.746,5	7.069,4	6.902,5
Jaén	4.626,7	5.025,6	4.699,3	4.760,8	4.557,2
Málaga	7.231,1	7.400,8	7.208,2	6.772,4	6.399,7
Sevilla	6.190,8	6.056,6	6.199,2	6.205,4	6.054,3

Fuente: MTAS; http://www.mtas.es/estadisticas/eat/eat07/I/i12_top_EXCEL.htm

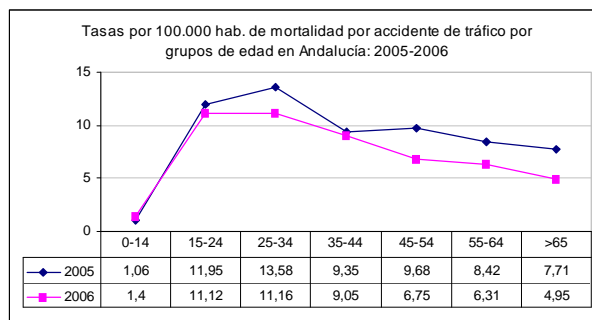
Aunque las variaciones en la población laboral derivadas de los cambios en la actividad laboral hasta mediados del 2008 han podido traducirse en aumentos de la

siniestralidad bruta, los datos hasta 2007 reflejan un descenso en el conjunto de Andalucía de los índices de incidencia tanto para accidentes con baja como para los mortales.

Indicador 15.2 Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico por grupos de edad y sexo

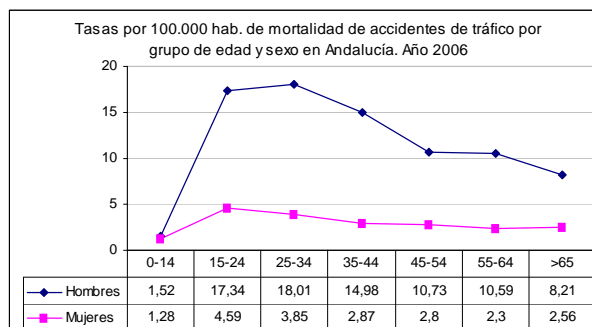
Datos actualizados.

Tasa estandarizada de mortalidad por accidentes de tráfico: 2005 -2006



Fuente: Dirección General de Tráfico. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Salud Laboral.

Tasa estandarizada de mortalidad por accidentes de tráfico: 2006



Fuente: Dirección General de Tráfico. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Salud Laboral.

Indicador 15.3 Incidencia de la incapacidad permanente debida a accidentes laborales.

No se ha obtenido información sobre este indicador, parece que su formulación lo hace complejo reobtener dados los procesos administrativos que pueden transcurrir desde la ocurrencia del accidente hasta la declaración final del grado de incapacidad. Los índices de severidad podrían ser una alternativa.

Indicador 15.4 Tasa de incidencia anual de accidentes de tráfico graves y leves por grupos de edad y sexo.

Una vez más parece un indicador complejo que introduce varios elementos en el mismo enunciado, dado que los accidentes de tráfico leves plantean dificultades de registro, su complejidad arrastra al indicador en su conjunto.

Consideramos que la información de estos dos últimos estimadores es –de estar disponible- costosa de obtener y de dudosa validez. Por otra parte, es redundante con otros indicadores ya considerados en el plan. Por ello, y dado que el desarrollo del Plan integral y el análisis de la accidentabilidad planteado en el mismo y en el informe de Accidentes de Tráfico en Andalucía 2007 publicado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (Vol 13; N°3), ofrecen una información sobre la situación y su evolución, aunque no se ajusten de manera precisa a los indicadores planteados por el III PAS. del conjunto de esta información, y de los indicadores para los que sí se dispone de datos, consideramos el Objetivo 15 como alcanzado en un alto grado.

Objetivo 16 Plan integral de diabetes 2003-2008. Evaluar su cumplimiento en 2005 y adaptar o plantear nuevas líneas para el período 2006-2008.

Los indicadores para este objetivo son 5:

- **Indicador 16.1** *Estimaciones de la incidencia de la diabetes tipo 2.*
- **Indicador 16.2** *Incidencia de la insuficiencia renal asociada a la diabetes.*
- **Indicador 16.3** *Incidencia de la ceguera asociada a la diabetes.*
- **Indicador 16.4.** *Incidencia de amputaciones secundarias a diabetes.*
- **Indicador 16.5** *Mortalidad por diabetes y sus complicaciones.*

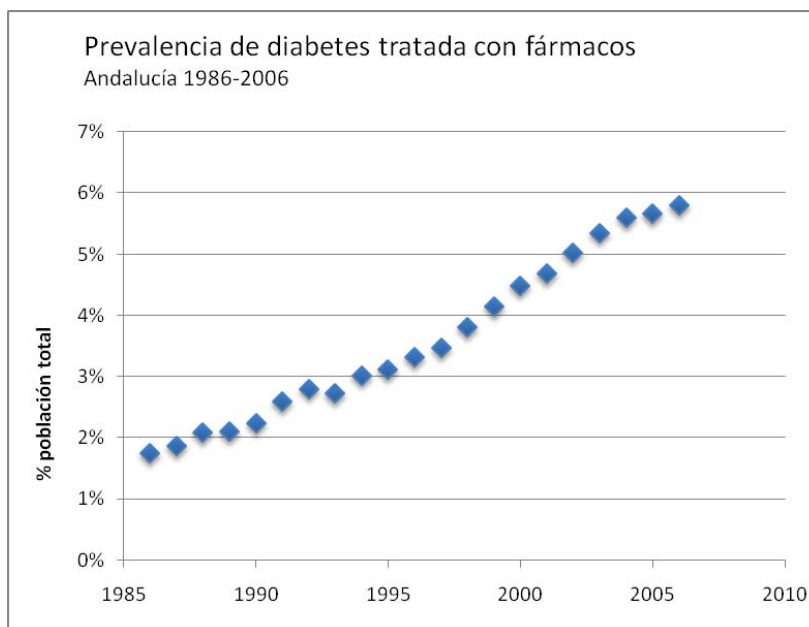
Indicador 16.1 Estimaciones de la incidencia de la diabetes tipo 2.

Aunque se dispone de alguna estimación de incidencia de diabetes tipo 2 en Andalucía, son escasas y difíciles de comparar, por importantes diferencias metodológicas de los estudios realizados, los datos que utilizamos y comparamos se refieren a datos de prevalencia. Hay diferentes estimaciones de prevalencia basada en enfermedad autodeclarada en las encuestas de salud y basada en el porcentaje de personas diabéticas tratadas con medicamentos. En ambos casos, las estimaciones de los años 2003 y 2006 para el caso de la frecuencia de diabetes tratada y las referentes a 2003 y 2007 para la prevalencia autodeclarada son muy similares, 5,44% y 5,88% en el primer caso y 6,29% y 6,38% para el caso de la diabetes autodeclarada en 2003 y 2007 respectivamente.

En nuestra Comunidad, los resultados preliminares del estudio DRECA 2 muestran una prevalencia de diabetes en adultos del 13,5% (11,8% en mujeres y 15,6% en hombres). Sólo algo más del 10% desconocían tener diabetes, y aproximadamente el 20% de los diagnosticados no recibe tratamiento con ningún fármaco. En la actualidad se está llevando a cabo un estudio epidemiológico de ámbito nacional que incluye la sobrecarga oral de glucosa como método diagnóstico, y en el que se estudia una muestra representativa de la población andaluza mayor de 18 años. Los datos preliminares arrojan una prevalencia estimada de diabetes tipo 2 en adultos próxima al 15%.

Los datos sobre consumo de fármacos muestran que la prevalencia de diabetes tratada con fármacos en Andalucía prácticamente se ha triplicado en los últimos 20 años. Sin embargo, gran parte de este incremento puede explicarse por un mayor porcentaje de tratamiento con fármacos en las personas con diabetes conocida y, sobre todo, por un mayor grado de conocimiento del diagnóstico, como se desprende de los resultados del estudio DRECA 2

Prevalencia de diabetes tratada con fármacos en población general de Andalucía, 1986-2006.



Indicador 16.2 Incidencia de la insuficiencia renal asociada a la diabetes.

Tabla 3: Incidencia, mortalidad y prevalencia de insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo, en personas con y sin diabetes. Andalucía, 2001-2006.

	Año	Incidencia			Mortalidad			Prevalencia		
		n	%	t	n	%	t	n	%	T
Diabetes	2001	206	25,09%	27,82	147	27,37%	19,85	827	13,46%	111,70
	2002	201	23,16%	26,88	137	29,91%	18,32	893	13,62%	119,41
	2003	216	24,05%	28,40	154	26,37%	20,24	913	13,89%	120,02
	2004	247	26,45%	32,13	174	27,80%	22,63	983	14,64%	127,87
	2005	299	31,64%	38,09	204	33,83%	25,99	1.077	15,26%	137,20

	2006	326	33,61%	40,87	176	32,12%	22,07	1.223	16,44%	153,34
No Diabetes	2001	615		83,06	390		52,67	5.315		717,86
	2002	667		89,19	321		42,92	5.663		757,24
	2003	682		89,66	430		56,53	5.662		744,33
	2004	687		89,37	452		58,80	5.732		745,62
	2005	646		82,30	399		50,83	5.982		762,06
	2006	644		80,75	372		46,64	6.214		779,12
Total	2001	821		110,89	537		72,53	6142		829,56
	2002	868		116,07	458		61,24	6556		876,65
	2003	898		118,05	584		76,77	6575		864,35
	2004	934		121,50	626		81,43	6715		873,49
	2005	945		120,39	603		76,82	7059		899,26
	2006	970		121,62	548		68,71	7437		932,46
N: número de casos %: porcentaje de casos con diabetes T: tasas brutas por millón de habitantes										

Fuente: II Plan Integral de Diabetes de Andalucía (2008-2012)

Indicador 16.3 Incidencia de la ceguera asociada a la diabetes.

Para las complicaciones oculares y la nefropatía, los ingresos hospitalarios por patologías o procedimientos relacionados no reflejan de forma adecuada la situación global, al tratarse de patologías que habitualmente no requieren ingreso.

En el caso de la retinopatía, no disponemos en Andalucía registros específicos. Recientemente se ha implantado el Programa de Detección Precoz de la Retinopatía Diabética (PDPRD), cuyos datos permiten obtener información relacionada con el cribado de la retinopatía e, indirectamente, con su impacto en la población con diabetes. Hasta el primer semestre de 2008 se han incluido en el programa más de 80.000 personas con diabetes sin retinopatía conocida (casi la cuarta parte de la población susceptible de cribado). En conjunto, se ha diagnosticado retinopatía

diabética en el 9% de los pacientes incluidos, en su mayoría (más del 90%) de grado leve-moderada.

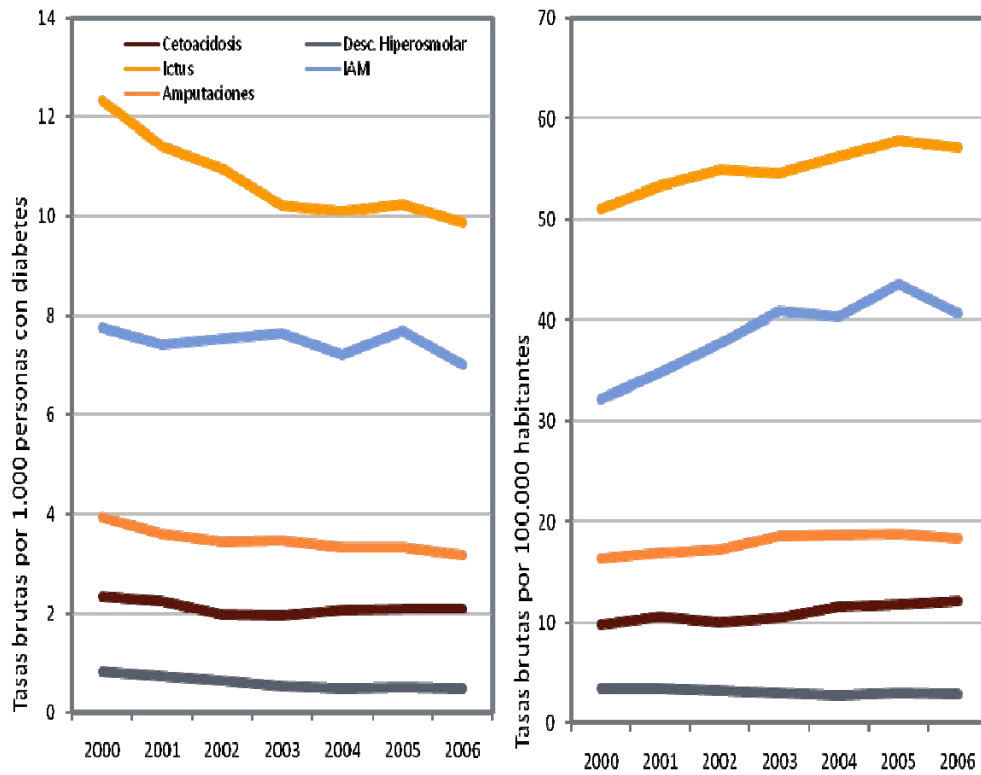
Indicador 16. 4. Incidencia de amputaciones secundarias a diabetes.

Tasas brutas y ajustadas incidencia de altas por amputaciones no traumáticas del miembro inferior en hombres con DM. Andalucía y provincias 2000-2003 y 2004-2006, tasas por 100.000 habitantes.				
	Tasas brutas		Tasas Ajustadas (pob. Andalucía)	
	2000-2003	2004-2006	2000-2003	2004-2006
Almería	19,49	19,28	20,76	21,63
Cádiz	17,08	21,52	19,45	23,59
Córdoba	15,96	13,78	14,38	12,30
Granada	27,50	32,53	25,08	30,36
Huelva	30,60	28,99	29,99	28,87
Jaén	21,36	26,57	18,73	23,55
Málaga	16,27	23,00	16,00	22,81
Sevilla	24,62	30,88	26,84	32,86
Andalucía	21,13	25,09	21,13	25,09

Fuente: Vigilancia de la Diabetes en Andalucía. Evaluación de resultados en Salud Pública 2007 (Servicio de Epidemiología y Salud Laboral Dirección General de Salud Pública y Participación)

En su conjunto, la evolución de las tasas brutas de ingresos hospitalarios por las principales complicaciones analizadas, durante el periodo 2000-2006, es estacionaria o descendente cuando se expresan sobre población con diabetes y ascendente cuando se expresan referidas a la población total

Ingresos por complicaciones de la diabetes en Andalucía, 2000-2006

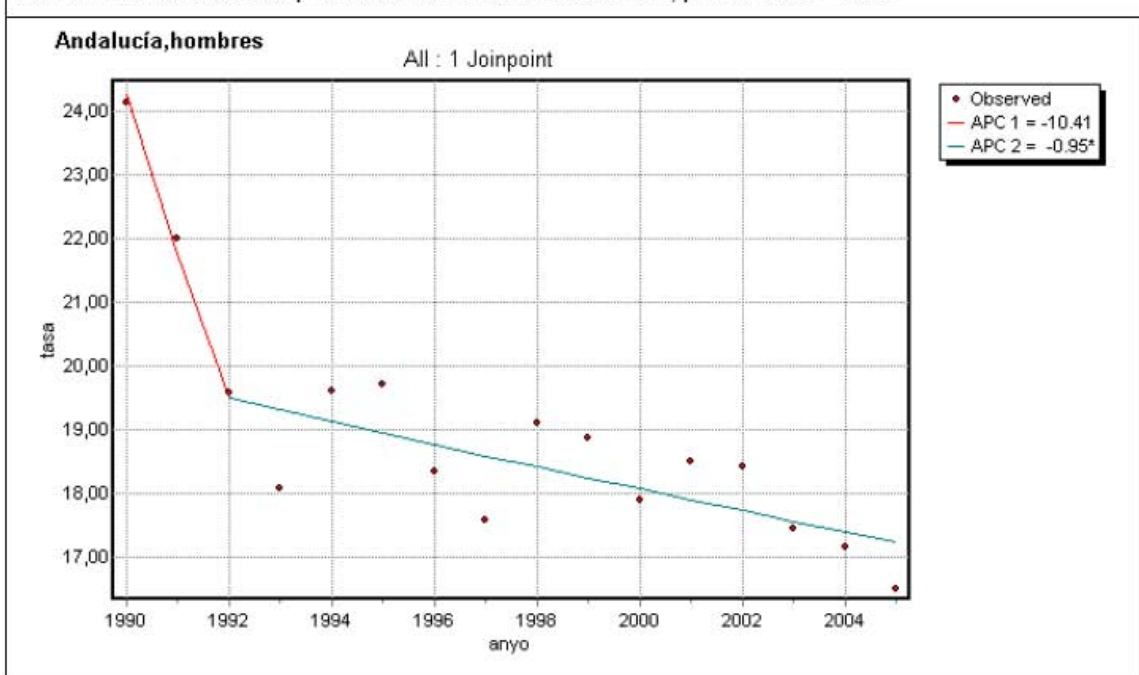


Fuente: II Plan Integral de Diabetes de Andalucía (2008-2012)

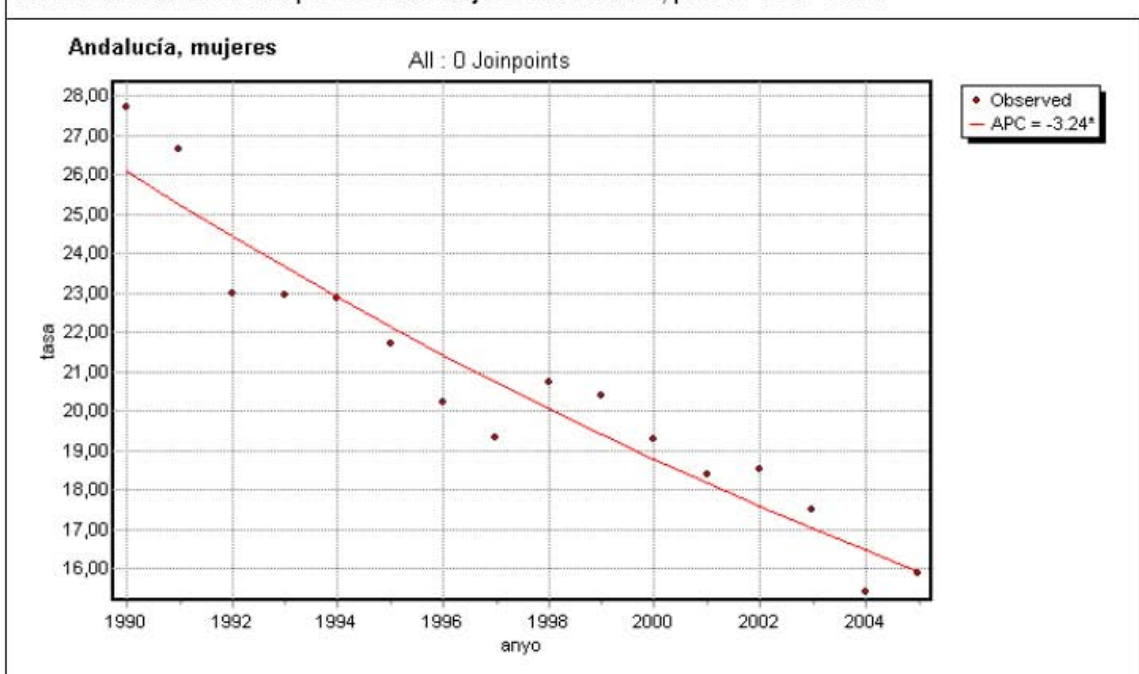
Indicador 16.5 Mortalidad por diabetes y sus complicaciones.

El AIMA ofrece información detallada de la mortalidad por diabetes, global y desagregada por diferentes variables de interés. Además, proporciona las tendencias en los últimos años, que han sido decrecientes en los últimos años tanto en hombres como en mujeres.

Tendencia de la mortalidad por DM en los hombres en Andalucía, periodo 1990 – 2005.



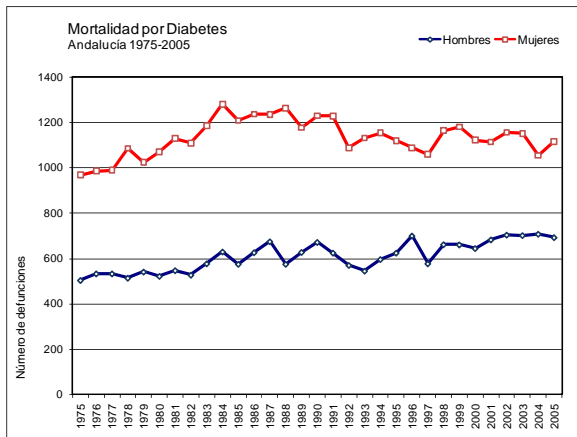
Tendencia de la mortalidad por DM en las mujeres en Andalucía, periodo 1990 – 2005.



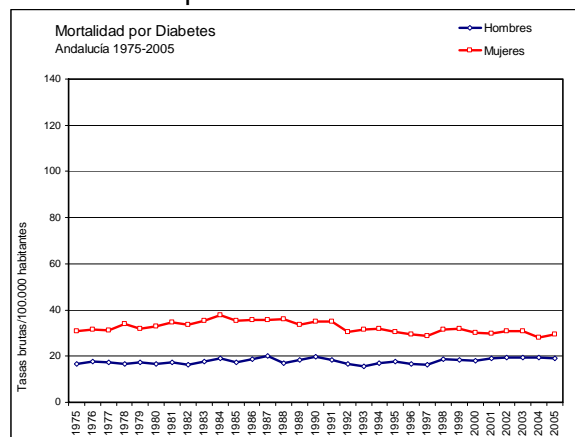
Fuente: Vigilancia de la Diabetes en Andalucía. Evaluación de resultados en Salud Pública 2007 (Servicio de Epidemiología y Salud Laboral Dirección General de Salud Pública y Participación)

Figura 1: Mortalidad por diabetes en Andalucía, 1975-2005

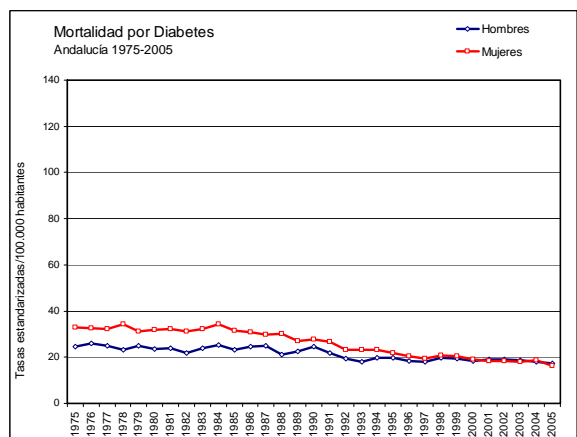
Número de defunciones



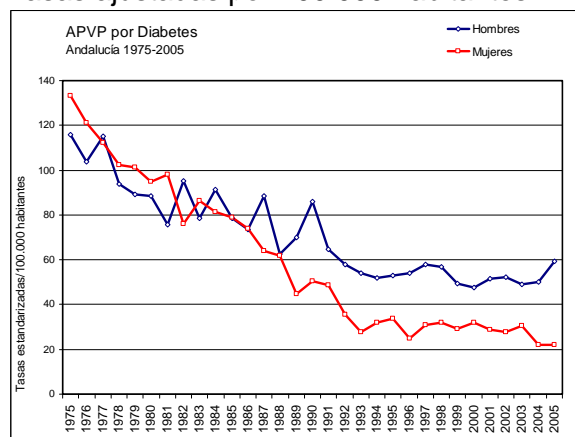
Tasas brutas por 100.000 habitantes



Tasas ajustadas por 100.000 habitantes



Años potenciales de vida perdidos
Tasas ajustadas por 100.000 habitantes



Fuente: II Plan Integral de Diabetes de Andalucía (2008-2012)

En conjunto, los indicadores reflejan una situación de aumento de la prevalencia de Diabetes tipo II y de las consecuencias que de ella se derivan. El propósito establecido en el objetivo parece alcanzado, aún cuando los indicadores reflejen incrementos en las magnitudes de los problemas excepto cuando se analizan de manera relativa al total de diabéticos. La mortalidad por diabetes, que resulta difícil de valorar, mostraría una tendencia decreciente, aunque debería estudiarse la divergencia en la evolución de los APVP entre hombre y mujeres en estos últimos años. Valoramos el objetivo como alcanzado en un alto grado

Objetivo 17 Plan integral de salud mental 2003-2008: elaboración y desarrollo

Indicador 17.1 Prevalencia de problemas de ansiedad y depresión y su distribución según el género. E **Indicador 17.2** Prevalencia de trastorno de la conducta alimentaria y su distribución según el género.

Aunque no se dispone de la prevalencia si hay datos detallados de las tasas de personas atendidas y del porcentaje de primeras consultas para los trastornos de ansiedad-depresión-somatizaciones (ADS) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Tabla 4: Evolución de las personas, por grupos de diagnósticos específicos, atendidas en los Equipos de Salud Mental de Distrito, según sexo. Tasa por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2006.

Trastorno		Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	% Variación 03-06
ADS	Hombres	448,72	491,55	488,71	540,80	20,52
	Mujeres	1.019,28	1.097,21	1.070,12	1.168,68	14,66
TMG	Hombres	375,93	401,93	398,88	432,35	15,01
	Mujeres	248,68	273,71	273,45	302,71	21,73
TCA	Hombres	3,38	3,89	3,68	3,81	12,72
	Mujeres	37,98	43,24	37,67	37,76	-0,58

Tabla 6: Porcentaje de primeras consultas respecto al total de consultas de cada grupo diagnóstico, realizadas por los ESMDs. SSPA, 2006

	ADS	TMG	TCA
Almería	20,2%	1,5%	6,3%
Cádiz	14,5%	1,2%	10,2%
Córdoba	17,2%	0,8%	4,2%
Granada	13,8%	1,8%	10,9%
Huelva	14,7%	1,6%	16,9%
Jaén	15,9%	1,9%	14,6%
Málaga	15,0%	1,7%	12,2%
Sevilla	14,1%	1,4%	9,3%
Andalucía	15,2%	1,4%	9,1%

Fuente: 'Evaluación del I Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007', Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.

Indicador 17.3 Prevalencia de trastorno del comportamiento y las emociones de comienzo habitual en la infancia.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

Evolución de las personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2006.

CIE-10	Grupo Diagnóstico	2003	2004	2005	2006	% Variación 03-06
F90-F98	T. Infancia y adolescencia	64,18	67,18	62,89	71,86	11,97

Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, según grupo diagnóstico. SSPA, 2006.

CIE-10	Grupo Diagnóstico	Número	%
F90-F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	4.652	36,08
TOTAL		12.892	100,00

Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico y sexo. SSPA, 2006.

CIE-10	Grupo Diagnóstico	Porcentaje	
		Hombres	Mujeres
F90-F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	75,69	24,31

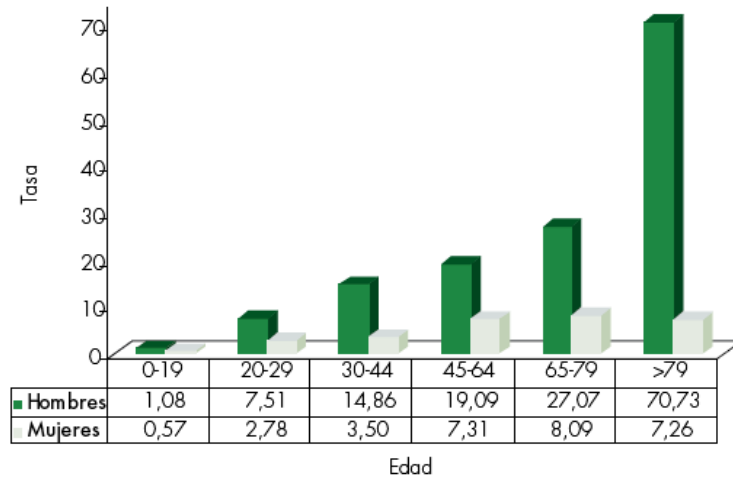
Indicador 17.4 Mortalidad por suicidio y su distribución según el género.

Según el II Plan Integral de Salud Mental, En Andalucía, en el año 2006, la mortalidad por suicidio representó el 1,16% del total de defunciones de la Comunidad Autónoma.

Los hombres presentan tasas brutas más altas de suicidio que las mujeres (13,97 y 4,33 por 100.000 habitantes, respectivamente, en el año 2006), al igual que ocurre en otros países de nuestro entorno, probablemente en relación con los patrones tradicionalmente masculinos de socialización existentes en nuestra cultura.

En los últimos años, las tasas de mortalidad por suicidio de Andalucía ajustadas a población europea, se sitúan en hombres por encima de las nacionales, siendo sin embargo muy similares en las mujeres. No disponemos en la actualidad de una explicación que justifique esta diferencia.

Gráfico 3: Suicidios según grupo de edad y sexo. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2006.



Fuentes:

- Defunciones según causa de muerte, 2006. Instituto de Estadística de Andalucía.
- Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero 2006. Instituto de Estadística de Andalucía.

Los datos del Atlas Interactivo de Mortalidad de Andalucía muestran la evolución de la mortalidad por suicidio en los últimos años por municipio, grupos de edad y por género. Salvo en el grupo de hombres de edad de 15 a 44 años, en el que hay bastantes municipios con tendencias de tasas crecientes, para el resto de combinaciones de edad y sexo, la mayoría de los municipios muestra tendencias estables o tendencias de tasas de mortalidad descendentes.

Fuente: AIMA www.demap.es/aima

Valoración del objetivo 17 : Parcialmente Alcanzado

Objetivo 18 Plan integral de atención a la población con problemas osteoarticulares crónicos 2004-2008, con especial referencia a la atención al dolor y a la recuperación funcional.

Este Objetivo presentaba 4 indicadores:

Indicador 18.1 Prevalencia de la enfermedad osteoarticular según el género.

Sin información.

Indicador 18.2 Percepción de salud de las personas con enfermedades osteoarticulares.

Sin información.

Indicador 18.3 Grado de autonomía para las actividades de la vida diaria en personas con enfermedades osteoarticulares.

Sin información.

Indicador 18.4 Porcentaje de personas diagnosticadas de enfermedad osteoarticular en programas de rehabilitación.

No se desarrolló el Plan, y consideramos que no los indicadores no son evaluables.

Objetivo 19 Plan integral de atención a la dependencia 2004-2008 para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y sus cuidadores, en consonancia con el plan integral a las personas discapacitadas.

A este objetivo se vinculaban 4 indicadores:

- **Indicador 19.1** Prevalencia de las situaciones de dependencia.
- **Indicador 19.2** Grado de autonomía para las actividades de la vida diaria de personas dependientes.
- **Indicador 19.3** Población diana con atención en domicilio (sanitaria y social).
- **Indicador 19.4** Satisfacción de los cuidadores.

Indicador 19.1 Prevalencia de las situaciones de dependencia.

Sin información.

Indicador 19.2 Grado de autonomía para las actividades de la vida diaria de personas dependientes.

Sin información.

Indicador 19.3 Población diana con atención en domicilio (sanitaria y social).

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

Población diana para atención domiciliaria. Diciembre 2007

Distritos	Población diana: nº pacientes (*)	Población diana: cuidadoras familiares	nº Total población diana AD
A. G. S. Norte de Almería	6.276	3.138	9.414
Almería	9.593	4.797	14.390
Poniente de Almería	5.706	2.853	8.559
A. G. S. Campo de Gibraltar	8.841	4.420	13.261
Bahía de Cádiz-La Janda	17.807	8.903	26.710
Jerez-Costa Noroeste	11.477	5.739	17.216
Sierra de Cádiz	4.455	2.228	6.683
A. G. S. Norte de Córdoba	5.982	2.991	8.972
Córdoba	12.441	6.220	18.661
Córdoba Sur	14.129	7.064	21.193
Guadalquivir	5.408	2.704	8.113
A. G. S. Sur de Granada	4.643	2.321	6.964
Granada	9.596	4.798	14.394
Granada Nordeste	5.414	2.707	8.121
Metropolitano de Granada	13.746	6.873	20.619
Condado-Campiña	6.057	3.028	9.085
Huelva-Costa	9.278	4.639	13.917
Sierra de Huelva-Andévalo Central	4.228	2.114	6.343
Jaén	8.854	4.427	13.280
Jaén Nordeste	7.836	3.918	11.754
Jaén Norte	8.436	4.218	12.654
Jaén Sur	5.922	2.961	8.884
A. G. S. Norte de Málaga	4.225	2.113	6.338

A. G. S. Serranía de Málaga	2.570	1.285	3.855
Axarquía	5.866	2.933	8.799
Costa del Sol	11.822	5.911	17.732
Málaga	18.172	9.086	27.258
Valle del Guadalhorce	4.439	2.220	6.659
A. G. S. de Osuna	6.753	3.376	10.129
Aljarafe	9.648	4.824	14.472
Sevilla	21.777	10.888	32.665
Sevilla Norte	8.461	4.230	12.691
Sevilla Sur	12.900	6.450	19.350
Andalucía	292.758	146.379	439.138

(*) Población diana pacientes: Población susceptible de atención domiciliaria, según criterios de contrato-programa: personas con necesidades de cuidados domiciliarios por alta hospitalaria, inmovilización o por situación terminal y personas residentes en instituciones sociales.

FUENTES: MTI y distritos de atención primaria.

Indicador 19.4 Satisfacción de los cuidadores.

Sin información.

La consecución de este objetivo se ha visto afectada por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, para cuyo desarrollo lo que estaba previsto desarrollar como Plan Integral ha pasado a depender de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social. La Consejería de Salud, junto a otras Consejerías colabora en el desarrollo de las actividades previstas en la Ley. Por lo tanto el objetivo no resulta evaluable por haberse reformulado de acuerdo a nuevos requisitos de acción derivados de las nuevas normas y de su aplicación en el contexto del Gobierno de la Junta de Andalucía.

Como en el caso del Plan Andaluz de Salud Ambiental, se considera que será preciso indicar cómo se adecuan los indicadores establecidos en el III PAS a las nuevas demandas y contexto en el que se desarrollen las acciones derivadas de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia. Consideramos este objetivo no evaluable por estar en proceso de desarrollo y elaboración, aunque el conjunto de actividades realizadas, junto con la

opinión valorativa expresada por los representantes de pacientes y ciudadanos, reflejan una valoración positiva, y evidencian retos y aspectos de mejora, fundamentalmente relacionados con la coordinación de la información de los/las profesionales que realizan la atención y la asistencia con las personas encargadas de realizar la valoración de la incapacidad, y con los mecanismos de control del uso de las ayudas, para garantizar que repercutan en una mejora de los cuidados.

Línea 5. Reducir las desigualdades en el ámbito de la salud, con especial atención a los colectivos excluidos.

Esta línea abarca 2 objetivos y se desglosa en 15 indicadores.

Objetivo 20 Desarrollar una política de reducción de desigualdades sociales en salud.

SE ASOCIA AL SIGUIENTE INDICADOR:

Indicador 20.1 Diferencia de tasas de mortalidad por género, por ámbito geográfico y por Municipios en función de niveles socioeconómicos.

El Atlas Interactivo de Mortalidad de Andalucía ofrece una información desagregada por municipios, grupos de edad y sexo. La información puede cruzarse con los datos socioeconómicos de los municipios. Representa un paso que ha permitido y permite diferentes análisis tendentes a ofrecer la información que el indicador especifica.

Objetivo 21 Atención preferente a las personas en situación de especial riesgo de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad.

ESTE OBJETIVO SE DESGLOSA EN DIFERENTES APARTADOS E INDICADORES:

I. Personas extranjeras sin recursos.

- **Indicador 21I.1** *Número de centros sanitarios que realizan algún tipo de captación activa de población extranjera sin recursos, para prevenir problemas de salud evitables y prestar atención sanitaria a personas con enfermedades.*
- **Indicador 21I.2** *Número de centros sanitarios que cuentan con material de apoyo a los profesionales sanitarios, del Sistema Sanitario con la finalidad de facilitar la actuación según la zona geográfica de procedencia del usuario.*

II. Personas con trastorno mental severo y carencia de recursos y redes sociales.

- **Indicador 21II.1** *Número de proyectos coordinados entre los servicios sanitarios y otras instituciones u organizaciones sociales autonómicas o municipales con objeto de mejorar la atención sociosanitaria de las personas con trastorno mental severo, sin recursos y que viven solas.*
- **Indicador 21II.2** *Porcentaje de personas con trastorno mental severo, sin recursos y solas, a las que se hace un seguimiento social, y una nueva captación después de comprobar su absentismo en las consultas de una unidad de salud mental.*

III. Población privada de libertad y carente de recursos y apoyo social.

- **Indicador 21III.1** *Porcentaje de consultas a especialidades, en centros del Sistema Sanitario, de personas privadas de libertad a las que se les realiza una consulta por acto único.*
- **Indicador 21III.2** *Incidencia de infección por enfermedades evitables en las personas privadas de libertad.*
- **Indicador 21III.3** *Número de personas que, a la salida de centros penitenciarios, tienen asignado médico y centro de salud.*

IV. Víctimas de violencia de género, contra la infancia y las personas mayores.

- **Indicador 21IV.1** *Número de acciones de coordinación entre instituciones relacionadas con los malos tratos, con objeto de garantizar la respuesta institucional ante la sospecha o caso de maltrato.*
- **Indicador 21IV.2** Número de partes de lesiones por habitantes emitidos y porcentaje de partes de lesiones correctamente cumplimentados.

V. Personas sometidas a explotación sexual.

- **Indicador 21V** Porcentaje de cobertura del Plan de actuación sanitaria en materia de prostitución

VI. Familias residentes en barriadas en situación o riesgo de exclusión social

- **Indicador 21VI.1** Cobertura de equipos de Atención Primaria de barriadas en riesgo de exclusión social, con acciones basadas en agentes sociales, con objeto de promover hábitos de vida saludables, facilitar el acceso a los servicios sanitarios de las medidas preventivas.
- **Indicador 21VI.2** Porcentaje de niños que, al cumplir los dos años, tienen vacunación completa en las barriadas en riesgo de exclusión social.

VII. Personas con adicciones.

- **Indicador 21VII.1** Número de procedimientos coordinados desarrollados entre centros de drogodependencias para el control y seguimiento de enfermedades transmisibles, embarazo y prevención de cáncer de cérvix.
- **Indicador 21VII.2** Número de pacientes en el programa sustitutivo con metadona, con historias clínicas e historias familiares abiertas en su centro de salud u otro centro sanitario.

Objetivo 21 Atención preferente a las personas en situación de especial riesgo de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad.

I. Personas extranjeras sin recursos.

Indicador 21I.1 Número de centros sanitarios que realizan algún tipo de captación activa de población extranjera sin recursos, para prevenir problemas de salud evitables y prestar atención sanitaria a personas con enfermedades.

Todos los centros realizan captación activa.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

Indicador 21I.2 Número de centros sanitarios que cuentan con material de apoyo a los profesionales sanitarios, del Sistema Sanitario con la finalidad de facilitar la actuación según la zona geográfica de procedencia del usuario.

Todos los centros disponen de material de apoyo

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

II. Personas con trastorno mental severo y carencia de recursos y redes sociales.

Indicador 21II.1 Número de proyectos coordinados entre los servicios sanitarios y otras instituciones u organizaciones sociales autonómicas o municipales con objeto de mejorar la atención sociosanitaria de las personas con trastorno mental severo, sin recursos y que viven solas.

En la tabla expuesta para los indicadores 5.3 y 6.2 se hacen mención a los convenios aprobados entre la Consejería de Salud y diferentes organismos.

Indicador 21II.2 Porcentaje de personas con trastorno mental severo, sin recursos y solas, a las que se hace un seguimiento social, y una nueva captación después de comprobar su absentismo en las consultas de una unidad de salud mental.

El informe “La salud Mental en Andalucía 2003-2007” que acompaña al II Plan Integral de Salud Mental, recoge la evolución de los recursos de apoyo social para las personas con trastorno mental grave (TMG). En el se incluyen las acciones referidas a las personas con TMG sin hogar, y los programas residenciales, de ocio, de tutela y los ocupacionales y su evolución desde 2003. En el informe se destaca el notable incremento de la capacidad de atención de los programa desarrollados por FAISEM. (Fuente:<http://www.csalud.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/planes/mental/SaludmentalAndalucia.pdf>).

III. Población privada de libertad y carente de recursos y apoyo social.

Indicador 21III.1 Porcentaje de consultas a especialidades, en centros del Sistema Sanitario, de personas privadas de libertad a las que se les realiza una consulta por acto único.

La ausencia de datos sobre este indicador no debe interpretarse como la ausencia de prestación de servicio, que se nos refiere como un derecho plenamente garantizado.

Indicador 21III.2 Incidencia de infección por enfermedades evitables en las personas privadas de libertad.

Probablemente la ausencia de información esté relacionada con la falta de especificidad del indicador y con la dificultada de su estimación. En cualquier caso, las enfermedades infecciosas más relevantes están vigiladas convenientemente y son declaradas por los canales oficiales de comunicación. Una información sobre la evolución de ls mimas en general se menciono en el objetivo 12.

Indicador 21III.3 Número de personas que, a la salida de centros penitenciarios, tienen asignado médico y centro de salud.

El derecho de asignación de medico de familia y especialista está plenamente garantizado a todos los ciudadanos de Andalucía, independientemente de su situación personal.

IV. Víctimas de violencia de género, contra la infancia y las personas mayores.

Indicador 21IV.1 Número de acciones de coordinación entre instituciones relacionadas con los malos tratos, con objeto de garantizar la respuesta institucional ante la sospecha o caso de maltrato.

- *Acuerdo por el que se aprueba el Procedimiento de Coordinación Institucional para la Prevención de la Violencia de Género y Atención a las Víctimas en Andalucía. Noviembre 2005.*
- *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género Comisión Contra la Violencia de Género Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2006.*

•
Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

Indicador 21IV.2 Número de partes de lesiones por habitantes emitidos y porcentaje de partes de lesiones correctamente cumplimentados.

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007
21IV. 2 Número de partes de lesiones emitidos	5.992	5.790	6.342	6.557	7350

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

ATENCIÓN SANITARIA A MUJERES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS
Partes Judiciales emitidos en 2007

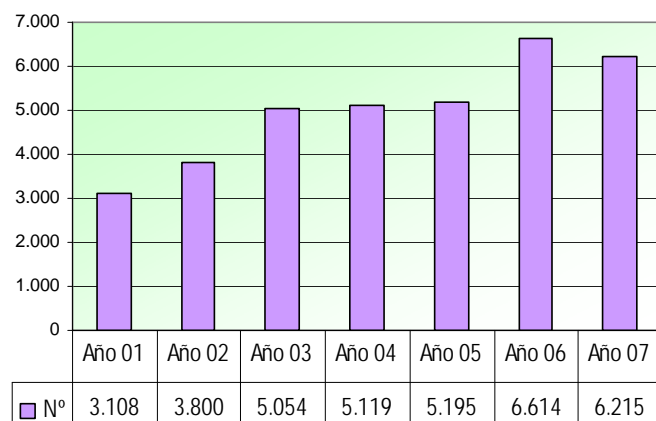
	Maltrato/Agr. Física	Agr. Sexual	TOTAL
ALMERÍA	1.054	43	1.097
CÁDIZ	554	32	586
CÓRDOBA	289	16	305
GRANADA	405	26	431
HUELVA	777	27	804
JAÉN	380	18	398
MÁLAGA	1.396	82	1.478
SEVILLA	1.079	37	1.116
TOTAL	5.934	281	6.215

ATENCIÓN SANITARIA A MENORES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS
Partes Judiciales emitidos en 2007

	Maltrato/Agr. Física	Agr. Sexual	TOTAL
ALMERÍA	56	10	66
CÁDIZ	155	18	173
CÓRDOBA	49	11	60
GRANADA	43	15	58
HUELVA	94	9	103
JAÉN	17	8	25
MÁLAGA	284	61	345
SEVILLA	246	59	305
TOTAL	944	191	1.135

Fuente: Registro SAS

Asistencia a mujeres víctimas de malos tratos. Evolución del nº de partes emitidos en centros sanitarios. Años 2001-07.



V. Personas sometidas a explotación sexual.

Indicador 21V Porcentaje de cobertura del Plan de actuación sanitaria en materia de prostitución

	2003	2004	2005	2006	2007
Porcentaje de cobertura del Plan de actuación sanitaria en materia de prostitución (proyectos subvencionados)	34	38	30	29	35

VI. Familias residentes en barriadas en situación o riesgo de exclusión social

Indicador 21VI.1 Cobertura de equipos de Atención Primaria de barriadas en riesgo de exclusión social, con acciones basadas en agentes sociales, con objeto de promover hábitos de vida saludables, facilitar el acceso a los servicios sanitarios de las medidas preventivas.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

‘El Servicio Andaluz de Salud implanta y desarrolla un proyecto de intervención específica en las Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS), mediante el cual, los profesionales identifican zonas geográficas en las que se acumulan familias excluidas o en proceso de exclusión dentro de su Distrito de AP. Esta identificación incorpora indicadores aportados por el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía y otros referentes al proceso de desigualdad social en salud:

- Datos de población (estructura demográfica).
- Datos socioeconómicos.
- Datos de accesibilidad.
- Datos de salud.
- Morbimortalidad.
- Cobertura general de embarazo.
- Cobertura vacunal completa.
- Tasa de solicitudes de IVE.
- Nº de usuarios del programa de dispensación de metadona incorporados a programas de salud de detección e intervención en riesgos.
- Nº de consultas de seguimiento de pacientes con adicciones.
- Tasa de incidencia de VIH.
- Tasa de incidencia de Tuberculosis.
- Cobertura de salud mental.
- Nº total de usuarios en riesgo social atendidos.
- Nº de familias en situación de riesgo social con plan de intervención.

Una vez identificadas las ZNTS, los Distritos elaboran un plan de intervención específico para cada Centro y ponen en marcha las acciones definidas en el plan.

Todas las ZNTS tienen planes de intervención y todos los planes de intervención tienen objetivos relacionados con:

- Adecuación de la atención sanitaria a las necesidades detectadas:
 - Cartera de servicios.
 - Organización de los centros.
 - Coordinación con otros sectores.
- Estrategias de intervención básicas propuestas (familiares, grupales y comunitarias).
- Participación en los órganos de decisión a nivel local.

A esto hay que añadir que, tanto la cartera de servicios de Atención Primaria, como la Cartera de Servicios por Procesos Asistenciales Integrados, contienen objetivos y acciones dirigidos a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, ejemplos de ello son el seguimiento del embarazo, seguimiento de la salud infantil, inmunizaciones no sistemáticas, detección precoz del cáncer de mama, salud bucodental, servicio de atención a personas en riesgo social, etc.’

Nº DE ZNTS 2006. Nº DE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA UBICADOS EN ZNTS. Nº TOTAL DE LÍNEAS DE INTERVENCIÓN IMPLEMENTADAS EN ZNTS. Nº DE LÍNEAS DE INTERVENCIÓN IMPLEMENTADAS CON AGENTES SOCIALES.

DISTRITOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y AGS	ZNTS	CAP EN ZNTS	TOTAL LÍNEAS DE INTERVENCIÓN IMPLEMENTADAS	LÍNEAS DE INTERVENCIÓN IMPLEMENTADAS CON AGENTES SOCIALES
Almería	9	9	9	5
Poniente de Almería	9	8	12	7
Total Almería	18	17	21	12
Bahía de Cádiz	22	15	11	7
AGS Campo de Gibraltar	6	4	11	9
Jerez-Costa Noroeste	13	9	10	7
Sierra de Cádiz	5	5	10	7
Total Cádiz	46	33	42	30
Córdoba	6	7	10	8
Córdoba Sur	1	1	2	2
Total Córdoba	7	8	12	10
Granada	3	3	9	5
Granada Nordeste	5	4	12	4
AGS Granada Sur	2	4	3	2
Metropolitano	6	6	8	5
Total Granada	16	15	32	16
Huelva-Costa	4	4	0	0
Total Huelva	4	4	0	0
Jaén	3	3	12	9
Jaén Nordeste	7	2	4	4
Jaén Norte	6	5	8	5
Total Jaén	16	10	24	18
Axarquía	4	3	5	2
AGS Nortede Málaga	4	3	2	0
Málaga	7	7	15	10

AGS Serranía de Málaga	1	2	0	0
Total Málaga	16	15	22	12
Aljarafe	4	4	14	9
Sevilla	11	8	25	21
Sevilla Norte	1	1	5	5
Sevilla Sur	11	6	23	12
Total Sevilla	29	19	67	47
Total Andalucía	152	121	220	145

Indicador 21VI.2 Porcentaje de niños que, al cumplir los dos años, tienen vacunación completa en las barriadas en riesgo de exclusión social.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

DISTRITO	CAP (1)	ZNTS 2006	VACUNACIÓN COMPLETA 2007 (2)
Almería	El Puche	El Puche	98,00%
	Alcazaba	La Chanca	97,00%
		Falda de Alcazaba	97,00%
	Cruz de Caravaca	Los Almendricos	97,00%
	Plaza de Toros	Fuentecica	96,00%
	Abla	Abla	100,00%
	Níjar	Níjar	100,00%
	Campohermoso	Campohermoso	100,00%
	Benahadux	Benahadux	100,00%
	La Cañada	Diseminado Venta Gaspar	99,00%
Poniente de Almería	Sta M ^a del Aguila	Rambla del Aguila	98,00%
		Venta Carmona	98,00%
	Guardias Viejas	Parajes de Matagorda	97,70%
	El Ejido	Parajes de El Ejido	99,20%
	Las Norias	Parajes en las Norias de Daza	94,60%
	El Ejido	Tarambana y Parajes	99,20%
	Pampanico	Parajes en Pampanico	100,00%
	La Mojonera	Diseminado La Mojonera	89,70%
	Puebla de Vicar	Yegua Verde-El Congo	96,50%
San Agustín	Parajes de San Agustín	100,00%	
Bahía de Cádiz	Barbate	Blas Infante y La Paz	78,00%
		Centro Este	78,00%
		Centro Oeste	78,00%
	Olivillo	La Viña	99,00%
	Mentidero	Mentidero	100,00%

	Loreto-Puntales	Cerro del Moro y Puntales	100,00%
	La Paz	La Paz-Guillén Moreno	100,00%
	La Merced	Santa María	100,00%
		El Pópulo y la catedral	100,00%
	Chiclana el Lugar	Centro	100,00%
		Fuente Amarga	100,00%
		El Arenal	100,00%
	Chiclana la Banda	Solagitas	100,00%
		El Torno	100,00%
	Medina-Sidonia	Barriadas la Paz, Blas Infante y Constitución	100,00%
	Doctor Federico Rubio	Centro	100,00%
	Puerto Real	Las 512	98,00%
	Dr. Joaquín Pece	La Ardila-Blas Infante	93,00%
	Rodríguez Arias	Centro	98,00%
	Dr. Joaquín Pece	Gallinera y Buen Pastor	93,00%
	San Fernando Este	Bazán	98,00%
	Pinillo Chico	Bda Jose Antonio de los Milagros	100,00%
AGS Campo de Gibraltar	Algeciras Sur	Saladillo	98,25%
		La Piñera	98,25%
	El Junquillo	Poniente	98,25%
	El Junquillo	Bellavista o Sacra	98,25%
	La Línea de la Concepción	Levante-La Atunara	98,25%
	La Línea Centro	Centro-Avda María Guerrero	98,25%
Jerez-Costa Noroeste	Doctor Tolosa Latour	Las Vírgenes	97,52%
		Los Pescadores	97,52%
	San Telmo	Sur-La Constitución	97,30%
	San Benito	San Benito	96,68%
	La Serrana	San Juan de Dios y San Valentín	96,60%
	Centro	San Mateos, San Lucas y San Juan	96,60%
	Barrio Bajo	Sur	97,79%
		Virgen del Mar	97,79%
		El Barrio	97,79%
	Barrio Alto	El Palomar	98,53%
Arboledilla		98,53%	
El Almendral		98,53%	
Bonanza	Bonanza		
Sierra de Cádiz	Puerto Serrano	Puerto Serrano	97,68%
	El Gastor	El Gastor	97,68%
	Olvera	Olvera	97,68%
	Alcalá del Valle	Alcalá del Valle	97,68%

	Algodonales	Algodonales	97,68%
Córdoba	Polígono Guadalquivir	Polígono Guadalquivir	94,41%
	Sector Sur	Sector Sur	94,41%
	Huerta de la Reina	Moreras	94,41%
	Fuensanta	Fuensanta-Santuario	94,41%
	Occidente-Azahara	Palmeras	94,41%
	Córdoba Centro	San Lorenzo	94,41%
	Levante-Sur		94,41%
Córdoba Sur	Benamejí "Francisco Nieto Lucena"	Benamejí	94,10%
Granada	Cartuja	Cartuja	96,00%
	Almanjayar	Almanjayar	96,00%
	Caseria de Montijo	Caseria de Montijo	96,00%
Granada Nordeste	Las Cuevas de Baza	Cuevas de Baza	97,61%
	Las Cuevas	LasCuevas	97,61%
	Huéscar	Bda San Isidro Barrio Nuevo de San Clemente	97,61%
	Marchal	Marchal	97,61%
AGS Granada Sur	Guájar Alto	Los Guajares	85,00%
	Guájar Fondon		85,00%
	Guájar Faragüit		85,00%
	Motril-Centro	Huerta Carrasco	100,00%
Metropolitano	Agrón	Agrón	100,00%
	Alomartes	Alomartes	99,00%
	Iznalloz-Castillo	Iznalloz-Castillo	100,00%
	Pinos–Puente	Pinos–Puente	98,00%
	Zagra	Zagra	100,00%
	Fuentevaqueros	Fuente Vaqueros	96,00%
Huelva-Costa	La Orden		ND
	El Torrejón	El Torrejón	133,98%*
	Molino de la Vega	Marismas del Odiel	155,55%*
	Los Rosales	Pérez Cubillas	178,50%*
	Isla Cristina	Barriada Blanca	44,50%
Jaén	El Valle	El Valle	100,00%
	La Magdalena	La Magdalena	94,02%
	San Felipe	San Felipe	100,00%
Jaén Nordeste	Santiago-Pontones	Santiago-Pontones	92,00%
	La Matea	Diseminados: La Matea	92,00%
	Miller	Diseminados: Miller	92,00%
	Pontones	Diseminados: Pontones	92,00%
	Marchena	Diseminados: Marchena	92,00%
	La Toba	Diseminados: La Toba	92,00%
	Jódar "Doctor Ricardo Fernández Valades"	Jódar	94,80%

Jaén Norte	Puerta Madrid	Puerta Madrid	100,00%
	Virgen de la Cabeza	La Lagunilla	100,00%
	Bailén	Barrio del Pilar	100,00%
	Purísima Concepción	El Ejido-Carlos III	100,00%
	Linares-A	Arrayanes	100,00%
		La Zarzuela	100,00%
		El Cerro	100,00%
		San Antonio	100,00%
Axarquía	Vélez-Málaga Sur	Pueblo Nuevo	100,00%
	Torre del Mar	Cuesta del Visillo Y Casillas de la Villa	98,57%
	Velez-Málaga Norte	Centro histórico	96,77%
AGS Norte de Málaga	Antequera	Valdealanes	115,64%*
		La Quinta	115,64%*
	Teba	Teba	166,46%*
	Valle de Abdalajis	Valle de Abdalajis	115,64%
Málaga	Palma-Palmilla	Palma-Palmilla	96,86%
	Victoria	Centro	75,00%
	Cruz de Humilladero	García Grana	86,48%
	Trinidad	Trinidad	99,14%
	Perchel	Perchel Norte	ND
	Puerto de la Torre	Los Aspersones	90,00%
	Miraflores de los Angeles	La Corta	ND
AGS Serranía de Málaga		La Dehesa	97,12%
		La Dehesa	97,12%
Aljarafe	Ntra Sra de la Paz	Santa Isabel	98,02%
	Virgen de la Estrella	El Pozo, Bda Blanca Paloma	98,02%
	Puebla del Río	Bda Constitución, Calle Sol y Bda Gutiérrez Pérez	98,02%
	Isla Mayor	Coto de San Juan, 12 Apóstoles y Poblado de Alfonso XII	98,02%
Sevilla	San Jerónimo		76,70%
	Polígono Sur	Polígono Sur	72,53%
	Las Letanías "Doctora Inmaculada Vieira"	Las Letanías	92,97%
	Candelaria	Los Pájaros	80,85%
		Amate	80,85%
	Polígono Norte	Polígono Norte	71,04%
		Los Carteros	71,04%
	Pino Montano B	El Vacie	ND
	Torreblanca	Torreblanca de los Caños	96,69%
		San Rafael	96,69%
Carretera de Torreblanca		96,69%	

	La Plata	La Plata	69,11%
	Huerta de la Bachillera	La Bachillera	ND
Sevilla Norte	La Algaba	Federico García Lorca	98,10%
Sevilla Sur	Alcalá de Guadaira A	Pisos Verdes	100,00%
	Santa Ana (Dos Hermanas C)	Los Montecillos	88,90%
		Ibarburu	88,90%
		Los Potros	88,90%
	Ntra Sra de las Nieves	Casco Antiguo	91,40%
		La Arboleda	91,40%
	Utrera Sur	La Paz	90,50%
		Hermanas de la Cruz	90,50%
		Coca de la Piñera	90,50%
		El Tinte	90,50%
	Ntra Sra de la Oliva	Rabesa	88,90%
Bda el Castillo		100,00%	

- (1) Los datos de vacunación corresponden al Centro de Atención Primaria.
- (2) Vacunación completa: "Nº total de niños/as nacidos en el período anual 2 años antes del que hay que evaluar que han recibido vacunación completa en el año*100/Nº total de niños/as nacidos en el período anual 2 años antes del que hay que evaluar".
Los porcentajes superiores al 100%, se justifican por la vacunación de niños/as que no pertenecen al registro de nacidos vivos de la zona.

VII. Personas con adicciones.

Indicador 21VII.1 Número de procedimientos coordinados desarrollados entre centros de drogodependencias para el control y seguimiento de enfermedades transmisibles, embarazo y prevención de cáncer de cérvix.

No se ha podido obtener información relativa a este indicador tal y como está expresado.

Indicador 21VII.2 Número de pacientes en el programa sustitutivo con metadona, con historias clínicas e historias familiares abiertas en su centro de salud u otro centro sanitario.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

Nº pacientes en el programa sustitutivo con metadona, con historias clínicas e historias familiares abiertas en su centro de salud u otro centro sanitario.	2006	2007
	21.519	16.338

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

Una valoración global del objetivo 21 requiere argumentar que la ausencia de información sobre algunos de los indicadores no se interpreta como una ausencia de logro en lo que pretenden indicar. Para los indicadores de los que sí se dispone de información precisa o aproximada se constata un alto grado de logro. Por lo que se considera que el objetivo ha sido alcanzado en gran parte.

Línea 6. Garantizar la participación efectiva de los ciudadanos en la orientación de las políticas sanitarias.

Esta línea abarca 2 objetivos y se desglosa en 15 indicadores

Objetivo 22 RESPONDER COMO ORGANIZACIÓN QUE ESCUCHA A LOS CIUDADANOS.

Objetivo 23 GARANTIZAR LA INFORMACIÓN AL CIUDADANO PARA LA TOMA DE DECISIONES SOBRE SU SALUD Y SOBRE LA MEJORA DE LOS SERVICIOS

Objetivo 22 Responder como organización que escucha a los ciudadanos.

Este objetivo se vincula a 5 indicadores

- **Indicador 22.1** *Grado de identificación y satisfacción del ciudadano.*
- **Indicador 22.2** *Número de foros de opinión ciudadana.*
- **Indicador 22.3** *Número de actividades realizadas (estructuradas y puntuales) por los órganos de participación: Consejo Andaluz de Salud, Consejo de Salud*

de Área, Consejos Territoriales, asociaciones de consumidores, de pacientes, científicas, empresarios,...

- **Indicador 22.4** Indicadores que midan la satisfacción con los mecanismos de reclamación y con la respuesta a las reclamaciones.
- **Indicador 22.5** Número de jornadas y encuentros de interés para los ciudadanos organizadas por Áreas de Salud.

Indicador 22.1 Grado de identificación y satisfacción del ciudadano.

Fuente: Encuesta de satisfacción 2007

Fuente: Encuesta de Satisfacción a Usuarios 2007	Atención Primaria	Atención Hospitalaria	Atención Especializada
Satisfacción con el servicio recibido	88,2	88	84,6
Correcta Identificación de los profesionales	81,6	79,8	79,5

Indicador 22.2 Número de foros de opinión ciudadana.

Aunque no se dispone del número exacto de foros, existen evidencias de que estos se han desarrollado y promovido en diferentes ámbitos relacionados con la Salud en Andalucía. La opinión recogida en el encuentro de Evaluación y de Expectativas realizado con representantes de Asociaciones de Ciudadanos y de asociaciones de pacientes, refleja una creciente actividad de encuentros entre la ciudadanía y diferentes estamentos de la Consejería de Salud y del SAS. La opinión y valoración que de ellas realizan figura en el informe de dicho encuentro. Se utiliza como evidencia del desarrollo de foros de opinión.

Indicador 22.3 Número de actividades realizadas (estructuradas y puntuales) por los órganos de participación: Consejo Andaluz de Salud, Consejo de Salud de Área, Consejos Territoriales, asociaciones de consumidores, de pacientes, científicas, empresarios,...



LÍNEA 6. Garantizar la participación efectiva de los ciudadanos en la orientación de las políticas sanitarias

Objetivo 22: Responder como organización que escucha a los ciudadanos.

Número de actividades realizadas (estructuradas y puntuales) por los órganos de participación: Consejo Andaluz de Salud, Consejo de Salud de Área, Consejos Territoriales, asociaciones de consumidores, de pacientes, científicas, empresarios,...

ACTIVIDADES			AÑO 2003	AÑO 2004	AÑO 2005	AÑO 2006	AÑO 2007
REUNIONES CONSEJO ANDALUZ DE SALUD			1	2	2	2	2
JORNADAS CONFEDERACIONES DE CONSUMIDORES			1	1	1	1	1
PROYECTOS SUBVENCIÓNADOS	SUBVENCIONES PARTICIPACIÓN EN SALUD	AYUDA MUTUA	98	136	147	157	176
		TRAFICO	45	57	75	69	91
		VIH/SIDA	82	69	68	73	74
		PROSTITUCIÓN	34	38	30	29	35
		TABAQUISMO	-	10	71	73	64
	ATENCIÓN TEMPRANA		65	65	60	52	52
	PROMOCION SALUD		22	10	14	16	30
	ALZHEIMER		6	6	11	6	8
CONSEJOS DE SALUD DE ÁREA	ALMERIA		-	1	3	2	1
	CÁDIZ		1	-	2	1	1
	CÓRDOBA		-	4	1	1	2
	GRANADA		1	1	1	1	2
	HUELVA		1	1	1	-	1
	JAEN		1	2	2	-	1
	MÁLAGA		1	2	1	-	1
	SEVILLA		3	1	2	1	-

Indicador 22.4 Indicadores que midan la satisfacción con los mecanismos de reclamación y con la respuesta a las reclamaciones.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

Indicadores que midan la satisfacción con los mecanismos de reclamación y con la respuesta a las reclamaciones.	2007	1º semestre 2008	
	Respuesta a las reclamaciones expresadas por escrito	100%	100%
Respuesta de quejas y reclamaciones en menos de 15 días		A.P.	A.H.
		58%	51%
Planes de Mejora para abordar los 3 motivos más frecuentes de las reclamaciones interpuestas por cada centro		87,8%	62,1%

Indicador 22.5 Número de jornadas y encuentros de interés para los ciudadanos organizadas por Áreas de Salud.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

Número de jornadas y encuentros de interés para los ciudadanos organizadas por Áreas de Salud.

En el periodo 2003-2008, en el 100% de los Distritos, Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria, se han realizado diversas acciones de participación dirigidas a la ciudadanía entre las que se destacan:

- Jornadas de Puertas Abiertas en hospitales.
- Encuentros con asociaciones de enfermos, familiares y consumidores y usuarios.
- Talleres formativos.
- Reuniones informativas con asociaciones.
- Otras actividades dirigidas a la ciudadanía para favorecer la participación ciudadana (grupos focales, comisión de participación, consejo de salud, etc.).

Al finalizar el año 2008, se evaluarán los objetivos anuales de Participación Ciudadana incluidos en el Área de Atención a la Ciudadanía del Contrato (Adenda 2008), entre los que se encuentra la constitución de una Comisión de Participación a nivel de Distrito/Hospital, para llevar a cabo acciones de participación de las incluidas en el *Banco de iniciativas de Participación* y elaborar un Plan de actuación en Participación, en el seno de la Comisión.

Observaciones:

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

Valoración:

Se considera que a la luz de las evidencias se ha alcanzado el objetivo.

Objetivo 23 Garantizar la información al ciudadano para la toma de decisiones sobre su salud y sobre la mejora de los servicios

A este objetivo se vinculan 10 indicadores:

- **Indicador 23.1** Información disponible en la página web del Sistema Sanitario Público de Andalucía sobre:
 - *Tiempos de respuesta asistencial para especialidades, consultas externas, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos.*
 - *Actividad y resultados de salud de los servicios sanitarios.*
 - *Indicadores de salud pública.*

- **Indicador 23.2** *Información disponible en papel (folletos, etc.) en todos los centros sanitarios sobre lo anteriormente expuesto.*
- **Indicador 23.3** *Número de consultas realizadas al banco de expectativas de pacientes.*
- Datos anteriores y actuales
- **Indicador 23.4** *Número de planes de mejora de centros sanitarios que incluyen objetivos de satisfacción de usuarios.*
- **Indicador 23.5** *Número de medidas correctoras, implantadas por los centros, de las recogidas en los contratos de gestión y planes de mejora.*
- **Indicador 23.6** *Número de personas que realizan alguna solicitud en relación con la libre elección de centro y profesional de atención primaria y especializada.*
- **Indicador 23.7** *Porcentaje de demanda satisfecha de libre elección en relación a centro y profesional de Atención Primaria y Especializada.*
- **Indicador 23.8** *Número de personas que efectúan alguna solicitud de segunda opinión médica.*
- **Indicador 23.9** *Porcentaje de demanda satisfecha de segunda opinión médica.*
- **Indicador 23.10** *Número de declaraciones de voluntades vitales anticipadas inscritas en el Registro de declaraciones de voluntades vitales anticipadas.*

Objetivo 23 GARANTIZAR LA INFORMACIÓN AL CIUDADANO PARA LA TOMA DE DECISIONES SOBRE SU SALUD Y SOBRE LA MEJORA DE LOS SERVICIOS

Indicador 23.1 Información disponible en la página web del Sistema Sanitario Público de Andalucía sobre:

- > Tiempos de respuesta asistencial para especialidades, consultas externas, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos.
- > Actividad y resultados de salud de los servicios sanitarios.
- > Indicadores de salud pública.

CONSULTAS EXTERNAS TIEMPOS MEDIO DE RESPUESTA POR ESPECIALIDADES

Especialidades	31/12/2006	31/12/2007	30/06/2008
	T.M.R.	T.M.R.	T.M.R.
CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	38,09	42,84	35,29
DERMATOLOGÍA	43,12	45,11	39,50
MEDICINA INTERNA	38,34	40,52	35,35
CARDIOLOGÍA	39,45	42,13	37,29
APARATO DIGESTIVO	40,89	45,76	38,52
ENDOCRINOLOGÍA	39,08	45,40	36,57
HEMATOLOGÍA	27,96	32,13	33,67
NEFROLOGÍA	34,85	44,39	36,18
NEUMOLOGÍA	30,70	38,85	33,37
NEUROLOGÍA	47,61	47,45	38,43
ONCOLOGÍA MÉDICA	25,00	15,50	11,44
OFTALMOLOGÍA	42,94	45,69	41,35
OTORRINOLARINGOLOGÍA	35,79	41,62	34,39
PEDIATRÍA	36,86	38,36	34,82
REHABILITACIÓN	34,88	42,66	38,16
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL	40,29	39,20	31,52
TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	44,88	47,42	43,29
UROLOGÍA	33,06	36,13	35,35
GINECOLOGÍA	45,92	44,65	36,22
OBSTETRICIA	34,88	37,54	35,08
Total Andalucía	41,68	44,25	38,78

**PRUEBAS DIAGNOSTICAS
TIEMPO MEDIO DE RESPUESTA**

	31/12/2006	31/12/2007	30/06/2008
Grupos de Pruebas	T.M.R.	T.M.R. (Días)	T.M.R. (Días)
ARTERIOGRAFÍA UTILIZANDO MEDIOS DE CONTRASTE	22	25	21
CARDIOVASCULAR: CATETERISMO CARDÍACO	21	2	7
CARDIOVASCULAR: ECOCARDIOGRAMA	20	21	18
RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA: ULTRASONOGRAFÍAS	22	21	22
ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS: VÍA ORAL	20	21	18
ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS: VÍA RECTAL	20	21	18
EXAMEN GENITAL FEMENINO		21	
CARDIOVASCULAR: PRUEBAS DE ESFUERZO	20	19	18
ENDOSCOPIAS RESPIRATORIAS	14	20	14
ENDOSCOPIAS UROLÓGICAS	22	17	16
GAMMAGRAFÍAS	19	20	20
CARDIOVASCULAR: MONITORIZACIÓN CARDÍACA	20	21	20
RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA: MAMOGRAFÍA	18	20	21
PRUEBAS RESPIRATORIAS FUNCIONALES	16	19	18
RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA: COLANGIOGRAFÍAS	4		
RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA: DIGESTIVO	19	21	21
RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA	16	22	21
RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA: UROGRAFÍAS	20	20	20
RADIOLOGIA SIMPLE	20	20	19
RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA: TAC	20	22	21
Andalucía	20	21	20

TIEMPO DE RESPUESTA ASISTENCIAL			
AREA QUIRURGICA_PACIENTES INCLUIDOS EN EL DECRETO 209/01			
ESPECIALIDAD	dic-06	dic-07	jun-08
TRAUMATOLOGIA	74	70	67
CIRUGIA GENERAL	64	63	57
OFTALMOLOGIA	58	53	42
ORL	65	63	61
UROLOGIA	58	52	51
GINECOLOGIA	64	68	59
CIRUGIA PEDIATRICA	68	67	60
DERMATOLOGIA	41	47	45
CIRUGIA VASCULAR	77	67	58
CIRUGIA PLASTICA	63	64	61
NEUROCIRUGIA	73	70	67
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	68	69	62
CIRUGIA MAXILOFACIAL	72	69	60
CIRUGIA TORACICA	54	52	38
ANDALUCIA	65	62	57

✓ **Actividad y resultados de salud de los servicios sanitarios en AP**

Los resultados para Andalucía en Atención Primaria, a 1 de enero de 2005 se presentan a continuación.

RESULTADOS de AP EN ANDALUCÍA

Accesibilidad y Capacidad de Resolución	Media Andaluza
<u>Atención programada a domicilio</u>	4,75
<u>Tasa de derivación de pacientes a consulta externa de hospital (Capacidad de Resolución de atención primaria)</u>	305,35
<u>Captación precoz de embarazo antes de la semana 12 de gestación</u>	69,80
<u>Niños seguidos en el primer año de vida en el programa de salud infantil (niño sano)</u>	65,02
<u>Mujeres que han acudido al programa de detección precoz de cáncer de mama durante el año 2004</u>	61,54
Resultados en Salud y Servicios	Media Andaluza
<u>Incidencia de rubéola, parotiditis y tosferina en niños menores de 15 años en los últimos dos años</u>	13,78
<u>Partos en adolescentes menores de 19 años</u>	2,84
<u>Recién nacidos con bajo peso al nacer (<=2600 grs.)</u>	9,72

<u>Recetas con prescripción por principio activo</u>	60,22
Satisfacción	Media Andaluza
<u>Calidad global percibida</u>	88,96
<u>Confianza percibida en el proceso asistencial</u>	83,73
<u>Satisfacción con los profesionales médicos</u>	93,56
<u>Satisfacción con los profesionales enfermeros</u>	94,36
<u>Satisfacción con la información sobre el tratamiento</u>	92,73
<u>Respeto con el que se le ha tratado</u>	93,81
<u>Grado de recomendación del centro</u>	90,58
<u>Satisfacción con los trámites administrativos</u>	76,51
<u>Satisfacción con el tiempo de dedicación de los profesionales médicos</u>	91,06
<u>Satisfacción con la organización del centro</u>	79,97
<u>Satisfacción con la comunicación telefónica con el centro desde el exterior</u>	36,75

En general, con alguna demora, la información está disponible.

Indicador 23.2 Información disponible en papel (folletos, etc.) en todos los centros sanitarios sobre lo anteriormente expuesto.

Información disponible en papel (folletos, etc.) en todos los centros sanitarios sobre lo anteriormente expuesto.	Disponible en todos los centros
--	--

Información disponible en papel (folletos, etc.) en todos los centros sanitarios sobre lo anteriormente expuesto ⁽²⁾

Todos los centros sanitarios disponen de “Guías de usuario en los Centros de Salud” y “Guías de usuario en los hospitales” con información sobre la cartera de servicios, derechos y deberes e información general de interés.

Además, en todos los centros existe información disponible en papel sobre los aspectos relacionados con el derecho a la información de los ciudadanos, además los Servicios de Atención al Ciudadano, atienden directamente las demandas y peticiones

Fuente: (2) Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

Indicador 23.3 Número de consultas realizadas al banco de expectativas de pacientes.

Se ha creado el banco, pero aún no se ha abierto, por lo que no se han producido consultas.

Indicador 23.4 Número de planes de mejora de centros sanitarios que incluyen objetivos de satisfacción de usuarios.

Tomando como fuente de información el sistema de evaluación de CP 2007-2008 de la Coordinación de Atención a la Ciudadanía, con relación a los objetivos referidos a los sistemas de medida de satisfacción de los usuarios, como instrumento de mejora de nuestros servicios, se extraen los siguientes resultados:

- Para el año 2007:

- A. Primaria: El 66.7% (22 de 33 distritos) de los Distritos realizaron planes de mejora en función de los resultados de las encuestas de satisfacción.
- A. Hospitalaria: El 68.9% (20 de 29 hospitales) de los Hospitales realizaron planes de mejoras.

- Para el primer semestre del año 2008:

- A. Primaria: El 78.8% (26 de 33 distritos) de los Distritos realizaron planes de mejora en función de los resultados de las encuestas de satisfacción.
- A. Hospitalaria: El 51.7% (15 de 29 hospitales) de los Hospitales realizaron planes de mejoras

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

Indicador 23.5 Número de medidas correctoras, implantadas por los centros, de las recogidas en los contratos de gestión y planes de mejora.

En 2006, se habían implantado un total de 180 medidas correctoras en Atención Primaria, y más 100 medidas en el ámbito de la Atención Hospitalaria..

Según la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud, en la actualidad, en conformidad a lo indicado en Contrato Programa y los Acuerdos de Gestión Clínica referidos a Atención Primaria y Atención Hospitalaria, se proponen planes de mejora concretos en función de los resultados obtenidos en las encuestas, en los dos últimos años y que incluyen medidas apropiadas para elevar los niveles de satisfacción, concretamente en las siguientes variables:

- a) A. Primaria: Se elaboran obligatoriamente actividades específicas para 10 ítems: 5 referidas a las debilidades del sistema (las que no superan el 70% de satisfacción) y 5 referidas al índice sintético de satisfacción de cada Unidad de Gestión Clínica.
- b) A. Hospitalaria: Se elaboran obligatoriamente actividades específicas para 20 ítems: 10 referidas a las debilidades del sistema (las que no superan el 70% de satisfacción) de la encuesta hospitalaria y de consultas externas, 5 referidas al índice sintético de satisfacción del hospital y 5 referidas a las variables que “menos ha gustado” de la encuesta autocumplimentable al alta hospitalaria.’

Indicador 23.6 Número de personas que realizan alguna solicitud en relación con la libre elección de centro y profesional de atención primaria y especializada.

A lo largo de 2.006 se han realizado 1.457.250 cambios/adscripciones de médico (médicos de familia y pediatras) en los centros de atención primaria.

Fuente: Memoria SAS, 2006

Indicador 23.7 Porcentaje de demanda satisfecha de libre elección en relación a centro y profesional de Atención Primaria y Especializada.

En el año 2006, se aceptaron el 99,83% de las solicitudes de libre elección de médico de familia o pediatra (datos SIGAP).

Indicador 23.8 Número de personas que efectúan alguna solicitud de segunda opinión médica.

Durante el periodo estudiado y en base al Decreto 127/2003, por el que se establece el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el SSPA, se han presentado un total de **2.210 solicitudes**.

Año 2003 (6 últimos meses): 199 solicitudes

Año 2004: 429 solicitudes

Año 2005: 408 solicitudes

Año 2006: 421 solicitudes

Año 2007: 401 solicitudes

Año 2008: (9 primeros meses): 352 solicitudes

Total: 2.210 solicitudes

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

Indicador 23.9 Porcentaje de demanda satisfecha de segunda opinión médica.

Porcentaje de solicitudes de SOM admitidas a trámite:

Año	Porcentaje
2003	42.21%
2004	45.45%
2005	48.28%
2006	51.06%
2007	53.11%
2008	45.17%

Del total de solicitudes presentadas en el periodo 2003-2007 (1858) se ha desestimado el 48.7%, en su mayoría por no ajustarse a las circunstancias clínicas establecidas en el Decreto. El 96.5% coincide con el diagnóstico y tratamiento indicado en la primera asistencia.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

Indicador 23.10 Número de declaraciones de voluntades vitales anticipadas inscritas en el Registro de declaraciones de voluntades vitales anticipadas.

**NÚMERO DE INSCRIPCIONES EN EL REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA.
AÑOS 2004-2007**

	2004	2005	2006	2007	Total
Almería	52	226	168	279	725
Cádiz	120	450	333	450	1.353
Córdoba	47	613	189	180	1.029
Granada	146	325	388	1.065	1.924
Huelva	27	167	94	82	370
Jaén	41	231	102	181	555
Málaga	216	893	960	1.231	3.300
Sevilla	168	764	613	607	2.152
Andalucía	817	3.669	2.847	4.075	11.408

Fuente: Consejería de Salud. Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía
Actualización a 21 de julio de 2008

D.G. Innovación Sanitaria, Sistemas y Tecnología

Sv. de Información y Evaluación

Valoración: Si consideramos la información relativa a los indicadores propuestos más los diferentes desarrollos del Portal de Salud, Salud responde etc. Se puede decir que el objetivo 23 ha sido alcanzado en alto grado. Esta valoración coincide con la expresada por los representantes de los ciudadanos y por las de las asociaciones de pacientes, que reflejan como positivo el desarrollo de estos aspectos durante el periodo 2003-2008, aunque señalan aspectos de mejora y advierten de los riesgos de brecha informativa y de desigualdades de acceso a la información derivados utilizar los medios informáticos de manera predominante.

Línea 7. Impulsar la incorporación y el uso de nuevas tecnologías con criterios de equidad y evidencia científica.

Objetivo 24. Garantizar los procedimientos que permitan la detección, gestión y el uso adecuado de las tecnologías sanitarias, orientadas a satisfacer de manera equitativa las necesidades de salud de la población.

Indicador 24.1 Porcentaje de equipamientos de las principales tecnologías sanitarias, actualizado en el Sistema de Información de Tecnologías Médicas de Andalucía (SITMA).

Indicador 24.2 Número mensual y anual de tecnologías emergentes recogidas en el Observatorio de Tecnologías Sanitarias Emergentes de Andalucía.

Indicador 24.3 Número de tecnologías analizadas mediante la Guía de Adquisición de Nuevas Tecnologías (GANT).

Indicador 24.4 Número de tecnologías incorporadas al Sistema Sanitario Público de Andalucía tras el análisis con la Guía "GANT".

Indicador 24.5 Número de Guías de Práctica Clínica sobre adecuación de uso de tecnologías Sanitarias publicadas electrónicamente en el Sistema de Información de Tecnologías Médicas de Andalucía (SITMA).

La ausencia de disponibilidad de información para varios de estos indicadores no se interpreta como una ausencia de logro del objetivo propuesto. Una vez más, nos encontramos ante una situación de falta de actualización y reelaboración de indicadores pertinentes para evaluar el grado de logro del objetivo propuesto.

Por una parte, el desarrollo de la AETSA en lo relativo al propósito de este objetivo ha sido evidente en los años a los que se refiere el III PAS. Una revisión de las estrategias, actividades y de los instrumentos, productos y servicios que proporciona tanto a profesionales como a la población ponen de manifiesto este desarrollo, por otra parte algunos indicadores (24.1 y 24.5) son dependientes del desarrollo de sistemas que no se han desarrollado como se citaba en los indicadores, o para otros (24.4) suponen el desarrollo de un sistema de información específico que permita su cómputo. Por ejemplo, El SITMA no existe. Ya no se trabaja con Guías, sino con procesos asistenciales integrados, De este sistema dependían dos indicadores.

La GANT es una herramienta puesta a disposición de los profesionales, y es gestionada por las Comisiones de ETS constituidas en los centros. Las comisiones no disponen de información sobre el nº de tecnologías analizadas mediante la misma.

La información disponible, obtenida mediante encuesta, es que aproximadamente el 45% de los hospitales andaluces ha incorporado la GANT como instrumento de ayuda a la toma de decisiones.

Se valora, por las evidencias disponibles, que el propósito general del Objetivo se ha alcanzado en gran parte, aunque no hay evidencias de los criterios utilizados para garantizar el aspecto de equidad mencionado en el objetivo.

Porcentaje de equipamientos de las principales tecnologías sanitarias, actualizado en el SITMA.	El SITMA no existe.
Número mensual y anual de tecnologías emergentes recogidas en el Observatorio de Tecnologías Sanitarias Emergentes de Andalucía.	DE 2005 A 2007: 36 tecnología evaluadas Anuales: 36 detectadas, 12 fichas realizadas
Número de tecnologías analizadas mediante la Guía de Adquisición de Nuevas Tecnologías (GANT).	14 Tecnologías emergentes analizadas en 2007-2008. Están detectadas 42 en el ultimo trimestre de 2008 de las que se han seleccionado 10 para evaluar en 2009
Número de tecnologías incorporadas al SSPA tras el análisis con la Guía "GANT".	GANT incorporado en el 45% de los hospitales andaluces
Número de Guías de Práctica Clínica sobre adecuación de uso de tecnologías Sanitarias publicadas electrónicamente en el SITMA.	En la gestión por procesos asistenciales las guías específicas se contemplan en cada uno de ellos.

Línea 8. Impulsar acciones transformadoras derivadas del desarrollo de los sistemas y tecnologías de la información y la comunicación.

Objetivo 25. Facilitar el acceso de los ciudadanos al sistema sanitario público de Andalucía mediante tecnologías digitales de la información en la sociedad del conocimiento de Andalucía.

A este objetivo se vinculan 2 indicadores:

Indicador 25.1 Grado de satisfacción de los ciudadanos.

Indicador 25.2 Grado de disponibilidad y calidad real de la infotecnología.

Valoración Global: En el encuentro con representantes de asociaciones ciudadanas y de pacientes, se evidenció de manera clara y generalizada una evaluación muy satisfactoria respecto a la incorporación, disponibilidad y utilidad de las nuevas tecnologías para el acceso y comunicación con los servicios sanitarios.

Valoración: Objetivo Alcanzado

Objetivo 26. Garantizar el acceso de los ciudadanos a la información sanitaria digital sobre su salud (historia de salud digital).

Este objetivo se encuentra vinculado a 3 indicadores:

Indicador 26.1 Grado de satisfacción de los ciudadanos.

Indicador 26.2 Implantación real y permanente de la tarjeta sanitaria individual: cobertura.

Indicador 26.3 Número de accesos y de interacciones con el Sistema.

Al igual que para el objetivo anterior en el encuentro con representantes de asociaciones ciudadanas y de pacientes, se evidenció de manera clara y generalizada una evaluación muy satisfactoria respecto al acceso mediante las nuevas tecnologías para el acceso a los servicios sanitarios, aunque manifestaron la necesidad de mejorar el acceso a la historia clínica. Toda la información sobre los requisitos procedimientos y formas para obtener la tarjeta sanitaria individual, así como de sus características,

está disponible en los centros y en la página web de la Conserjería de Salud en su sección de "ciudadanos". En 2008 los accesos e interacciones figuran en la siguiente tabla.

(<http://www.csalud.junta-andalucia.es/principal/documentos.asp?pagina=ciudadanos>)

RESUMEN ACTIVIDAD CARTERA DE SERVICIOS

SERVICIO	Nº de SOLICITUDES
✓ Servicio de Cita Previa	17.243.159 solicitudes
✓ Salud Andalucía 24 horas	66.811 solicitudes
✓ Testamento de Voluntad Vital Anticipada	3.074 solicitudes de cita
✓ Seguimiento Altas Hospitalarias	18.359 llamadas 14.618 pacientes inscritos
✓ Programa Ola de Calor	11.367 llamadas 7.787 pacientes inscritos
✓ Envío de SMS con Información Sanitaria	1.739 usuarios inscritos 162.275 sms enviados
✓ Libre Elección de Hospital	1.563 cambios hospital 429 cambios partos 4.767 solicitudes de información
✓ Segunda Opinión Médica	453 solicitudes
✓ Teléfono del Tabaco	3.284 pacientes Quitline inscritos a 31/12/2008 3.232 solicitudes información
✓ Enfermería Comunitaria de Enlace	4.633 solicitudes
✓ Teléfono del SIDA	5.373 solicitudes
✓ Servicios de Información Sanitaria	321.694 solicitudes
✓ Bolsa de Empleo del SAS	1.456 solicitudes
✓ Garantía de Plazo	326 solicitudes
✓ Tarjeta Sanitaria	19.093 solicitudes
✓ Programa de Salud Bucodental	8.856 solicitudes

Fuente: Salud Responde

Según los representantes de las Asociaciones de Pacientes y los de las de Ciudadanos, el acceso, es satisfactorio. Desconocemos el número de accesos producidos; pero sería interesante valorar las características de quienes acceden para evitar, y así lo apuntaban los representantes de las asociaciones, desigualdades en el acceso, sobre todo si se prima la información disponible a través de Internet, sobre la disponible por otros medios.

Valoramos el Objetivo como Alcanzado en un alto grado

Objetivo 27. Favorecer el acceso a las prestaciones sanitarias a través de la tarjeta

A este objetivo se vinculan 4 indicadores:

Indicador 27.1 Grado de satisfacción de los ciudadanos.

En el encuentro con representantes de asociaciones ciudadanas y de pacientes, surgió de manera espontánea una evaluación muy satisfactoria respecto a la incorporación de nuevas tecnologías y en particular al acceso con la Tarjeta Sanitaria a los servicios sanitarios.

Indicador 27.2 Porcentaje global de utilización de la receta digital con la tarjeta sanitaria individual

El porcentaje de utilización de Receta electrónica "Receta XXI" es el 46% del total de las recetas prescritas (agosto 2008)

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

Indicador 27.3 Número de accesos e interacciones con el CEIS.

Ver Tabla anterior

Indicador 27.4 Número de estudios y análisis realizados a través de programas de telemedicina.

Valoración: Tomando la información disponible de los indicadores, y valorando conjuntamente con las actividades en desarrolladas en este ámbito desde 2003 a 2008, se considera que el progreso ha sido sobresaliente. La Comisión Europea, parece tener una alta valoración al premiar al Sistema Sanitario Público Andaluz por sus iniciativas en salud digital, que sitúan a Andalucía a la vanguardia de la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación en el sector salud. El premio concedido representa un reconocimiento colectivo a la totalidad de los proyectos presentados por la Junta de Andalucía: el Centro de Gestión de Sistemas y Tecnologías (CEGES), la Historia de Salud Digital (Diraya), Mundo de Estrellas y el proyecto de Telemedicina, Evisand; pero sobre todo, un reconocimiento a la Estrategia Digital de la Consejería de Salud. Por lo que consideramos alcanzado el objetivo.

Objetivo 28. Garantizar el acceso de los profesionales a la información y comunicación a través del entorno virtual de trabajo.

A este Objetivo se vinculan 4 indicadores:

Indicador 28.1 Grado de satisfacción del personal sanitario.

Indicador 28.2 Número de accesos e interacciones de los profesionales al entorno virtual de trabajo

Indicador 28.3 Grado de disponibilidad y calidad de la infotecnología.

Indicador 28.4 Número de estudios y análisis publicados por el Sistema Sanitario Público de Andalucía a través del entorno virtual de trabajo.

Valoración Global:

No se ha podido disponer de la mayor parte de la información requerida por los indicadores. Aunque hay evidencias de que el grado de desarrollo y de disponibilidad de las TIC para los profesionales, no hemos encontrado información específica sobre la satisfacción de los profesionales y sobre la frecuencia de su uso. Por otra parte, la mayoría de documentos, estudios, memorias, procedimientos, tecnologías, evaluaciones, guías, etc. , se publican y están disponibles en las WEBS de la Consejería, del SAS, y de las Empresas Públicas del SSPA. En conjunto, aunque

parece que el espíritu del objetivo se hubiera alcanzado, dada la carencia de información sobre los indicadores específicos, se considera el objetivo como parcialmente alcanzado.

Línea 9. Desarrollar la investigación de la salud y servicios sanitarios

Esta línea tiene un objetivo y 8 indicadores.

Objetivo 29. Desarrollar la investigación en salud

- **Indicador 29.1** *Porcentaje de centros hospitalarios y Distritos de Atención Primaria con unidades de referencia de apoyo a la investigación, con al menos un profesional de apoyo que cuenta con formación metodológica acreditada.*
- **Indicador 29.2** *Número de cursos y otras acciones formativas en metodología de investigación realizadas.*
- **Indicador 29.3** *Porcentaje de proyectos que se presentan a las distintas convocatorias de agencias financiadoras (Andalucía, España y Europa) que consiguen financiación.*
- **Indicador 29.4** *Incremento anual del número de artículos originales publicados en revistas con impacto o revisión por pares por grupos de investigación andaluces.*
- **Indicador 29.5** *Porcentaje de los artículos publicados donde hay autores de diversos centros.*
- **Indicador 29.6** *Número de patentes en las que participan distintos centros.*
- **Indicador 29.7** *Número de ayudas concedidas con el objetivo de fomentar el contacto y la cooperación entre redes y grupos de investigación.*
- **Indicador 29.8** *Porcentaje de proyectos en los que se solicita financiación externa que son presentados por más de un grupo de investigación o en los que participan diversos centros.*

Indicador 29.1 Porcentaje de centros hospitalarios y Distritos de Atención Primaria con unidades de referencia de apoyo a la investigación, con al menos un profesional de apoyo que cuenta con formación metodológica acreditada.

El 100% de los centros hospitalarios y de los Distritos de AP cuentan con personal de apoyo.

Indicador 29.2 Número de cursos y otras acciones formativas en metodología de investigación realizadas.

Programa postgrado con 2 módulos de investigación además del Plan formación SAS y oferta EASP.

Asimismo, se desarrollan cursos en la práctica totalidad de los hospitales y distritos lo tienen contemplado en sus planes formativos de formación continuada, contando además con la amplia cartera docente que ofrece la EASP en el área de investigación.

Detalle de actividades formativas:

Nº de cursos y otras acciones formativas en metodología de investigación realizadas	2005	2006	2007	2008	TOTAL
ESCRITURA CIENTIFICA	3	5			8
METODOLOGIA DE INVESTIGACION APLICADA A LOS CUIDADOS 1	1	1	4	3	9
METODOLOGIA DE INVESTIGACION CUALITATIVA	4	4	3	3	14
PRESENTACION DE COMUNICACIONES Y POSTERS EN REUNIONES CIENTIFICAS	4	4			8
UTILIDADES DE LA ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA	5	3	3	3	14
COMO REALIZAR BUSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS			3	3	6
COMUNICACIÓN CIENTÍFICA			3	3	6
I TALLER DE ANALISIS Y MEJORA DE LA INVESTIGACIÓN EN A.P.		1			1
DESDE EL DISEÑO DE PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN A LA APLICACIÓN DE RESULTADOS: METODOLOGÍAS Y TÉCNICAS DE APOYO			1	1	2
METODOLOGÍAS Y TÉCNICAS DOCENTES APLICADAS A LA FORMACIÓN BÁSICA EN GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INVESTIGACIÓN				2	2

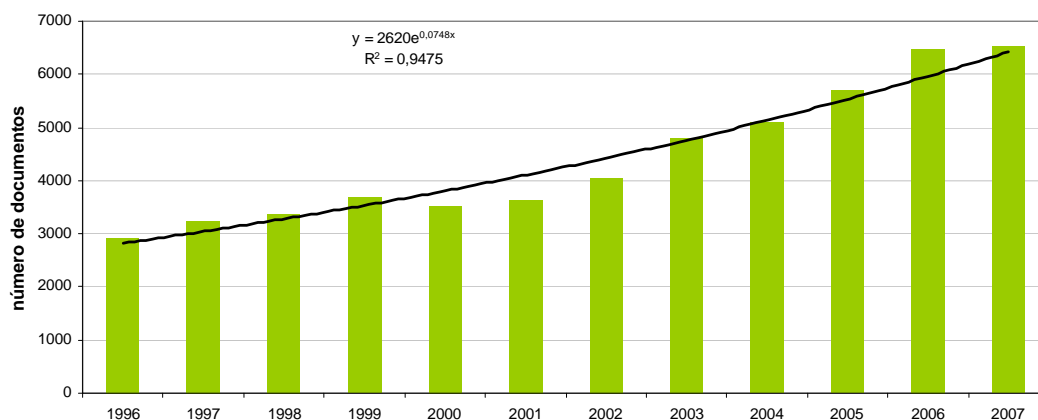
Indicador 29.3 Porcentaje de proyectos que se presentan a las distintas convocatorias de agencias financiadoras (Andalucía, España y Europa) que consiguen financiación.

En la Convocatoria de 2008 se han presentado 453 proyectos y serán financiados 101 (22,3%).

Indicador 29.4 Incremento anual del número de artículos originales publicados en revistas con impacto o revisión por pares por grupos de investigación andaluces.

La Consejería de Salud ha elaborado tres estudios bibliométricos de la producción científica andaluza en biomedicina y ciencias de la salud hasta el año 2007. El último trabajo no se ha completado, por lo que algunos datos no están actualizados. Estos datos están sirviendo para la elaboración de los objetivos de los contratos-programa por centro y para conocer la situación en la que nos encontramos por área de conocimiento.

La producción global el la siguiente:



La producción se concentra principalmente en la provincias de Sevilla y Granada, seguidas de Córdoba y Málaga.

Indicador 29.5 Porcentaje de los artículos publicados donde hay autores de diversos centros.

**Datos básicos de las instituciones sanitarias en medicina básica.
1990-2004**

PROVINCIA	Institución	Ndoc	Ndocc	%Ndocc	FIRA*
ALMERIA	Hospital Torrecárdenas	36	25	69,44	1,11
	Hospital Poniente	5	3	60,00	0,81
CADIZ	Hospital Jerez	34	23	67,65	1,06
	Hospital La Línea	9	7	77,78	0,82
	Hospital Punta Europa	16	10	62,50	0,96
	Hospital Puerta del Mar	66	55	83,33	0,92
	Hospital Puerto Real	51	38	74,51	0,98
CORDOBA	Hospital Reina Sofía	300	233	77,67	1,01
GRANADA	Hospital Clínico San Cecilio	198	167	84,34	0,93
	Hospital Virgen de las Nieves	281	206	73,31	0,98
HUELVA	Hospital Juan Ramón Jiménez	25	23	92,00	0,98
JAEN	Hospital Jaén	34	40	83,33	0,99
MALAGA	Hospital de la Axarquía	9	5	55,56	0,99
	Hospital Costa del Sol	29	25	86,21	1,02
	Hospital Carlos Haya	317	208	65,62	1,05
	Hospital Virgen de la Victoria	100	57	57,00	0,95

Área de Consultoría

Escuela Andaluza de Salud Pública

SEVILLA	Hospital de la Merced	2	2	100,00	0,84
	Hospital Virgen del Rocío	573	446	77,84	0,97
	Hospital Virgen de Macarena	344	272	79,07	1,03
	Hospital Virgen de Valme	187	143	76,47	0,94

* referido al periodo 1995-2004

Datos básicos de las instituciones sanitarias en medicina clínica.

1990-2004

PROVINCIA	Institución	Ndoc	Ndocc	%Ndocc	FIRA*
ALMERIA	Hospital Torrecárdenas	164	95	57,93	0,90
	Hospital Poniente	66	34	51,52	0,90
CADIZ	Hospital Jerez	145	83	57,34	1,05
	Hospital La Línea	42	17	40,48	0,88
	Hospital Punta Europa	43	22	51,16	0,97
	Hospital Puerta del Mar	305	192	62,95	0,98
	Hospital Puerto Real	133	86	64,66	0,98
CORDOBA	Hospital Reina Sofía	1269	750	59,10	1,04
GRANADA	Hospital Clínico San Cecilio	807	438	54,28	1,02
	Hospital Virgen de las Nieves	791	495	62,58	1,00
HUELVA	Hospital Juan Ramón Jiménez	163	89	54,60	0,97
JAEN	Hospital Jaén	226	141	62,39	0,96
MALAGA	Hospital de la Axarquía	62	28	45,16	1,04
	Hospital Costa del Sol	100	66	66,00	0,98
	Hospital Carlos Haya	805	482	59,88	1,03
	Hospital Virgen de la Victoria	452	239	52,88	1,03
SEVILLA	Hospital de la Merced	46	15	32,61	0,82
	Hospital Virgen del Rocío	1512	891	58,93	0,97
	Hospital Virgen de Macarena	869	469	53,97	0,96

* referido al periodo 1995-2004

Indicador 29.6 Número de patentes en las que participan distintos centros.

Según datos de la Oficina de Transferencia Tecnológica del SSPA, hasta 2003 el acumulado de patentes solicitadas en las que participaba al menos un centro del SSPA era de 21. En diciembre de 2007 el acumulado alcanzó 41 solicitudes, es decir

en el período 2003-2008 se han solicitado 20 patentes lo que supone un incremento del 95,2 % en tan solo cinco años.

El Procedimiento para el aislamiento de la masa celular interna en blastocistos de mamíferos.

Método para el cultivo y mantenimiento de células troncales pluripotenciales y de células progenitoras de mamífero en estado no diferenciado, por sus características innovadoras, ha tenido una gran repercusión

Indicador 29.7 Número de ayudas concedidas con el objetivo de fomentar el contacto y la cooperación entre redes y grupos de investigación.

En 2007 se ha incluido una nueva modalidad de ayudas de investigación destinada a grupos clínicos de apoyo integrados en redes de investigación cooperativa o de centros de investigación en red, como acciones complementarias a la investigación biomédica. Los resultados de la convocatoria han sido la financiación de 8 grupos clínicos de apoyo, con un importe de 150.000 €. Los grupos son los siguientes:

1. Retics Redinscor
2. Retics/ris Red Española de Investigación en Sida
3. Ciber de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (Ciberobenu. Cb06/03)
4. Red de Investigación en Sida
5. Grupo Clínico Asociado del Grupo Samserap (Salud Mental, Utilización y Evaluación de Servicios y Atención Primaria): Red Iapp.
6. Ciber de Diabetes y Enfermedades Metabólicas
7. Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición
8. Ciber de Epidemiología y Salud Pública

Indicador 29.8 Porcentaje de proyectos en los que se solicita financiación externa que son presentados por más de un grupo de investigación o en los que participan diversos centros.

Resultados de las Convocatoria de Proyectos de Investigación 2008 presentados dentro del SSPA

Total de proyectos financiados en Andalucía: 39

- **Subprograma CAIBER** (Consortio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red. Nueva modalidad de ayudas de investigación):

Ayudas destinadas a fortalecer la estructura de las unidades centrales de investigación clínica y en ensayos clínicos, mediante la constitución de una estructura estable con personalidad jurídica propia, denominada CAIBER (Consortio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red), para el desarrollo de programas de investigación clínica y en ensayos clínicos en pacientes, especialmente los que carecen de interés comercial.

Andalucía ha participado en esta convocatoria con 6 centros solicitantes de los que se han seleccionado 4 en el CAIBER.

La participación de Andalucía en las ayudas destinadas a financiar Estructuras estables de investigación cooperativa, en el área de biomedicina y ciencias de la salud (CIBER), convocadas a nivel nacional, llegó a 68 solicitudes, de las cuales 36 pertenecen a centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y el resto de universidades andaluzas, así como de algún otro organismo de la comunidad.

Los Resultados son 19 GRUPOS concedidos, de los cuales 11 GRUPOS (30,5 %) pertenecen al SSPA, en los siguientes CIBER:

CIBER EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA
CIBER ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS
CIBER FISIOPATOLOGÍA DE LA OBESIDAD Y NUTRICIÓN
CIBER ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS
CIBER ENFERMEDADES RARAS

En cuanto a resultados de participación en la última convocatoria nacional para Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (RETICs), de los 23 grupos aprobados en Andalucía 15 pertenecen a grupos del SSPA.

RD06/0006: Red de SIDA.

RD06/0008: Red Española de Investigación en Patología Infecciosa (REIPI).

RD06/0009: Red Heracles: Determinantes Genéticos y Ambientales de la Disfunción Vascular.

RD06/0010: Red de Terapia Celular.

RD06/0013: Red Temática de Investigación Cooperativa en Envejecimiento y Fragilidad (RETICEF).

RD06/0014: Factores de Riesgo, Evolución y Tratamiento de las Enfermedades Cardiovasculares (RECAVA).

RD06/0015: Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (REDIMET).

RD06/0016: Red de Investigación en Enfermedades Renales (REDINREN).

RD06/0018: Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud en Atención Primaria (REDIAP).

RD06/0020: Red Temática de Investigación Cooperativa de Cáncer.

RD06/0045: Alimentación Saludable en la Prevención Primaria de Enfermedades Crónicas (PREDIMED).

Resultados del Programa I3 del Sistema Nacional de Salud. Programa de Estabilización de Investigadores y de Técnicos de Apoyo a la Investigación y de Intensificación de la Actividad Investigadora en el Sistema Nacional de Salud

Fomento la contratación estable de personal investigador e intensificar la implicación del personal asistencial en las tareas investigadoras:

2 Investigadores titulados superiores y doctores contratados: 52.000 €

Intensificación de la actividad investigadora de los facultativos que realizan actividad asistencial, contribuyendo así a incrementar el número y la calidad de los investigadores y de los grupos de investigación.

14 facultativos incluidos en el plan de intensificación: 405.000 €

- Resultados de las Convocatorias del FIS 2007 Presentados– dentro del SSPA:

- Total de proyectos financiados en Andalucía: 56 (4.753.919 €)

- Total de proyectos financiados en Andalucía (ETS): 19 (996.483,40 €)
- Total de infraestructuras financiados en Andalucía: 9 (1.276.169,78 €).

- En cuanto a resultados de participación en la última convocatoria nacional para Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (RETICs), de los 23 grupos aprobados en Andalucía 15 pertenecen a grupos del SSPA con un importe total de las ayudas de 1.951.480,00 €–

Valoración del objetivo:

En el periodo de vigencia del III PAS, se observa un alto desarrollo de la investigación en salud, por lo que se valora como objetivo alcanzado.

Línea 10. Integrar los avances científicos del genoma humano en la investigación y la prestación de servicios

Esta línea presenta un objetivo con 13 indicadores de consecución

Objetivo 30. Establecer la estrategia de intervención en genética tanto en el campo de la investigación como en el de la prestación de servicios. Garantizar la protección de riesgos y la comunicación a los ciudadanos.

Indicador 30.1 Elaboración del marco de evaluación para definir la cartera de servicios en el ámbito de la genética médica

Indicador 30.2 Número de informes de evaluación de las nuevas tecnologías genéticas que surjan (Medición anual del 2004 al 2008).

Indicador 30.3 Definición de cartera de servicios en genética médica definida para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (diciembre 2004 y actualización anual 2005-2008).

Indicador 30.4 Líneas prioritarias de investigación en genética médica en el Sistema Sanitario

Indicador 30.5 Definición del número, ubicación y dotación de las unidades de genética

Indicador 30.6 Diseño del modelo de acreditación de las unidades y profesionales

Indicador 30.7 Número de unidades autorizadas y, en su caso, acreditadas anualmente

Indicador 30.8 Número de profesionales acreditados anualmente

Indicador 30.9 Porcentaje de proyectos de investigación en el ámbito del genoma humano, que sean conformes con las líneas prioritarias.

Indicador 30.10 Porcentaje de proyectos de investigación, en el ámbito del genoma humano, que han sido evaluados favorablemente por la Comisión Autónoma de Ética e Investigación Clínica o, en su caso, por las Comisiones de los centros sanitarios.

Indicador 30.11 Porcentaje de pruebas genéticas cuyos protocolos incluyen un apartado de garantía de los derechos individuales y consentimiento informado específico (100% desde 2004).

Indicador 30.12 Realización de un plan de comunicación dirigido a los profesionales y la población general (inicio en 2005).

Indicador 30.13 Desarrollo de un plan de formación de profesionales orientado a la acreditación profesional (inicio en 2005 y finalización en junio 2006).

Indicador 30.1 Elaboración del marco de evaluación para definir la cartera de servicios en el ámbito de la genética médica

Andalucía cuenta con un marco legal regulador de las cautelas y garantías singulares en el tratamiento y en la utilización de los análisis genéticos y los datos relacionados con ellos.

- LEY 1/2007, de 16 de marzo, por la que se regula la investigación en reprogramación celular con finalidad exclusivamente terapéutica.
- Ley 11/2007, de 26 de noviembre, reguladora del consejo genético, de protección de los derechos de las personas que se sometan a análisis genéticos y de los bancos de ADN humano en Andalucía.
- DECRETO 156/2005, de 28 de junio, por el que se regula el Diagnóstico Genético Preimplantatorio en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y se crea la Comisión Andaluza de Genética y Reproducción.
- Decreto 74/2008, de 14 de marzo, por el que se regula el Comité de Investigación de Reprogramación Celular, así como los proyectos y centros de investigación en el uso de reprogramación celular con fines terapéuticos

Indicador 30.2 Número de informes de evaluación de las nuevas tecnologías genéticas que surjan (Medición anual del 2004 al 2008).

Se han elaborado 4 informes; 3 de ellos elaborados en el marco del Plan de Calidad del SNS

Indicador 30.3 Definición de cartera de servicios en genética médica definida para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (diciembre 2004 y actualización anual 2005-2008).

EL Plan de Genética de Andalucía, en su apartado 6.2 describe la cartera de servicios básica, la regional y la de referencia. En ella se contemplan los siguientes servicios:

Consejo genético
Consejo genético, incluyendo diagnóstico presintomático y predictivo
Dismorfología clínica
Evaluación de indicaciones para remisión y coordinación para la realización de pruebas y /o análisis genéticos no incluidos en la cartera de servicios
Coordinación de análisis genéticos (se incluye el diagnóstico prenatal)
Referencia de pacientes a otros niveles de acuerdo a guías y protocolos
Referencia de muestras a otros niveles de acuerdo a guías y protocolos
Realización de análisis genéticos en familiares en riesgo
Contacto y apoyo a pacientes y familias
Citogenética clínica:
Diagnóstico prenatal y postnatal de anomalías cromosómicas
Análisis cromosómicos en neoplasias hematológicas y tumores sólidos
Citogenética molecular
Genética molecular:
Diagnóstico prenatal y postnatal de enfermedades hereditarias •
Diagnóstico predictivo y presintomático.

Indicador 30.4 Líneas prioritarias de investigación en genética médica en el Sistema Sanitario (diciembre 2004).

El Plan de genética de Andalucía en su apartado 6.6 hace referencia a la investigación en genética y menciona que las líneas principales serán:

> **La elaboración del Programa Andaluz de Investigación en Genética**, que incluirá:

- Desarrollo de una línea específica de Genética y Salud Pública.
- Desarrollo de líneas prioritarias en Genética Humana y Genética Clínica.
- Desarrollo de una línea específica de Terapia Génica.
- Desarrollo de una línea específica de Farmacogenética.
- Establecer líneas de colaboración con el Programa Andaluz de Terapia Celular.
- Creación del Centro Andaluz de Farmacogenómica y Oncología Genética.
- Proyectos de cooperación con el sector Biotecnológico y Farmacéutico.
- Proyectos de Innovación y Desarrollo.
- Identificar la investigación en Genética como área prioritaria en las convocatorias de ayudas a la investigación de la Consejería de Salud.

> **La participación en el Proyecto Genoma-España.**

> **La participación en proyectos en red nacionales e internacionales.**

> La identificación de comunidades de práctica y grupos de investigación en genética.

Indicador 30.5 Definición del número, ubicación y dotación de las unidades de genética

En 2005 existían tres unidades de genética, ubicadas en los hospitales Virgen del Rocío de Sevilla, Puerta del Mar de Cádiz y Virgen de las Nieves de Granada.

El Plan de Genética de Andalucía (Apartado 6.2) menciona que se contará con un total de 11 unidades de Genética Clínica y Diagnóstico Genético Prenatal; una por provincia, excepto Granada, Málaga y Sevilla que dispondrán de dos unidades cada una, de acuerdo a necesidades organizativas, de planificación y a su trayectoria científico-asistencial. De las 11 unidades, un total de 5 serán de ámbito regional para la realización de pruebas de laboratorio para el diagnóstico de anomalías cromosómicas a través de técnicas de citogenética. Y de estas 5, un total de 3 (Granada, Málaga y Sevilla) actuarán como unidades de referencia para toda la comunidad para técnicas de genética avanzada, incluida la dismorfología, genética molecular, programas de cáncer familiar y diagnóstico prenatal de enfermedades metabólicas hereditarias. Junto a ello, se creará una unidad de referencia para el diagnóstico y la investigación de enfermedades de origen metabólico.

Indicador 30.6 Diseño del modelo de acreditación de las unidades y profesionales (Agencia de Calidad, 2005).

El apartado 6.4 del citado Plan de Genética de Andalucía hace referencia a estos puntos, por ahora no disponemos de información sobre su desarrollo.

Indicador 30.7 Número de unidades autorizadas y, en su caso, acreditadas anualmente (a diciembre 2006, al menos una por Provincia).

Además de las tres unidades de V del Rocío, V de las Nieves y Puerta del Mar, hay cinco laboratorios de genética en: V Macarena, Reina Sofía, San Cecilio, V de la Merced y Poniente.

Indicador 30.8 Número de profesionales acreditados anualmente (diciembre 2006).

Sin información

Indicador 30.9 Porcentaje de proyectos de investigación en el ámbito del genoma humano, que sean conformes con las líneas prioritarias (100% a partir de enero de 2005).

Convocatoria de 2008 de la Consejería de Salud:

- 14 proyectos financiados
- 100 % conforme a las líneas prioritarias
- 1.184.069 € destinados a estos proyectos

Convocatoria de 2007 de la Consejería de Salud:

- 15 proyectos financiados
- 100 % conforme a las líneas prioritarias
- 794.464 € destinados a estos proyectos

Indicador 30.10 Porcentaje de proyectos de investigación, en el ámbito del genoma humano, que han sido evaluados favorablemente por la Comisión Autónoma de Ética e Investigación Clínica o, en su caso, por las Comisiones de los centros sanitarios.

El 100% han sido evaluados favorablemente.

Indicador 30.11 Porcentaje de pruebas genéticas cuyos protocolos incluyen un apartado de garantía de los derechos individuales y consentimiento informado específico (100% desde 2004).

Todos los protocolos incluyen los aspectos relativos a la garantía de derechos.

Indicador 30.12 Realización de un plan de comunicación dirigido a los profesionales y la población general (inicio en 2005).

Sin información

Indicador 30.13 Desarrollo de un plan de formación de profesionales orientado a la acreditación profesional (inicio en 2005 y finalización en junio 2006).

Sin información

Valoración Global del Objetivo: El desarrollo del Plan de Genética de Andalucía junto con la información de los indicadores disponibles evidencia un alto nivel de logro para este objetivo.

4. Conclusiones

Se consideran completamente alcanzados el 15 de los 30 objetivos, además 12 habrían sido parcialmente alcanzados, gran parte de ellos con un alto grado de consecución. Habría 2 objetivos que se consideran como no alcanzados; y hay uno que no se considera evaluable, puesto que el contexto que afectaba a su desarrollo provocó cambios que alteraron lo planificado.

La evaluación de los objetivos de salud de cualquier plan estaría relativamente libre de juicios subjetivos si la pretensión fuera hacer una valoración cuantitativa de su consecución comparándola con unos estándares previamente acordados. Es decir, si los objetivos se hubieran establecido siguiendo los criterios de especificidad, disponibilidad, y de ajuste temporal, una simple comparación entre la situación obtenida y la de referencia o partida y una comparación con el grado de logro establecido proporcionaría un valor de consecución del mismo.

En esta evaluación no ha sido posible utilizar este proceder puesto que los objetivos no estaban planteados en la mayoría de los casos en términos cuantificados. Sin embargo, realizamos una valoración cualitativa del grado de consecución del objetivo planteado basándonos en la información de los indicadores que se plantean para cada objetivo, y en algún caso, haciendo mención a información disponible vinculada al objetivo y que se ha considerado indicativa de la consecución del objetivo.

Una de las limitaciones de esta evaluación es la del carácter subjetivo de las valoraciones del logro de cada uno de los indicadores y por ende de los objetivos a los que se vinculan. Para cada juicio se ha tratado de contrastar el propósito del objetivo, la información disponible de los indicadores, y en su ausencia, o cuando el indicador se ha considerado limitado, se ha tratado de documentar cualquier otra información o evidencia que pudiera contribuir a valorar el grado de logro.

El calificativo Parcialmente Alcanzado puede ser considerado como un amplio espacio que trata de cubrir los objetivos que no son calificable como claramente Alcanzados o

No Alcanzados. Sin embargo, el grado de logro en los parcialmente alcanzados puede ser muy variable, por ello se ha calificado en algunos casos como parcialmente alcanzado con alto grado de logro.

Aunque estaba previsto que la Comisión Técnica de Evaluación y Seguimiento del Plan elaborase las estrategias de control de calidad y estableciera las necesidades de información para disponer de un seguimiento de los indicadores, que pudiera en su caso reconsiderar la pertinencia o adecuación de algunos de ellos, se observa que no se realizó ninguna readecuación, modificación de redacción o ajuste de indicadores. En este contexto resulta complejo evaluar el significado del logro parcial o de la ausencia de consecución de algunos indicadores. Puede suceder que el entorno haya cambiado, y afecte a la intención original del Plan (p. ej.: el desarrollo de un Plan Integral para la Dependencia), o que las tecnologías se desarrollen de manera diferente a la prevista y algunos indicadores pierdan su sentido. Por lo tanto, la ausencia de un logro completo de objetivo no debería interpretarse de manera automática como un fracaso en la consecución de los objetivos fundamentales del plan. Del mismo modo, el logro de indicadores y objetivos no garantiza un impacto positivo del plan en la salud en Andalucía. Estas son limitaciones que comparten todos los planes de salud y que obligan a una valoración más cuidadosa y contextualizada de los logros de un plan de salud.

Sugerencias:

A pesar del alto porcentaje de logro de los objetivos planteados en el III PAS, se han observado aspectos o dificultades que deberían tomarse en consideración para futuros planes. Unas de las dificultades observadas, si bien son compartidas con otros planes de salud, se refieren a la utilización de indicadores o objetivos planteados de manera no muy afortunada o adecuada. La inadecuación provendría de la dificultad de cumplir con el conjunto de los requisitos básicos de especificidad, obtenibilidad de la información, adecuación temporal y realismo en cuanto a la posibilidad de su logro que ha de caracterizar los objetivos planteados y que deberían mejorarse en futuros planes. Además, se identifican otros aspectos de mejora relacionados con la vinculación entre los indicadores seleccionados para evaluar los objetivos y éstos. Nos hemos encontrado situaciones en las que la no consecución de los indicadores no

presuponía necesariamente la consecución del objetivo, y también con la sensación de que podría ocurrir que la consecución de los indicadores no necesariamente signifique el logro del objetivo propuesto.

A parte de estos detalles técnicos, puede resultar más interesante como sugerencia para el futuro, la necesidad de un seguimiento estrecho de los objetivos del plan, y su evaluación continuada con objeto de valorar la conveniencia de los indicadores propuestos y la reconducción de los mismos, con objeto mantener vivo el interés y el acierto para su consecución. A veces, a lo largo del periodo de vigencia de un Plan pueden ocurrir situaciones que obliguen a reformular diferentes objetivos o a replantear los indicadores de consecución. Si un órgano de seguimiento, de acuerdo a los procedimientos formulados previamente y aprobados como tales en el diseño del Plan realizara un seguimiento y actualización del Plan, algunas debilidades observadas en este III PAS podrían subsanarse con relativa facilidad, y además podrían repercutir en una mejor obtención de resultados y en su validez y aceptación general.

Tendencias sobre la lucha contra obesidad

Jose Mária Sánchez Bursón

Índice:

- 1.- ¿Cómo la prospectiva puede agregar valor a las estrategias de lucha contra la obesidad?.
- 2.- Tendencias sobre la dimensión de la obesidad.
- 3.- Ecología de las causas de obesidad.
- 4.- Enfermedades atribuibles y coste de la obesidad. Escenarios sobre los costes de la obesidad.
- 5.- Obesidad e Inequidad.
- 6.- Estrategias de lucha contra la obesidad.- La práctica legislativa y la prevalencia de la obesidad.
- 7.- Medidas de buenas prácticas en la lucha contra la obesidad.
- 8.- Resumen ejecutivo de las tendencias.

1.- ¿Cómo la prospectiva puede agregar valor a las estrategias de obesidad?

- Identificando una gama amplia de factores que influyen en la obesidad, mirando más allá de lo obvio y ofreciendo una perspectiva integradora y holística.
- Generando consenso y entendimiento compartido entre los factores claves que influyen en los niveles de obesidad.
- En base a la evidencia,
 - identificando intervenciones eficaces de futuro, y
 - analizando cómo evoluciona los niveles de obesidad en el futuro y
 - cuáles serían las respuestas más eficaces.

Las perspectivas han modificado el ángulo de la mirada:

- Del énfasis de la obesidad establecida a la prevención de la obesidad.
- Acentúa la incorporación del enfoque integral de la población.
- Reconoce la necesidad de un cambio de los entornos como apoyo al cambio del comportamiento individual.
- Invertir ahora para evitar futuros costes desproporcionados.
- Apuestas por las alianzas, dentro y fuera del Gobierno.

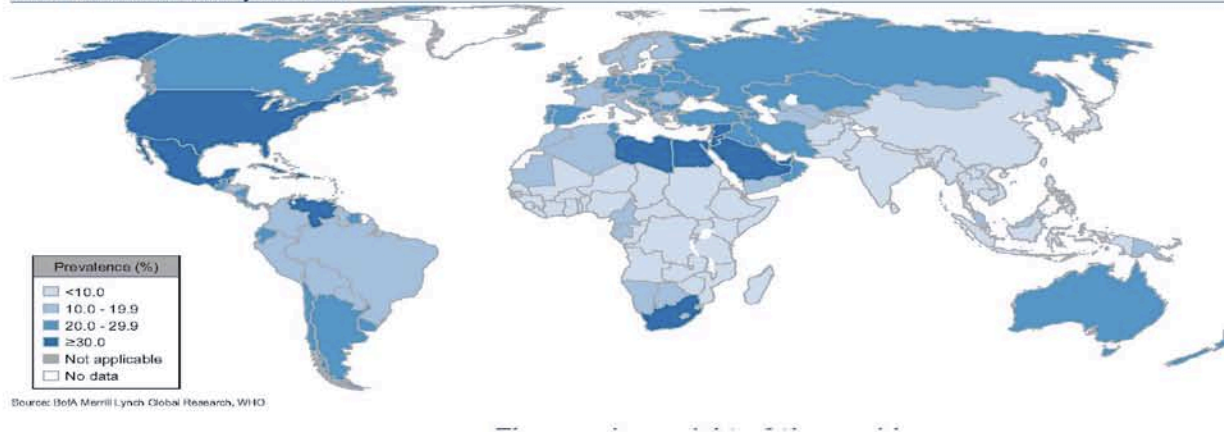
2.- Tendencias sobre la dimensión de la obesidad.

La obesidad la epidemia de salud pública del Siglo XXI.

500 millones de personas obesas en el mundo
1.400 millones de personas con sobrepeso en el mundo

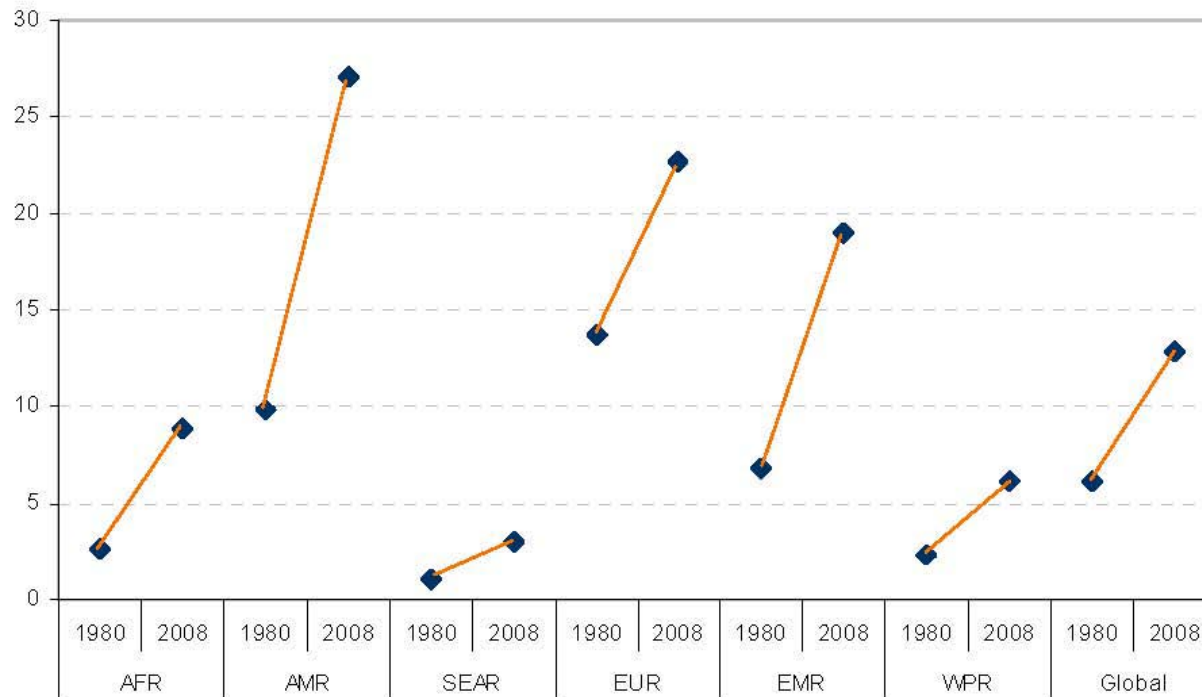
Globesidad

Chart 2: Prevalence of obesity world-wide



En los últimos 20 años la prevalencia de la obesidad se ha duplicado.
Crecimiento por continente

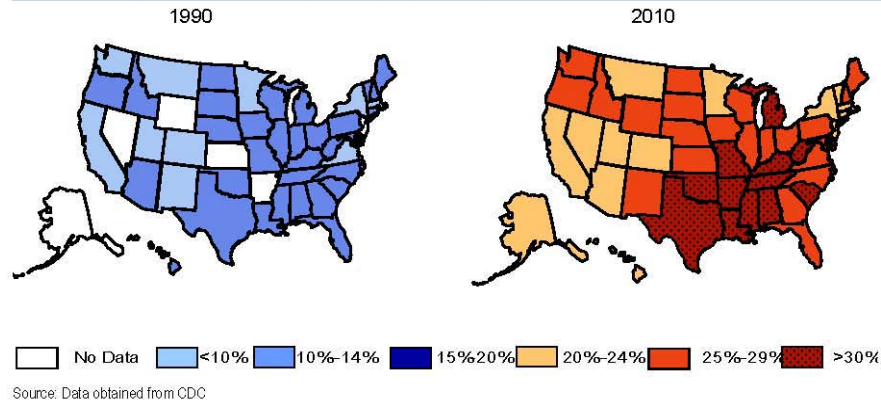
Chart 3: Prevalence (%) of obesity among adults aged 20+ by region: 1980 vs. 2008



Source: WHO 2012, BofA Merrill Lynch Global Research. Data show age-standardised prevalence and obesity is defined as BMI >30kg/m²

El epicentro de la epidemia se halla en los Estados Unidos y Europa

Chart 7: Comparison of obesity trends (in percent) in the US in 1990 and 2010

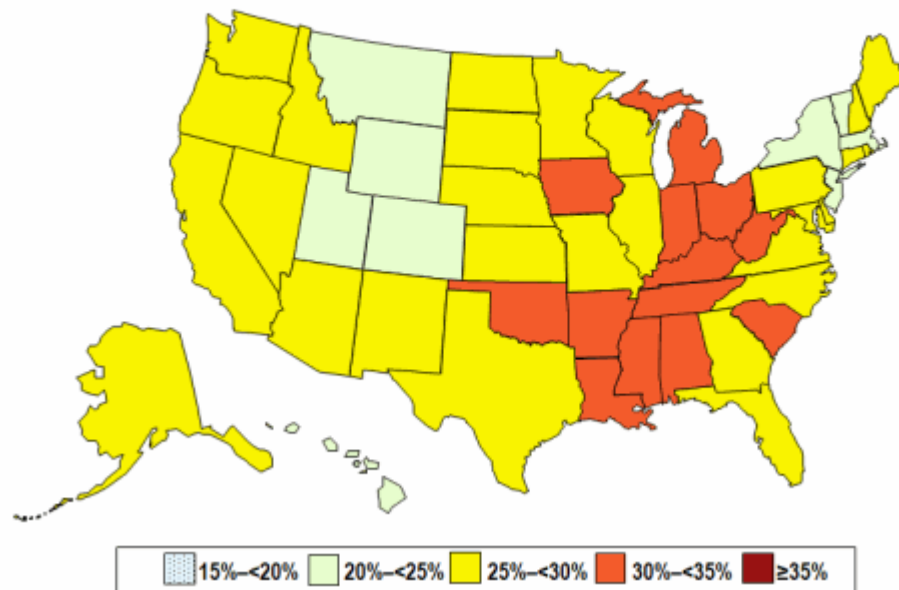


En EEUU el 62% de la población tiene sobrepeso y el 26% son obesos

Un informe de 2012 del Centro para el Control y la Prevención Enfermedades de EE.UU. estima que la tasa de obesidad podría aumentar en 2030 hasta el **42% de la población de los EE.UU.**

Prevalence* of Self-Reported Obesity Among U.S. Adults BRFSS, 2012

*Prevalence reflects BRFSS methodological changes in 2011, and these estimates should not be compared to those before 2011.





Methodology and summary

Country profiles on
nutrition, physical activity and obesity in the
53 WHO European Region Member States



Obesidad y Sobrepeso Europa 2030

Actualmente, 200 millones de europeos tienen sobrepeso, y la obesidad se ha triplicado en los últimos 20 años.

Una cuarta parte de los escolares europeos son obesos o tienen sobrepeso. Y se espera que la cifra se eleve cada año en más de un millón.

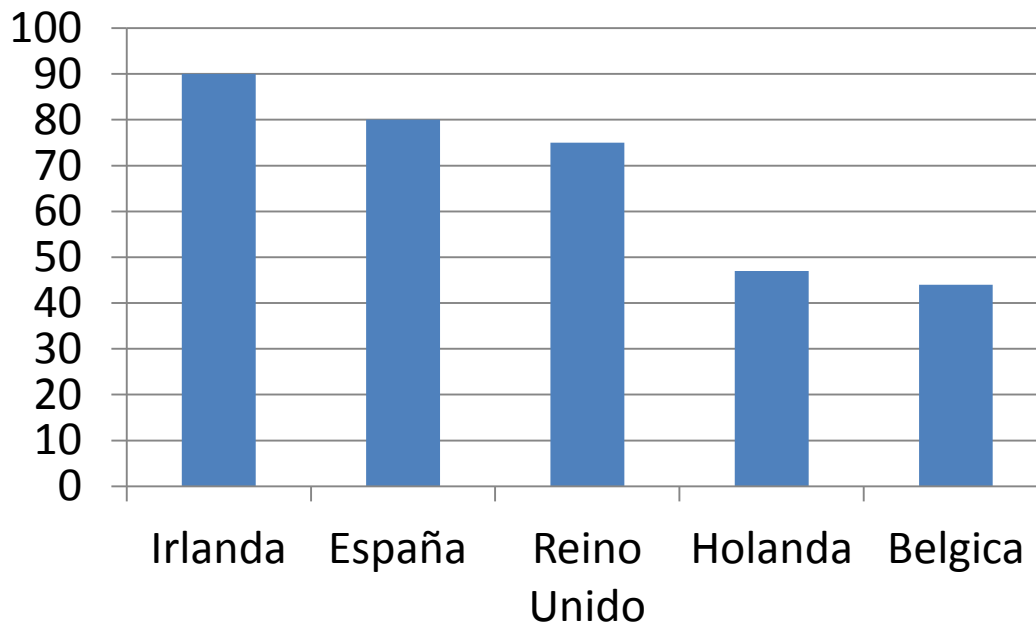
Los estudios prospectivos indican un incremento de la prevalencia de la obesidad en los países europeos en 2030:

Entre 2010 al 2030, en casi todos los países, se prevé que el porcentaje de sobrepeso y obesidad aumente intensamente:

*un 75% en el Reino Unido,
un 80% en la República Checa, España y Polonia, y
un 90% en Irlanda, el nivel más elevado calculado.*

Estudio prospectivo sobre incremento de la prevalencia de la obesidad en los países europeos en 2030

Tasa sobrepeso/obesidad

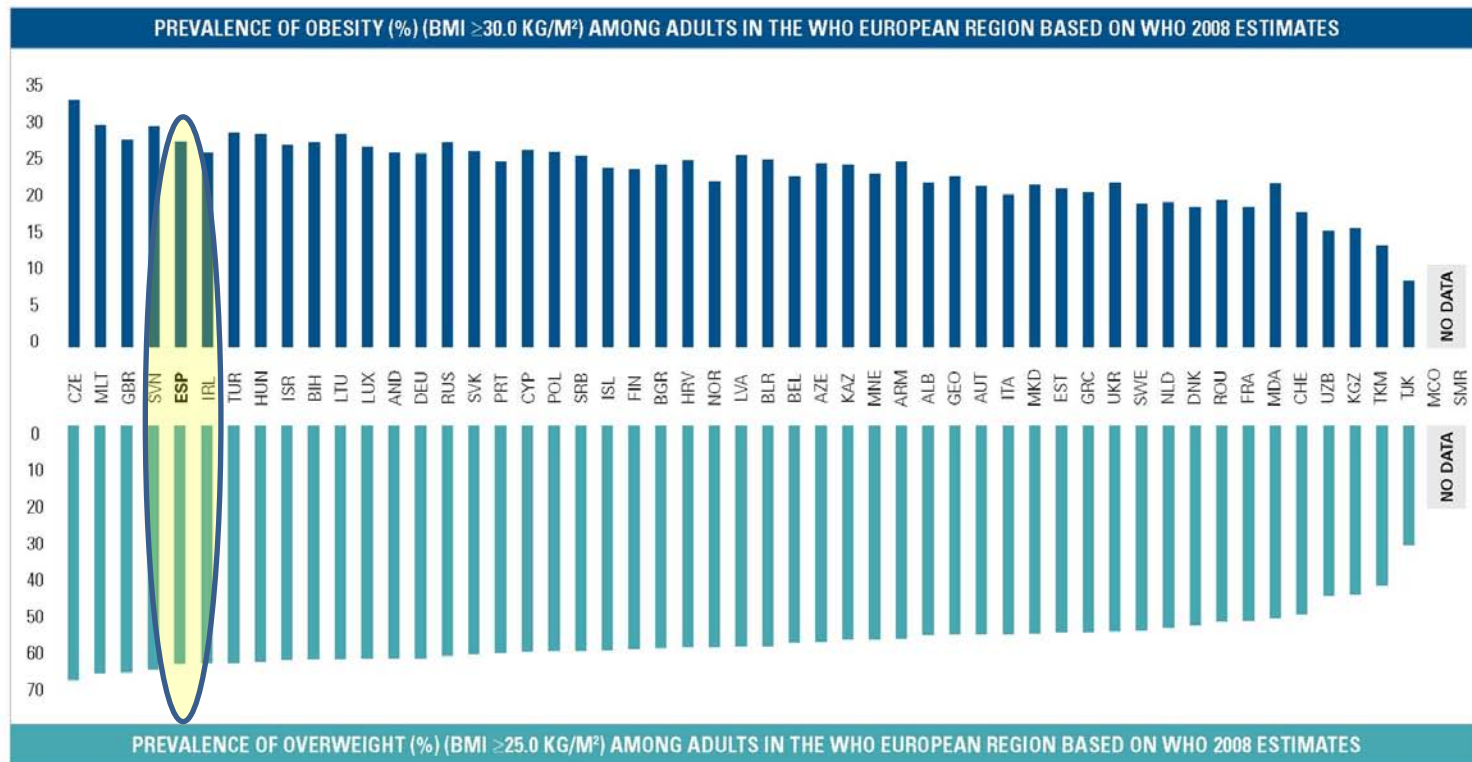


Mayo 2014

“ Nuestro estudio presenta un cuadro preocupante de aumento de la obesidad en Europa. Se necesita con urgencia políticas para revertir esta tendencia” OMS Europa

El epicentro de la epidemia se halla en los Estados Unidos y Europa (I)

Datos Obesidad/Sobrepeso Europa 2008

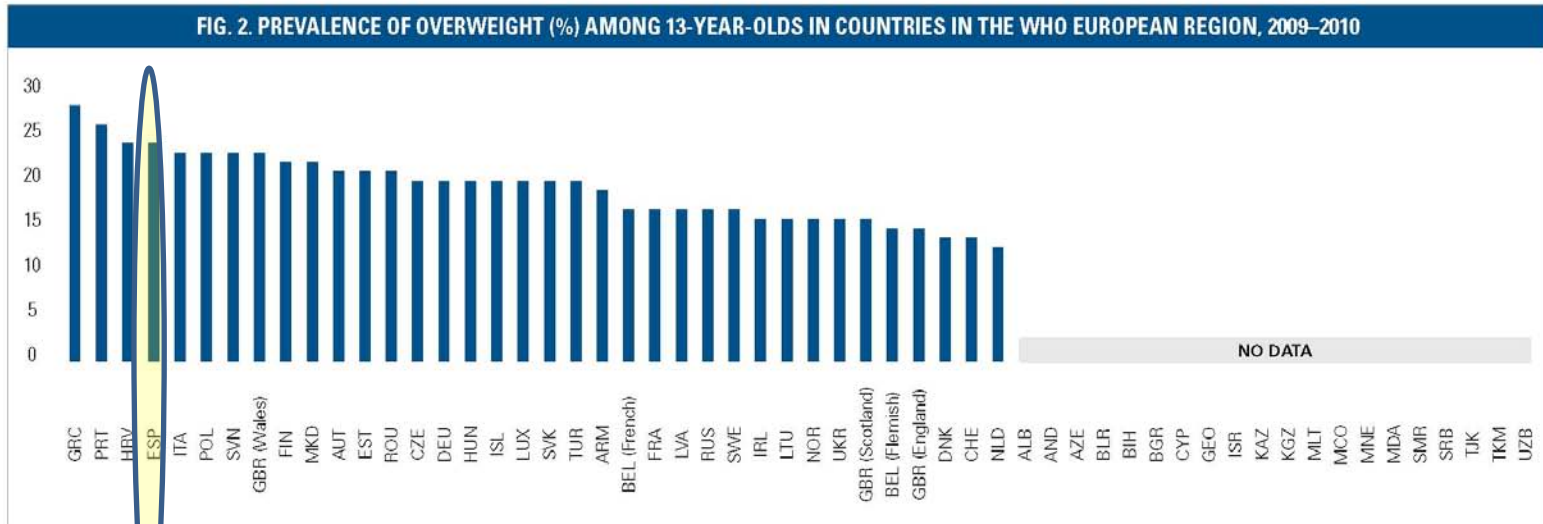


Notes. The country codes refer to the ISO 3166-1 Alpha-3 country codes. Data ranking for obesity is intentionally the same as for the overweight data. BMI: body mass index.
Source: WHO Global Health Observatory Data Repository (1).

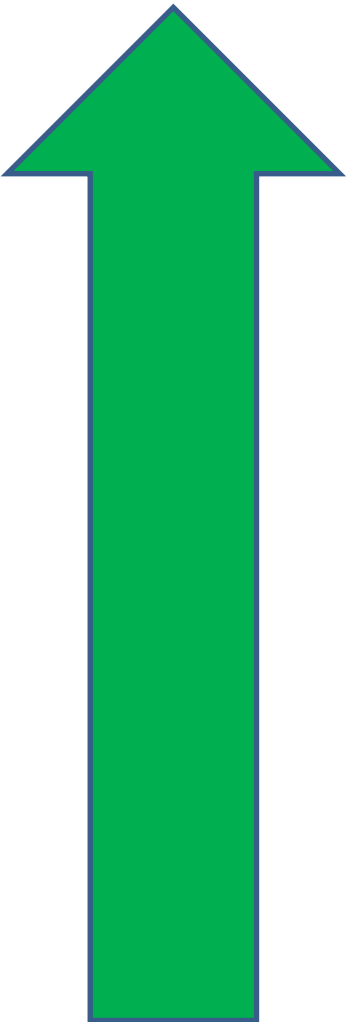
The Regional Office is grateful to the European Commission (EC) for its financial support for the preparation of this country profile and the development of the nutrition, obesity and physical activity database that provided data for it.

El epicentro de la epidemia se halla en los Estados Unidos y Europa (II)

Datos Obesidad/Sobrepeso Adolescentes Europa 2010



Notes. The country codes refer to the ISO 3166-1 Alpha-3 country codes. Overweight is defined as a BMI-for-age value above +1 Z-score relative to the 2007 WHO growth reference median.
Source: Currie et al. (19).



Los estudios de prospectivas anuncian un intenso incremento de las tasas de obesidad, se vuelven a duplicar en 2050

Obesidad en los países de la OCDE en 2050:

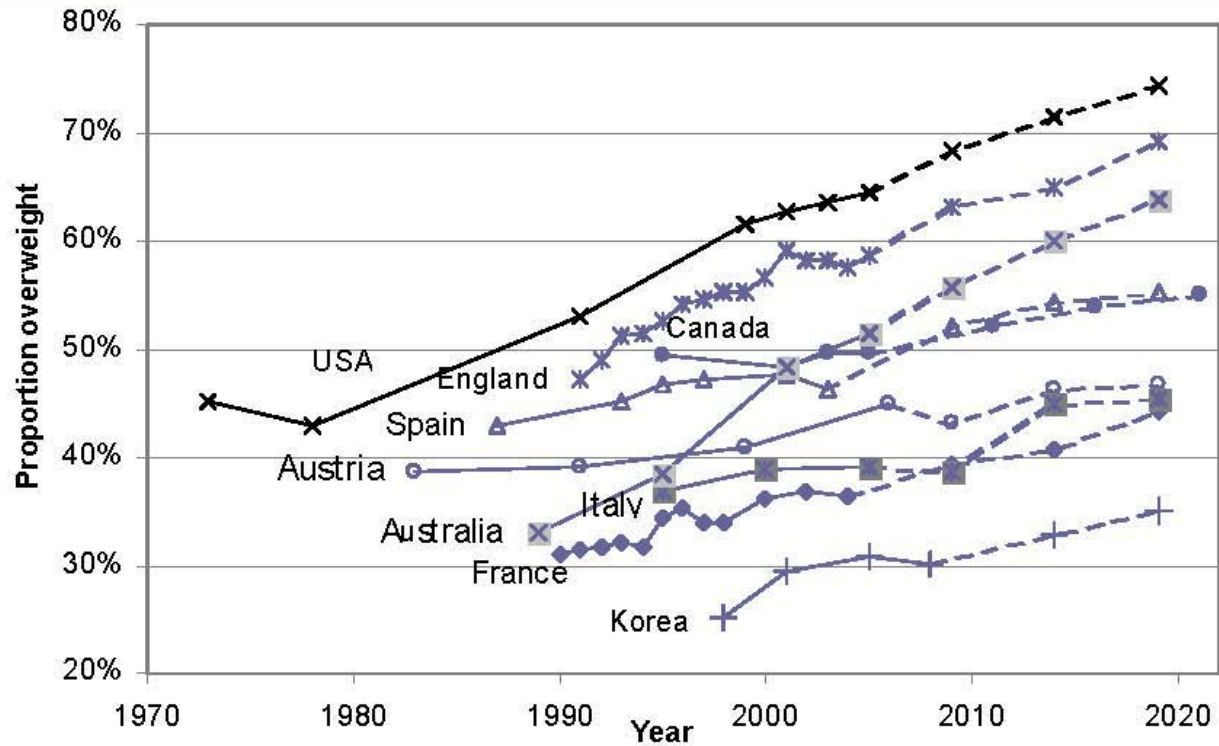
60% hombres

50% mujeres

25% niños y niñas

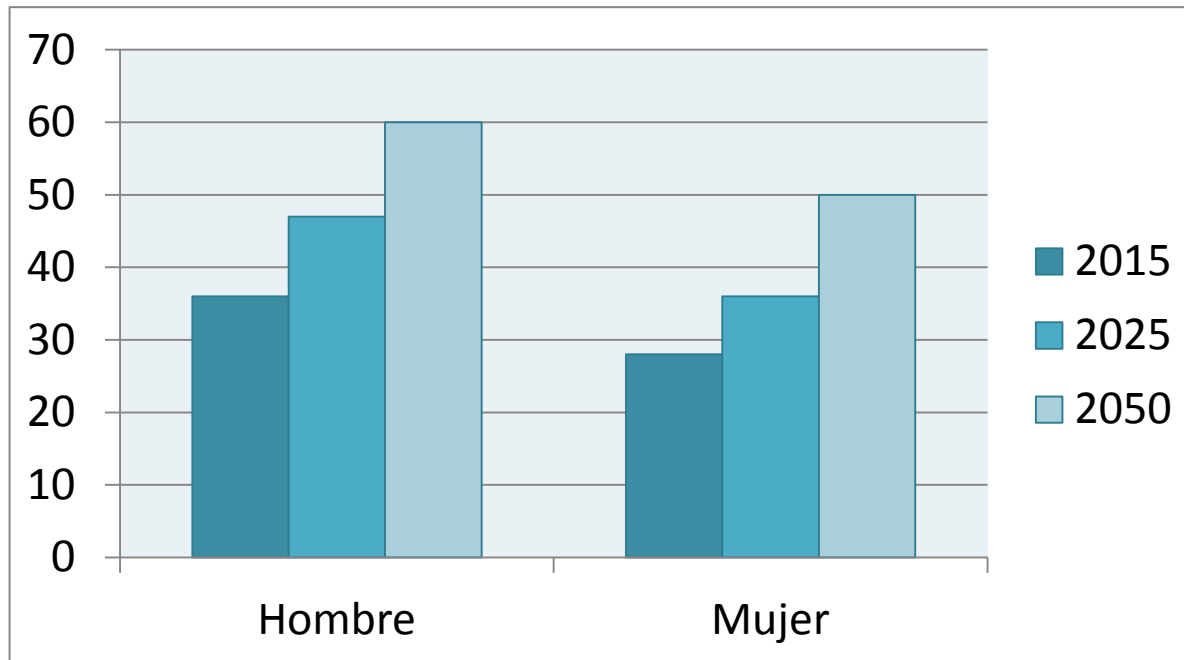
Tendencias sobre la lucha contra obesidad

Chart 11: Projected rates of overweight population including obesity in OECD countries



Source: OECD, BofA Merrill Lynch Global Research

Estudio de prospectivas sobre obesidad en el Reino Unido, escenario 2050



Previsión para el Reino Unido. Tackling Obesities: Future Choices – Modelling future trends in Obesity and the impact on Health

Más obesos en todos los grupos de edad y sexo
Porcentaje de población obesa por edad y sexo

Table 1: Percentage of age-specific population obese at 2007 and 2050

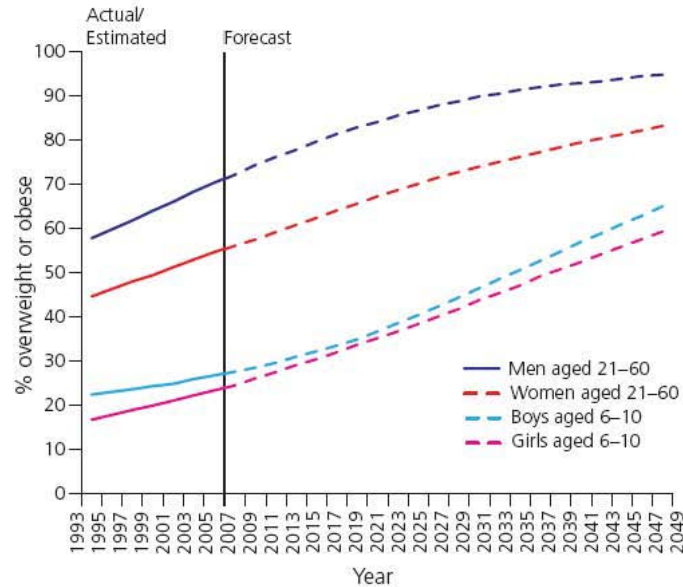
Age	Males (%)		Females (%)	
	2007	2050	2007	2050
1–20(IOTF)	7	26	10	26
21–30	15	42	13	30
31–40	28	65	22	47
41–50	26	55	23	52
51–60	32	65	27	49
61–70	31	64	32	59
71–80	28	63	27	44

Previsión para el Reino Unido. Tackling Obesities: Future Choices – Modelling future trends in Obesity and the impact on Health

Si bien, niños y niñas los más afectados,
del 20% pasan al 60%

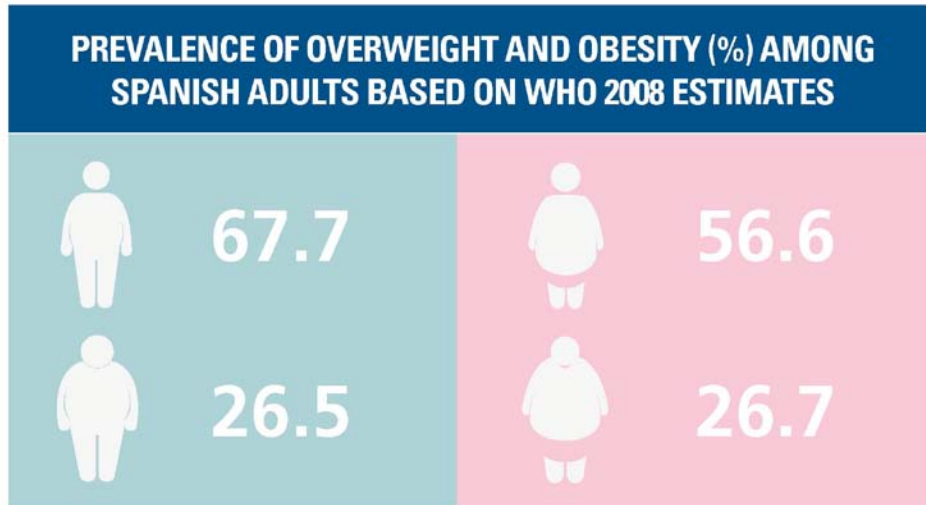
Foresight

Future forecast of the proportion of adults and children overweight and obese



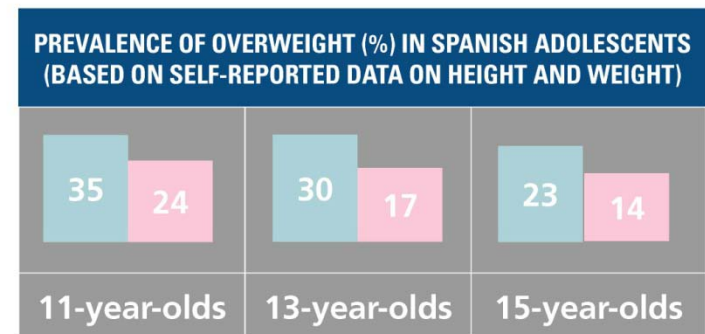
Source: Foresight Tackling Obesities: Future Choices – Modelling Future Trends in Obesity and Their Impact on Health

¿Cómo estamos en España? Mal



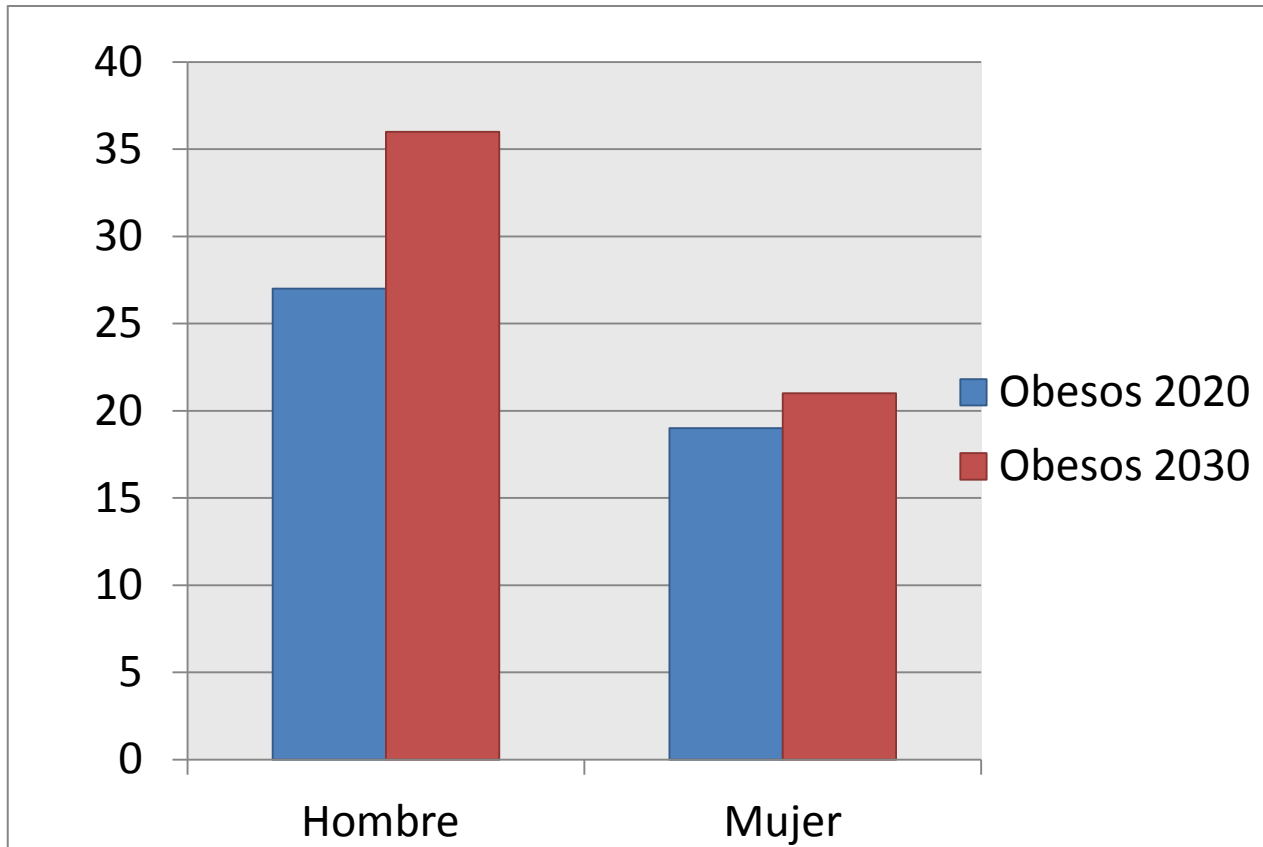
Source: WHO Global Health Observatory Data Repository (1).

¿Y los niños y niñas? Peor



Source: Currie et al. (3).

Prospectiva obesidad España 2030



3.- Ecología de las causas de obesidad.

■ Tradicionalmente los factores causales que explicaban la obesidad se simplificaban con la ecuación:

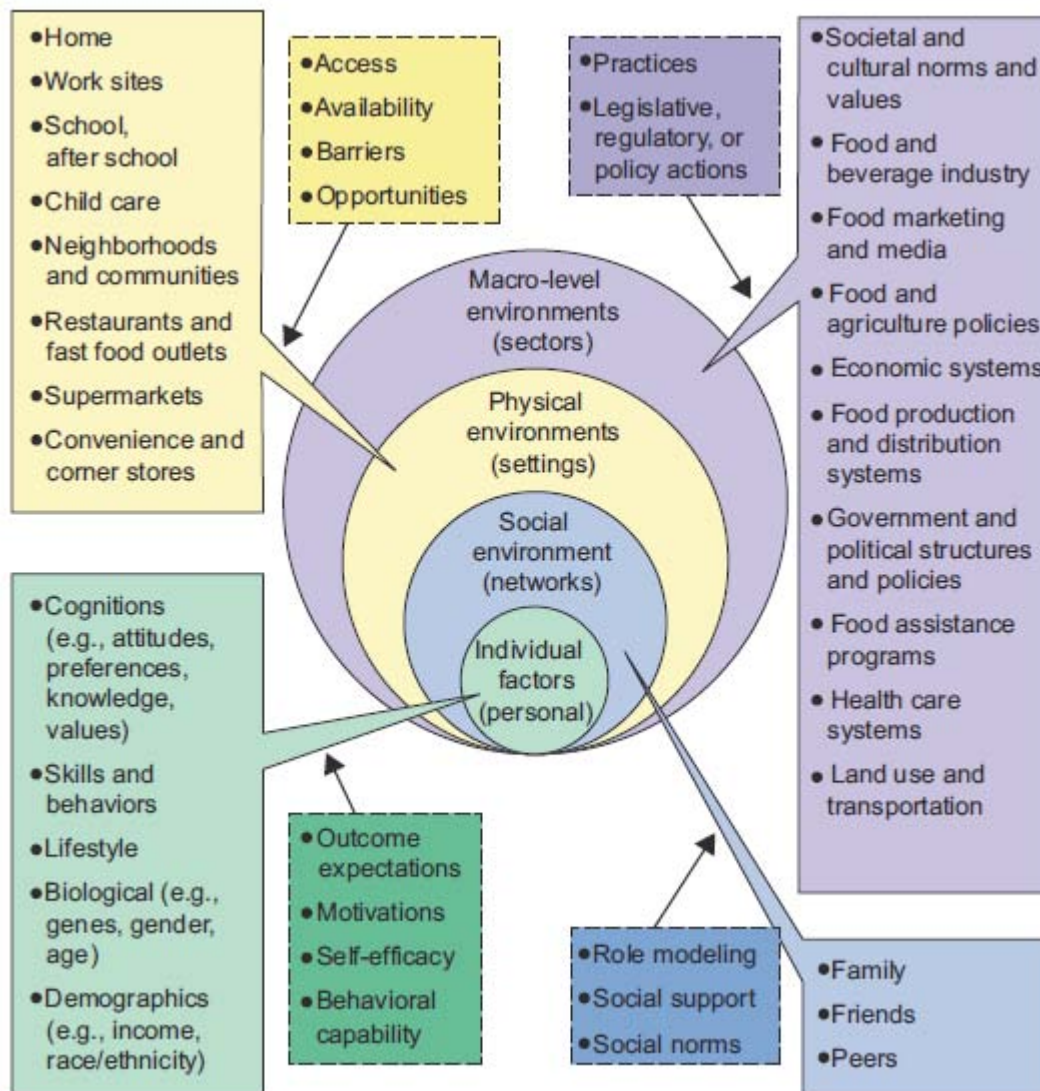
" la gente come demasiado y se mueven muy poco "

■ Actualmente los informes de prospectivas nos indican la multidiversidad de causas y la complejidad de la obesidad

Sistema de Obesidad: *"La suma de un conjunto relevante de factores y sus interdependencias que determinan la condición de la obesidad de un individuo o un grupo de personas" ¹*

¹Tackling Obesities: Future Choices – Modelling. Future Trends in Obesity&Their Impact on Health

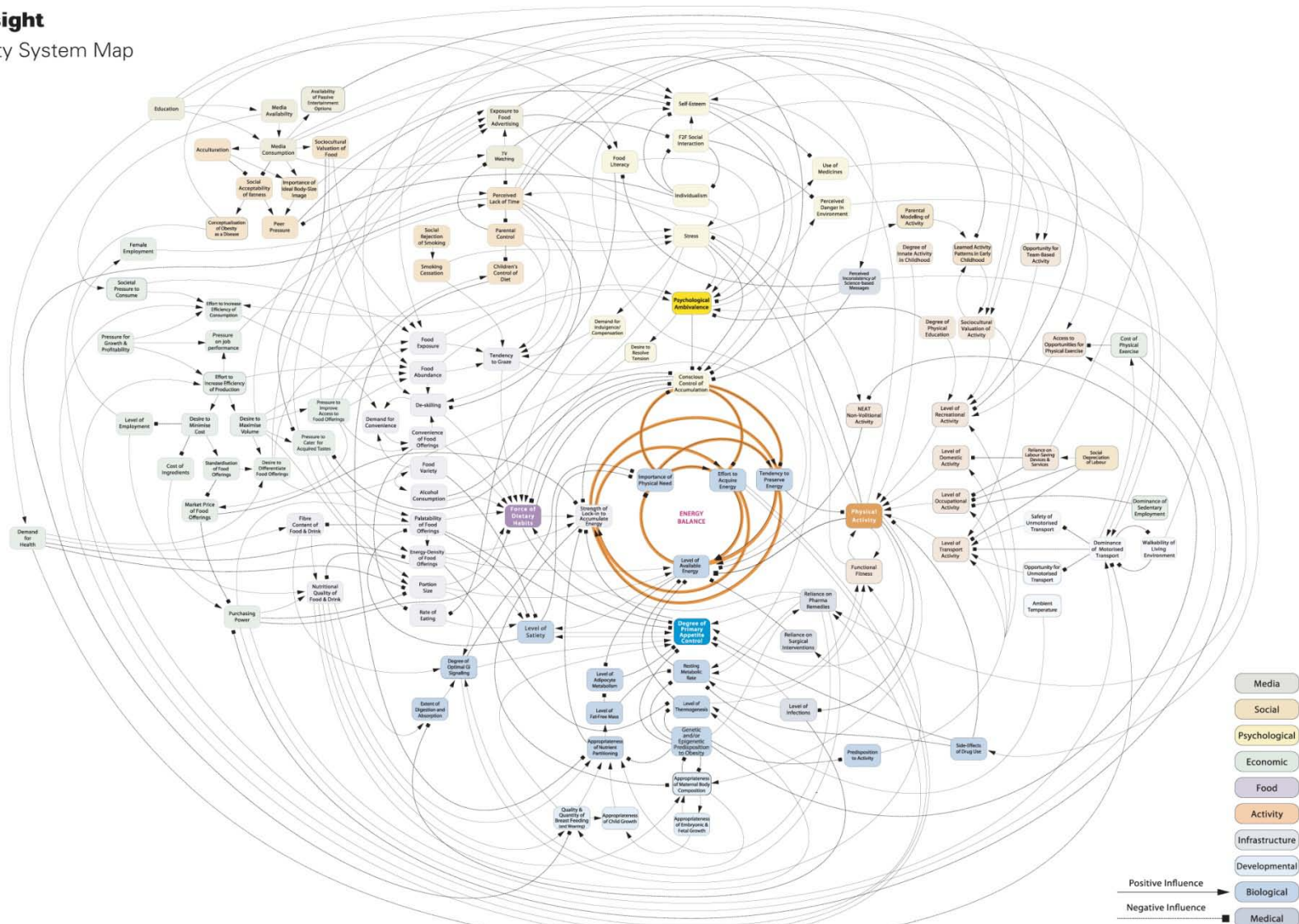
2.1) Modelo avanzado ¹: Estructura ecológica de las múltiples influencias de la obesidad



2.2.- Modelo prospectivo ²: Mapa Sistema de Obesidad. ²Tackling Obesity: Future Choices – Modelling. Future Trends in Obesity & Their Impact on Health

Foresight

Obesity System Map

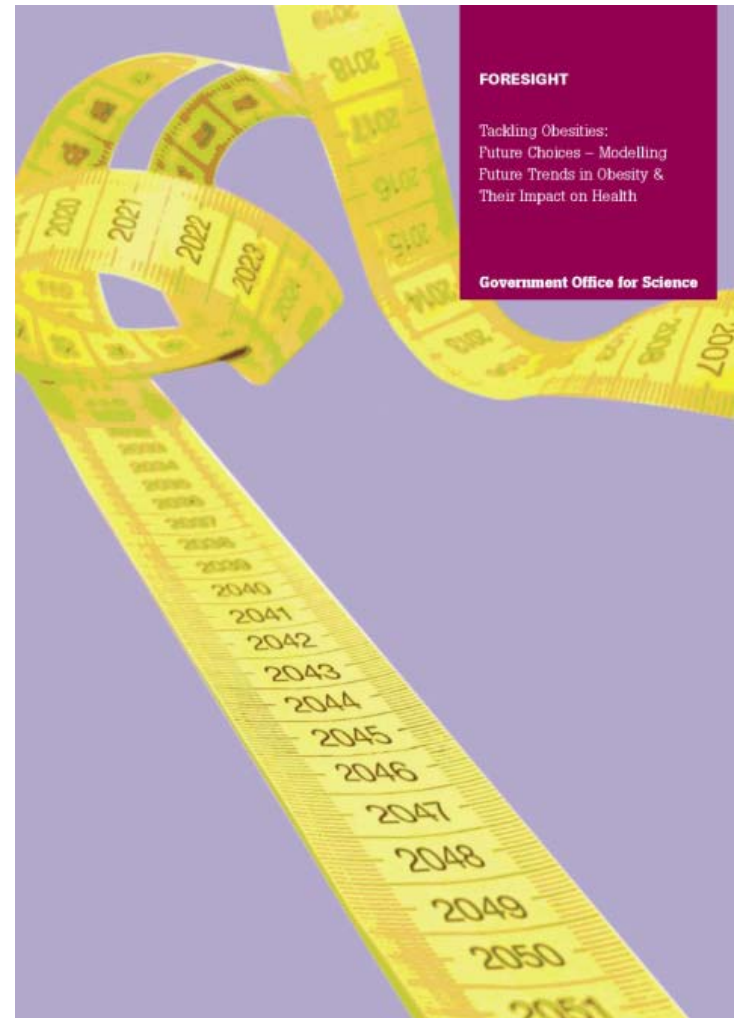


Sistema del Mapa de Obesidad

(Modelo cualitativo y conceptual):

108 variables que determinan la obesidad de las personas y grupos

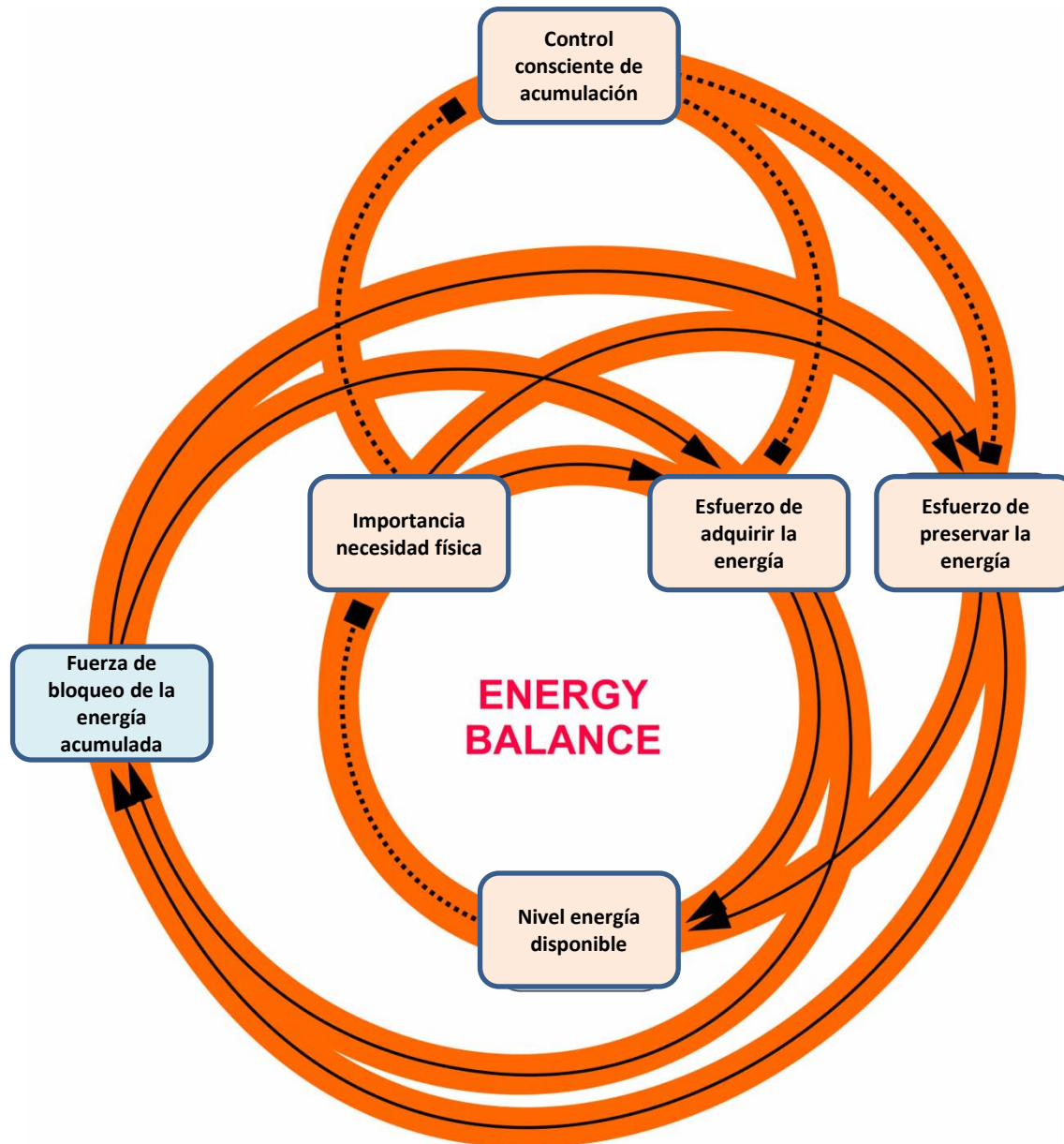
Programa de Prospectiva del Reino Unido
(Delegación del Gobierno para la Ciencia)



Modelo prospectivo: Estructura del Sistema de la Obesidad

- El mapa se centra en sistema nodal de "**balance de energía**". Los elementos clave de la arquitectura del mapa del sistema son un conjunto central de bucles o "motor de sistema" y una periferia de variables interconectadas.
- El núcleo es un "**motor**" centralizado que entrelaza redes de retroalimentación que determinan la dinámica básica que equilibra la energía resultante y el Sistema de la Obesidad para un individuo o un nivel agregado.
- En la periferia **coexisten 108 variables** que impulsan el motor del núcleo a través de una intrincada red de interdependencias causales. Estas variables se pueden dividir en clústeres temáticos: la fisiología, la actividad física individual, la física, entorno de la actividad, el consumo de alimentos, la producción de alimentos, la psicología individual y la psicología social.

Tendencias sobre la lucha contra obesidad

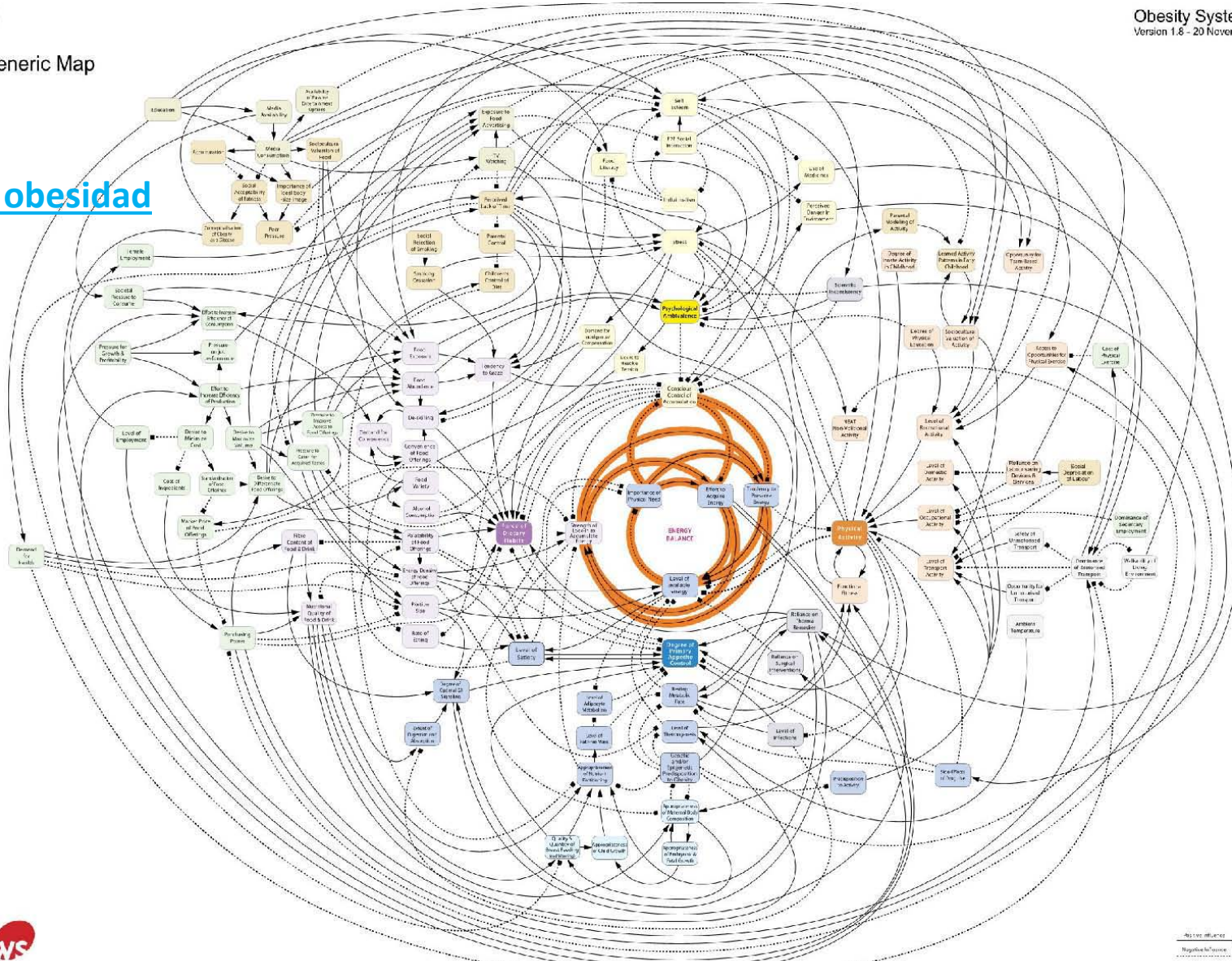


Map 0

Full Generic Map

Obesity System Map
Version 1.8 - 20 November 2006

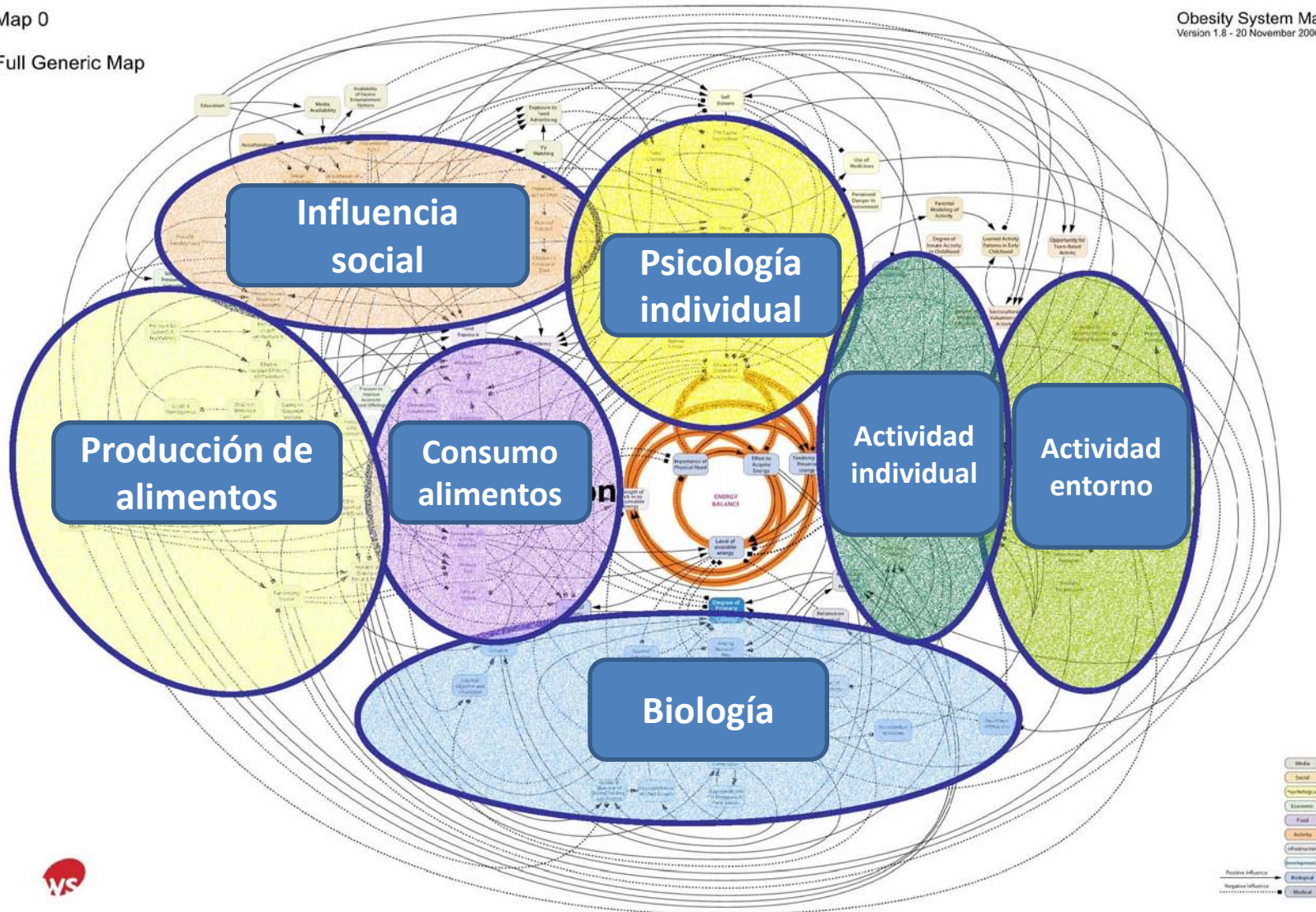
Atla de la obesidad



Map 0

Full Generic Map

Obesity System Map
Version 1.8 - 20 November 2006



Tendencias sobre la lucha contra obesidad

108 variables de la obesidad (I)

Variable	Cluster	Description
Pressure to cater for acquired taste	Food production	Industry-internal pressure to calibrate food offerings to what consumers are used to/like
Pressure to improve access to food offerings	Food production	Industry-internal drive to bring food offerings as closely as possible to consumers
Psychological ambivalence	Individual psychology	Degree to which people experience a psychological conflict between what people desire (e.g. fatty, sweet food) and the need to stay healthy
Purchasing power	Food production	—
Quality & Quantity of breast feeding	Physiology	—
Rate of eating	Food consumption	Time-span devoted to consuming a meal
Reliance of labour-saving devices	Physical activity environment	Reliance on labour-saving devices for daily chores
Reliance on pharma remedies	Physiology	—
Reliance on surgical interventions	Physiology	Reliance on pharma & surgical remedies to deal with effects of obesity
Resting metabolic rate	Physiology	Degree of energy utilised by the metabolism in a resting state (no physical nor intestinal activity)
Safety of unmotorised transport	Physical activity environment	Level of risk for harm by engaging in non-motorised transport
Self esteem	Individual psychology	Sense of purpose and self-confidence of individuals
Side-effects of drug use	Physiology	—
Smoking cessation	Social psychology	Number of people quitting smoking
Social acceptability of fatness	Social psychology	—
Social depreciation of labour	Physical activity environment	Degree to which manual labour is negatively valued in a given socio-cultural group
Social rejection of smoking	Social psychology	—
Societal pressure to consume	Food production	Endemic pressure (via a variety of channels and actors) to consume
Sociocultural valuation of food	Social psychology	Degree to which food is positively valued within a given socio-cultural group
Sociocultural valuation of physical activity	Physical activity environment	Degree to which physical activity is positively valued in a given socio-cultural group
Standardisation of food offerings	Food production	Degree to which processed foodstuffs are based on similar production processes, ingredients and market positioning
Strength of lock-in to accumulate energy	Engine	Degree to which behavioural patterns to spend and acquire energy are psychologically, biologically, institutionally locked in
Stress	Individual psychology	Perceived level of stress by individuals
Tendency to graze	Food consumption	Tendency to eat outside fixed meal times
Tendency to preserve energy	Engine	Tendency of people to reduce expenditure of bodily energy
TV watching	Social psychology	Time spent watching TV
Use of medicines	Individual psychology	—
Walkability of living environment	Physical activity environment	—

108 variables de la obesidad (II)

3 Variable Definitions

Variable	Cluster	Description
<i>Please note: these descriptions are for clarification only. They do not have the status of a generally shared, scientifically based definition; variables marked with (—) are considered to be self-explanatory</i>		
Accessibility to opportunities for physical exercise	Physical activity environment	Physical accessibility (distance, safety) of opportunities for physical exercise
Acculturation	Social psychology	Degree to which a (dominant) culture is assimilated
Alcohol consumption	Food consumption	—
Ambient temperature	Physical activity environment	Average environmental temperature indoors
Appropriateness of embryonic & fetal growth	Physiology	Degree to which the physiological environment for the embryo provides optimal nutrient and physical environment for growth
Appropriateness of child growth	Physiology	Degree to which speed of growth and physiological status of the child are in balance with each other and thus to prevent early onset of adipose tissue formation
Appropriateness of maternal body composition	Physiology	Degree to which the maternal body has the optimal physiological condition at conception, pregnancy and birth
Appropriateness of nutrient partitioning	Physiology	Degree to which the body is able to maintain the appropriate balance between fat, protein and carbohydrate metabolism and storage
Availability of passive entertainment options	Social psychology	Availability of recreational options that involve only limited physical exercise (tv, computer games)
Children's control of diet	Social psychology	Degree to which children exert influence on dietary choices in a family
Conceptualisation of obesity as a disease	Social psychology	Degree to which people consider obesity to be a abnormal deviation from the healthy norm
Conscious control of accumulation	Engine	Level at which cognitive/reflexive processes exert influence on energy intake and expenditure
Convenience of food offerings	Food consumption	The degree to which food offerings cater to the desire for convenience
Cost of ingredients	Food production	Cost of ingredients used in processed foodstuffs
Cost of physical exercise	Physical activity environment	Financial cost of physical recreation
Degree of innate activity in childhood	Individual physical activity	Degree to which physical activity is part of typical childhood behaviour
Degree of optimal GI signalling	Physiology	Degree of intestinal signals resulting from digestion and absorption of food that help to control the intake of type and amount of foods.
Degree of physical education	Individual physical activity	Degree to which people have learned to use their body (for labour, leisure and transport)
Degree of primary appetite control by brain	Physiology	Degree to which the brain automatically (non-consciously) responds to signals of the digestive system to control type and amount of food intake
Demand for convenience	Food consumption	Consumer demand for convenient (time/effort saving) food offerings
Demand for health	Food production	—
Demand for indulgence/compensation	Individual psychology	Strength of demand for psychological release after stress or effort
Desire to differentiate food offerings	Food production	Industry-internal drive to distinguish themselves from competition
Desire to maximise volume	Food production	Industry-internal drive to maximise volumes sold on the market
Desire to minimise cost	Food production	Industry-internal drive to minimise the cost of production

Tendencias sobre la lucha contra obesidad

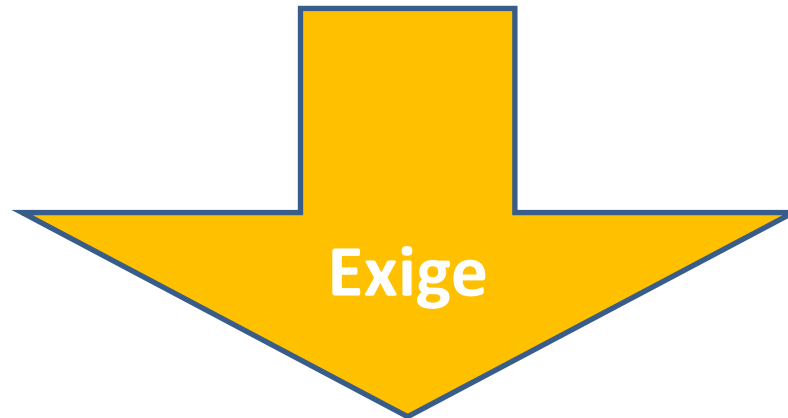
108 variables de la obesidad (III)

Variable	Cluster	Description
Level of employment	Food production	—
Level of fat-free mass	Physiology	Relative level of fat-free tissue (muscle) in comparison to fat tissue (adipose tissue)
Level of female employment	Food production	—
Level of infections	Physiology	Degree of general occurrence of all type of diseases in society
Level of occupational activity	Individual physical activity	Level of physical activity associated to professional duties
Level of recreational activity	Individual physical activity	Degree to which people engage in physical activity for recreation
Level of satiety	Physiology	Degree to which food digestion and absorption in the gut reduces the need for food intake
Level of thermogenesis	Physiology	Degree of energy needed to maintain body temperature
Level of transport activity	Individual physical activity	Level of physical activity associated to transport
Market price of food offerings	Food production	—
Media availability	Social psychology	Availability of media across formats
Media consumption	Social psychology	Degree to which people make use of the media offerings
Non-volitional activity (NEAT)	Individual physical activity	Extent to which people engage in non-volitional activity (twitching etc)
Nutritional quality of Food & Drink	Food consumption	—
Opportunity for team-based activity	Physical activity environment	—
Opportunity for unmotorised transport	Physical activity environment	Availability of facilities/infrastructure for unmotorised transport
Palatability of food offerings	Food consumption	—
Parental control	Social psychology	Level of control exerted by parents on children's choices
Parental modelling of activity	Individual physical activity	Degree to which parents act as a role model in physical activity related behavioural patterns
Peer pressure	Social psychology	Degree to which average citizens influence one another's choices
Perceived danger in environment	Physical activity environment	—
Perceived inconsistency of science-based messages	Individual psychology	Degree to which there is incompatibility between scientific assessments on food related issues which are perceived to be similar
Perceived lack of time	Social psychology	By all citizens, particularly those engaged in economic activity
Physical activity	Individual physical activity	Level of physical activity people engage in
Portion size	Food consumption	—
Predisposition to activity	Physiology	—
Pressure for growth and profitability	Food production	Degree to which economic actors are led in their decisions by financial measures of performance
Pressure on job performance	Food production	Pressure on employees, as generic production factors in an industrial economy

108 variables de la obesidad (IV)

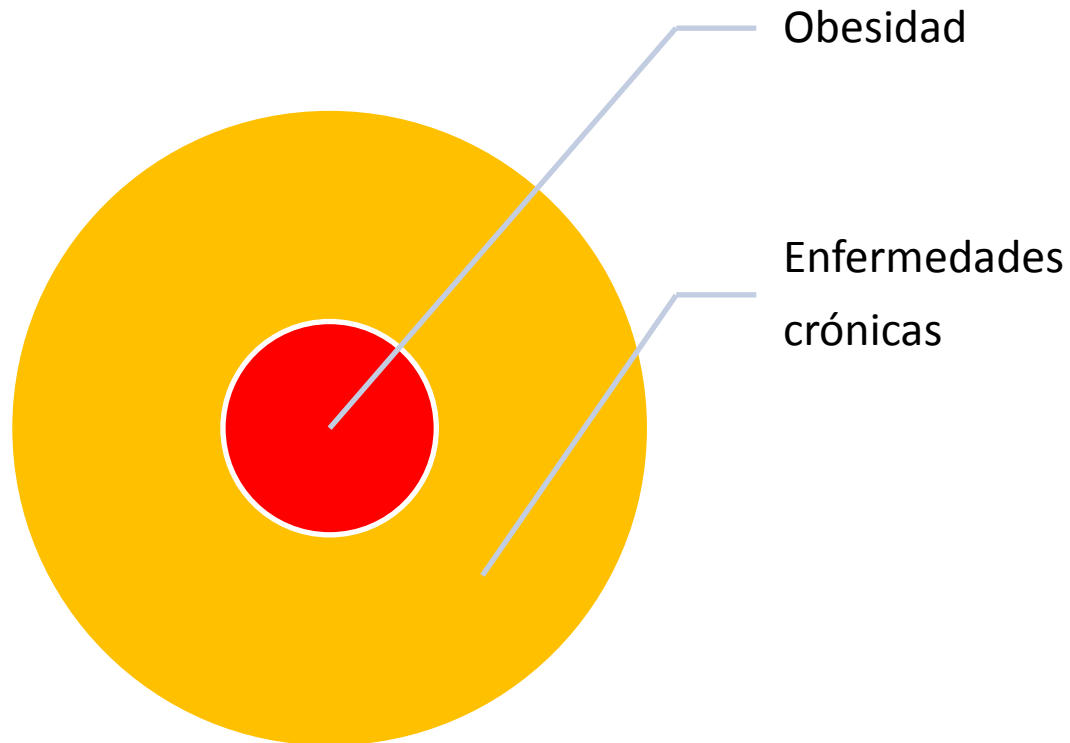
Variable	Cluster	Description
Desire to resolve tension	Individual psychology	Desire to resolve psychological conflict between what people desire and what they need to stay healthy
De-skilling	Food consumption	The degree to which individuals are not able anymore to engage independently in routine tasks for daily living (such as cooking)
Dominance of motorised transport	Physical activity environment	Degree to which motorised transport dominates other ways of transport
Dominance of sedentary employment	Physical activity environment	Degree to which average citizens influence one another's choices
Education	Social psychology	—
Effort to acquire energy	Engine	Effort people spend to acquire bodily energy via food intake
Effort to increase efficiency of consumption	Food production	By consumers
Effort to increase efficiency of production	Food production	Effort by economic actors (industry)
Energy-density of food offerings	Food consumption	Number of calories per unit food weight
Exposure to food advertising	Social psychology	—
Extent of digestion and absorption	Physiology	Degree of optimal energy and nutrient absorption by the human body
Female employment	Food production	—
F2F social interaction	Individual psychology	Intensity of face-to-face interaction between individuals
Fibre content of Food & Drink	Food consumption	—
Food abundance	Food consumption	The aggregate amount of food (volume) that is at any moment in time available in UK society
Food exposure	Food consumption	The number of food cues individuals are confronted with on a daily basis
Food literacy	Individual psychology	Degree to which people are able to assess nutritional quality and provenance
Food variety	Food consumption	The number of different food products (natural and processed) available at any moment in time
Force of dietary habits	Food consumption	The degree to which behavioural patterns related to food intake are dictated by routine and habit
Functional fitness	Individual physical activity	Level of physical fitness to perform daily tasks
Genetic and/or epigenetic predisposition to obesity	Physiology	Degree to which a person is predisposed by his genetic make-up to develop obesity; degree of indirect inheritance that contributes to obesity susceptibility
Importance of ideal body-size image	Social psychology	Degree to which there is a dominant image of an ideal body size in a society
Importance of physical need	Engine	Degree to which physical need for energy triggers energy spending and acquiring behaviour
Individualism	Individual psychology	Weakness of social fabric
Learned activity patterns in early childhood	Individual physical activity	Degree of activity experienced by the foetus, newborn and child in early life through parental physical activity
Level of adipocyte metabolism	Physiology	Degree to which fat is rapidly absorbed and stored in adipose tissue (fat storage cells)
Level of available energy	Engine	Level of energy available to an individual
Level of domestic activity	Individual physical activity	Level of physical activity exhibited in the domestic arena

La multivariabilidad ecológica de las causas de
obesidad.



Una intervención multifactorial que incida en el amplio
ecosistema de la obesidad

4.- Enfermedades atribuibles a la obesidad y coste de la obesidad. Análisis de escenarios coste obesidad.



HEALTH RISKS OF EXCESS FAT IN CHILDREN

obesity = excess fat → disease



Children to Adults
Childhood obesity predicts adult health risks
Raitakari OT et al (2003) Cardiovascular risk factors in childhood and carotid artery intima-media thickness in adulthood: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *J Am Med Assoc*; 290: 2277-83.

Obese children more likely to become obese adults
Freedman DS et al (2005) The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*; 115: 22-7.

Compiled by:
Prof AN Prentice, PhD London School of Hygiene & Tropical Medicine, Dr SA Jebb, RD, PhD MRC Human Nutrition Research, Cambridge

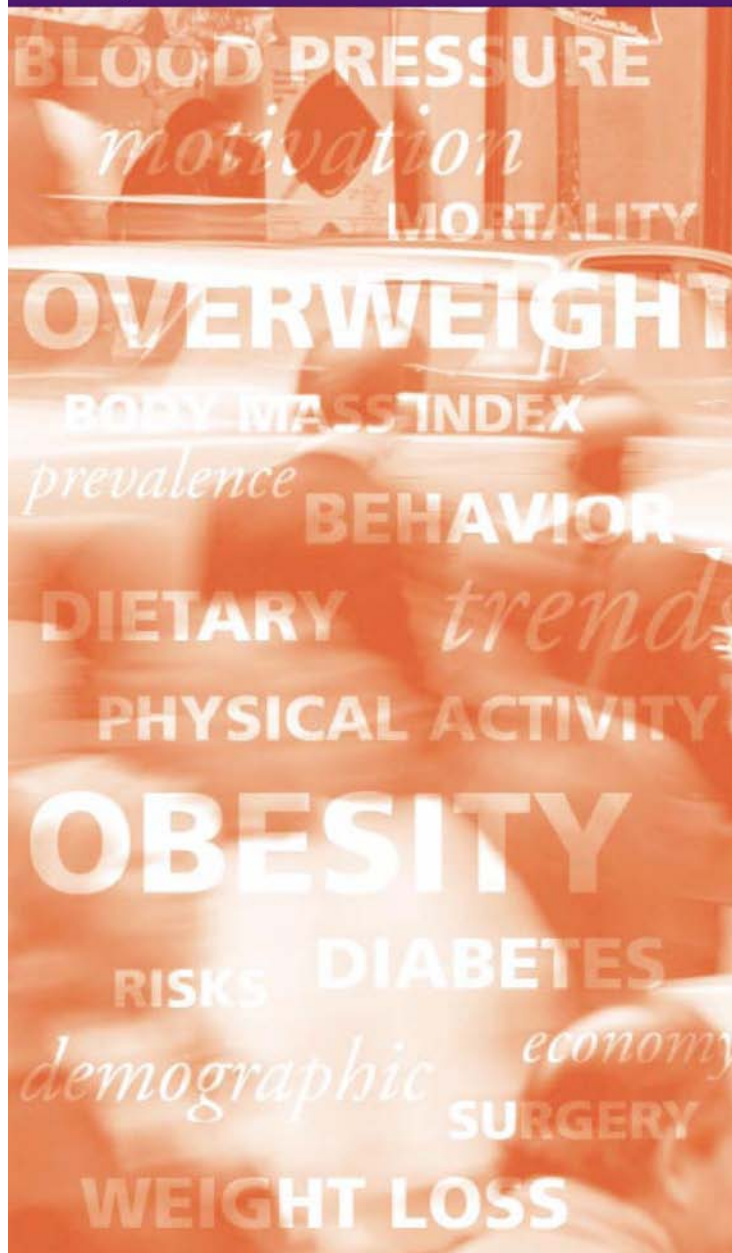


Consecuencias de vida y coste obesidad

Salud física	Salud Psicosocial	Salud funcional
<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad cardiovascular• Cáncer• Intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina.• Diabetes tipo 2• Hipertensión• Dislipidemia• Esteatosis hepática• Choleslitiasis• Apnea del sueño• Reducción del flujo sanguíneo cerebral• Anormalidades menstruales• Problemas ortopédicos• Enfermedad de la vesícula biliar• Hiperuricemia y gota.	<ul style="list-style-type: none">• El estigma• Los estereotipos negativos• Discriminación• Las burlas y el acoso• La marginación social• Baja autoestima• Imagen corporal negativa• Depresión	<ul style="list-style-type: none">•Desempleo• Limitaciones de movilidad• Discapacidad• Aptitud física baja• El absentismo escolar y laboral• Reducción de la productividad•Reducción del rendimiento académico

Fuente: OIM, BofA Merrill Lynch Global Research

Guías Clínicas sobre la identificación, evaluación y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos: El informe de la evidencia.



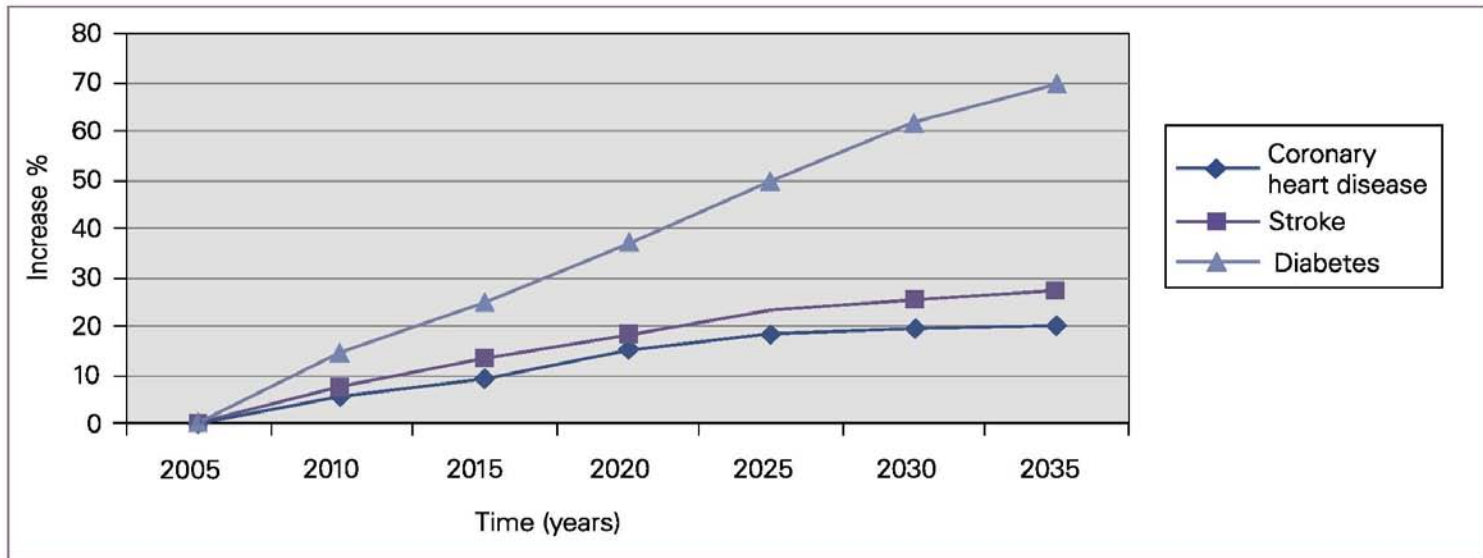
CLINICAL GUIDELINES
ON THE
IDENTIFICATION,
EVALUATION, AND
TREATMENT OF
OVERWEIGHT AND
OBESITY IN ADULTS

The Evidence Report



+ Obesidad = + Enfermedades crónicas

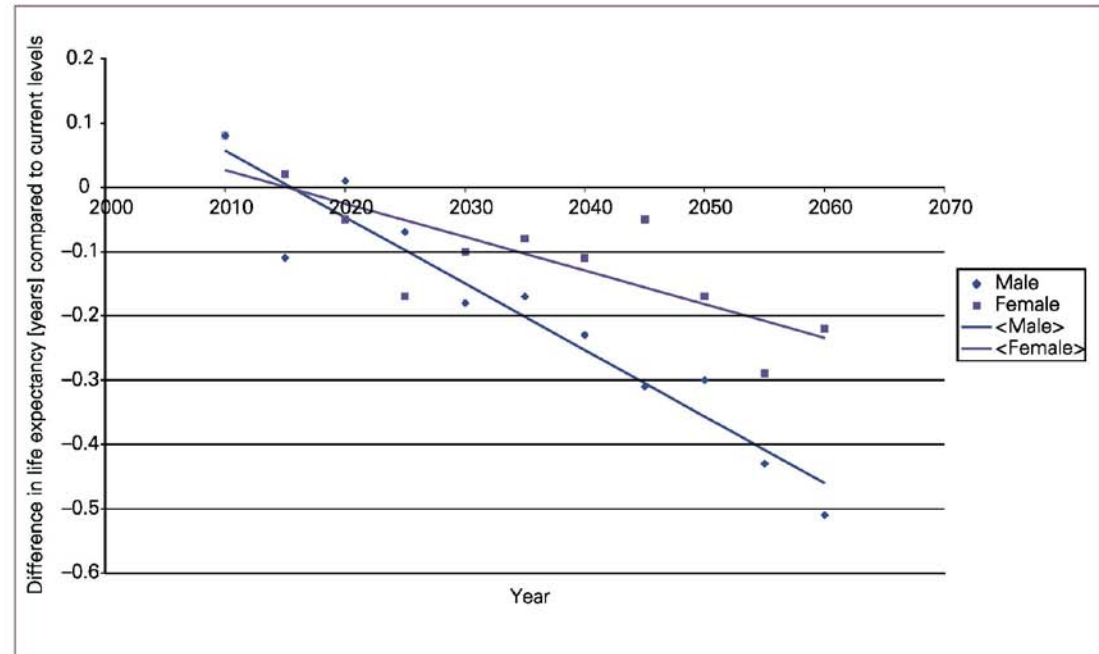
Figure 17: Increase in age- and gender-standardised incidence of diseases attributable to rising obesity levels, from 2005



+ Obesidad + Enfermedades crónicas = expectativa de vida + costes

En los entornos de 2060 se estima que la esperanza de vida se eleve alrededor de ocho años para los hombres y siete para las mujeres años respectivamente. Por tanto, el aumento de la obesidad tendrá muy poco impacto en la esperanza de vida de la población. Esto se debe a las tendencias actuales a la baja de la mortalidad de las principales enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad.

Figure 18: Expected net loss of life expectancy (in years) for men and women, by year, attributable only to growing obesity levels compared with no change from current levels



En el futuro, la obesidad apenas mata

Tendencias sobre la lucha contra obesidad



Tendencias sobre la lucha contra obesidad

El coste macroeconómico de la obesidad

País (Año)	Coste total de la obesidad	Coste en porcentaje del gasto total en salud	Observaciones
Canadá (1997) (26)	1,8 billones de \$	2,4% Gasto total en salud	IMC \geq 27
Nueva Zelanda (1991) (27)	135 millones de \$ NZ	2,5% Gasto total en salud	IMC \geq 30
Australia (1989) (28)	395 millones de \$ Australianos	2% Gasto total en salud	IMC \geq 30
Francia (1992) (29)	11,89 billones de Francos	2% Gasto total en salud	IMC \geq 27
Holanda (30)	1 billón de Florines	4% Gasto total en salud	IMC \geq 25
Reino Unido (2002) (31)	3,23 billones de libras	4,6% Gasto total en salud	IMC \geq 25
	66.737 muertes	7,3% total de muertes	IMC \geq 25
Estados Unidos (1998) (30)	78,5 billones de \$	9,1% Gasto total en salud	IMC \geq 25
	47,5 billones de \$	5,50% Gasto total en salud	IMC \geq 30
China Continental (2003) (32)	2,74 billones de \$	3,7% Gasto total en salud	IMC \geq 24
Canadá (2004) (33)	6,881-9,927 muertos (Intervalo del confianza al 95%)		IMC \geq 30
Brasil (2001) (34)	Coste total de hospitalización: 841.273.181\$ 462.918.784\$ Hombre + 378.354.397\$ Mujeres	Porcentaje del coste total de hospitalización: 3.02% (1,94% + 1,08%) hombres 5.83% (2,76%+3,07%) mujeres	IMC \geq 25 Datos entre paréntesis para sobrepeso (IMC \geq 25) y obesidad (IMC \geq 30)
Suiza (2001) (35)	2691 millones de francos suizos	2,9% del gasto total	IMC \geq 25
Suecia (36)	390 millones de Euros	1,9% del gasto total	

Costes actuales según publicaciones oficiales

Estudio prospectiva sobre coste obesidad en Reino Unido 2050

	2007	2015	2025	2050
Coste adicional aumento obesidad	-	2.2	4.1	5.5
Coste estimado de la obesidad en el NHS	1.0	3.2	5.1	6.5
Coste adicional total de la obesidad	-	15.4	28.7	38.5
Coste total actual de la obesidad	7.0	22.4	35.7	45.5

Billón Libras/año, precio corriente. [Tackling Obesities: Future Choices – Modelling. Future Trends in Obesity&Their Impact on Health](#)

	2007	2015	2025	2050
Proyección porcentaje de coste del NHS	1,4%	4,6%	7,3%	9,3%

“El costo o la carga de la obesidad debe ser medido tanto por la pérdida de años de vida y de la calidad de vida y el impacto financiero como por los relacionados con la enfermedad en el sistema de salud (costos directos) y en la sociedad (costos indirectos)”.

Estudio prospectiva sobre coste obesidad en Estados Unidos

- El coste anual de las enfermedades relacionadas con la obesidad en los EE.UU se estima en **190.2 billones de dólares**, es decir, casi el **21% del gasto anual médico del país** (Fuente: OIM).
- Una gran parte de los costes globales corren a cargo de la sanidad pública y generan un desafío a la salud pública, la economía y hasta la seguridad nacional. Además, se derivan efectos significativos en el ámbito de trabajo (pérdida la productividad y el aumento del absentismo); presión sobre las aseguradoras para reducir costes médicos; mayores costos de los alimentos y el combustible, energía y las emisiones de CO₂; y creciente realización de gastos sociales por la adaptación a una población cada vez más obesa.
- El costo aumentará considerablemente en todo el mundo a largo plazo. Estimaciones del gobierno de los Estados Unidos sugieren que **los costos relacionados con la obesidad crecerán un 3,6% anual hasta el año 2027.**
- La carga del coste global de la obesidad está destinado a crecer por los altos niveles de la obesidad en la infancia. La presión sobre los presupuestos públicos y organizaciones no hará sino crecer - incluida la discapacidad, el desempleo, la pérdida de productividad y el absentismo – junto a factores intangibles tales como la discriminación, la calidad de vida y los costos para las familias.
- Como en el caso del tabaco, la carga de los costes de la obesidad a los gobiernos, empresas y, tanto a las personas obesas como las no obesas, **estimulará una mayor acción colectiva para luchar contra la obesidad.**

Tendencias sobre la lucha contra obesidad

Futuros escenarios de costos de atención de salud relacionados con la obesidad en EEUU

Datos Oficina Presupuestaria del Congreso EE.UU (CBO)

Escenario	Visión	Impacto Coste
Distribución del peso corporal se mantiene sin cambios desde 2007	Los individuos dentro de cada categoría demográfica - agrupados por edad, sexo y raza - no se hacen más pesados con el tiempo, pero el peso corporal sigue aumentando ligeramente a causa del envejecimiento de la población y otros cambios entre las categorías demográficas. Bajo estos supuestos, la participación de adultos obesos se mantenga en torno al 28 por ciento en 2020	El gasto por adulto aumentaría de \$ 4,550 en 2007 a \$ 7.500 en 2020
Distribución del peso corporal crece en las tasas anuales promedio entre el período 2001 – 2007.	Se asume que las tendencias recientes en el peso corporal de los adultos continúan creciendo y el porcentaje de adultos obesos alcanzaría el 37% en 2020	El gasto per cápita proyectado sería \$ 7,760 - un 3% más que en el primer escenario.
Distribución del peso corporal regresa a la distribución de 1987 para el año 2027	Representa una inversión de la fuerte alza en el porcentaje de la población adulta obesa desde 1987. Ese fuerte descenso se traduciría en 20% de los adultos de ser obesos en el 2020	El gasto per cápita proyectado sería \$ 7.230 o un 4% más bajo que el Escenario 1 y 7% más bajo que el Escenario 2.

Fuente: Campaña acabar con la obesidad basada en Duchovny, N. and Baker, C., "How Does Obesity in Adults Affect Spending on Health Care?" Economic and Budget Issue Brief, Congressional Budget Office, September 8, 2010, pg. 9.

The scenarios also reflect a general trend of health care expenditures per capita increasing, reflecting a continuing increase in underlying health care spending.

Ideas fuerza costes obesidad en EEUU

■ Los costes a largo plazo pueden ser subestimados considerablemente. Un informe reciente de la Campaña para “*acabar con la obesidad*” sostiene que los costos de salud relacionados con la obesidad podrían ser el doble de las estimaciones del gobierno y de cerca de **300 billones \$ en pérdida de productividad y absentismo**.

■ Los costes para los empresarios pueden llegar a ser mayor que los costos de fumar. Un informe de la Clínica Mayo refleja que mientras que fumar incrementa un 20% los costes sanitarios, **una obesidad mórbida aumenta la factura en un 50%**.

■ Mayor absentismo laboral: **6 billones \$/año en gastos para EE.UU.** La obesidad aumenta el riesgo de una serie de co-morbilidad, es decir, las personas obesas están ausentes del trabajo con más frecuencia que las personas de peso saludable. Según las investigaciones de Finkelstein de la Universidad de Duke, en los EE.UU. los hombres más obesos tienen 5,9 más días de enfermedad al año, y las mujeres más obesas 9,4 días más.

■ Pérdida de productividad: **30 billones \$/año en gastos para EE.UU.** Los investigadores de Duke advierten de la pérdida de productividad de los trabajadores obesos, lo que los investigadores denominan "presentismo", con un coste anual de \$ 30 billones en los EE.UU. (**Los obesos pierden un mes de trabajo productivo por año**, que cuestan a los empresarios un promedio de 3.792 \$ por trabajador hombre y 3.037 mujer \$).

■ **Mayor discriminación.** Disminución de la productividad significa reducción de los salarios de las personas obesas. Estas personas tienen menos posibilidades de ser contratadas. Las mujeres cargan con el mayor peso de los prejuicios anti-obesidad: mujeres obesas ganan alrededor de un 11% menos que las mujeres de peso saludable. Las fotos en los CV fueron la causa de discriminación por obesidad en los criterios de selección de empleo, salario inicial, categoría, etc.

Fuente: Universidad de Manchester y la Universidad de Monash (O'Brien et al en International Journal of Obesity 2012).

Costes emergentes de las obesidad social:

■ **Impacto en las Aerolíneas.-** - Airbus EADS ha comenzado a ofrecer a las líneas aéreas comprar su modelo A320 con asientos para pasajeros extra anchos 2x50cm (19,6 pulgadas) para las personas obesas, en lugar de los asientos 17,7 pulgadas.

■ **Autobuses y trenes.-** Las empresas de autobuses y trenes están pidiendo asientos y puertas más anchas, y asientos que pueden contener hasta 400 libras .

■ **Hornos crematorios.-** Los crematorios están teniendo que hacer frente a los posibles riesgos que supone la combustión del mayor contenido de grasa de los muertos obesos y están considerando el peso límites específicos para la instalación del horno.

■ **Repercusión en los hospitales.-** Los hospitales están ampliando las puertas, sustituyendo los inodoros montados en la pared por otros sobre el piso capaces de sostener personas de más de 250 libras, comprando camillas más grandes y costosas, así como sillas de ruedas, ascensores y ambulancias para acomodar a personas de hasta 1000 libras de peso

■ **Límite a los trasplantes.-** El trasplante de órganos. La obesidad mórbida es una barrera para la donación renal, según informa la Fundación Nacional del Riñón 2012.

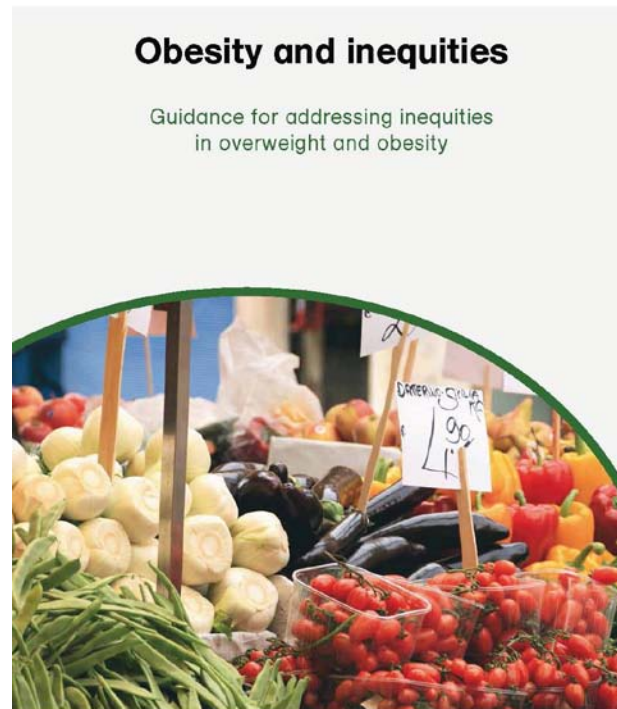
■ **Estadios.-** Nuevas instalaciones deportivas, como el nuevo Estadio de los Yankee, que han sustituido las asientos para añadirle 1 ó 2 pulgadas más anchos.

■ **Impacto en el reclutamiento para las fuerzas armadas:** cerca del 30 por ciento de los jóvenes en los EE.UU. son ahora demasiado pesados para acceder al servicio militar.

“La propagación mundial de la obesidad y el aumento resultante en las tasas de enfermedad crónica y otras afecciones graves amenazan los sistemas de salud, las economías y las vidas individuales”

School of Public Health Harvard

5.- Obesidad e Inequidad.



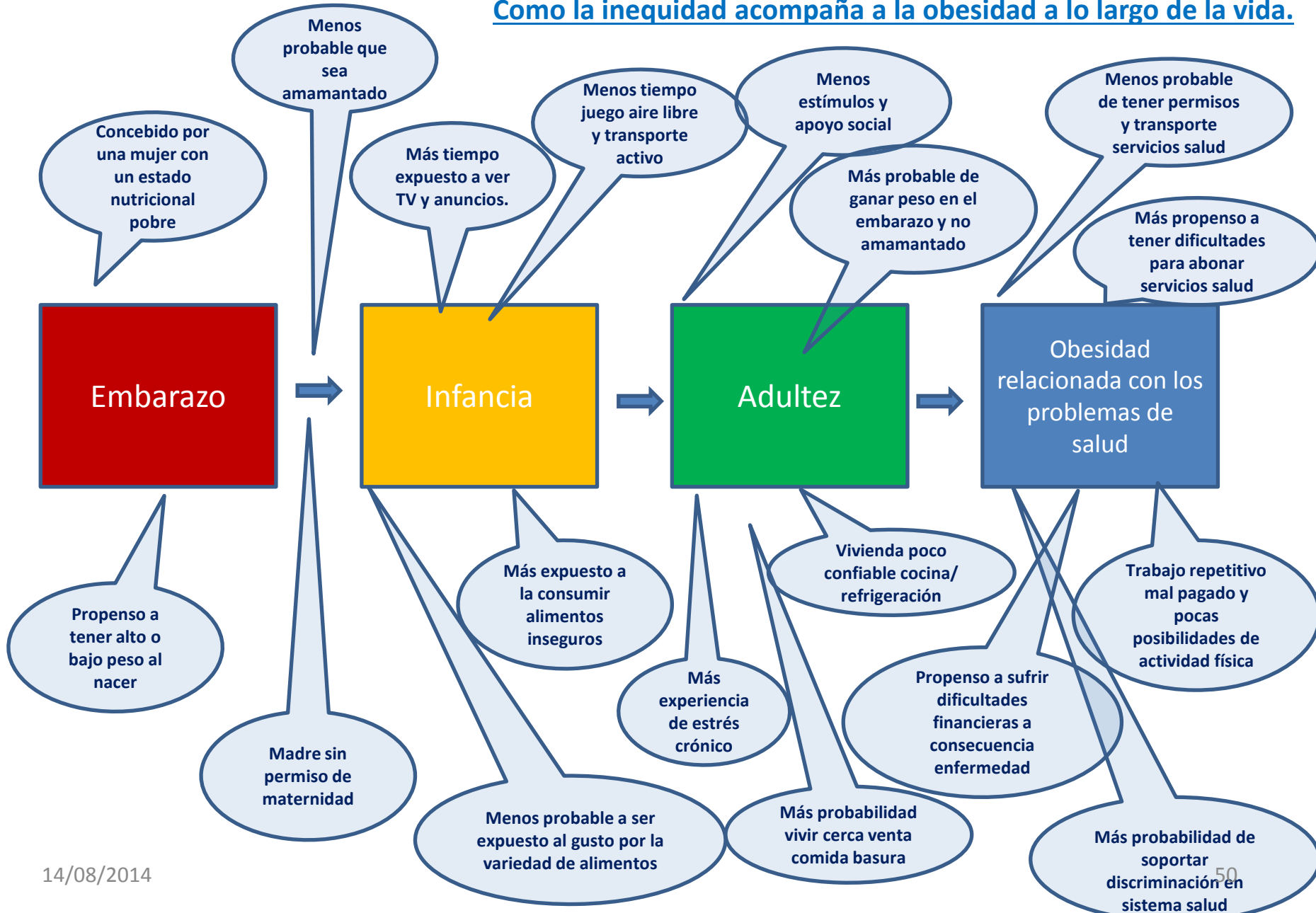
Estado situación 2014

MENSAJES CLAVES:

- El género, la etnia y el nivel socioeconómico son causas de inequidades en la obesidad en Europa.
- Las desigualdades socioeconómicas en las personas obesas en Europa son cada vez amplias y profundas.
- Es preciso conocer los promedios poblacionales de la prevalencia de la obesidad para evitar difuminar el aumento de los niveles en los grupos desfavorecidos.
- Las mujeres y los niños en los grupos de bajo nivel socioeconómico son más vulnerables y soportan inequidades en la obesidad que se transmite de generación en generación.
- El Pre-embarazo, el embarazo, la lactancia y la primera infancia son periodos críticos para las intervenciones para reducir las inequidades de obesidad.

Tendencias sobre la lucha contra obesidad

Como la inequidad acompaña a la obesidad a lo largo de la vida.



Recomendaciones OMS para la lucha contra la inequidad en la obesidad (I)

- La mayoría de las personas de bajos ingresos en Europa saben lo que constituye una dieta saludable. La prioridad es hacer frente a la asequibilidad, accesibilidad, disponibilidad y aspectos prácticos en relación a la alimentación saludable.

- Las intervenciones para hacer frente a la obesidad a nivel de población tienen más probabilidades de ser eficaces que intervenciones a nivel individual, en especial para los grupos de bajo nivel socioeconómico.

- Las políticas universales para mejorar los hábitos alimenticios y los entornos que alientan la actividad física son importantes, pero los grupos más desfavorecidos requieren medidas adicionales para beneficiarse de estas políticas (Por ejemplo, tener en cuenta las necesidades y percepciones de las mujeres desfavorecidas; ayudar a los niños a desarrollar el gusto por las verduras, además de proporcionar libre comidas / verduras y frutas en las escuelas)

- Las personas con bajos ingresos son más sensibles al precio que las personas con rentas más altas. Gravar alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal y eliminar el impuesto sobre las verduras y las frutas son susceptibles de reducir las inequidades.

- Es importante desarrollar y evaluar el costo de los contenidos de la canasta nacional de alimentos sanos para ayudar a decidir el salario mínimo y los niveles de beneficios sociales.

Recomendaciones OMS para la lucha contra la inequidad en la obesidad (II)

- Las iniciativas para restringir la comercialización de alimentos poco saludables de alto contenido de grasas, azúcar y sal y azúcar en las bebidas a los niños pueden contribuir a reducir las desigualdades, debido a la mayor exposición y vulnerabilidad de los niños desfavorecidos a la comercialización.

- Medidas para mejorar la composición de los alimentos procesados (por ejemplo, la reducción de grasa, azúcar y contenido de sal) presenta el potencial de reducir las desigualdades, con la condición de que su costo es el mismo, o menor que, alternativas poco saludables.

- Con una renta baja, la compra de alimentos poco saludables puede ser la opción más factible. Son necesarias intervenciones para: a) Aumentar el apoyo a los ingresos, para cubrir el costo de comprar una canasta de alimento saludable, b) Apoyo comida saludable, por ejemplo a través de vales para frutas y verduras; c) Reducir la disponibilidad y la comercialización de alimentos poco saludables en las zonas desfavorecidas y las escuelas; d) Promover la oferta local de frutas y verduras a través de iniciativas que incluyen la participación activa de los grupos desfavorecidos.

- El embarazo y la primera infancia son periodos críticos para la intervención sobre las inequidades en la obesidad. Las intervenciones prioritarias son: a) El abono de la licencia de maternidad durante seis meses para apoyar la lactancia materna exclusiva durante ese período; b) Servicios de atención prenatal creciente de mujeres socialmente desfavorecidas, c) El apoyo profesional sobre lactancia y alimentación complementaria, adaptada a lo específico necesidades de las madres obesas desfavorecidos, incluidas los adolescentes, y sus familias; d) El suministro de comidas saludables gratuitos o subvencionados (incluyendo desayunos), junto con las verduras y fruta en las escuelas y centros de educación infantil.

- Se necesitan nuevas medidas para hacer frente a la brecha de género en la actividad física. Esto incluye: a) Mejorar la participación de la actividad física de las niñas en la escuela; b) Mejorar el trabajo con las niñas y las mujeres en situación desventajosa y eliminar los obstáculos a su actividad física.

Tendencias sobre la lucha contra obesidad

La brecha de la obesidad alimentada por la pobreza en EEUU

- El porcentaje de compradores de productos alimenticios que son obesos es 10 veces más alta en tiendas de comestibles de bajo coste en comparación con los mercados de lujo (Fuente: Drenowski).
- Un estudio de la Universidad de Washington de 2011, sobre Seattle (una región rica con un índice de obesidad promedio de alrededor del 20% obesos, frente a la media de EE.UU. del 34%) - muestra que los consumidores ricos son más delgados (Sólo el 4% de los compradores de Whole Foods Market son obesos, en comparación con casi el 40% de la tienda de bajo coste Albertsons).

Alimentación y pobreza los vínculos de la obesidad

Asunto:	Visión general:
Acceso	Los alimentos más saludables son menos disponibles
Coste	Los alimentos saludables son más caros
Habilidades	Los alimentos más sanos requieren preparación y cocción.
Equipamiento	Los equipo de la cocción de alimentos saludables requieren instalaciones de cocina, ollas y sartenes
Transporte	Incluso si las tiendas están disponibles, podrían estar demasiado lejos para ir andando
Calidad	Incluso si las tiendas venden frutas y verduras, podrían no ser fresca.
Comercio	Las comida rápida, aperitivos y refrescos están muy comercializados en zonas de bajos ingresos
Presión social	El consumo de alimentos con alto contenido calórico se considera la norma.



A pesar del reparto inequitativo, **la obesidad** representa un Tsunami que acaba atrapando a **toda la población**, conforme anuncian los según los estudios de prospectivas

Tendencias sobre la lucha contra obesidad

**Homogenización social:
Más obesos en todas las clases sociales**

La obesidad acaba afectado a toda la población. Las causas de inequidad se relativizan, excepto para mujeres de bajo y alto nivel económico

Figure 5: Proportion of adult males with BMI 30–40 in a given year, by social class

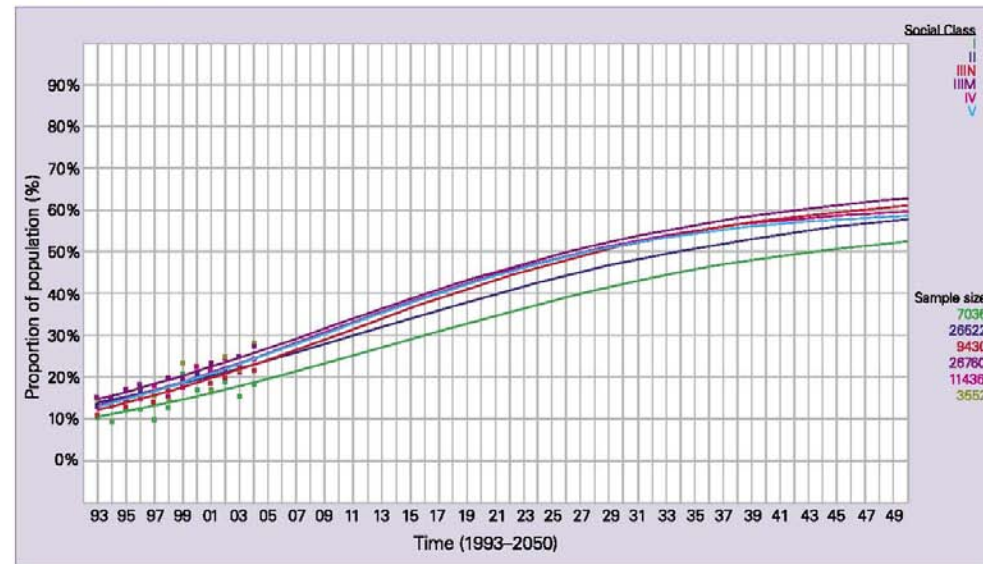
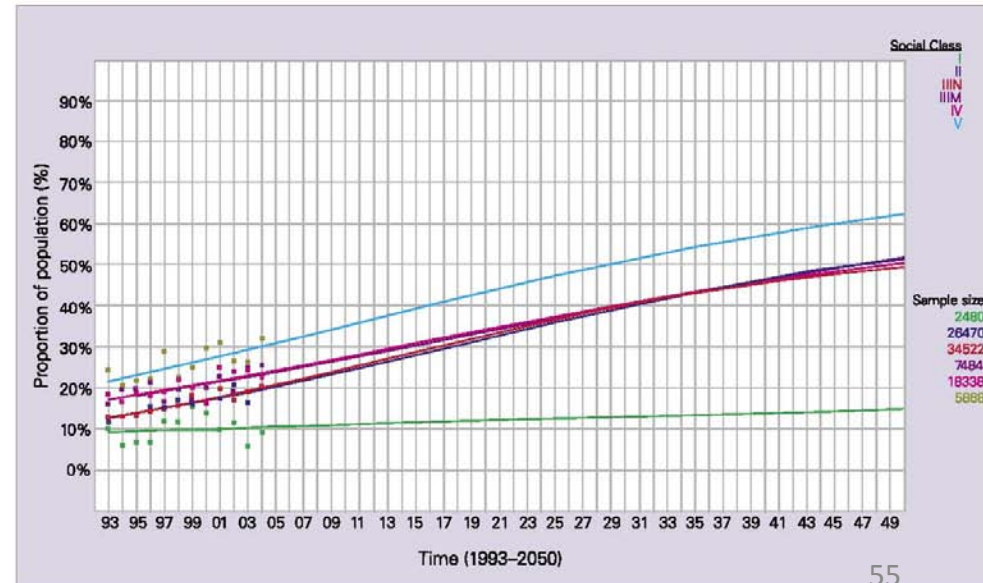


Figure 6: Proportion of adult females with BMI 30–40 in a given year, by social class



Tendencias generales sobre el Tsunami de la obesidad:

■ **+ Mayor disponibilidad alimentaria + obesidad** .- Aumento de la disponibilidad de alimentos a precios más bajos para los pobres y rentas bajas, lo que significa que tengan acceso a dietas más ricas y variadas. Pero la mayor disponibilidad alimentaria , especialmente de alimentos procesados, está generando mayores tasas de obesidad.

■ **+ Mayor urbanización + obesidad**. La creciente urbanización fomenta la obesidad ya que las ciudades ofrecen un mayor rango de elección de alimentos procesados. Esto se va agravado por factores como el trabajo urbano que precisa menor esfuerzo físico.

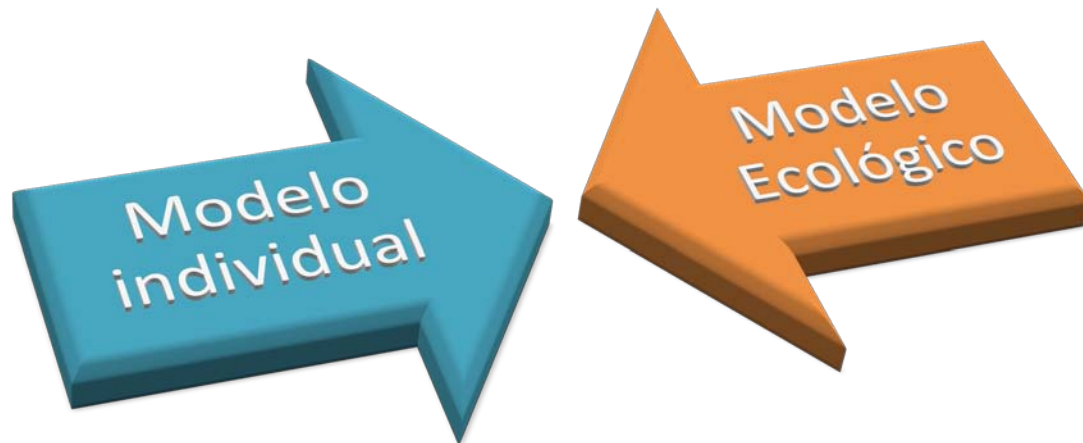
■ **+ Más países emergentes + obesidad**.- La obesidad se extiende en el mundo, especialmente en los países emergentes. Brasil tiene la mitad de la población con sobrepeso, China ha doblado el sobrepeso en los últimos 20 años, la India ha elevado su tasa de sobrepeso en un 20%, y Rusia tiene un 10% de obesos.

**+ crecimiento económico + urbanización +
disponibilidad alimentaria + sobrepeso y obesidad**

6.- Estrategias de lucha contra la obesidad.-

Asociación de la práctica legislativa y la prevalencia de la obesidad

“Las Estrategias para la prevención de la obesidad están cambiando, lejos de enfocarse sólo en el individuo evolucionan hacia un **modelo ecológico** para tratar las influencias ambientales y sociales en el comportamiento“.



Las estrategias se centran en los cuatro áreas del Mapa del sistema prospectivo de la obesidad

1) Biología humana - la genética juega un papel esencial, pero también la biología, a través de experiencias de vida y el medio ambiente en general.

2) El entorno de los alimentos – Se ha producido un enorme aumento de la cantidad de alimentos de alta densidad energética.

3) El medio ambiente físico - Nuestras vidas se han vuelto más sedentarias y la mayoría de los viajes son en automóvil.

4) Cultura - Es difícil quebrar las tradiciones culturales poco saludables.



Según las prospectivas, cinco temas son las opciones políticas más prometedoras:

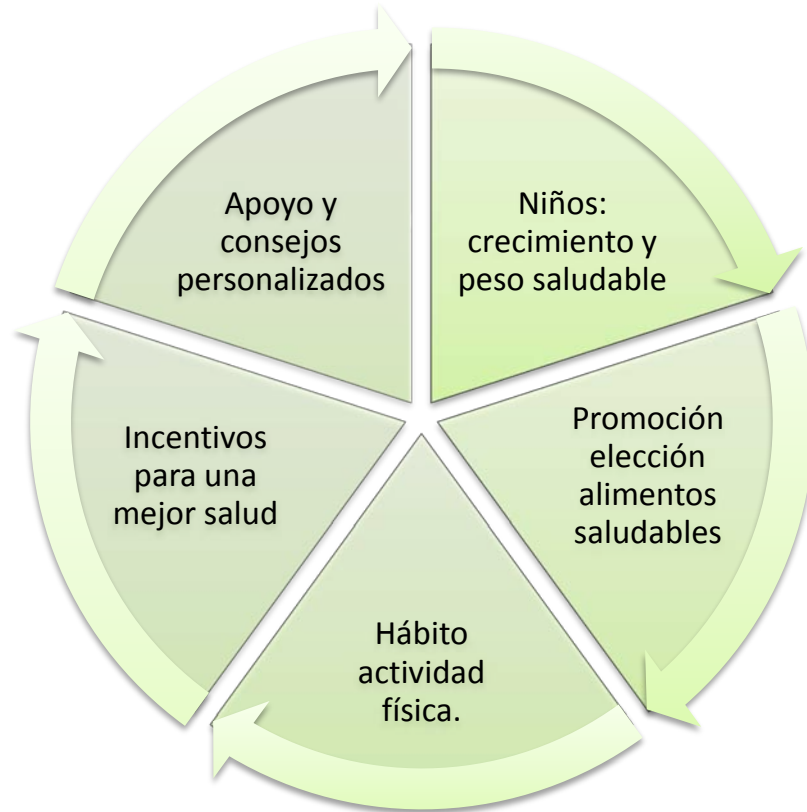
■ **Niños: crecimiento saludable y peso saludable** - prevención temprana de problemas de peso para evitar el efecto “*cinta transportadora*” en la edad adulta.

■ **La promoción de la elección de alimentos saludables** - la reducción del consumo de alimentos que altos en grasa, azúcar y sal y aumentar el consumo de frutas y verduras .

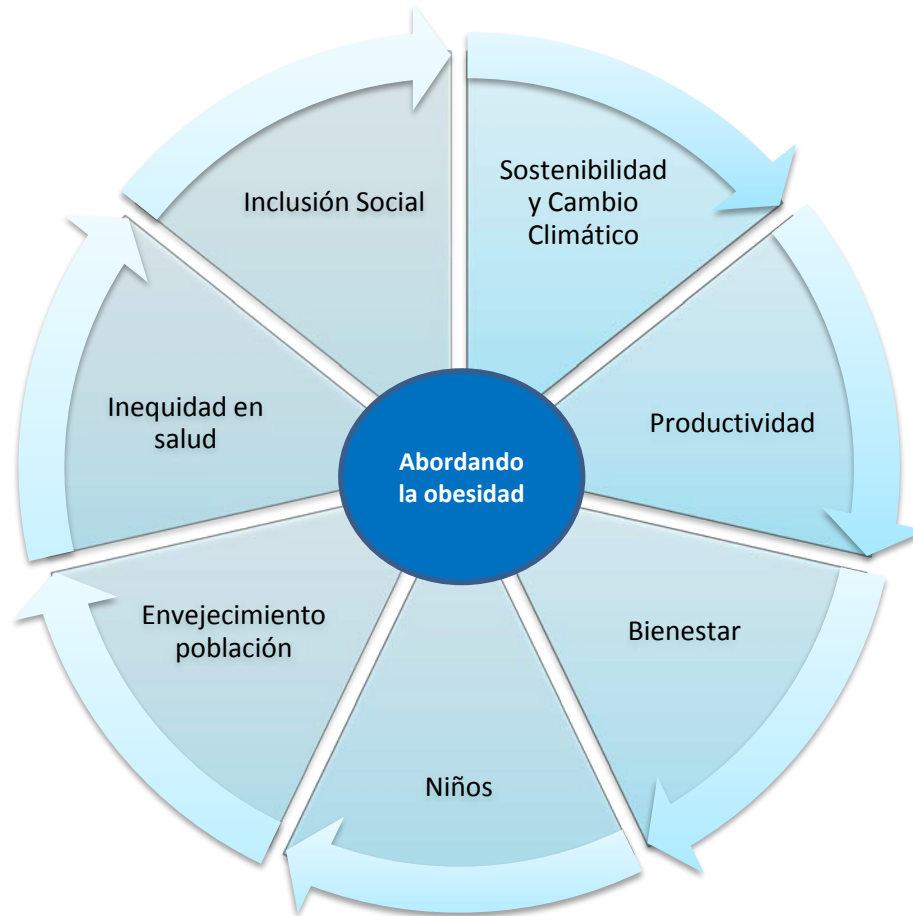
■ **El hábito de la actividad física en nuestra vida** - hacer que la gente se mueva como un tarea normal de su día.

■ **Crear incentivos para mejorar de la salud** – aumentar la comprensión del impacto a largo plazo de las decisiones y el valor de la salud .

■ **Asesoramiento y apoyo personalizado** - complementando la atención preventiva con el tratamiento para aquellos que ya tienen problemas de peso.

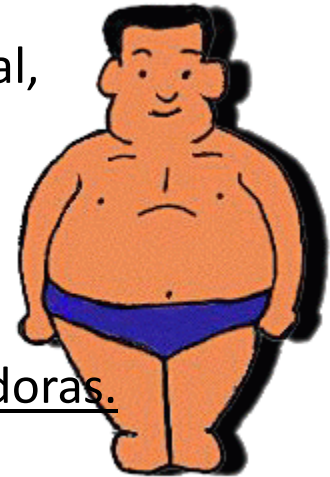


Obesidad en todas las políticas: una estrategia de todo el gobierno para explotar las sinergias con otras políticas:

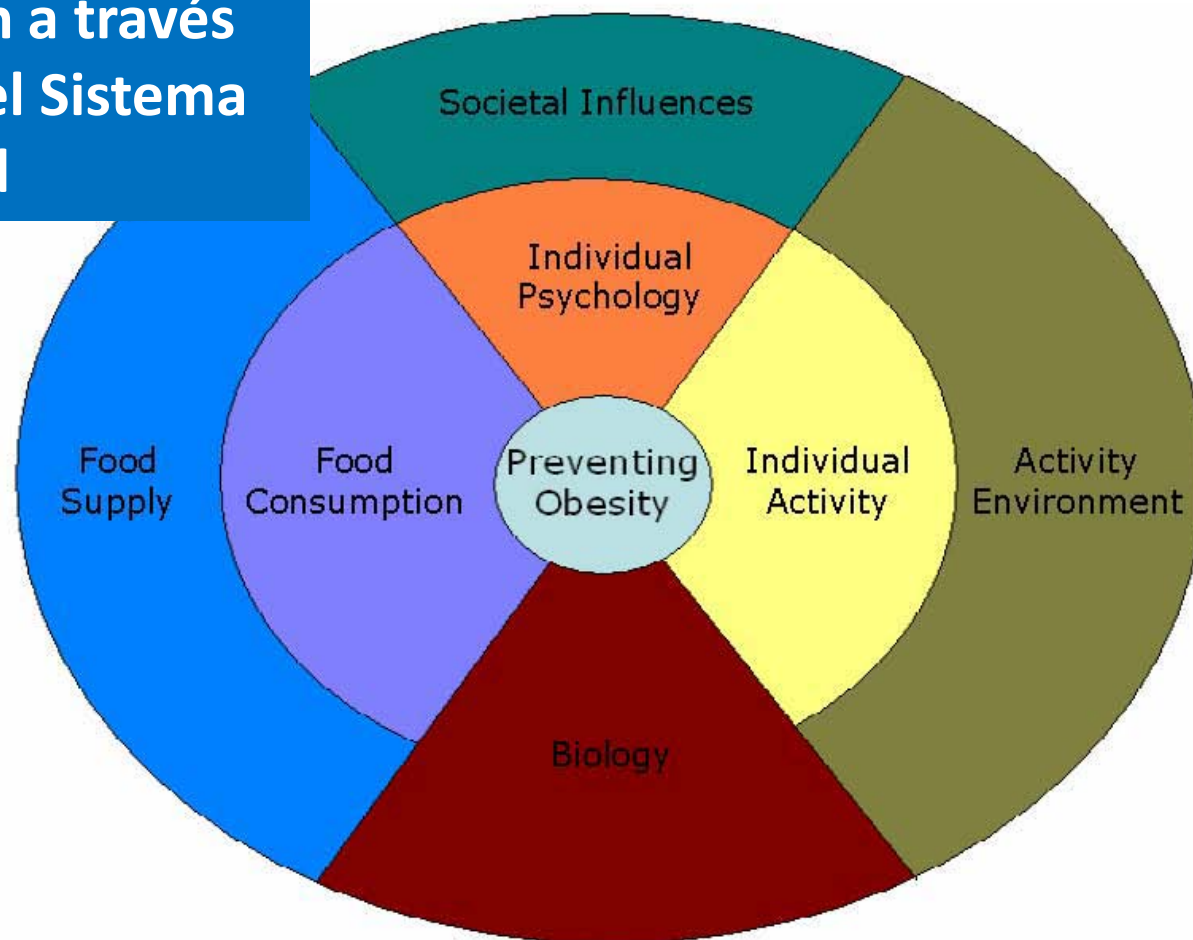


El desarrollo de un marco estratégico regional para una respuesta sostenible, exige:

- Una intervención sistémica través del mapa del sistema de obesidad (108 variables).
- Intervenciones a diferentes niveles: individual, local, regional, nacional, mundial.
- Acciones distribuidas en todo el ciclo de vida.
- Conjuguar una mezcla de iniciativas, facilitadoras y amplificadoras.
- Planes a corto, mediano y largo plazo para el cambio.
- La evaluación continua y la supervisión.



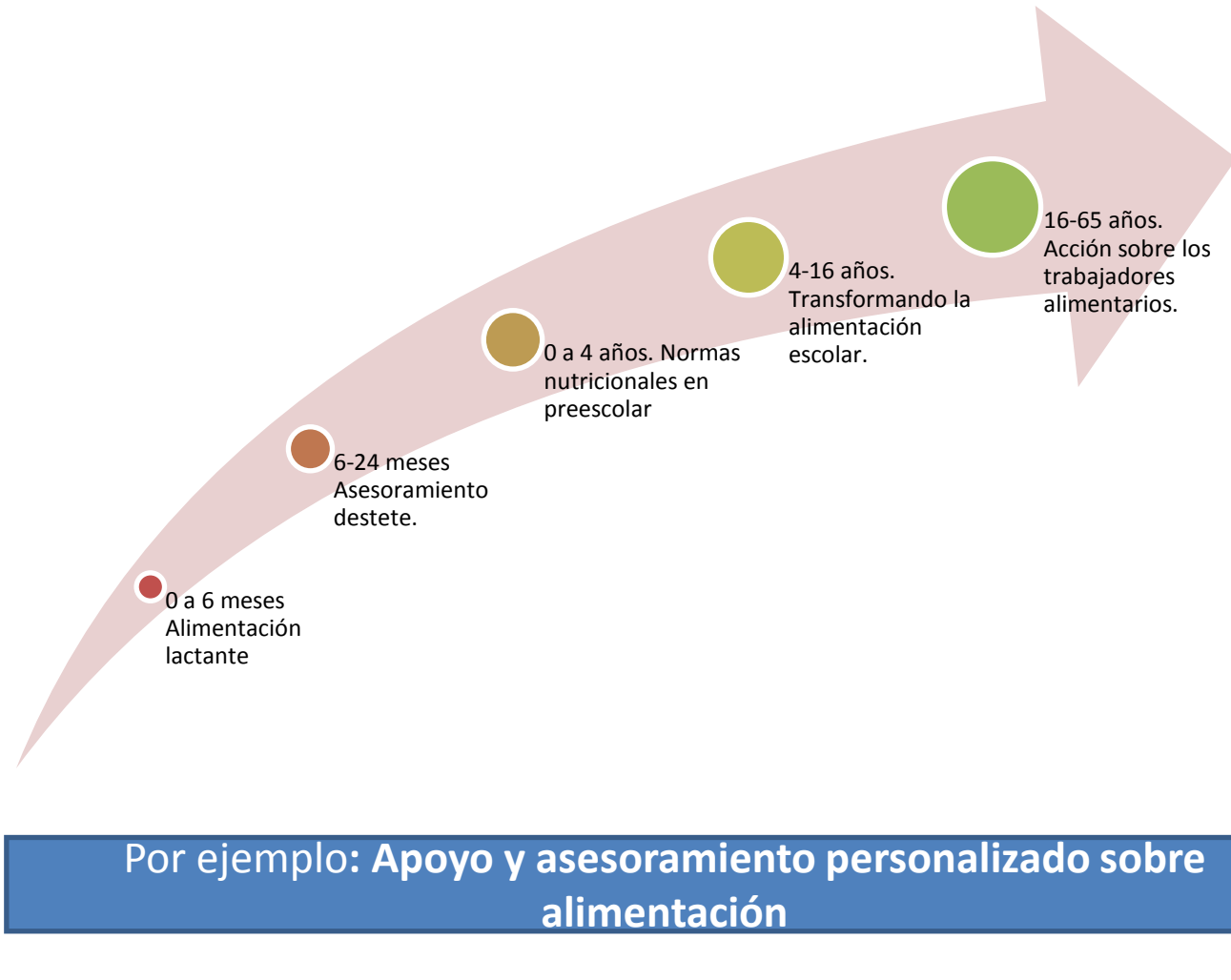
**Intervención a través
del Mapa del Sistema
de Obesidad**



Múltiples niveles de intervención



Un enfoque de ciclo de vida para el cambio de comportamiento:



Una combinación de intervenciones:



Amplificadores

- Son clave para cambiar el sistema y el perfil de la población en su conjunto, pero no pueden actuar si los demás elementos no están en su lugar.
- Por ejemplo: Control publicidad alimentos azucarados



Facilitadores

- Son ineficaces por sí solo, pero esenciales para apoyar la efectividad de otras intervenciones necesarias, pero no suficientes
- Por ejemplo: Mejora información y educación sobre la alimentación y actividad física.



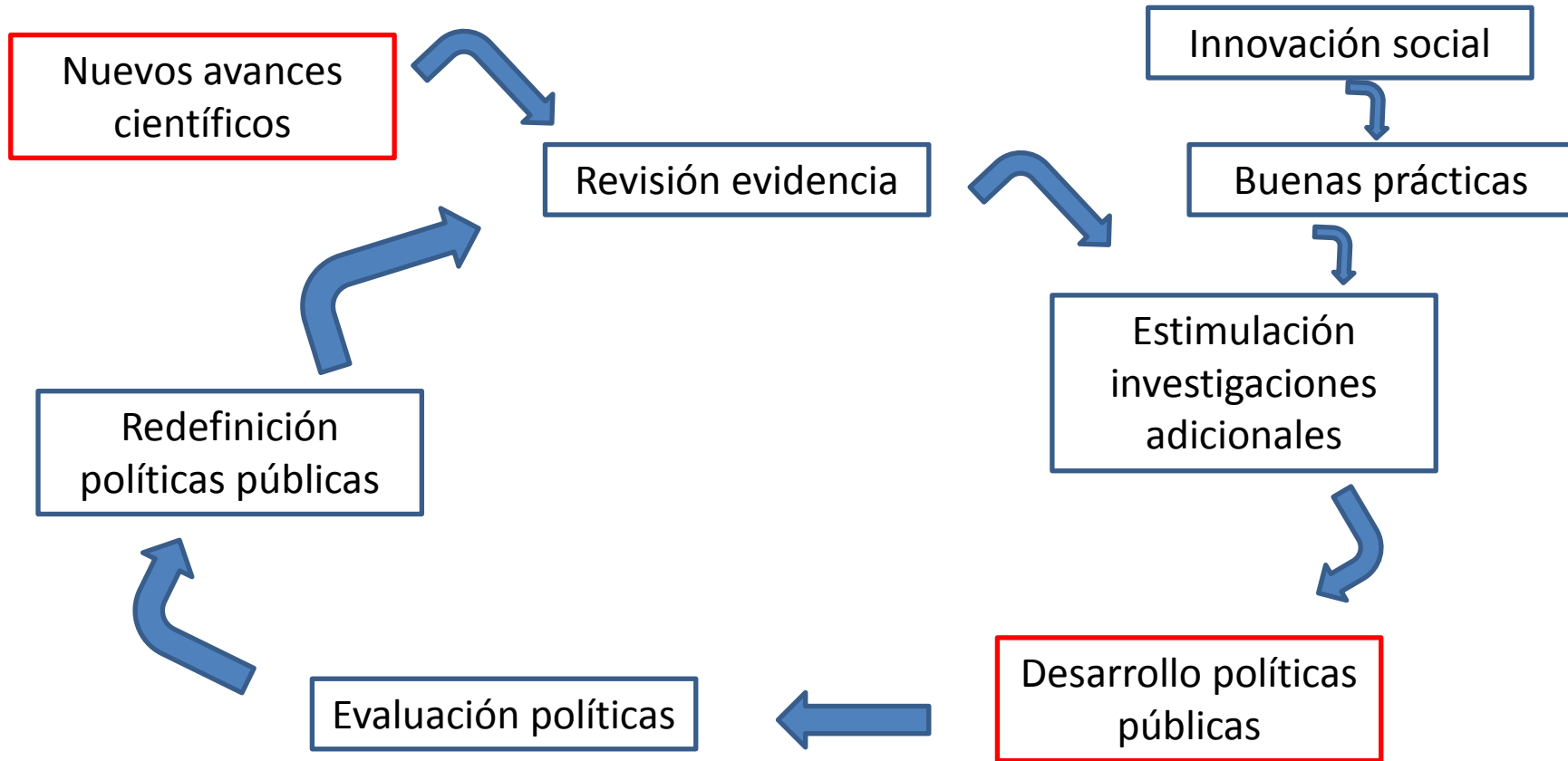
Iniciativas Focalizadas

- Son intervenciones dirigidas directamente a la lucha contra la obesidad de un determinado grupo de riesgo.
- Por ejemplo: suministro de comidas escolares saludables

Plan de cambio de corto, medio y largo plazo



Un modelo de mejora continua para integrar avances de la ciencia y de política



Asociación de la práctica legislativa y la prevalencia de la obesidad (I)

Fighting Obesity in the United States with State Legislation

Stephanie S. Chan

This document was submitted as a dissertation in **June 2013** in partial fulfillment of the requirements of the doctoral degree in public policy analysis at the Pardee RAND Graduate School. The faculty committee that supervised and approved the dissertation consisted of Sarah Meadows (Chair), Nelson Lim, and Homero Martinez.



Esta investigación de Rand Corporation ha analizado el impacto de las 1.004 leyes dictadas en EEUU durante los años 2001-2010 sobre la prevención de la obesidad.

La pregunta: ¿Reduce la legislación la obesidad? ¿Promueve la legislación la prevención de la obesidad? Si/No ¿por qué?

Método: descripción legislación prevención obesidad, análisis de la legislación sobre prevención obesidad de 50 estados y creación de un código de categorías descriptivas.

Resultados:

- Los estados utilizan una gran diversidad de recursos legislativos que inciden especialmente en el incremento de la actividad física.
- Más de la mitad de las legislaciones de los estados no cumplen las recomendaciones basada en las evidencias e investigaciones.
- Se advierten diferencias entre la promulgación de la ley y su aplicación efectiva.
- Se observa una fuerte conciencia pública y liderazgo, pero es preciso atender a las repercusiones económicas y fiscales de las medidas, lo que afectaría al incumplimiento de la norma.

Asociación de la práctica legislativa y la prevalencia de la obesidad (II)

Fighting Obesity in the United States with State Legislation

Stephanie S. Chan

This document was submitted as a dissertation in **June 2013** in partial fulfillment of the requirements of the doctoral degree in public policy analysis at the Pardee RAND Graduate School. The faculty committee that supervised and approved the dissertation consisted of Sarah Meadows (Chair), Nelson Lim, and Homero Martinez.



Conclusiones:

- En las normas producidas se reconocen una gran variedad de mecanismos para inducir un cambio de comportamiento en torno a la alimentación y la actividad física, influir en los grupos de interés y producir los resultados de cambio previstos .
- La relación existente entre la producción de legislación sobre prevención de la obesidad y la prevalencia de la obesidad no es concluyente. No se ha recopilado suficiente evidencia para sentar una hipótesis solvente. Este hallazgo verifica la complejidad de las actividades de prevención de la obesidad respecto a las políticas contra la obesidad.
- El protagonismo del gobierno, a través de la legislación, representa tan sólo un enfoque necesario, pero en el marco del enfoque socio-ecológico de la obesidad.

Asociación de la práctica legislativa y la prevalencia de la obesidad (III)

Fighting Obesity in the United States with State Legislation

Stephanie S. Chan

This document was submitted as a dissertation in **June 2013** in partial fulfillment of the requirements of the doctoral degree in public policy analysis at the Pardee RAND Graduate School. The faculty committee that supervised and approved the dissertation consisted of Sarah Meadows (Chair), Nelson Lim, and Homero Martinez.

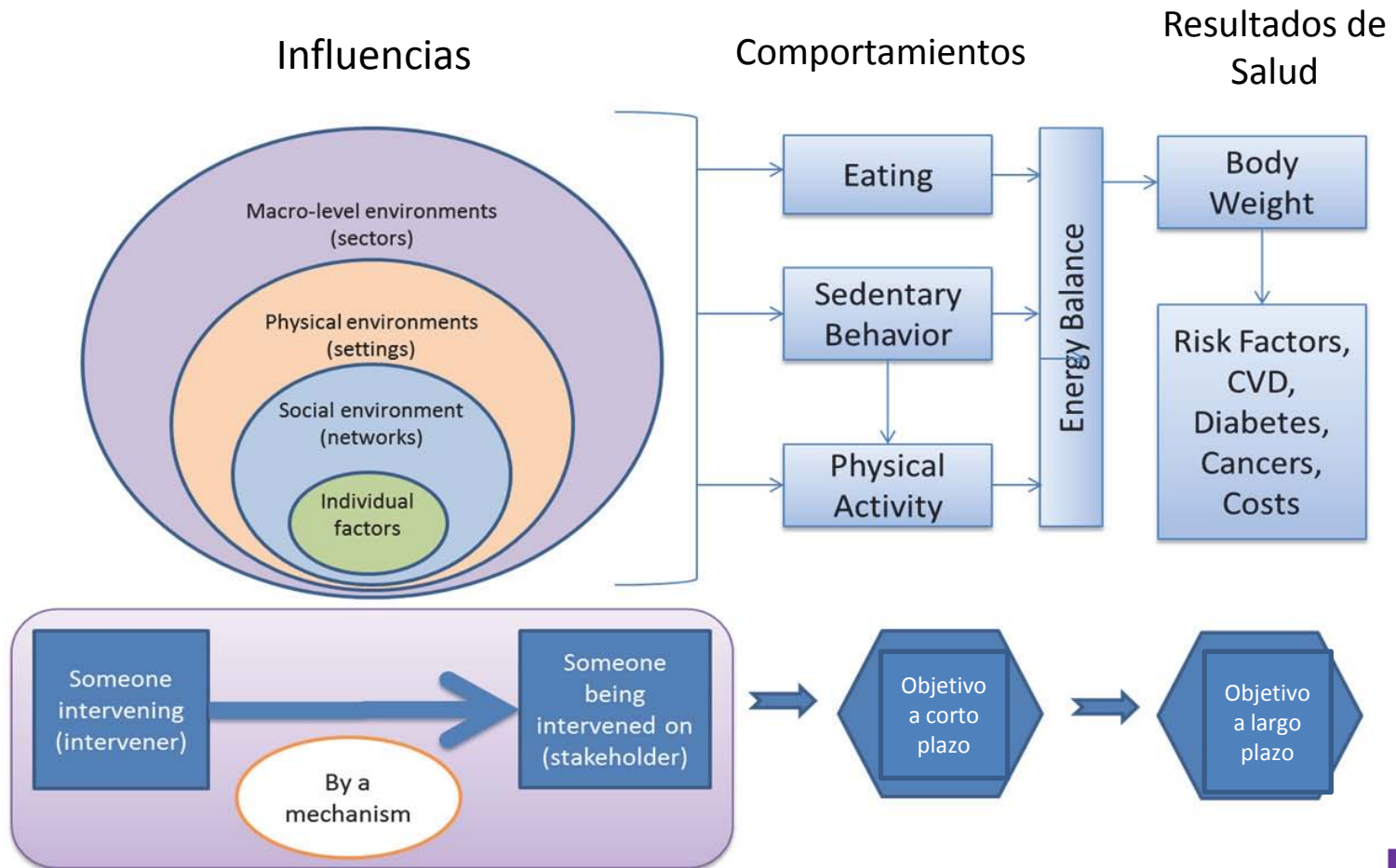


Implicaciones políticas:

El éxito de la política legislativa antiobesidad dependerá de los siguientes elementos:

- Fuerte liderazgo y voluntad política y persistencia para defender los proyectos antiobesidad y luchar contra la oposición.
- Los defensores de la salud pública deberán protagonizar, liderar y ejercer sus responsabilidades en la definición y establecimiento de las políticas antiobesidad, convenciendo a los diversos actores involucrados.
- Los defensores de la salud pública deberán generar puentes para cerrar la brecha entre los diversos actores hasta llegar a priorizar la lucha contra la obesidad.
- Es importante fomentar la investigación sobre la prevención de la obesidad, sobre todo la referida a la evaluación de intervenciones en la práctica. Será preciso cerrar la brecha entre la investigación sobre obesidad y las decisiones políticas adoptadas en la lucha contra la obesidad.

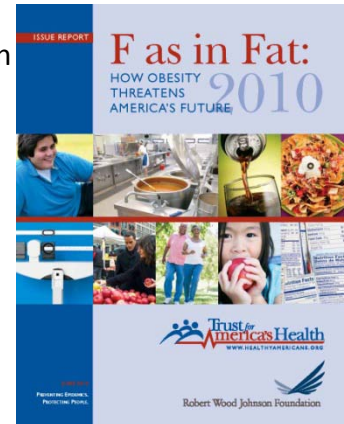
Modelo legislativo para ejercer influencia para conseguir un cambio de comportamiento antiobesidad



Tendencias de la legislación Estados Federales de EEUU

- 20 Estados y DC establecen estándares nutricionales para los almuerzos escolares, desayunos y bocadillos que son más estrictos que los requisitos actuales del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA).
- 28 Estados y DC tienen estándares nutricionales para alimentos competitivos que se venden en las escuelas, en las máquinas expendedoras o en las tiendas escolares.
- Cada estado tiene algún tipo de requisito de educación física en las escuelas, pero estos requisitos a menudo son limitados, no se hacen cumplir o no cumplen con los estándares de calidad adecuados.
- 20 Estados han aprobado requisitos de medición del índice de masa corporal (IMC) de niños y adolescentes o han aprobado leyes que requieren otras formas de evaluaciones relacionadas con el peso de los niños en las escuelas.
- 23 Estados y DC tienen leyes que establecen los programas que vinculan las granjas locales a las escuelas.
- 36 Estados imponen un impuesto sobre las ventas en soda.
- 5 Estados han promulgado leyes sobre el etiquetado de menús.
- 24 Estados han aprobado leyes que limitan la responsabilidad individual de la obesidad mediante la demanda a restaurantes, fabricantes de alimentos y las empresas de marketing que contribuyen a una alimentación poco saludable, aumento de peso y problemas de relacionados con la salud.
- 30 Estados han aprobado leyes sobre movilidad, cuyo objetivo es garantizar que todos los usuarios - peatones, ciclistas, motoristas y usuarios del transporte público de todas las edades y capacidades - tengan un acceso seguro a las calles de la comunidad.

DC: Washington D. C, Distrito Columbia



Asociación de la práctica legislativa y la prevalencia de la obesidad (IV)

El **modelo ecológico** para tratar las influencias ambientales y sociales en el comportamiento sobre obesidad se aborda a través de políticas públicas transversales y la práctica legislativa

La legislación influye en:

- La disponibilidad y accesibilidad de los productos alimentarios.
- Determinación de estándares de nutrición humana.
- Define estrategias de prevención de obesidad.
- Posibilita abordar factores ecológicos y culturales sobre la obesidad.
- Induce y exige cambios de comportamientos alimentarios y de actividad física.

Asociación de la práctica legislativa y la prevalencia de la obesidad (V)

Tesis del "posicionamiento económico" y "tipo de mercado".

■ El Reino Unido e Irlanda, con alta prevalencia de la obesidad, poseen economías de mercado liberales poco reguladas, de forma similar a los EE.UU, donde las acciones colectivas de las grandes empresas multinacionales de la alimentación para maximizar la ganancia alienta el consumo excesivo.

■ Sin embargo, los Países Bajos, Alemania, Bélgica, Suecia, Dinamarca, Finlandia y Austria disfrutan de tasas de prevalencia de obesidad más bajas, y poseen economías de mercado más reguladas, estando más contenidas las aspiraciones expansionistas de las multinacionales alimentarias.



7.- Medidas de buenas prácticas en la lucha contra la obesidad.



1.- Fomento de la lactancia materna.

**Se evidencia
que la
lactancia
materna se
asocia con
menores tasas
de obesidad
infantil**



Lactancia materna



Obesidad infantil

Buenas prácticas amamantamiento:

- Empoderar a las madres a amamantar.
- Promover la lactancia materna en los planes de salud.
- Elaboración de directrices para la alimentación complementaria de los lactantes, incluyendo la introducción oportuna de la alimentación complementaria.
- Fomentar el desarrollo del sabor de la comida en los niños.
- Aumentar la conciencia en cuanto a la importancia de obtener y mantener un peso saludable antes de la concepción.
- Recomendaciones y mejora de las habilidades parentales.
- Organizar cursos de cocina, especialmente para madres de bajos recursos.



2.- Promoción de escuelas saludables.



Los programas escolares han demostrado dar resultados positivos en la prevención y la reducción de la obesidad.

Los esfuerzos basados en las escuelas se han centrado en la mejora de la calidad de los alimentos vendidos en las escuelas, en limitar las ventas de alimentos no nutritivos, la mejora de la educación física y educación para la salud. Y se desarrolla una nueva tendencia de aproximación de las granjas y mercados locales a las escuelas, en fomento de una alimentación saludable.

Buenas prácticas de escuelas saludables (I): Comer más sano.

- Definir estándares nutricionales para los comedores escolares y promover porciones proporcionadas.
- Definir estándares nutricionales de los alimentos que se venden en las escuelas, pero no se administran en los comedores escolares.
- Límites de acceso y venta próxima a los colegios de alimentos no nutritivos.
- Distribución de frutas y verduras en los colegios.
- Programas de alimentación saludable en los colegios.
- Clases de cocina saludable.
- Programas de granja escuela en los centros educativos.
- Mercados agrícolas comunitarios y alimentos escolares.
- Fomentar el consumo de agua de grifo. Instalación de fuentes de agua.
- Programa de reducción de ingesta bebidas azucaradas.
- Apoyo a las familias para confeccionar dietas saludables.

El programa NUTS2 UE distribuye frutas y verduras en los colegios frecuentados por grupos vulnerables en regiones de Rumanía, Bulgaria y Eslovaquia, así como en Polonia y Hungría.

DC Washington DC aprobó una ley que requiere que todas las bebidas y aperitivos alimentos que se sirven en las escuelas públicas ya sea a través de máquinas expendedoras, aperitivos, comidas después de la escuela, u otros medios, incluidos los alimentos y bebidas que se venden en las tiendas escolares, deben cumplir los requisitos Programa Desafío Escolar



Cambios recomendados en la nutrición de alimentos escolares:

- Incrementar la cantidad diaria de fruta (no más de 50 por ciento servida en forma de zumo)
- Aportar dos raciones de verduras al día, que deben incluir verduras de color verde oscuro y de color naranja, más legumbres y menos patatas.
- Al menos la mitad de los granos / panes que se sirven deben ser de grano entero.
- Alimentos sin grasa o bajos en grasa y 1% sólo con leche.
- Cero contenido de grasas trans y menos del 10 por ciento del contenido total de calorías en grasas saturadas.
- Límites en porciones de carne con sólo 60 gramos incluidos en el almuerzo y 30 gramos para desayunar.



Medidas de apoyo a las familias para promover dietas saludables:

- Información/formación para promover menús saludables a las familias, incluyendo medidas de las porciones, datos nutricionales, consumos energéticos, facilitando las opciones saludables.
- Aproximar diariamente a las familias el menú saludables más oportuno, vía aplicaciones smartphone.
- Apoyo a las familias en orden a la integración de las actividades físicas y la dieta saludable para cada día.
- Promover la comida “todos juntos” en familia.
- Programar fines de semanas activos en familia.



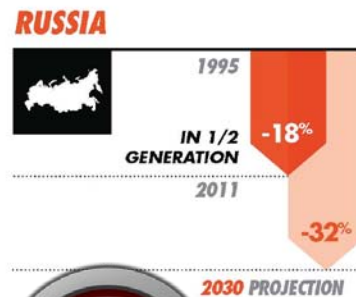
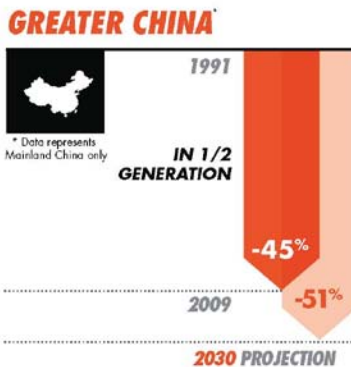
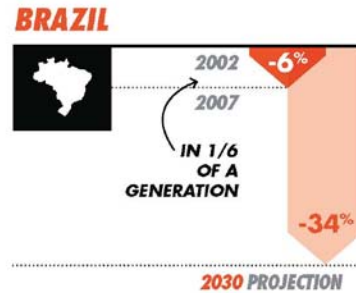
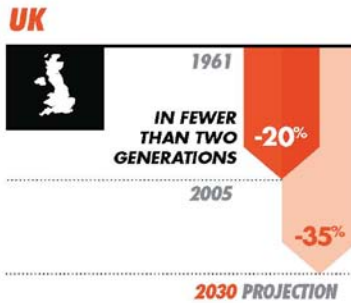
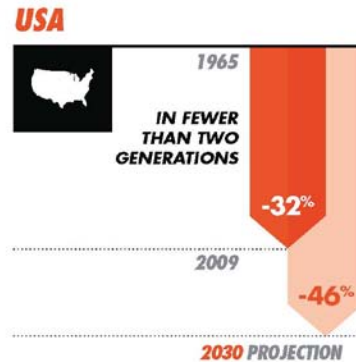
Buenas prácticas de escuelas saludables (II): Moverse más.

- Fortalecimiento de programas de educación física.
- **Recreos animados en las escuelas.** Fomento de juegos con actividad física.
- **Rediseño del transporte escolar,** prohibiendo cronas inferiores a 20 minutos, andando de casa al colegio.
- Establecimiento de tiempo mínimos de actividades física escolar.
- Promover transporte activos hacia la escuela: bicicleta, patines, juegos, etc.
- Propiciar infraestructuras escolares que promocionen la actividad.



IN A RACE TO SLOW DOWN

TOTAL DECLINE IN PHYSICAL ACTIVITY LEVELS



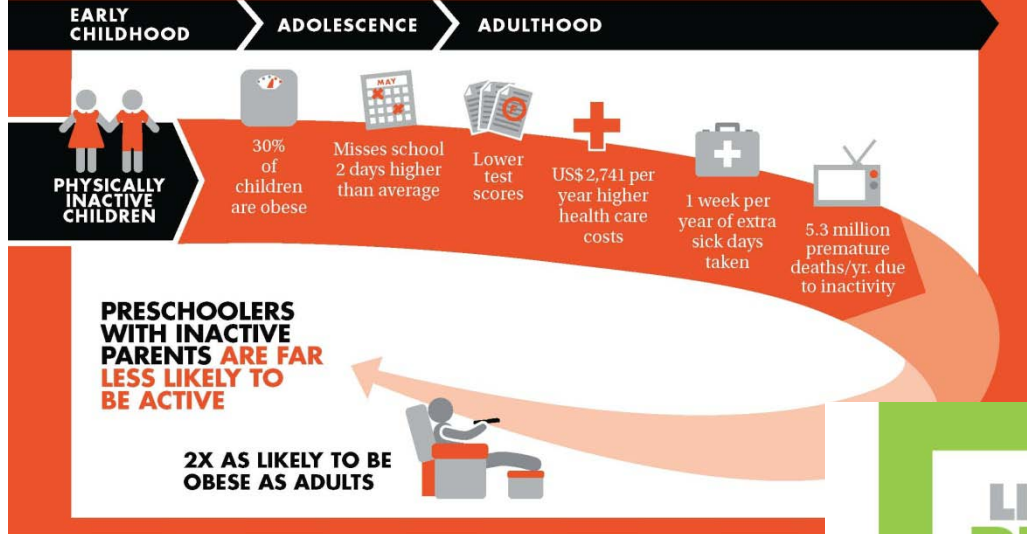
Una niñez inactiva le costará a nuestros hijos 5 años de vida

Un nuevo informe de Nike revela que los niños inactivos vivirán cinco años menos que sus padres. Una investigación reciente llevada a cabo por Nike y hecha públicas en Designedtomove.org advierte que en sólo dos generaciones, la tasa de juego activo, la educación física y la actividad física en general se ha reducido en un 20% en el Reino Unido, 32% en los EE.UU., y el 45% en China. Este año, dice el informe, 5,3 millones de muertes se atribuyen a la inactividad física, mientras que el tabaquismo, considerado durante mucho tiempo el líder asesino es responsable de 5 millones de muertes al año.



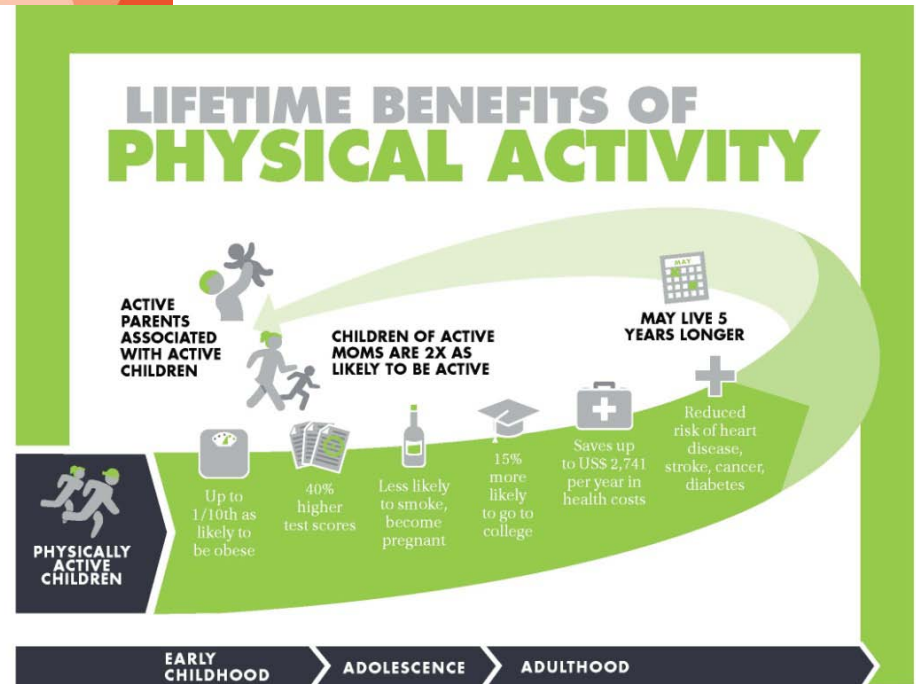
En 2030 la mayoría parados

THE PHYSICAL INACTIVITY CYCLE



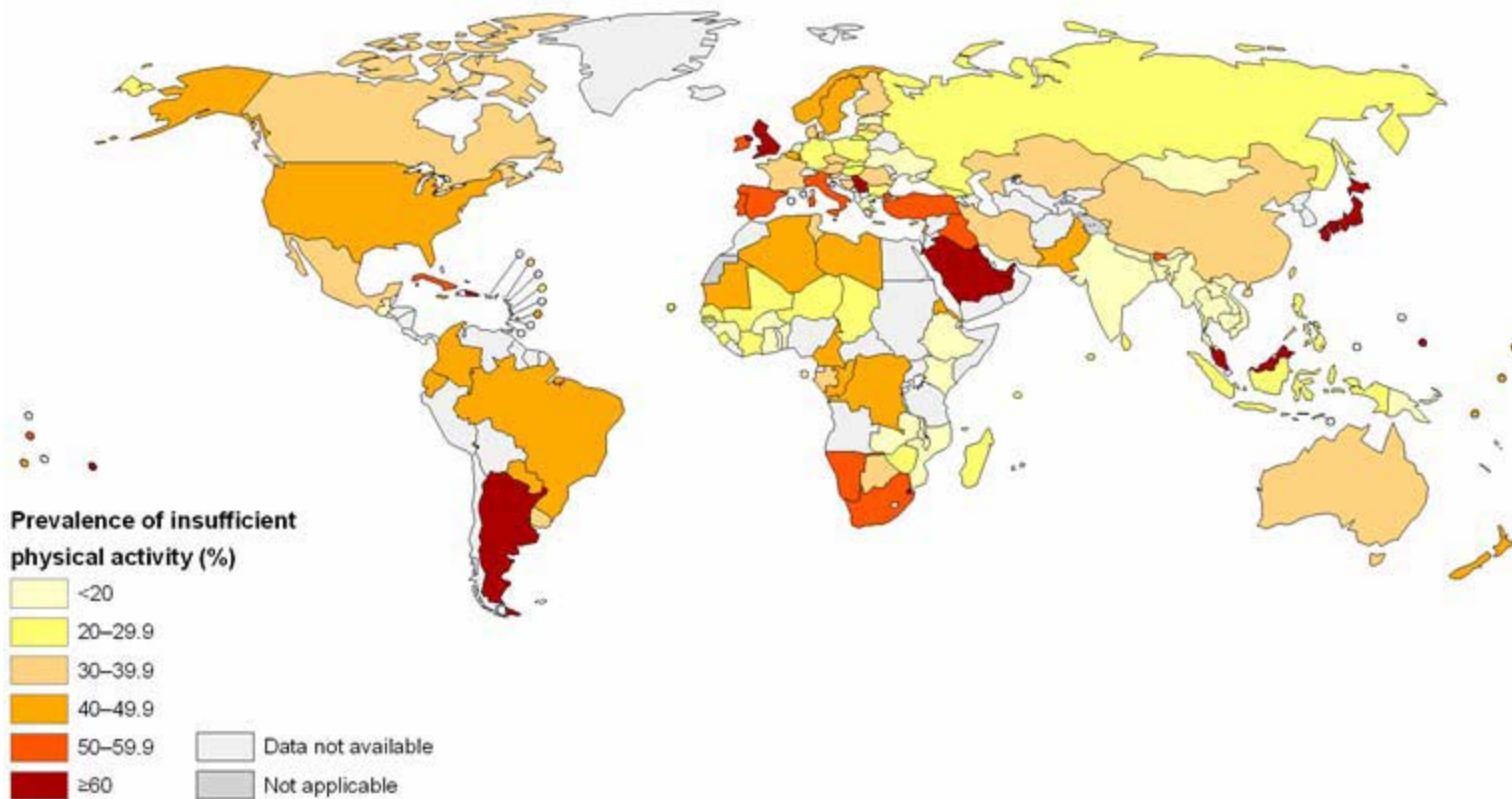
Ciclo de la inactividad física

Beneficios actividad física a largo plazo



Tendencias sobre la lucha contra obesidad

Prevalence of insufficient physical activity for age 15+ (%)



Source: WHO, BofA Merrill Lynch Global research

Lo deseable:

- Los niños y niñas disfrutan de actividad física diaria.
- Los niños tienen limitado el tiempo de TV, video, móvil y ordenador.
- Los niños viven el tiempo de juego como un premio.
- Los niños con necesidades especiales tiene oportunidad de jugar en actividades físicas con otros niños.
- Los niños disponen de tiempo libre de juego activo.
- Los niños reciben educación sobre la actividad física.
- Al menos un educador comparte con los niños los juegos de actividad física.
- Los niños no estarán sentada por un largo período de tiempo.

El Instituto Medicina de América recomienda al menos 30 minutos de actividad física de los niños en las escuelas. Diversas legislaciones de los estados han fijado una cantidad mínima semana. P.ejemplo. Nivel 5, 150 minutos/semana, Nivel 6 a 8, 225 minutos/semana.

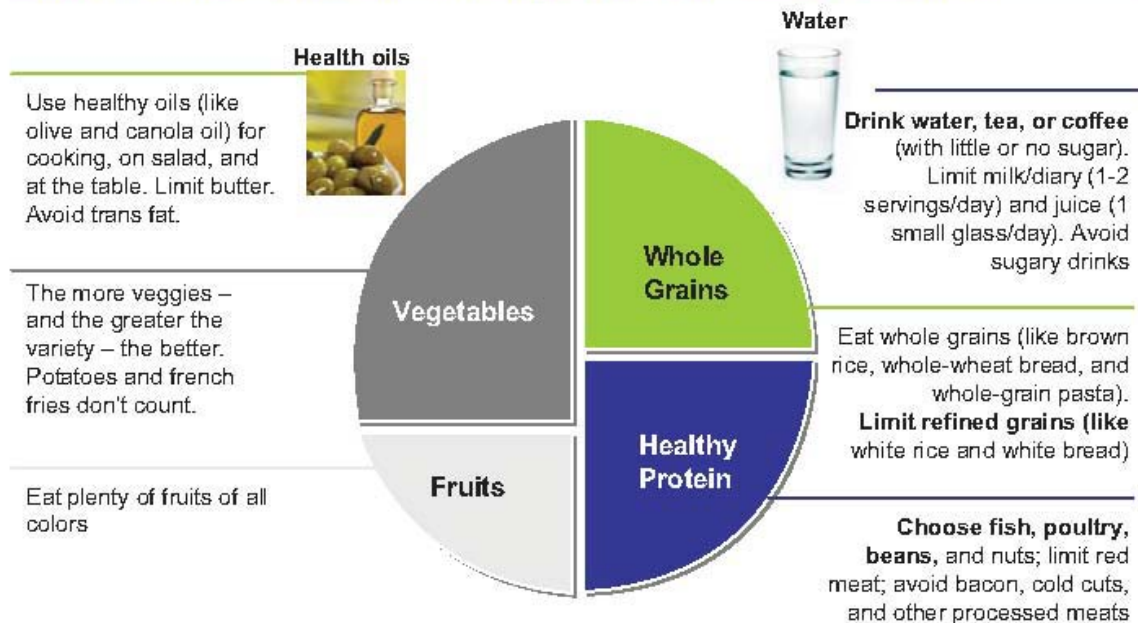
Buenas prácticas de escuelas saludables (III): controlar y promover la salud.

- Cribado de IMC y valoración.
- Cribado de diabetes.
- Asesoría nutricional para los niños con sobrepeso u obesos.
- Elaboración de un Mapa de Obesidad Infantil.
- Programas escolares de educación para la salud y el bienestar.
- Adoptar y aplicar directrices sobre el sobrepeso y la obesidad, basadas en la evidencia .



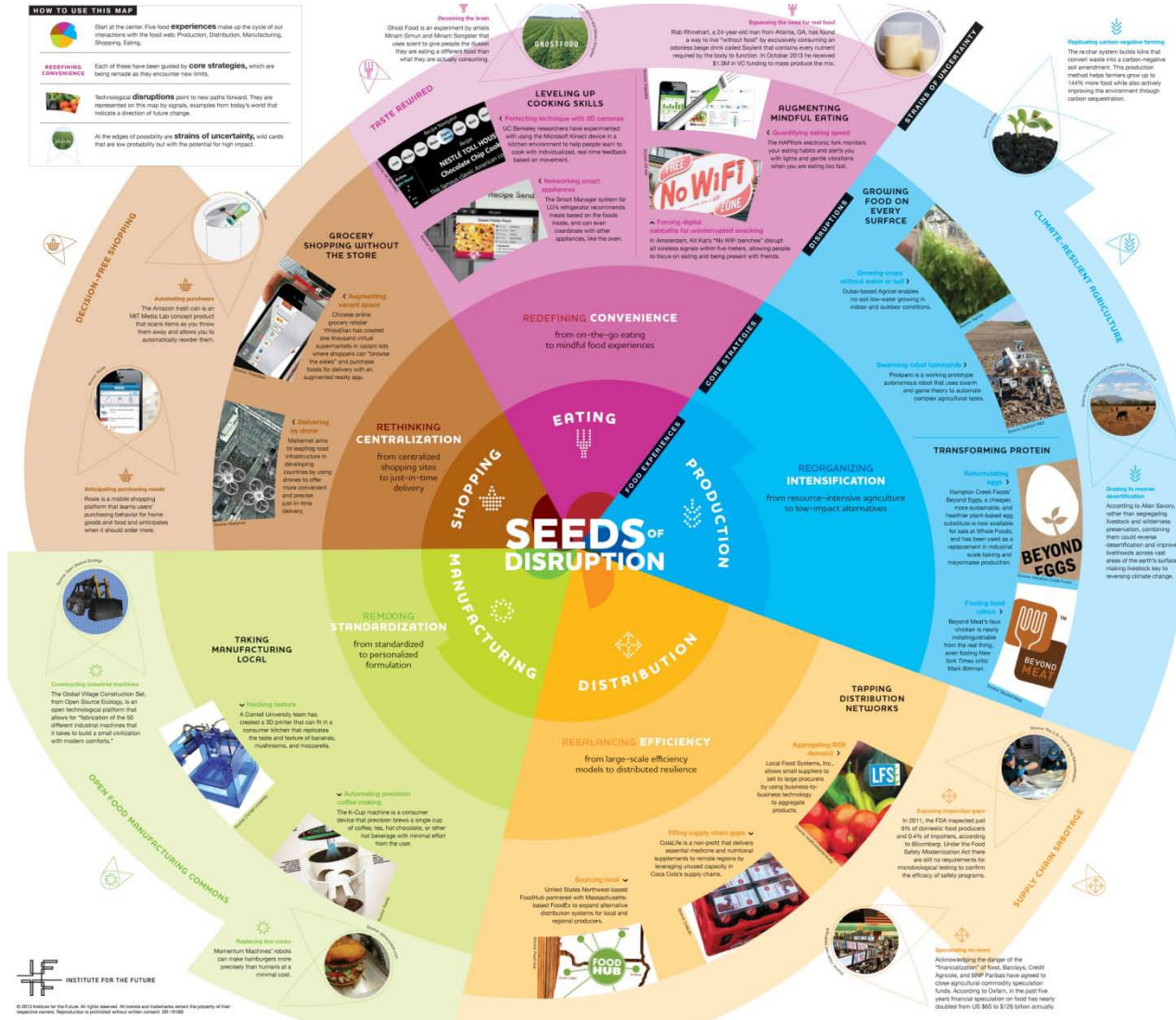
3.- Los alimentos parte del problema y parte de la solución. Publicidad y etiquetaje alimentos.

Chart 27: Healthy eating recommendations from Harvard School of Public Health



Source: BofA Merrill Lynch Global Research, Harvard School of Public Health

El futuro de la alimentación para la próxima década



Nutrición y decisiones poco saludables:

- Aumento de productos alimentarios hipercalóricos. Un adulto de EEUU consumió en 2008 aproximadamente 300 calorías más que con respecto a 1985, y 640 calorías más de las recomendadas.
- Menor consumo de productos frescos (frutas, verduras y pescados).
- Los productos preparados son más accesibles y baratos que los saludables. Acceso limitado de los productos frescos en las zonas urbanizadas.
- “Distorsión de las porciones” o el aumento de las porciones más grandes. Tendencia a “valorar el tamaño” o valorar más la cantidad de alimentos frente a la calidad de los alimentos. El efecto de la botella de 2 litros.

■ Menos alimentos cocinados. Menos tiempo en la cocina, más tiempo en los restaurantes y comedores escolares y laborales.

■ Dietas con más grasas, azúcar, sal y sodio. (Un ciudadano EE.UU toma el triple de azúcar de lo recomendado).

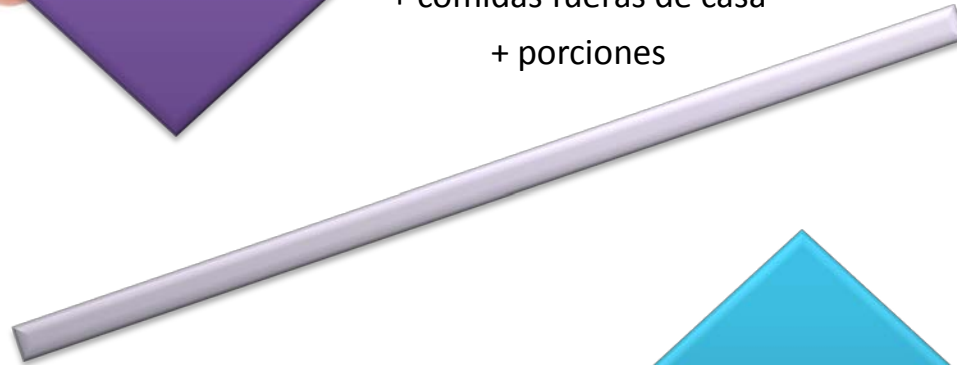
■ Fuerte incremento de las sodas y zumos azucarados.



Tendencias sobre la lucha contra obesidad



- + calorías
- + grasas
- + azúcar
- + soda y zumos
- + comidas fuera de casa
- + porciones



- Frutas y verduras



Más consumo de frutas y verduras menos obesos:

States with the Highest Fruit & Vegetable Consumption Among Adults			
Rank	State	Percentage of Adults Eating the Recommended 2+ and 3+ Servings of Fruits and Vegetables a Day (2007)	Obesity Ranking
1	D.C.	20.1% (+/- 1.7)	49
2	Vermont	17.9% (+/- 1.2)	46
3	Maine	17.7% (+/- 1.2)	29
4	Hawaii	17.5% (+/- 1.3)	47
5	New York	16.5% (+/- 1.3)	36
6	Massachusetts	16.4% (+/- 0.8)	48
7 (tie)	Connecticut	16.2% (+/- 1.3)	50
7 (tie)	New Hampshire	16.2% (+/- 1.2)	35
9 (tie)	Arizona	16.1% (+/- 2.0)	29
9 (tie)	California	16.1% (+/- 1.3)	41

*Note: For rankings, 1 = Highest rate of fruit and vegetable consumption.



Más restaurantes comida basura (fast food) más personas obesas:

Table 34: Fast food restaurants per 100,000 people and obesity rates

Country	Fast food restaurants/100,000	Men's obesity rate	Women's obesity rate
US	7.52	31.3%	33.2%
Canada	7.43	23.2%	22.9%
Norway	0.19	6.4%	5.9%
Japan	0.13	2.9%	3.3%

Source: De Vogli et al. in Critical Public Health 21(4) 2011. Researchers chose one fast food restaurant to use as a proxy measure for how many fast food restaurants were present per 100,000



Corbis

Las sustancias amigas que nutren la obesidad.



Por ejemplo, el azúcar:

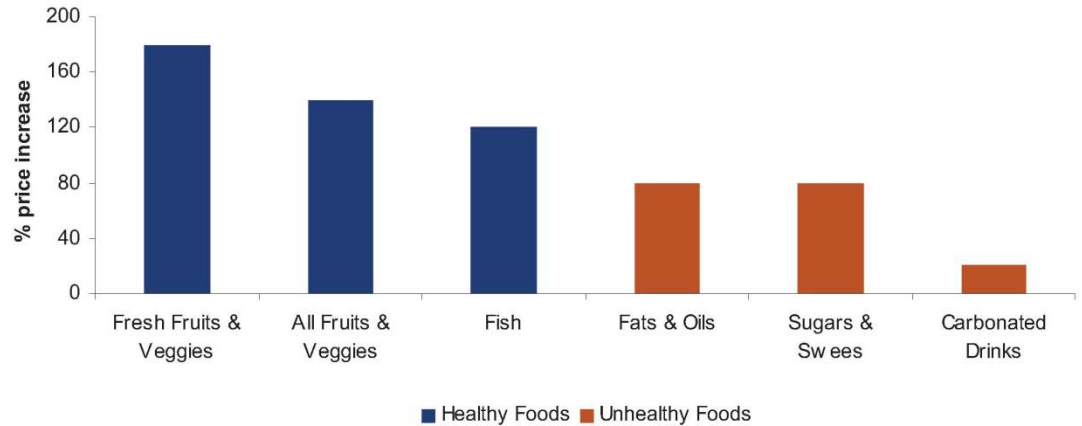
- El azúcar puede provocar hipertensión, resistencia a la insulina, triglicéridos altos, diabetes, y potencialmente problemas hepáticos que imitan los efectos del alcohol.
- Al igual que el tabaco y el alcohol, el azúcar tiene un impacto negativo en la sociedad. En costes sanitarios y pérdida de productividad debido a problemas de salud asociados con el síndrome metabólico, un grupo de enfermedades como la diabetes, hipertensión, problemas de lípidos, y la enfermedad cardiovascular.
- El azúcar se ha convertido en inevitable. El consumo del azúcar añadido (azúcar no natural) se ha triplicado en todo el mundo en los últimos 50 años. En muchas áreas del mundo, la gente consume 500 calorías al día sólo de azúcares añadidos .
- El azúcar amortigua la supresión de la grelina (una hormona que indica el hambre al cerebro), y codifica las señales y el transporte de la leptina, una hormona que produce una sensación de saciedad. El azúcar también reduce la señalización de la dopamina, lo que lleva a una disminución en el placer de consumo de alimentos. Eso obliga a la gente a comer más.



La clave está en el costes de la alimentación.

El coste de los alimentos saludables, como frutas y verduras, ha aumentado en EEUU casi un 200% en los últimos 30 años, mientras que los azúcares y dulces sólo han subido un 65% y las bebidas carbonatadas un 35%

Chart 30: Increased cost for various foods since 1983



Source: BofA Merrill Lynch Global Research, Finkelstein et al., as cited by Epstein et al.

Algunos estudios han mostrado que una dieta basura puede costar hasta 10 veces menos que una dieta saludable.

El marketing y la publicidad en los alimentos:

- Impera el marketing y la publicidad de los alimentos procesados menos saludables. Especialmente para los niños.
- Nuevas formas de marketing dirigido a los niños, incluidos promociones en línea y mensajes de texto fuera del control parental .
- Las cadenas de alimentación basura promocionan decisiones no saludables. Por ejemplo, los juguetes en los menú de hamburguesas.
- Se ofertan dosis y porciones distorsionantes. Por ejemplo, botella de 2 litros, y vasos de un litro.
- No se informa de las calorías de los menú.
- No se informa de los contenidos de grasas trans y grasas saturadas.

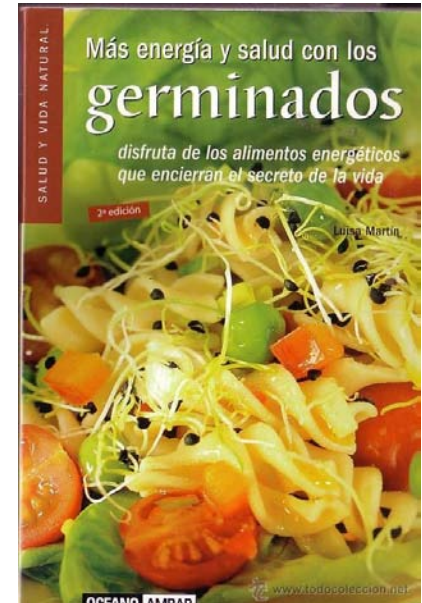
Tendencias sobre la lucha contra obesidad

Las multinacionales de la alimentación han promovido una **tendencia de cambio ante la amenaza de la obesidad**, y mantenerse a la vanguardia de la salud y el bienestar de los consumidores.

Las empresas de alimentos a nivel mundial están utilizando sus conocimientos técnicos y de I+D para invertir en la revisión de la calidad nutricional de sus carteras de alimentos.

Actualmente se está reformulando muchos de los productos en función de la salud y bienestar de las personas y la lucha contra la obesidad, basada en la reducción calórica, con los siguientes criterios

- Eliminación o reducción de ingredientes donde existen preocupaciones nutricionales, por ejemplo, sodio, grasas saturadas y grasas trans y azúcar.
- Reducción del tamaño de las porciones de los productos.
- Nuevas formulaciones alternativas basadas en bajos niveles de calorías, grasas, azúcar, sodio y sal.
- Adición de ingredientes sanos, saludables y naturales, tales como los cereales integrales, cereales, avena, legumbres, frutos secos, frutas y verduras y productos lácteos.
- Los alimentos enriquecidos con vitaminas, antioxidantes y otros ingredientes beneficiosos, incluida la fibra, calcio, omega 3, ácidos grasos esenciales, probióticos y prebióticos.



Buenas prácticas regulatorias sobre los alimentos:

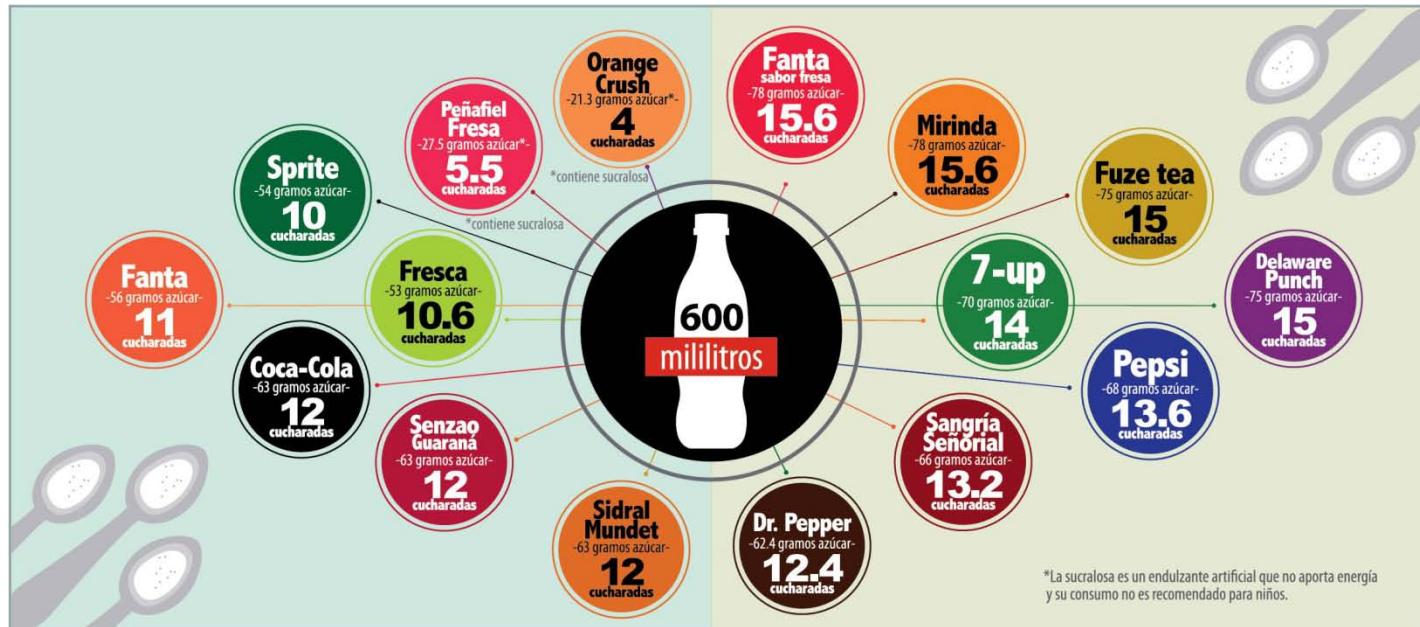
- Prohibición publicidad alimentos no saludables en medios de comunicación.
- Prohibición publicidad alimentos para niños inferiores a 12 años.
- Regulación de las grasas saturadas y trans.
- Establecimiento etiquetado productos con grasas trans.
- Prohibición de determinantes positivos en los alimentos no saludables. (Por ejemplo, los juguetes en las hamburguesas).
- Establecimiento de determinantes positivos en los alimentos saludables.
- Prohibición de dosis distorsionantes. Envasado y embotellado de dosis humanas saludables.
- Información de las calorías en los menú servidos en las cadenas de restauración.
- Establecimiento sistema de etiquetas de colores según contenido de grasa, grasa trans, azúcar y sal (Modelo inglés del semáforo: verde, naranja y rojo).
- Mecanismo de autorregulación industrial.

El consumo de grasas trans es perjudicial para la salud

4.- Establecimiento de impuestos por bebidas y comidas no saludables


Hay una demanda creciente de los especialistas en obesidad en establecer un impuesto “*tasa de la gordura*” “*fat tax*” como las introducidas por los gobiernos de Dinamarca, Finlandia, Francia y Hungría, y están estudiando en el Reino Unido y la ciudad de Nueva York.


En la práctica, un impuesto a la gordura es un impuesto o cargo adicional que se impone en los alimentos y bebidas que engordan con el fin de disminuir el consumo de los alimentos que están relacionados con la obesidad y compensar los costes de la obesidad.



Establecimiento de impuestos por bebidas y comidas no saludables

Los argumentos a favor y en contra:

 Sus defensores sostienen que tales impuestos actúan como un desincentivo a largo plazo, lo que limita la demanda de alimentos poco saludables. Los especialistas en obesidad en favor de dichos impuestos argumentan que la conducta alimentaria puede ser más sensible a los aumentos de precios que a la educación a la nutrición (Fuente: Horgen et al en Psicología de la Salud).

 Otros defienden la eliminación de los impuestos que gravan el consumo de alimentos no saludables. La industria de alimentos en gran parte argumenta que los impuestos no son eficaces, son injustos, y dañan la industria, lo que lleva a la pérdida de empleos.

La imposición de impuestos sobre la grasa plantea una serie de **retos que deben ser abordado**, entre ellas: determinar qué productos (alimentos y bebidas) son más adecuados; evitar innecesariamente gravar a los pobres (que gastan una mayor proporción de sus ingresos en alimentos); evitar los efectos perversos (es decir, la evidencia sugiere que gravar grasas saturadas podría aumentar la ingesta de sodio); y el hecho de que las otras regiones o países vecinos y socios comerciales no establezcan este tipo.

[Pide un tasa del 20% para mejorar la salud de la población](#): En mayo de 2012 un estudio del British Medical Journal sobre la base de una investigación de la obesidad en todo el mundo, centrada en los efectos sobre la salud de los impuestos sobre los alimentos, sostiene que los impuestos sobre los alimentos y bebidas no saludables tendrían que alcanzar al menos 20% del precio para tener un efecto significativo en las condiciones relacionadas con la dieta, tales como la obesidad y las enfermedades del corazón (Fuente: Mytton et al, BMJ). Idealmente, argumentan esto debería ser combinado con subsidios a los alimentos saludables, como frutas y verduras.

Establecimiento de impuestos por bebidas y comidas no saludables

Iniciativas sobre tasas por bebidas y comidas no saludables (I)

País	Estado Impuesto	característica
Dinamarca	Establecida	Introdujo en 2011 un impuesto a los alimentos que contengan más de 2,3% de grasas saturadas (carne, queso, mantequilla, aceites comestibles, margarina, para untar, bocadillos, etc). Los consumidores pagan 16 coronas (€ 2,15) por kg de grasa saturada en los alimentos nacionales e importados, que es equivalente a hasta un 30% más por un paquete de mantequilla, un 8% más por una bolsa de papas fritas, y un 7% más por un litro de aceite de oliva. Los ingresos tributarios se espera que sean más de € 200mn/año, y se espera que el consumo de grasas saturadas para reducir un 4%. Dinamarca también ha aumentado sus impuestos especiales sobre el chocolate, helados, bebidas azucaradas y golosinas en un 25% en 2010. Los daneses pagan un adicional de 16 coronas danesas por kg de grasa saturada.
Finlandia	Establecida	Ha introducido un impuesto sobre los productos de confitería, galletas, mientras que los bollos y pasteles quedaron exentos. El impuesto, previsto originalmente para ser fijado en casi 1€ /kg de producto, fue posteriormente reducido a € 0.75/kg. El impuesto especial vigente sobre los refrescos se elevó de 4.5 centavos a 7,5 centavos de dólar por litro.
Francia	Establecida	El impuesto sobre los refrescos entró en vigor en enero de 2012. El impuesto afecta tanto a las bebidas con azúcares añadidos y bebidas con artificial edulcorantes. Se fija en 7.16€ /hlitros (es decir € 0.072/litre o aproximadamente € 0.024 para una 33cl puede) para ambas categorías. Se paga por los fabricantes establecidos en Francia y los importadores. Se espera que el impuesto para generar ingresos en la región de € 280mn/año.
Estados Unidos	Establecida en diversos Estados y Ciudades	Varios Estados y ciudades han establecido impuestos de ventas sobre los refrescos, bocadillos y dulces. Sin embargo, ninguno de estos impuestos está diseñado explícitamente como un "impuesto a la gordura".

Establecimiento de impuestos por bebidas y comidas no saludables

Iniciativas sobre tasas por bebidas y comidas no saludables (II)

País	Estado tasa	característica
Hungría	Establecida	Introdujo un impuesto sobre los alimentos manufacturados seleccionados con altos niveles de azúcar, sal o contenido de cafeína. Bebidas azucaradas carbonatadas se encuentran entre los productos afectados por las nuevas medidas. Los húngaros tienen que pagar un impuesto del 10 forint (€ 0.037) en los alimentos con alto contenido de grasa, azúcar y contenido de sal, así como el aumento de los aranceles sobre los refrescos y el alcohol. Los ingresos anuales esperados de € 70mn se destinarán al Estado para los costes de la atención de la salud, incluidos los relacionados con la lucha contra la obesidad (18,8% tasa de obesidad del país frente a la media del 15,5% de la UE).
Polonia	En examen	El Gobierno de Polonia está sopesando los beneficios de un aumento de impuestos FAT o IVA sobre los alimentos poco saludables en Polonia. Actualmente el tipo impositivo del IVA es del 8% en la comida. La propuesta es aumentar la tasa de impuesto al 23% con el fin de disuadir a la gente de comer poco saludables alimentos. Polonia retiró su subvención a la grasa animal en los años 90 y las importaciones de aceite vegetal permitido, lo que llevó a una caída importante en la las tasas de mortalidad cardiovasculares.
Rumanía	En examen	Rumania también consideró en 2011 establecer un "impuesto a la gordura". Se pretendía evitar la expansión de las sodas, dulces y las grasas trans y hacer frente a la comida basura en términos generales. El ministro de Salud de Rumania Attila Cseke dijo que el impuesto sería "un porcentaje de la venta de productos de comida rápida", y que los ingresos se utilizaría "para aumentar los presupuestos de los programas de salud y las inversiones de fondos en la infraestructura del sistema." La idea fue despreciada después de que el gobierno consideró su potencial impacto en los consumidores, especialmente teniendo en cuenta el aumento de precios de los alimentos.
Reino Unido	En examen	David Cameron, el primer ministro, declaró en octubre de 2011 que el gobierno está considerando la introducción de un "impuesto a la gordura" ("Fat tax") para hacer frente a los creciente niveles de obesidad de Gran Bretaña. Aún no se ha adoptado una decisión definitiva.

Establecimiento de impuestos por bebidas y comidas no saludables

Investigaciones sobre el impacto de los impuestos en las bebidas azucaradas

Impuesto	Potencial Impacto	Fuente
Un impuesto del 1 %/onza en bebidas azucaradas	Puede reducir el consumo de los bebidas en un 25%.	Brownell et al en Nueva England Journal of Medicine
Un 10% “taza de obesidad”	Haría bajar las ventas de bebidas azucaradas y alentará a los consumidores a cambiar a alternativas más saludable.	British Journal of Nutritión 2011
35% de impuestos sobre las bebidas azucaradas (\$ 0,45 o 0,34€ por bebida) en un bar	Conduce a una disminución del 26% en las ventas.	Block et al., American Journal of Public Health
Un impuesto del 10% sobre sodas.	llevaría a una reducción del 7% en las calorías de las bebidas azucaradas.	Duffey et al in en Archives of Internal Medicine

Sin embargo, también hay evidencia de que los individuos obesos son menos sensibles a los cambios en el precio de los alimentos que los individuos de peso normal (Fuente: Epstein et al en la American Journal of Clinical Nutrition) Por otra parte, las tasas de obesidad continúan aumentando en algunas partes de los EE.UU. a pesar de los esfuerzos localizados para gravar los alimentos poco saludables y y bebidas azucarado en las escuelas

Tendencias sobre la lucha contra obesidad

7/8/2014

Médico crítico

Estudio	Magnitud del impuesto	Medida de resultados	Resultados en salud
Schroeter (2008)[ix]	C 10%	Peso corporal	Pérdida de 0.086kg en hombres y 0.091kg en mujeres.
Finkelstein (2010)[x]	EA 20%-40%	Ingesta energética	Reducción de 6.9-12.4cal/día
Lin B-H (2011)[xi]	20%	Ingesta energética	Reducción de: - Adultos: 33.9-46.8cal/día - Niños: 39.9-50.9cal/día
Chaloupka (2011)[xii]	FJ 1 céntimo de dólar por cada 28 gramos de bebida (penny-per-ounce)	Casos nuevos de diabetes. Peso corporal	Prevención 3.500 casos nuevos diabetes / año en EEUU Descenso 0.77kg
Andreyeva (2011)[xiii]	T 1 céntimo de dólar por cada 28 gramos de bebida (penny-per-ounce)	Ingesta energética	Reducción de 145-200cal/día
Wang CY (2012)[xiv]	1 céntimo de dólar por cada 28 gramos de bebida (penny-per-ounce)	Incidencia de diabetes	Reducción 2.6%
Dharmasena (2012) ⁷	S 20%	Peso corporal	Reducción de 0.70-1.57kg/primer año
Finkelstein (2013) ⁸	EA 20%	Peso corporal	0.725kg en el primer año. 1.315kg de forma acumulada.
Briggs (2013)[xv]	ADM 20%	Prevalencia de obesidad y sobrepeso	Reducción del 1.3% en la prevalencia de obesidad y del 0.9% en la prevalencia de sobrepeso.



Tabla 1. Resultados de los estudios incluidos en la revisión bibliográfica. Modificado y complementado de Rojas-Rueda D. Blog Médico Crítico

5.- Infraestructuras y comunidades saludable.

Las tendencias reflejan intensas intervenciones en el contexto de la configuración de los espacios humanos de convivencia, y en los procesos de movilidad, en base a la lucha contra el sedentarismo y la obesidad (especialmente en EE.UU y Europa Central):

- Fomento del traslado caminando y en bicicleta.
- Estímulos de los transportes públicos.
- Ampliación de los acerados y espacios para el peatón.
- Reducción del transporte rodado en los centros urbanos y espacio de alta densidad poblacional.
- Extensión de las zonas de paseo, juego, y convivencia humana libre de tráfico rodado.
- Ampliación de las zonas verdes, parques y zonas recreativas para la actividad física humana.
- Dotaciones de pabellones y equipamiento deportivo para el ejercicio físico.
- Nuevo rediseño inteligente de los planes urbanísticos que faciliten la convivencia humana de proximidad y la movilidad a pie o en bicicleta.
- Nueva distribución de los centros comerciales distribuidos en las zonas de alta densidad poblacional.
- Mercados comunitarios agrícolas, huertos familiares, fuentes de agua pública, etc..

Nuevas ciudades saludables luchan contra el sedentarismo y la epidemia de la obesidad.



6.- Prospectivas sobre nuevas medidas sobre la lucha contra la obesidad.

- a) Nuevos métodos tecnológicos de predicción de la obesidad.
- b) Testeo proactivo de actividad y consumo energético.
- c) Avances genéticos sobre nutrición humana: nutrigenética.
- d) Terapias inteligentes contra la obesidad: E-tiobe.
- e) Los avances de la neurociencia aplicados a la obesidad (los nudges).

Tendencias sobre la lucha contra obesidad

a) Nuevos métodos tecnológicos de predicción de la obesidad.



Detección digital de los riesgos metabólicos y obesidad

b) Testeo proactivo de actividad y consumo energético.

Múltiples censores y elementos digitales nos permiten monitorizar permanentemente nuestras constantes vitales, la actividades físicas llevadas a cabo, el consumo energético, así como los valores de la ingesta alimentaria. Los métodos digitales permiten controlar diariamente nuestro balanceo energético, y se muestran como un fiel aliado en la lucha contra la obesidad.



c) Avances genéticos sobre nutrición humana: nutrigenética y nutrigenómica.

Entre las causas de las diferencias individuales en la respuesta dietética, parece ser que el componente genético puede ser una clave importante.

Es decir el **conocimiento de las interacciones entre el genoma y los nutrientes a nivel molecular** parece ser el camino para identificar las diferentes respuestas a un nutriente o dieta.

La genómica nutricional estudia la interacción de los alimentos y sus componentes con el genoma de los individuos a nivel molecular, celular y sistémico. Su objetivo es utilizar la dieta para prevenir o tratar enfermedades. La genómica nutricional incluye dos términos: **la nutrigenómica y la nutrigenética**. La nutrigenética estudia el efecto de las variaciones genéticas de las personas sobre las interacciones entre la dieta y la enfermedad. La nutrigenómica estudia el efecto de los nutrientes sobre el genoma de las personas y sus variaciones.



NUTRIGENÉTICA
ADN para controlar su peso y mejorar su salud

- Dieta más personalizada y efectiva
- Inversión en salud
- Fácil y sin riesgo
- Seguro y confidencial
- Fiabilidad científica y técnica
- Válido para toda la vida

La nutrigenética: la alimentación personalizada

d) Terapias inteligentes contra la obesidad infantil: E-tiobe

Solución informática que motiva a los niños obesos a llevar un tratamiento adecuado, a la vez que favorece cambios en su estilo de vida.

Este novedoso sistema de e-terapia inteligente permite tomar datos de los pacientes y en función de estos ofrecer tratamientos personalizados. Para ello, utiliza las últimas tecnologías de inteligencia ambiental, entornos virtuales y agentes virtuales con los que se consigue poder personalizar los tratamientos de forma individual y aumentar la motivación y adherencia a los mismos.

Esto se consigue gracias a un novedoso sistema de sensorización que mediante tecnología microelectrónica permite captar variables fisiológicas del niño, así como de su actividad diaria. Por ejemplo, se puede conocer cuánto tiempo ha estado inactivo el niño, sentado o corriendo, así como su consumo calórico diario.

Esta experiencia está siendo desarrollada por el equipo de investigadores del Instituto LabHuman, perteneciente a la Universidad Politécnica de Valencia; el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario de Valencia; el Departamento de Psicología de la Universitat de València y la Jaume I de Castellón.



e) Los avances de la neurociencia aplicados a la obesidad (los nudges)

En los últimos años, la neurociencia y en especial la ciencia del comportamiento han proporcionado información muy valiosa sobre cómo nos comportamos y ha sugerido nuevas ideas de cómo podemos ayudar a las personas para realizar cambios en los comportamientos, por ejemplo, para mejorar su salud.

El informe Mindspace de la Oficina del Gobierno del Primer Ministro del Reino Unido ha sido un catalizador de los nudges (fomento de pequeños cambios de comportamientos) en la política sanitaria.

Dentro del acrónimo Mindspace, para trabajar sobre la obesidad, se valoran los siguientes aspectos:

- El papel de **Mensajero** (es preferible trabajar con personas de confianza , profesionales de la salud o educación que ofrecen información).
- El uso de **incentivos** (por ejemplo, proporcionando beneficios por los retos alcanzados).
- La importancia de la **prominencia** (por ejemplo, el momento del embarazo es un buen momento para hablar con las mujeres acerca de las implicaciones para la salud de su dieta y los niveles de actividad tanto para ellas mismos y para sus hijos).
- El uso de **compromisos**: por ejemplo, a través de nuestra colaboración con el programa LazyTown, que alentará los padres y los niños para hacer recíproco compromisos con los cambios más saludables.

8.- Resumen ejecutivo de las tendencias (I)

- 1.- Globesidad: el mundo se hace obeso, y la obesidad se convierte en la epidemia de salud pública del Siglo XXI.
- 2.- En los últimos 20 años la prevalencia de obesidad se ha duplicado, y se espera que en torno al año 2050 se vuelvan a duplicar. El 60% de los hombre y el 50% de las mujeres serán obesas en los países de la OCDE.
- 3.- Los niños y niñas serán los más afectados, en el escenario del año 2050 pasarán del 20% al 60% de obesos.
- 4.- Según los estudios de prospectivas las causas de la obesidad se perfilan con un carácter sistémico y ecológico configurando un Sistema de Mapa de Obesidad integrado por un conjunto de 108 variables interdependientes que determinan la condición de la obesidad de un individuo o grupo de personas.
- 5.- La multivariabilidad ecológica de las causas de la obesidad exigen una intervención multifactorial que incida en el amplio ecosistema de la obesidad.

8.- Resumen ejecutivo de las tendencias (II)

- 6.- La obesidad reporta consecuencias negativas para la salud física, psicosocial y funcional de las personas. E incide en un conjunto de enfermedades crónica. Se espera que aumente considerablemente las enfermedades coronarias, los ictus y las diabetes asociadas a la obesidad.
- 7.- A largo plazo, en escenarios del año 2060, el aumento de la obesidad tendrá un bajo nivel de impacto respecto a la esperanza de vida de la población.
- 8.- En las próximas décadas los costes de la obesidad seguirán creciendo a un ritmo del 3,6% anual: más enfermedades crónicas, mayor absentismo y menor productividad, y aparición de costes emergentes.
- 9.- La propagación mundial de la obesidad y el aumento resultante en las tasas de enfermedad crónica y otras afecciones graves amenazan en el futuro los sistemas de salud, las economías y las vidas individuales.
- 10.- Los condicionamientos educativos, sociales y étnicos alimentan la brecha de la obesidad, si bien a largo plazo la obesidad acaba atrapando a la mayor parte de la población, generándose una homogeneización social sobre la obesidad. Más obesos en todas las clases sociales, menos las mujeres de alto nivel económico.

8.- Resumen ejecutivo de las tendencias (III)

- 11.- A más crecimiento económico, más urbanización, más disponibilidad alimentaria y más sobrepeso y obesidad.
- 12.- Las estrategias para la prevención de la obesidad están cambiando, lejos de enfocarse sólo en el individuo evolucionan hacia un modelo ecológico para tratar las influencias ambientales y sociales en el comportamiento.
- 13.-El desarrollo de un marco estratégico regional de lucha contra la obesidad exige una intervención sistémica través del Mapa del Sistema de Obesidad (108 variables), intervenciones a diferentes niveles, acciones distribuidas en todo el ciclo de vida, conjugando una mezcla de iniciativas, facilitadoras y amplificadoras, y fijando planes a corto, mediano y largo plazo para el cambio.
- 14.- El éxito de una política antiobesidad dependerá del ejercicio de un fuerte liderazgo y voluntad política que deberán protagonizar los defensores de la salud pública, en búsqueda de consenso y alianza entre los diversos actores implicados en la lucha contra la obesidad.
- 15.- La política legislativa representa un instrumento capital en la lucha contra la obesidad, definiendo estrategias de prevención, influyendo en la disponibilidad y accesibilidad de los productos alimentarios y abordando los factores ecológicos y culturales que inciden en la obesidad.

8.- Resumen ejecutivo de las tendencias (IV)

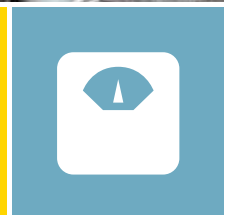
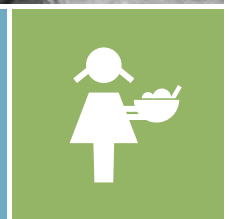
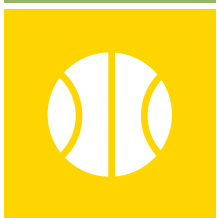
- 16.- Se evidencia que la lactancia materna se asocia con menores tasas de obesidad infantil.
- 17.- Los programas escolares están demostrando que dan resultados positivos en la prevención y la reducción de la obesidad.
- 18.- La fuerte tendencia a la inactividad, se espera que en la década de 2030 la mayor parte de los niños sean inactivos, se deberá combatir con programas que animen las actividades físicas de los menores.
- 19.- Actualmente consumimos 300 calorías/día más que hace 30 años, y sobrepasamos en 600 calorías/día las recomendadas. Se consume más grasas, azúcar, soda y zumos de lo deseable, las porciones de comidas son superiores a las recomendadas y se come en muchas ocasiones fuera de casa. Y además, en general se ha reducido la ingesta de frutas, verduras y pescados.
- 20.- Las comunidades e individuos que comen más frutas y verduras son menos proclive a la obesidad. En cambio, los territorios con más restaurantes de comida basura soportan mayores tasas de prevalencia de obesidad.

8.- Resumen ejecutivo de las tendencias (V)

- 21.- El coste de los alimentos saludables, como frutas y verduras, ha aumentado considerablemente en los últimos 30 años, mientras que el de los azúcares y dulces y las bebidas carbonatadas lo han hecho moderadamente. Una comida basura puede llegar a costar hasta 10 veces más que una comida saludable.
- 22.- Impera el marketing y la publicidad de los alimentos procesados menos saludables, especialmente para los niños. Si bien, las multinacionales de la alimentación están promoviendo una tendencia de cambio ante la amenaza de la obesidad.
- 23.- Hay una demanda creciente de los especialistas en obesidad en establecer un impuesto “fat tax” sobre los alimentos y bebidas que engordan, con la finalidad de disminuir su consumo. Los gobiernos de Dinamarca, Francia, Finlandia, Hungría ya la han fijado.
- 24.- Las tendencias reflejan intensas intervenciones en el contexto de la configuración de los espacios humanos de convivencia, y en los procesos de movilidad, en base a la lucha contra el sedentarismo y la obesidad (especialmente en EE.UU y Europa Central).
- 25.- Están surgiendo múltiples métodos tecnológicos de predicción y control de la obesidad.

INFORME DE LA COMISIÓN PARA

ACABAR CON LA OBESIDAD INFANTIL



INFORME DE LA COMISIÓN PARA

ACABAR CON LA OBESIDAD INFANTIL

Catalogación por la Biblioteca de la OMS.

Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil.

1. Obesidad Pediátrica – prevención y control. 2. Niño. 3. Conducta Alimentaria. 4. Hábitos Alimenticios. 5. Ejercicio. 6. Dieta. 7. Promoción de la Salud. 8. Programas Nacionales de Salud. 1. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 351006 4

(Clasificación NLM: WS 130)

© **Organización Mundial de la Salud, 2016**

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int).

Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland

Diseño y maquetación: blossoming.it

ÍNDICE

- v** **Glosario y definiciones**
- vi** **Resumen de orientación**
- 2** **Introducción**
- 8** **Principios rectores**
- 12** **Objetivos estratégicos**
- 16** **Recomendaciones**
- 33** **Actuaciones y responsabilidades para la aplicación de las recomendaciones**
- 38** **Seguimiento y rendición de cuentas**
- 40** **Conclusiones**
- 42** **Bibliografía**
- 46** **ANEXO 1:** Comisión para acabar con la obesidad infantil
- 48** **ANEXO 2:** Miembros de la Comisión



GLOSARIO Y DEFINICIONES

ALIMENTOS MALSANOS

Alimentos altos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal (es decir, alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional).

ALIMENTOS SANOS

Alimentos que contribuyen a una dieta sana si se consumen en cantidades adecuadas.¹

ENTORNO OBESOGÉNICO

Entorno que fomenta la ingesta calórica elevada y el sedentarismo. Se tienen en cuenta los alimentos disponibles, asequibles, accesibles y promocionados; las oportunidades para practicar una actividad física; y las normas sociales en relación con la alimentación y la actividad física.

IMC

Índice de masa corporal = peso (kg)/estatura (m)²

IMC para la edad

IMC con ajuste según la edad, normalizado para la población infantil.

LACTANTES

Los menores de 12 meses.

NIÑOS

Los menores de 18 años.²

NIÑOS PEQUEÑOS

Los menores de 5 años.

OBESIDAD

Desde el nacimiento hasta los 5 años: peso para la estatura con más de 3 desviaciones típicas (DT) por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.³

Desde los 5 hasta los 19 años: IMC para la edad con más de 2 DT por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.⁴

SOBREPESO

Desde el nacimiento hasta los 5 años: peso para la estatura con más de 2 desviaciones típicas (DT) por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.³

Desde los 5 hasta los 19 años: IMC para la edad con más de 1 DT por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.⁴

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>.

² Convención sobre los Derechos del Niño, Treaty Series, 1577:3(1989): en el artículo 1 de la PARTE I se define niño como «todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad». La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adolescentes como la población que tiene entre 10 y 19 años de edad. Por tanto, la mayoría de los adolescentes se incluyen en la definición de «niño» basada en la edad adoptada en la Convención sobre los Derechos del Niño, a saber, persona menor de 18 años.

³ http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/.

⁴ http://www.who.int/nutrition/publications/growthref_who_bulletin/en/. Las nuevas curvas se ajustan estrechamente a los patrones de crecimiento infantil de la OMS a los 5 años, y a los valores de corte para el sobrepeso y la obesidad recomendados en adultos a los 19 años. A fin de ofrecer una referencia apropiada para el grupo etario de 5-19 años se rellenan los huecos en las curvas de crecimiento.

RESUMEN DE ORIENTACIÓN

La obesidad infantil está tomando proporciones alarmantes en muchos países y supone un problema grave que se debe abordar con urgencia. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por las Naciones Unidas en 2015, la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles se consideran prioridades básicas. Entre los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles, la obesidad suscita especial preocupación, pues puede anular muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido a la mejora de la esperanza de vida.

La prevalencia de la obesidad entre los lactantes, los niños y los adolescentes va en aumento en todo el mundo. Si bien en algunos entornos las tasas se han estabilizado, en cifras absolutas hay más niños con sobrepeso y obesidad en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos. La obesidad puede afectar a la salud inmediata de los niños, al nivel educativo que puede alcanzar y a la calidad de vida. Los niños con obesidad tienen muchas probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y corren el riesgo de sufrir enfermedades crónicas.

Los progresos en la lucha contra la obesidad infantil han sido lentos e irregulares. En 2014 se

estableció la Comisión para acabar con la obesidad infantil a fin de que examinara los mandatos y estrategias existentes y los ampliara para resolver carencias. Tras mantener consultas con más de 100 Estados Miembros de la OMS y examinar casi 180 comentarios en línea (véase el anexo 1), la Comisión ha elaborado un conjunto de recomendaciones para combatir con eficacia la obesidad en la infancia y la adolescencia en diferentes contextos mundiales.

Muchos niños crecen actualmente en un entorno obesogénico que favorece el aumento de peso y la obesidad. El desequilibrio energético se debe a los cambios en el tipo de alimentos y en su disponibilidad, asequibilidad y comercialización, así como al descenso en la actividad física, pues se ha incrementado el tiempo dedicado a actividades de recreo sedentarias y que suponen estar ante una pantalla. Las respuestas conductuales y biológicas de un niño ante un entorno obesogénico pueden estar determinadas por procesos anteriores incluso a su nacimiento, lo que empuja a un número cada vez mayor de niños hacia la obesidad si siguen una dieta malsana y realizan poca actividad física.

Ninguna intervención por sí misma puede frenar la creciente epidemia de obesidad. Para combatir la

obesidad en la infancia y la adolescencia es necesario examinar el contexto ambiental y los tres periodos cruciales del curso de vida: la pregestación y el embarazo; la lactancia y la primera infancia; y los años posteriores de la infancia y la adolescencia. Además, es importante tratar a los niños que ya son obesos, por su propio bienestar y por el de sus descendientes.

La prevención y el tratamiento de la obesidad exige un enfoque en el que participen todas las instancias gubernamentales y en el que las políticas de todos los sectores tengan en cuenta sistemáticamente la salud, eviten los efectos sanitarios nocivos y, por tanto, mejoren la salud de la población y la equidad en el ámbito sanitario.

La Comisión ha elaborado un conjunto exhaustivo e integrado de recomendaciones para combatir la obesidad infantil y hace un llamamiento a los gobiernos para que tomen la iniciativa y a todas las partes interesadas para que reconozcan su responsabilidad moral de actuar en nombre de los niños para reducir el riesgo de obesidad. Las recomendaciones se presentan en las secciones que figuran a continuación.

PROMOVER EL CONSUMO DE ALIMENTOS SALUDABLES

CONTROL DE PESO

PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA



LA SALUD, LA NUTRICIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

ATENCIÓN PREGESTACIONAL Y PRENATAL

DIETA Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PRIMERA INFANCIA

RECOMENDACIONES



APLICAR PROGRAMAS INTEGRALES QUE PROMUEVAN LA INGESTA DE ALIMENTOS SANOS Y REDUZCAN LA INGESTA DE ALIMENTOS MALSANOS Y BEBIDAS AZUCARADAS ENTRE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

- 1.1** Garantizar la elaboración de información y directrices sobre nutrición adecuadas y adaptadas a contextos específicos, tanto para adultos como para niños, y su difusión por medios sencillos, comprensibles y accesibles para todos los grupos de la sociedad.
- 1.2** Establecer un impuesto eficaz sobre las bebidas azucaradas.
- 1.3** Aplicar el Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, con objeto de reducir la exposición de los niños y los adolescentes a la promoción e influencia de los alimentos malsanos.
- 1.4** Elaborar perfiles de nutrientes para identificar los alimentos y bebidas malsanos.
- 1.5** Impulsar la cooperación entre los Estados Miembros para reducir los efectos de la promoción transfronteriza de bebidas y alimentos malsanos.
- 1.6** Poner en marcha un sistema mundial normalizado de etiquetado de nutrientes.
- 1.7** Poner en marcha un etiquetado del frente del envase fácil de interpretar, apoyado en la educación del público para que tanto los adultos como los niños tengan conocimientos básicos en materia de nutrición.
- 1.8** Exigir que en entornos como escuelas, centros de cuidados infantiles e instalaciones y eventos deportivos frecuentados por niños se creen ambientes de alimentación sana.
- 1.9** Incrementar el acceso a alimentos sanos en grupos de población desfavorecidos.



APLICAR PROGRAMAS INTEGRALES QUE PROMUEVAN LA ACTIVIDAD FÍSICA Y REDUZCAN LOS COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

2.1 Facilitar orientaciones dirigidas a niños y adolescentes, y a progenitores, cuidadores, profesores y profesionales de la salud, sobre la talla corporal saludable, los buenos hábitos de actividad física y sueño y el uso adecuado de programas lúdicos que suponen estar ante una pantalla.

2.2 Velar por que en las escuelas y los espacios públicos haya instalaciones donde todos los niños (incluidos los niños con discapacidades) puedan participar en actividades físicas en las horas de recreo, con la provisión de espacios para uno u otro sexo cuando sea apropiado.



INTEGRAR Y FORTALECER LAS ORIENTACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES CON LAS PAUTAS ACTUALES PARA LA ATENCIÓN PREGESTACIONAL Y PRENATAL A FIN DE REDUCIR EL RIESGO DE OBESIDAD INFANTIL.

3.1 Diagnosticar y tratar la hiperglucemia y la hipertensión durante la gestación.

3.2 Supervisar y controlar el aumento de peso durante la gestación para que sea adecuado.

3.3 Hacer hincapié en la importancia de una nutrición adecuada en las orientaciones y los consejos dirigidos a las futuras madres y padres antes del embarazo y durante el mismo.

3.4 Elaborar orientaciones y materiales de apoyo claros para promocionar una buena nutrición, dietas sanas y actividad física, y evitar el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otros productos tóxicos, así como la exposición a tales productos.



OFRECER ORIENTACIONES Y APOYO AL ESTABLECIMIENTO DE UNA DIETA SANA Y DE PAUTAS DE SUEÑO Y DE ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE LA PRIMERA INFANCIA A FIN DE QUE LOS NIÑOS CREZCAN DE FORMA ADECUADA Y ADQUIERAN HÁBITOS SALUDABLES.

- 4.1** Aplicar medidas normativas como el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y las posteriores resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.
- 4.2** Velar por que todos los servicios de maternidad practiquen plenamente los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural.
- 4.3** Promover las ventajas de la lactancia natural para la madre y el niño mediante actividades educativas de amplia cobertura dirigidas a los progenitores y a la comunidad en general.
- 4.4** Prestar apoyo a las madres para que puedan amamantar, en forma de medidas normativas como la concesión de licencia por maternidad y de instalaciones y tiempo para la lactancia en el lugar de trabajo.
- 4.5** Elaborar reglas sobre la promoción de bebidas y alimentos complementarios, en consonancia con las recomendaciones de la OMS, para limitar el consumo por parte de lactantes y niños pequeños de alimentos y bebidas con elevado contenido de grasa, azúcar y sal.
- 4.6** Proporcionar orientaciones claras y apoyo a los cuidadores para evitar determinados tipos de alimentos (por ejemplo, las leches y jugos de frutas azucarados o los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional) a fin de prevenir un aumento de peso excesivo.
- 4.7** Proporcionar orientaciones claras y apoyo a los cuidadores para alentar el consumo de una amplia variedad de alimentos sanos.
- 4.8** Proporcionar orientaciones a los cuidadores sobre la nutrición y la dieta adecuadas y el tamaño apropiado de las porciones para este grupo etario.
- 4.9** Velar por que en los centros o instituciones oficiales de cuidados infantiles se sirvan solamente alimentos, bebidas y refrigerios sanos.
- 4.10** Velar por que en los centros o instituciones oficiales de cuidados infantiles se incorporen al plan de estudios actividades de educación o de conocimientos sobre la alimentación.
- 4.11** Velar por que en los centros o instituciones oficiales de cuidados infantiles se incorpore la actividad física al plan de estudios y a las tareas diarias.
- 4.12** Ofrecer orientaciones sobre el tiempo que conviene que el grupo etario de 2 a 5 años dedique al sueño, a actividades sedentarias o que suponen estar ante una pantalla, y a la actividad física o al juego activo.
- 4.13** Lograr el apoyo de toda la comunidad para que los cuidadores y los centros de cuidados infantiles fomenten un tipo de vida sano en los niños pequeños.



APLICAR PROGRAMAS INTEGRALES QUE PROMUEVAN ENTORNOS ESCOLARES SALUDABLES, CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN MATERIA DE SALUD Y NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EDAD ESCOLAR.

- 5.1** Establecer normas para las comidas que se ofrecen en las escuelas, o para los alimentos y las bebidas que se venden en ellas, que cumplan las directrices sobre una nutrición sana.
- 5.2** Eliminar en entornos escolares el suministro o la venta de alimentos malsanos, como las bebidas azucaradas y los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.
- 5.3** Garantizar el acceso a agua potable en las escuelas y los centros deportivos.
- 5.4** Exigir que se incluyan actividades educativas sobre nutrición y salud en el plan de estudios básico de las escuelas.
- 5.5** Mejorar los conocimientos básicos y competencias de los progenitores y los cuidadores en materia de nutrición.
- 5.6** Ofrecer clases sobre preparación de alimentos a los niños, sus progenitores y cuidadores.
- 5.7** Incluir en el plan de estudios de las escuelas una educación física de calidad y ofrecer personal e instalaciones adecuadas y pertinentes a tal efecto.



OFRECER A NIÑOS Y JÓVENES CON OBESIDAD SERVICIOS PARA EL CONTROL DEL PESO CORPORAL QUE REÚNAN DIVERSOS COMPONENTES Y SE CENTREN EN LA FAMILIA Y EN LA MODIFICACIÓN DEL TIPO DE VIDA.

- 6.1** Preparar y poner en marcha servicios adecuados para el control del peso dirigidos a niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad que reúnan diversos componentes (en concreto nutrición, actividad física y apoyo psicosocial), se centren en la familia y corran a cargo de equipos integrados por varios profesionales con formación y recursos adecuados, como parte de la cobertura sanitaria universal.

ACTUACIONES Y RESPONSABILIDADES PARA LA APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

ACTUACIONES Y RESPONSABILIDADES DE:

OMS

- A** Institucionalizar un enfoque transversal y que contemple el curso de vida para acabar con la obesidad infantil en las diferentes esferas técnicas pertinentes de la sede de la OMS, y las oficinas regionales y de país.
 - B** Elaborar, en consulta con los Estados Miembros, un marco para aplicar las recomendaciones de la Comisión.
 - C** Fortalecer la capacidad para ofrecer apoyo técnico a las actuaciones destinadas a acabar con la obesidad infantil en el plano mundial, regional y nacional.
 - D** Apoyar a los organismos internacionales, los gobiernos nacionales y las partes interesadas pertinentes para que, a partir de los compromisos existentes, velen por la aplicación en el plano mundial, regional y nacional de las actuaciones pertinentes para acabar con la obesidad infantil.
 - E** Promover las investigaciones de colaboración que tengan por objeto acabar con la obesidad infantil y se centren en un enfoque que contemple el curso de vida.
 - F** Informar sobre los progresos alcanzados en el objetivo de acabar con la obesidad infantil.
-

Organizaciones internacionales

- A** Cooperar en la creación de capacidad y en la ayuda a los Estados Miembros para combatir la obesidad infantil.
-

Estados Miembros

- A** Asumir el objetivo como propio, ofrecer liderazgo y comprometerse políticamente a combatir la obesidad infantil a largo plazo.
- B** Coordinar las contribuciones de todos los sectores gubernamentales e instituciones que definen las políticas, incluidos, entre otros, los siguientes: educación; alimentación y agricultura; comercio e industria; desarrollo; finanzas y recaudación; deportes y recreación; comunicación; planificación ambiental y urbanística; transportes y asuntos sociales; y comercio.
- C** Garantizar que se recogen datos sobre el IMC de los niños por edades -en particular para las edades en las que actualmente no se lleva a cabo un seguimiento- y establecer metas nacionales sobre la obesidad infantil.
- D** Elaborar directrices, recomendaciones o medidas normativas que alienten debidamente a los sectores pertinentes -en particular el sector privado, si procede- para que pongan en marcha las actuaciones destinadas a reducir la obesidad infantil que se indican en el presente informe.

Organizaciones no gubernamentales

A

Resaltar la importancia de prevenir la obesidad infantil mediante actividades de promoción y la difusión de información.

B

Persuadir a los consumidores para que exijan a los gobiernos que tomen medidas en pro de un tipo de vida saludable, y que la industria de los alimentos y bebidas no alcohólicas ponga al alcance del público productos sanos y se abstenga de dirigir a los niños propaganda para la venta de alimentos y bebidas azucaradas perjudiciales para la salud.

C

Contribuir a la elaboración y aplicación de un mecanismo de seguimiento y rendición de cuentas.

Sector privado

A

Apoyar la producción de alimentos y bebidas no alcohólicas que contribuyen a una dieta sana, y facilitar el acceso a ellos.

B

Facilitar el acceso y participación en actividades físicas.

Fundaciones filantrópicas

A

Reconocer que la obesidad infantil pone en peligro la salud de los niños y el nivel educativo que pueden alcanzar, y abordar este importante problema.

B

Movilizar fondos en apoyo de la investigación, la creación de capacidad y la prestación de servicios.

Instituciones académicas

A

Resaltar la importancia de prevenir la obesidad infantil mediante la difusión de información y su incorporación en los planes de estudio pertinentes.

B

Subsanar las deficiencias en los conocimientos con datos científicos que apoyen la aplicación de políticas.

C

Apoyar el seguimiento y la rendición de cuentas.

El principal obstáculo para progresar en la reducción de la obesidad infantil es la falta de compromiso político y que los gobiernos y otros agentes no asuman el problema como propio, no ofrezcan liderazgo ni pongan en marcha las actuaciones necesarias.

Los gobiernos deben invertir en sólidos sistemas de seguimiento y

rendición de cuentas para vigilar la prevalencia de la obesidad infantil. Esos sistemas son cruciales, puesto que proporcionan datos para la formulación de políticas y ofrecen pruebas de los efectos y la eficacia de las intervenciones.

La Comisión quisiera subrayar la importancia y necesidad de combatir un problema tan complejo como el

de la obesidad infantil. La OMS, las organizaciones internacionales y sus Estados Miembros, así como los agentes no estatales, tienen una función crucial que desempeñar para aprovechar el impulso y garantizar que todos los sectores mantengan su compromiso de colaboración para llegar a una conclusión positiva.



OBJETIVOS DE LA COMISIÓN

Los objetivos generales de la Comisión para acabar con la obesidad infantil son los siguientes: proporcionar recomendaciones normativas a los gobiernos para evitar que los lactantes, los niños y los adolescentes sufran obesidad, y detectar y tratar la obesidad preexistente en los niños y los adolescentes.

Sus fines son reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad debidas a las enfermedades no transmisibles, atenuar los efectos psicosociales negativos de la obesidad tanto en la infancia como en la edad adulta y limitar el riesgo de que la siguiente generación sufra obesidad.

INTRODUCCIÓN

La epidemia de obesidad podría anular muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido al aumento de longevidad en el mundo. Se estima que, en 2014, 41 millones de niños menores de 5 años presentaban sobrepeso u obesidad (1) (definidos como la proporción de niños que presentan valores tipificados de peso para la estatura con más de 2 DT y más de 3 DT, respectivamente, con respecto a la mediana establecida en los patrones de crecimiento de la OMS (2)). En la figura 1 se muestra la prevalencia mundial de niños menores de 5 años con sobrepeso. En África, el número de niños con sobrepeso u obesos casi se ha duplicado desde 1990, al haber pasado de 5,4 millones a 10,3 millones. En 2014, de los menores de 5 años con sobrepeso, el 48% vivía en Asia y el 25% en África (1). Si bien en algunos entornos la prevalencia de la obesidad en lactantes, niños y adolescentes se ha estabilizado, en cifras absolutas hay más niños con sobrepeso y obesidad en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos (3). En la figura 2 se muestra la prevalencia mundial de sobrepeso por región

de la OMS y por grupo de ingresos del Banco Mundial. Los datos sobre prevalencia entre niños más mayores y adolescentes están actualmente en fase de verificación y la OMS los publicará en 2016. Hasta la fecha, los progresos en la lucha contra la obesidad infantil han sido lentos e irregulares (4).

Un número cada vez mayor de niños van camino de ser obesos, incluso antes de nacer. Niños que todavía no han llegado al umbral del índice de masa corporal (IMC) para la edad que se corresponde con la actual definición de obesidad o sobrepeso infantil puede que corran un mayor riesgo de ser obesos. Mediante las recomendaciones recogidas en el presente informe se trata también de dar respuesta a las necesidades de esos niños. La desnutrición en la primera infancia hace que los niños corran un riesgo especialmente alto de ser obesos cuando las pautas de alimentación y de actividad física cambian.

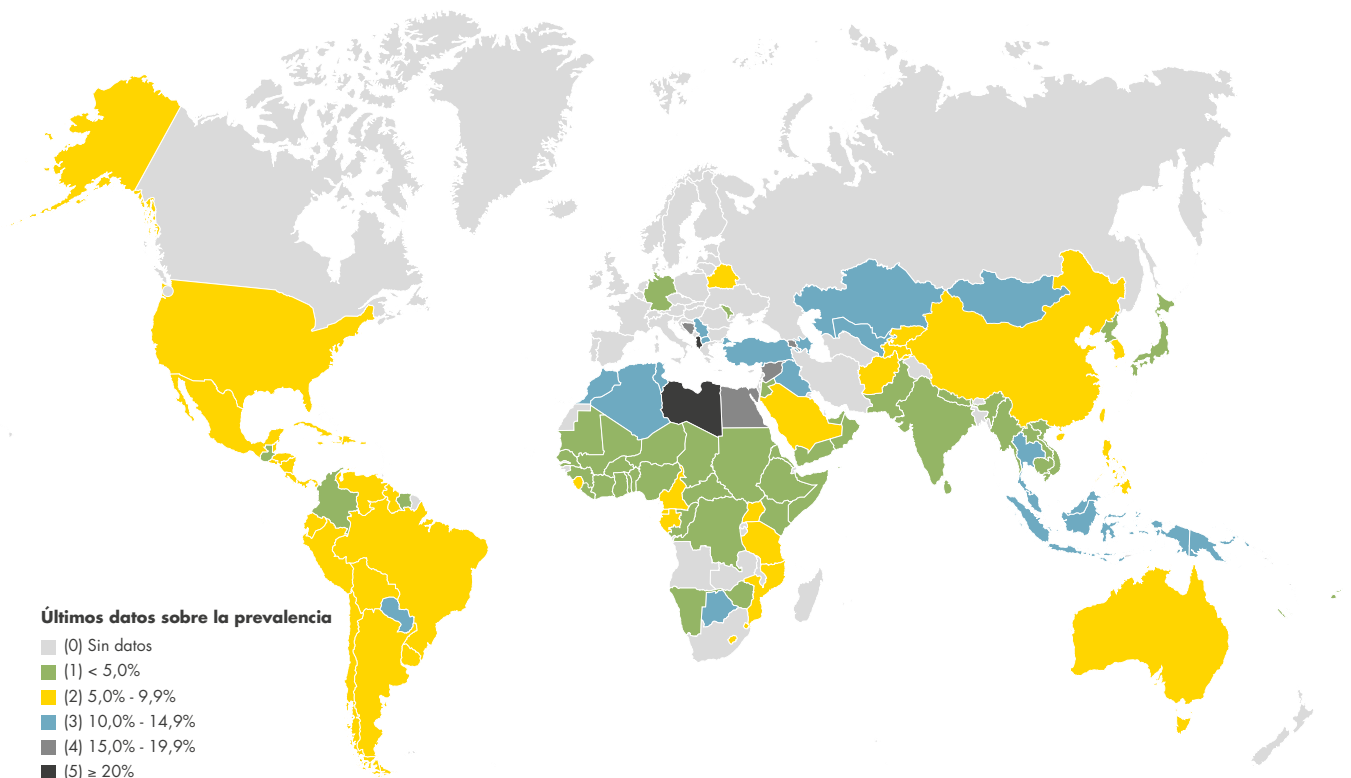
Actualmente, muchos países se enfrentan a la carga de la malnutrición en todas sus formas, con tasas crecientes de obesidad infantil y tasas elevadas de desnutrición y

retraso del crecimiento. Muchas veces se subestima la obesidad infantil como problema de salud pública en aquellos entornos en los que, por razones culturales, se considera a menudo que un niño con sobrepeso es un niño sano.

En los países de ingresos altos, los riesgos de obesidad infantil más altos se encuentran en los grupos socioeconómicos más bajos. Si bien actualmente ocurre lo contrario en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, la situación está cambiando. Dentro de un mismo país, ciertos subgrupos de la población, como los niños migrantes o indígenas, corren un riesgo especialmente alto de ser obesos (5), debido a la rápida transculturación y el acceso deficiente a información de salud pública. A medida que los países pasan por rápidas transiciones de índole socioeconómica o nutricional, se encuentran ante una doble carga en la que coexisten una nutrición inadecuada y un aumento de peso excesivo (6).

La obesidad se deriva de una conjunción de factores: la exposición del niño a un entorno malsano (llamado con frecuencia

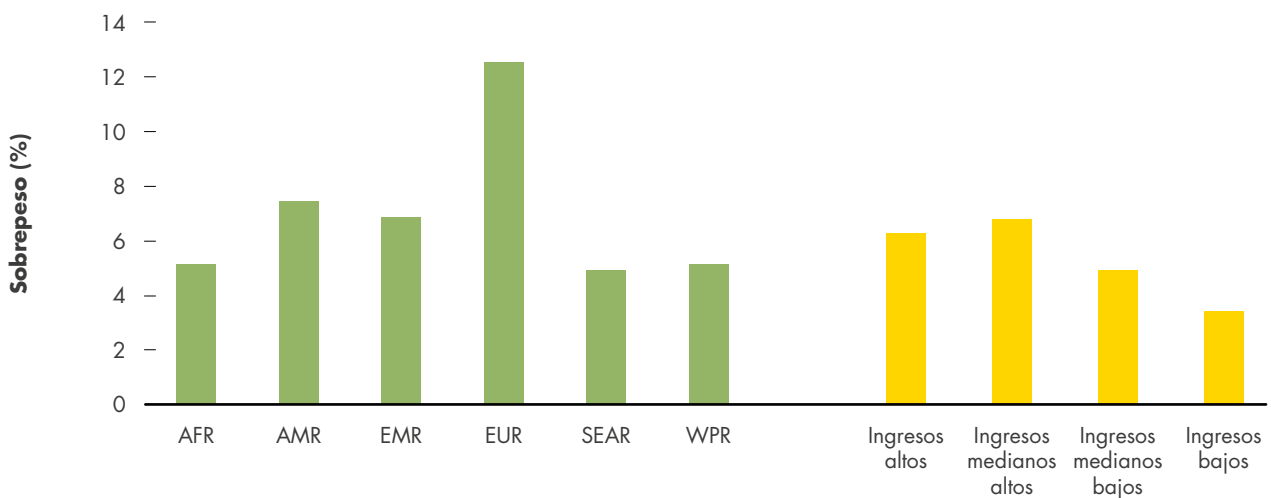
**FIGURA 1:
PREVALENCIA DEL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS NORMALIZADA POR EDADES,
ESTIMACIONES COMPARABLES, 2014**



Las denominaciones empleadas en este mapa y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas de puntos representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo. Todos los derechos reservados. Copyright – OMS 2015.

Fuente: Herramienta de seguimiento (<http://www.who.int/nutrition/trackingtool>)

**FIGURA 2:
PREVALENCIA DEL SOBREPESO EN MENORES DE 5 AÑOS, POR REGIÓN DE LA OMS Y POR
GRUPO DE INGRESOS DEL BANCO MUNDIAL, ESTIMACIONES COMPARABLES, 2014**



AFR=Región de África, AMR=Región de las Américas, SEAR=Región de Asia Sudoriental, EUR=Región de Europa, EMR=Región del Mediterráneo Oriental, WPR=Región del Pacífico Occidental

Fuente: UNICEF, OMS, Banco Mundial. Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, Nueva York; OMS, Ginebra; Banco Mundial, Washington, D.C.; 2015).

entorno obesogénico (7)) y las respuestas conductuales y biológicas inadecuadas a ese entorno. Esas respuestas varían de una persona a otra y reciben una fuerte influencia de factores vinculados con el desarrollo o el curso de vida.

Muchos niños crecen actualmente en entornos que favorecen el aumento de peso y la obesidad. Como resultado de la mundialización y la urbanización, la exposición a entornos obesogénicos va en aumento tanto en los países de ingresos altos como en los de ingresos bajos y medianos y en todos los grupos socioeconómicos. Los cambios en el tipo de alimentos y su disponibilidad, y el descenso en la actividad física para los desplazamientos o los juegos, han desembocado en un desequilibrio energético. Los niños están expuestos a alimentos ultraprocesados de alto contenido calórico y bajo valor nutricional que son baratos y fáciles de conseguir. Se han reducido las oportunidades de participar en actividades físicas en la escuela y en otros lugares, y ha aumentado el tiempo dedicado a actividades de recreo sedentarias y que suponen estar ante una pantalla.

Los valores y normas culturales influyen en la percepción de lo que constituye un peso corporal saludable o deseable, especialmente en los lactantes, los niños pequeños y las mujeres. En algunos entornos, el sobrepeso y la obesidad están pasando a ser normas sociales y, por ende, contribuyen a perpetuar el entorno obesogénico.

El riesgo de obesidad puede pasarse de una generación a la siguiente, como consecuencia de factores conductuales y/o biológicos. Las influencias conductuales perduran entre generaciones, puesto que los hijos heredan el nivel socioeconómico, los comportamientos y normas culturales y los hábitos familiares alimentarios y de práctica de actividad física.

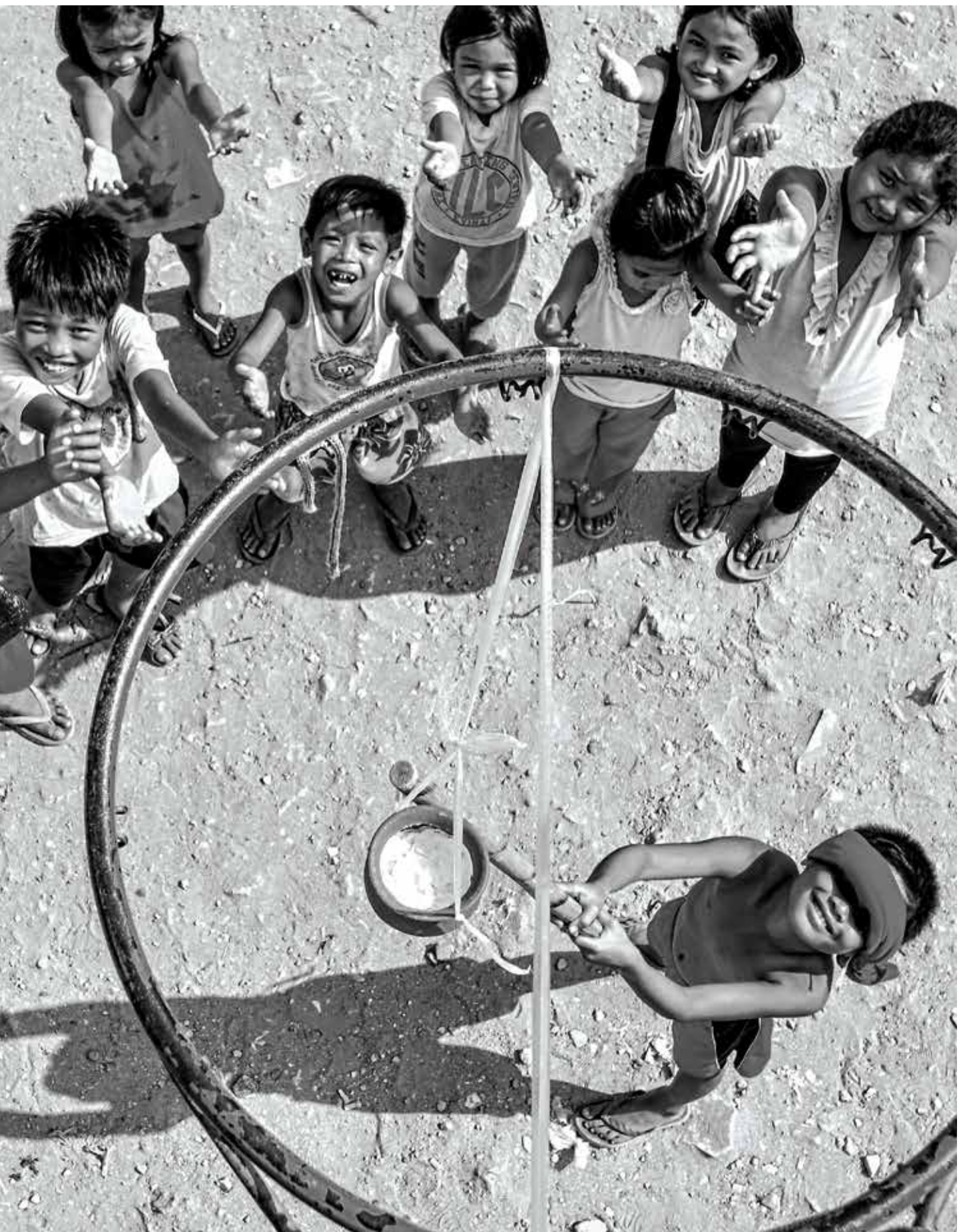
Los factores biológicos pueden llevar a un incremento del riesgo de obesidad en los niños por dos vías que inciden en el desarrollo:

i) La vía de la «discordancia». Se deriva de la malnutrición —en ocasiones sutil— durante el desarrollo fetal y en la primera infancia, debida, por ejemplo, a deficiencias en la nutrición materna o a la insuficiencia

10,3 MILLONES

En África, el número de niños con sobrepeso u obesos casi se ha duplicado desde 1990, al haber pasado de 5,4 millones a 10,3 millones.





placentaria. El medio ambiente influye por procesos subyacentes en la función de los genes (efectos epigenéticos) que no se manifiestan necesariamente en medidas como el peso al nacer (8). Los niños que han sufrido desnutrición y que nacieron con bajo peso o son pequeños para su edad (retraso del crecimiento), corren riesgos muy superiores de sufrir sobrepeso y obesidad si en etapas posteriores de la vida siguen dietas de alto contenido calórico y un tipo de vida sedentario. Los intentos de tratar la desnutrición y el retraso del crecimiento durante la infancia de esos niños pueden haber provocado consecuencias no deseadas como un mayor riesgo de obesidad.

ii) La vía del desarrollo. Se caracteriza por que la madre inicia la gestación con obesidad o diabetes preexistente, o sufre diabetes

gestacional. Ello predispone al niño a la acumulación de depósitos de grasa debido a la enfermedad metabólica y la obesidad. Esa vía puede conllevar también procesos epigenéticos. Según investigaciones recientes, la obesidad del padre también puede contribuir a un mayor riesgo de obesidad en el niño (9), probablemente por mecanismos epigenéticos. Una alimentación inadecuada del lactante en sus primeros meses también afecta a la biología del desarrollo del niño. Con intervenciones adecuadas antes y durante la gestación y en el primer año de vida pueden prevenirse algunos de estos efectos, pero es posible que no puedan revertirse una vez transcurrido un periodo crucial de desarrollo. Puesto que muchas mujeres no consultan a un profesional de la salud hasta el final del primer trimestre, es esencial fomentar el

conocimiento de la importancia de comportamientos saludables en adolescentes y hombres y mujeres jóvenes antes de la concepción y en las primeras etapas del embarazo.

El sobrepeso y la obesidad no tienen valores de corte absolutos y muchos niños van camino de ser obesos aunque se encuentren dentro de las tasas normales de su IMC para la edad. Además, las consecuencias para la salud del sobrepeso y la obesidad son continuas y pueden afectar a la calidad de vida del niño antes de alcanzar los valores de corte del IMC para la edad. En la distribución del IMC se registra la tendencia a una mayor acumulación de grasa corporal y menos masa muscular magra que en generaciones anteriores (10). La distribución de los depósitos de grasa en el cuerpo también repercute en los resultados

En cifras absolutas hay más niños con sobrepeso y obesidad en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos.



sanitarios (11). Algunos grupos de población tienen más depósitos de grasa y menos masa muscular magra que otros con el mismo IMC. Si bien el IMC es la forma más sencilla de identificar a niños con sobrepeso y obesos, no necesariamente identifica a los niños con depósitos de grasa abdominales, que incrementan el riesgo de complicaciones de salud. Si bien existen nuevos métodos, como la absorciometría dual por rayos X, la resonancia magnética nuclear o la impedancia corporal para medir la grasa y la masa muscular magra, actualmente se encuentran fuera del ámbito de las encuestas poblacionales.

Ahora bien, el niño no puede controlar ninguno de estos factores causales. Por tanto, la obesidad infantil no debería considerarse consecuencia de decisiones voluntarias sobre el tipo de vida, especialmente en el caso de los niños más pequeños. Puesto que la obesidad infantil se ve influida por factores biológicos y contextuales, corresponde a los gobiernos abordar esas cuestiones ofreciendo orientaciones y formación de salud pública y estableciendo marcos normativos para combatir los riesgos ambientales y de desarrollo, a fin de respaldar los esfuerzos de las familias por cambiar comportamientos. Los progenitores, las familias, los cuidadores y los educadores desempeñan también una función crucial en el fomento de comportamientos sanos.

La obesidad tiene consecuencias físicas y psicológicas para la salud durante la infancia, la adolescencia y en la edad adulta. De por sí, es causa directa de trastornos de salud en la infancia, en particular complicaciones gastrointestinales, osteomusculares y ortopédicas, la apnea del sueño, y la manifestación temprana de enfermedades cardiovasculares y diabetes de tipo 2, así como las afecciones concomitantes de estas dos últimas enfermedades no transmisibles (12). La obesidad en la infancia puede contribuir a dificultades conductuales y emocionales, como la

depresión, y también conducir a la estigmatización y a una socialización deficiente, y reducir el nivel educativo que puede alcanzar el niño (13, 14).

Fundamentalmente, la obesidad infantil es un factor predictivo importante de la obesidad en la edad adulta, que tiene consecuencias económicas y sanitarias perfectamente conocidas, tanto para la persona como para la sociedad en general (15, 16). Si bien algunos estudios longitudinales apuntan a que la mejora del IMC en la edad adulta puede reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad (17), la obesidad infantil dejará una huella permanente en la salud del adulto (18).

Cada vez hay más datos científicos sobre el costo de la obesidad infantil a lo largo de la vida, pero son escasos si se comparan con los datos sobre la carga económica de la obesidad en los adultos. Hasta la fecha, los estudios se han concentrado principalmente en los gastos sanitarios, sin pronunciarse sobre otros costos, como la aparición temprana de enfermedades propias de los adultos y la tendencia de la obesidad infantil a perdurar hasta la edad adulta, con los consiguientes costos económicos (19). La aparición temprana de las enfermedades no transmisibles menoscaba el nivel educativo que puede alcanzar una persona y sus resultados en el mercado laboral; impone, además, una pesada carga sobre los sistemas de salud, la familia, los empleadores y la sociedad en general (20).

La prevención de la obesidad infantil redundará en importantes beneficios económicos e intergeneracionales que en la actualidad no pueden estimarse ni cuantificarse con exactitud. Entre los beneficios colaterales figuran también una mejor salud materna y reproductiva y una menor exposición a factores obesogénicos en todos los miembros de la población, con lo que se refuerzan todavía más los argumentos a favor de la adopción de medidas urgentes.

La obesidad infantil es un factor predictivo importante de la obesidad en la edad adulta, que tiene consecuencias económicas y sanitarias perfectamente conocidas, tanto para la persona como para la sociedad en general.

PRINCIPIOS RECTORES

LA COMISIÓN AFIRMA LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS Y ESTRATEGIAS:

El derecho del niño a la salud:

Los gobiernos y la sociedad tienen la responsabilidad moral de actuar a favor del niño para reducir el riesgo de obesidad. Combatir la obesidad infantil concuerda con la aceptación general de los derechos del niño a una vida sana, así como con las obligaciones adquiridas por los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño.¹

Compromiso y liderazgo del gobierno:

Las tasas de obesidad infantil están adquiriendo proporciones alarmantes en muchos países y suponen un problema grave que se debe abordar con urgencia. Estas tasas crecientes no pueden desatenderse y los gobiernos deben aceptar su responsabilidad primordial para abordar el problema en nombre de los niños, dado que tienen la obligación moral de protegerlos. No hacer nada tendrá importantes consecuencias médicas, sociales y económicas.

Un enfoque en el que participen todas las instancias

gubernamentales: La prevención y el tratamiento de la obesidad exige un enfoque en el que participen todas las instancias gubernamentales y en el que las políticas de todos los sectores tengan en cuenta sistemáticamente la salud, eviten los efectos sanitarios perjudiciales y, de ese modo, mejoren la salud de la población y la equidad en el ámbito sanitario. El sector de la educación desempeña una función crucial al ofrecer actividades educativas sobre nutrición y salud, lo que permite incrementar las oportunidades de participar en actividades físicas y promover entornos escolares saludables. Las políticas agrícolas y comerciales, así como la mundialización del sistema alimentario, afectan a la asequibilidad, disponibilidad y calidad de los alimentos a escala nacional y local. En 2006, los Estados Miembros adoptaron una resolución para examinar las interacciones entre el comercio internacional y la salud mediante el diálogo entre las distintas partes interesadas.² La planificación y el

¹ Comité de los Derechos del Niño: Observación general n.º 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24), párr. 47; CRC/C/GC/15.

² Resolución WHA59.26 sobre comercio internacional y salud.



diseño urbanísticos, así como la planificación de los transportes, influyen directamente en las oportunidades para participar en actividades físicas y en el acceso a alimentos sanos. Las estructuras gubernamentales intersectoriales pueden facilitar la coordinación y subrayar el interés común, la colaboración y el intercambio de información a través de mecanismos de coordinación.

Un enfoque en el que participe toda la sociedad: La complejidad del problema de la obesidad exige un enfoque integral en el que participen todos los agentes, en particular los gobiernos, los progenitores, los cuidadores, la sociedad civil, las instituciones académicas y el sector privado. Para poner en práctica las políticas dirigidas a combatir la obesidad infantil se requiere un esfuerzo concertado y un compromiso

por parte de todos los sectores de la sociedad a escala nacional, regional y mundial. Sin una asunción conjunta del problema y una responsabilidad compartida, las intervenciones bienintencionadas y costoeficaces tienen alcance y repercusión limitados.

Equidad: Los gobiernos deberían garantizar una cobertura equitativa de las intervenciones, en especial las dirigidas a los grupos de población excluidos, marginados o vulnerables por alguna otra razón, que corren un elevado riesgo tanto de malnutrición en todas sus formas como de obesidad. Tales grupos suelen tener poco acceso a alimentos sanos, a lugares seguros donde practicar una actividad física y a servicios de salud y apoyo de carácter preventivo. La obesidad y los trastornos conexos erosionan las posibles mejoras que pueda haber en capital social y sanitario, e incrementan la desigualdad.

Alineación con la agenda para el desarrollo mundial: Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) exigen que se ponga fin a la malnutrición en todas sus formas (meta 2.2 de los ODS) y una reducción de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (meta 3.4 de los ODS). La obesidad infantil socava el bienestar físico, social y psicológico de los niños y es un conocido factor de riesgo para la obesidad y las enfermedades no transmisibles en la edad adulta. Si se combate este problema, se avanzará en el logro de los objetivos.

Rendición de cuentas: Para combatir la obesidad infantil es imperativo asumir compromisos políticos y financieros. Es necesario contar con un marco y mecanismo robustos para supervisar la formulación y aplicación de las políticas; de ese modo se facilitará la rendición de cuentas de los gobiernos,



la sociedad civil y el sector privado con respecto a los compromisos adquiridos.

Integración en un enfoque que contemple el curso de vida: Integrar las intervenciones para combatir la obesidad infantil con iniciativas de la OMS y otras iniciativas, partiendo de un enfoque que contemple el curso de vida, ofrecerá beneficios adicionales para la salud a largo plazo. Entre esas iniciativas cabe citar la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente,¹ la iniciativa «Todas las mujeres, todos los niños»,² la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles,³ y la Declaración de Roma de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición.⁴ Hay

varias estrategias de la OMS y de otros organismos de las Naciones Unidas y distintos planes para su puesta en marcha encaminados a mejorar al máximo la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño y la salud de los adolescentes que tienen gran pertinencia para los elementos esenciales de un enfoque integral para prevenir la obesidad. En los documentos de orientación aplicable a todo el curso de vida pueden encontrarse los principios y recomendaciones pertinentes.⁵ Las iniciativas para combatir la obesidad infantil deberían basarse en las estrategias mencionadas, a fin de ayudar a los niños a hacer efectivo su derecho fundamental a la salud, y a la vez reducir la carga para el sistema de salud.

Cobertura sanitaria universal⁶ y tratamiento de la obesidad:

En la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se hace un

llamamiento al logro de la cobertura sanitaria universal mediante servicios de salud integrados que permitan que las personas reciban servicios asistenciales sin solución de continuidad que engloben la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y la gestión de la enfermedad, a lo largo de todo el ciclo vital.⁷ En ese sentido, la prevención del sobrepeso y la obesidad y el tratamiento de niños ya obesos, y de los que tienen sobrepeso y van camino de ser obesos, debería considerarse un elemento de la cobertura sanitaria universal.



Sin una asunción conjunta del problema y una responsabilidad compartida, las intervenciones bienintencionadas y costoeficaces tienen alcance y repercusión limitados.

¹ <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>.

² <http://www.everywomaneverychild.org>.

³ http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf.

⁴ <http://www.fao.org/3/a-ml542e.pdf>.

⁵ Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud: WHA53.17 sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles; WHA57.17 relativa a la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud; WHA61.14 sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial; WHA63.14 sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños; WHA65.6 relativa al plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño; y WHA66.10 sobre el seguimiento de la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles; WHA68.19 sobre los resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity, OMS, 2013; La duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Informe de una consulta de expertos, OMS, 2001; Complementary feeding. Report of the global consultation: summary of guiding principles, OMS, 2002; Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud, OMS, 2012; Enfoques poblacionales de la prevención de la obesidad infantil, OMS, 2010; Plan de acción OPS/AMRO para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia, 53.^º Consejo Directivo, 66.^º Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, octubre de 2014; resolución EUR/RC63/R4, Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020; WPR/RC63.R2, Scaling up Nutrition in the Western Pacific Region.

⁶ http://www.who.int/universal_health_coverage/es/.

⁷ Resolución A/67/L.36 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre salud mundial y política exterior.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Ninguna intervención por sí misma puede frenar la creciente epidemia de obesidad. Para conseguir resultados positivos contra la obesidad infantil es necesario prestar atención al entorno obesogénico y a las etapas cruciales del curso de vida.

TRANSFORMAR EL ENTORNO Y LAS PAUTAS SOCIALES OBESOGÉNICAS



El principal objetivo de la atención al componente ambiental es fomentar mejores hábitos de alimentación y actividad física en los niños. Son varios los factores que influyen en el entorno obesogénico, en particular: factores políticos y comerciales (acuerdos comerciales, políticas fiscales y agrícolas y sistemas

alimentarios), el entorno construido (disponibilidad de alimentos sanos, infraestructura y oportunidades para la actividad física en el barrio), las normas sociales (normas sobre el peso corporal y la imagen, normas culturales sobre la alimentación infantil y el nivel social asociado con una masa corporal más alta

en algunos grupos de población, restricciones sociales a la actividad física) y el entorno familiar (conocimientos y comportamiento de los progenitores con respecto a la nutrición, la economía familiar y los hábitos de alimentación de la familia).

REDUCIR EL RIESGO DE OBESIDAD PRESTANDO ATENCIÓN A LAS ETAPAS FUNDAMENTALES DEL CURSO DE VIDA



Determinados factores vinculados con el desarrollo modifican, desde antes de nacer y durante el primer año de vida, tanto la constitución biológica como el comportamiento de la persona, de tal manera que esta crece con un riesgo mayor o menor de ser obesa. La Comisión estima que es fundamental abordar el contexto ambiental y los tres periodos cruciales del curso de vida: la pregestación y el embarazo, la lactancia y la primera infancia y los años posteriores de la infancia y la adolescencia.

Los gobiernos son los principales responsables de velar por que en las políticas y las actuaciones que se emprendan se preste atención al entorno obesogénico y se proporcionen orientaciones y apoyo para un desarrollo óptimo en cada

etapa del curso de vida. Al prestar especial atención a esos importantes periodos del curso de vida, las intervenciones pueden incidir en factores de riesgo específicos separadamente o en conjunto. Este enfoque puede integrarse en otros

componentes del programa de acción en pro de la salud materna, neonatal e infantil y en los esfuerzos más generales por combatir las enfermedades no transmisibles en toda la población.



TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS OBESOS PARA MEJORAR SU SALUD PRESENTE Y FUTURA



Cuando los niños ya tienen sobrepeso u obesidad, entran en juego algunos objetivos adicionales, entre ellos reducir el sobrepeso, mejorar los trastornos que acompañan a la obesidad y reducir los factores de riesgo que llevan a un exceso de peso. El sector sanitario varía considerablemente de un país a otro, por lo que se

enfrentará a diferentes dificultades a la hora de dar respuesta a la necesidad de servicios de tratamiento para las personas obesas. Ahora bien, el tratamiento de los niños con sobrepeso y obesidad debería formar parte de los servicios que se ofrecen en el marco de la cobertura sanitaria universal.

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

La Comisión reconoce que la diversidad de las posibles recomendaciones normativas para hacer frente al problema de la obesidad infantil es muy amplia y contiene una serie de elementos novedosos, entre ellos la adopción de un enfoque basado en el curso de vida y en el sector de la educación. Para conseguir un progreso sostenido será esencial adoptar un enfoque multisectorial.

Los países deberían medir el IMC para la edad con objeto de establecer la prevalencia y las tendencias de la

obesidad infantil en el ámbito nacional, regional y local. Deberían también reunir datos sobre nutrición, hábitos de alimentación y actividad física de los niños y los adolescentes en diferentes entornos y grupos socioeconómicos. Aunque se dispone ya de algunos datos (21), sigue habiendo una deficiencia importante, que debe subsanarse, en los datos relativos a los niños de más de 5 años de edad. Esos datos permitirán orientar la formulación de prioridades normativas adecuadas y ofrecerán un punto de referencia para medir los resultados de las políticas y programas.





RECOMENDACIONES

La Comisión elaboró las recomendaciones y los fundamentos que las acompañan, recogidos a continuación, tras examinar los datos científicos, los informes de los grupos especiales de trabajo para la Directora General de la OMS, así como los comentarios de las consultas regionales y las consultas mantenidas en línea. También se examinaron la eficacia, la costoeficacia, la asequibilidad y la aplicabilidad de las diferentes políticas e intervenciones.





APLICAR PROGRAMAS INTEGRALES QUE PROMUEVAN LA INGESTA DE ALIMENTOS SANOS Y REDUZCAN LA INGESTA DE ALIMENTOS MALSANOS Y BEBIDAS AZUCARADAS ENTRE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

La información nutricional puede ser confusa, por lo que muchas personas no la entienden bien. Dado que son las personas y las familias quienes deciden su dieta, es necesario capacitar a la población para que escoja productos más sanos en su alimentación y la de los lactantes y niños pequeños. Esto no es posible a menos que los conocimientos básicos de nutrición estén al alcance de todos y se ofrezcan de manera útil, fácil de entender y accesible a toda la sociedad.

Las recientes tendencias en la producción, elaboración, comercialización, promoción y venta minorista de alimentos han contribuido al aumento de las enfermedades no transmisibles ligadas a la dieta. Las posibles repercusiones de una reforma

del comercio pueden afectar a la dieta y la transición nutricional. Es necesario tener en cuenta la influencia de los acuerdos económicos y políticas nacionales e internacionales en la salud y la equidad (22). Los alimentos procesados, de alto contenido calórico y bajo valor nutricional y las bebidas azucaradas, con porciones de tamaño cada vez mayor y a precios asequibles, han sustituido a los alimentos frescos sometidos a una mínima elaboración y al agua en muchos entornos escolares y en las comidas en familia. El fácil acceso a alimentos de alto contenido calórico y bebidas azucaradas y el aliciente tácito, por medio de promociones comerciales, a la compra de porciones más grandes han contribuido al aumento de la ingesta calórica en muchas poblaciones.

RECOMENDACIONES

1.1

Garantizar la elaboración de información y directrices sobre nutrición adecuadas y adaptadas a contextos específicos, tanto para adultos como para niños, y su difusión por medios sencillos, comprensibles y accesibles para todos los grupos de la sociedad.

FUNDAMENTO

No basta con confiar en el etiquetado de nutrientes, en códigos sencillos como las etiquetas del sistema semáforo o en clasificaciones sanitarias con estrellas. Todos los gobiernos deben tomar la iniciativa y elaborar y difundir directrices dietéticas basadas en los alimentos adaptadas a contextos específicos, tanto para adultos como para niños. La información necesaria debería transmitirse por medio de canales educativos y de comunicación y la difusión de mensajes de salud pública de maneras que llegue a todos los segmentos de la población, a fin de que toda la sociedad esté capacitada para elegir alimentos más sanos.

Desde que los niños empiezan la escuela, la adquisición de conocimientos básicos de salud y nutrición debería formar parte del plan de estudios y estar reforzada por un entorno escolar orientado hacia la promoción de la salud (véanse las recomendaciones para la primera infancia, los niños en edad escolar y los adolescentes).

1.2

Establecer un impuesto eficaz sobre las bebidas azucaradas.

La adopción de medidas fiscales para prevenir la obesidad ha despertado mucha atención (23) y se está aplicando en varios países.¹ En términos generales, los argumentos a favor de la adopción de medidas impositivas para influir en los hábitos de compra son sólidos y tienen el respaldo de las pruebas científicas disponibles (24, 25). A medida que los países que gravan con impuestos los alimentos malsanos y/o las bebidas azucaradas supervisen sus progresos, se dispondrá de más datos probatorios.² La Comisión está convencida de que hay suficientes argumentos que justifican la introducción de un impuesto eficaz sobre las bebidas azucaradas.

Está perfectamente demostrado que el consumo de bebidas azucaradas está vinculado con un mayor riesgo de obesidad (26, 27). Las pautas de consumo pueden variar en función del entorno (28), por lo que es necesario contar con información más pormenorizada sobre las pautas de ingesta entre los niños en diferentes entornos. En muchas sociedades, los consumidores de bajos ingresos y sus hijos son los que mayor riesgo corren de sufrir obesidad, y son los más afectados por el factor precio. Las políticas fiscales pueden alentar a este grupo de consumidores a elegir productos más sanos (si se ponen a su disposición alternativas más sanas), y enviar indirectamente a toda la población una señal educativa y de salud pública.

Las pruebas científicas disponibles apuntan a que lo más viable es gravar productos como las bebidas azucaradas, puesto que los datos indican que el impuesto repercute en el consumo.

Puede que algunos países consideren la posibilidad de gravar otros alimentos malsanos, como los que tienen un alto contenido de grasas y azúcar. Para gravar los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional sería necesario elaborar perfiles de nutrientes (29); las predicciones sugieren que esto podría reducir el consumo.

1.3

Aplicar el Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, con objeto de reducir la exposición de los niños y los adolescentes a la promoción e influencia de los alimentos malsanos.

Existen pruebas inequívocas de que la promoción de alimentos malsanos y bebidas azucaradas está relacionada con la obesidad infantil (30, 31). Pese al número creciente de iniciativas voluntarias emprendidas por la industria, la exposición a la promoción de alimentos malsanos sigue siendo un importante problema que exige cambios para proteger a todos los niños por igual. Cualquier intento por afrontar el problema de la obesidad infantil debe, por consiguiente, comprender medidas para reducir la exposición de los niños a la promoción de esos alimentos y a su influencia.

Los entornos en los que se reúnen los niños y los adolescentes (escuelas e instalaciones o eventos deportivos) y los programas que ven o en los que participan a través de una pantalla, no deberían promocionar alimentos malsanos ni bebidas azucaradas. La Comisión observa con preocupación que los Estados Miembros no prestan mucha atención a la resolución WHA63.14 aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2010³ y les pide que aborden la cuestión. Con frecuencia creciente la promoción de alimentos y bebidas con un elevado contenido de grasas y azúcar se dirige a los progenitores y los cuidadores, con el objetivo de llegar a los niños (32).

¹ <http://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-framework/use-economic-tools>.

² Véanse los datos preliminares sobre el impuesto de México a las bebidas azucaradas presentados para su publicación (<http://www.insp.mx/epppo/blog/3666-reduccion-consumo-bebidas.html>).

³ WHA63.14 sobre la Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños.

RECOMENDACIONES

FUNDAMENTO

1.4

Elaborar perfiles de nutrientes para identificar los alimentos y bebidas malsanos.

Hay una amplia variedad en los tipos de negocio, actitudes y comportamiento de las industrias minoristas y de promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas. Incluso las iniciativas voluntarias deben acatar las directrices del gobierno y someterse a exámenes independientes. Los gobiernos deben definir parámetros claros y mecanismos de cumplimiento y supervisión y, de ser necesario, examinar los enfoques normativos y estatutarios. La reglamentación ofrecería la misma protección a todos los niños independientemente del grupo socioeconómico al que pertenecen y garantizar que tanto los productores y minoristas, ya sean grandes o pequeños, o de ámbito local, regional o multinacional, asuman igual responsabilidad.

1.5

Impulsar la cooperación entre los Estados Miembros para reducir los efectos de la promoción transfronteriza de bebidas y alimentos malsanos.

Es necesario especificar claramente los productos sanos que pueden promocionarse sin restricción alguna, así como examinar las estrategias de promoción directas e indirectas, en particular los precios, los descuentos (por ejemplo los ligados al tamaño de las porciones) y la ubicación. En esos enfoques debe determinarse qué alimentos son o no sanos a partir de perfiles de nutrientes definidos de forma independiente. También debe tenerse en cuenta la seguridad alimentaria, dondequiera que sea pertinente, a escala nacional, subnacional o subpoblacional.

En la publicación de la OMS titulada *A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children* (33) se ofrecen orientaciones prácticas a los Estados Miembros sobre la formulación y aplicación de marcos normativos y de seguimiento y evaluación.

La Comisión es consciente de que en determinados entornos los adolescentes consumen alcohol, un producto especialmente obesogénico. Si bien ello rebasa el ámbito de su labor, la Comisión observa que es muy difícil promocionar productos alcohólicos dirigidos a consumidores adultos jóvenes, en concreto, sin exponer a la misma promoción a numerosos adolescentes que todavía no tienen la edad mínima legal para beber alcohol. Suscita especial inquietud la exposición de niños y jóvenes a técnicas de promoción cautivadoras. Se necesita un enfoque de precaución para proteger a los jóvenes de la promoción de ese tipo de productos.

1.6

Poner en marcha un sistema mundial normalizado de etiquetado de nutrientes.

Un sistema normalizado de etiquetado de alimentos, como el recomendado por la Comisión del Codex Alimentarius,¹ puede reforzar las actividades educativas para difundir conocimientos básicos sobre nutrición y salud, si es obligatorio para todos los alimentos y bebidas envasados.

¹ Resolución WHA56.23, Evaluación conjunta FAO/OMS de los trabajos de la Comisión del Codex Alimentarius.

RECOMENDACIONES

FUNDAMENTO

1.7

Poner en marcha un etiquetado del frente del envase fácil de interpretar apoyado en la educación del público para que tanto los adultos como los niños tengan conocimientos básicos en materia de nutrición.

Desde el primer año de vida pueden fomentarse hábitos sanos de alimentación, que tienen dimensiones biológicas y conductuales. Ello exige que el cuidador del niño entienda la relación entre la alimentación y la salud, y las conductas que fomentan y refuerzan el establecimiento de esos hábitos sanos. Disponer de sistemas de etiquetado de alimentos sencillos y fáciles de entender puede apoyar las actividades educativas sobre la nutrición y ayudar a los cuidadores y los niños a elegir productos más sanos.

1.8

Exigir que en entornos como escuelas, centros de cuidados infantiles e instalaciones y eventos deportivos frecuentados por niños se creen ambientes de alimentación sana.

La difusión de conocimientos básicos sobre nutrición y alimentación se verá menoscabada si en los entornos en que los niños se reúnen hay mensajes contradictorios. Las escuelas, los centros de cuidados infantiles y los centros deportivos deben apoyar las iniciativas para mejorar la nutrición de los niños procurando que sea fácil elegir los productos sanos y no proporcionar ni vender bebidas ni alimentos malsanos.

1.9

Incrementar el acceso a alimentos sanos en grupos de población desfavorecidos.

Además, no se pueden aplicar los conocimientos básicos sobre nutrición y alimentos sanos si estos no son fáciles de conseguir ni asequibles. Para influir en el entorno alimentario hay que adoptar un enfoque orientado hacia la colaboración entre los encargados de la producción, procesamiento, accesibilidad, disponibilidad y asequibilidad de los alimentos. Donde el acceso a alimentos sanos es limitado, los alimentos ultraprocesados suelen ser los únicos disponibles y al alcance. Han surgido varias iniciativas en los sectores público y privado destinadas a promover hábitos alimentarios más saludables, y los limitados datos disponibles apuntan a que es posible fomentar que los consumidores elijan productos más sanos (34). Dichas iniciativas, si están respaldadas por datos científicos, deben alentarse.



APLICAR PROGRAMAS INTEGRALES QUE PROMUEVAN LA ACTIVIDAD FÍSICA Y REDUZCAN LOS COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Según datos científicos recientes, la actividad física empieza a descender desde que el niño entra a la escuela (35). En el ámbito mundial, en 2010 el 81% de los adolescentes entre 11 y 17 años no realizaba suficiente ejercicio físico. Las adolescentes mantenían menos actividad física que los varones: un 84% de las muchachas frente al 78%¹ de los muchachos no alcanzaban los 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada a elevada recomendados por la OMS (36). En la mayoría de los países, realizar poco ejercicio está pasando a ser la norma social, y es un factor importante en la epidemia de obesidad. La actividad física puede reducir el riesgo de diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer (37), y mejorar la capacidad de los niños de aprender, así como su salud mental y bienestar. Los datos más recientes indican que la obesidad, a su vez, reduce el nivel de actividad física y genera un círculo vicioso en el que se produce un aumento de la grasa corporal y un descenso de la actividad física.

La planificación y el diseño urbanísticos pueden agravar el problema y a la vez formar parte de la solución. Más espacios de recreo y carriles para desplazarse a pie y en bicicleta de forma segura ayudan a realizar la actividad física necesaria cada día.

Los hábitos de práctica de ejercicio físico a lo largo de la vida pueden verse determinados en gran parte por las experiencias que se tienen de niño. La creación de comunidades seguras, que favorecen la actividad física y en las que se permite e impulsa el transporte activo (el desplazamiento a pie, en bicicleta, etc.) y la participación en actividades físicas y en un tipo de vida activo, redundará en beneficio de toda la sociedad. Es necesario prestar una atención especial a mejorar el acceso y participación en actividades físicas de los niños con sobrepeso y obesidad, los desfavorecidos, los niños con discapacidades, y las niñas.

81%

de los adolescentes no alcanzan los 60 minutos diarios de actividad física recomendada.

¹ <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2482ADO?lang=en>.

2.1

Facilitar orientaciones dirigidas a niños y adolescentes, y a progenitores, cuidadores, profesores y profesionales de la salud, sobre la talla corporal saludable, los buenos hábitos de actividad física y sueño y el uso adecuado de programas lúdicos que suponen estar ante una pantalla.

Es necesario que todos los integrantes de la sociedad, y también los progenitores, reconozcan la importancia de un crecimiento adecuado y las consecuencias de la acumulación de grasa corporal excesiva para la salud y el bienestar del niño a corto y largo plazo. La Comisión es consciente de que en algunas culturas ello puede entrar en conflicto con prácticas y percepciones tradicionales.

La actividad física aporta beneficios para la salud sumamente importantes en los niños y adolescentes: aumenta la capacidad cardiorrespiratoria y muscular, reduce la grasa corporal y mejora la salud ósea.

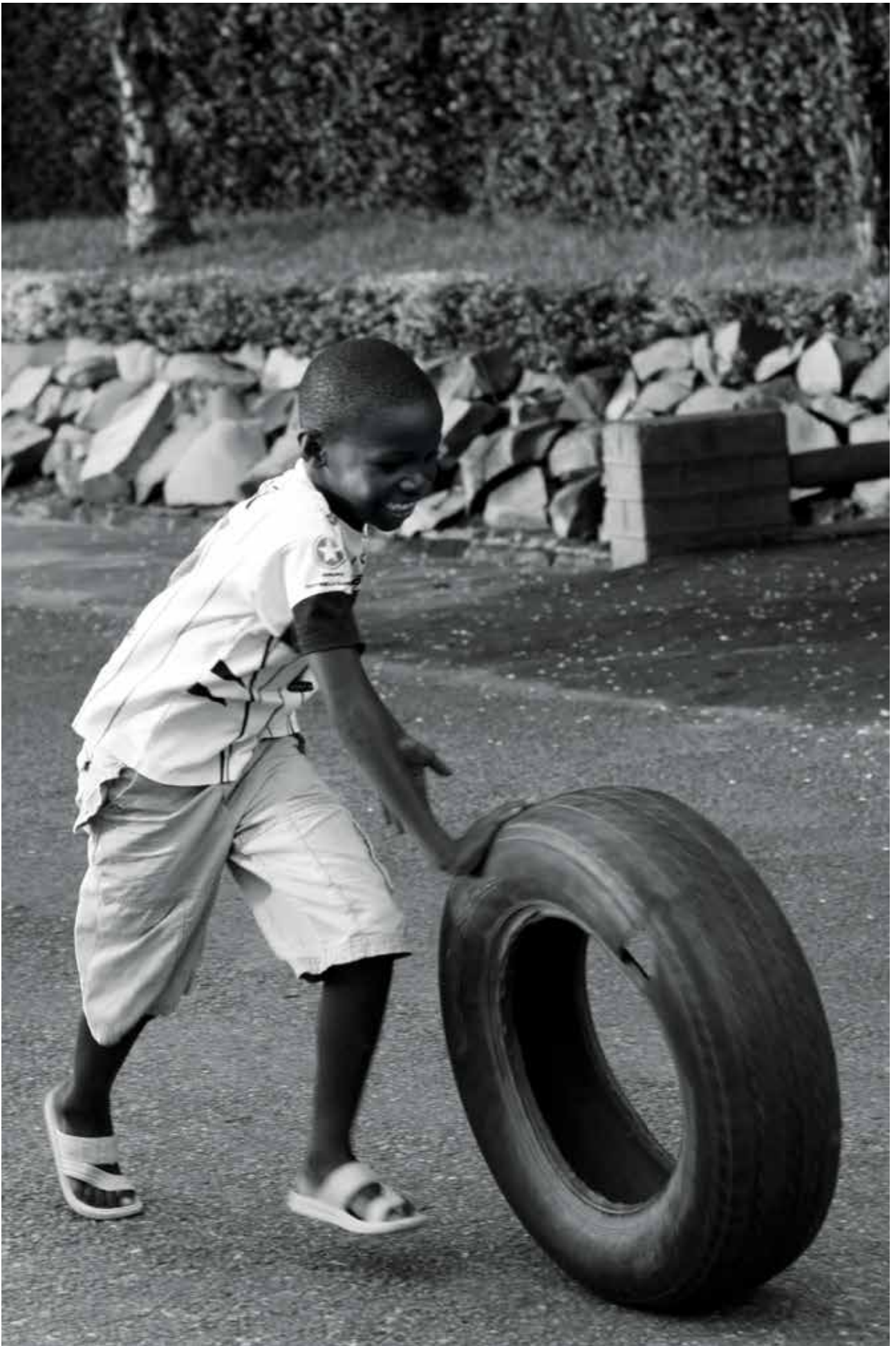
2.2

Velar por que en las escuelas y los espacios públicos haya instalaciones donde todos los niños (incluidos los niños con discapacidades) puedan participar en actividades físicas en las horas de recreo, con la provisión de espacios para uno u otro sexo cuando sea apropiado.

Cualesquiera actividades de educación para llevar una vida sana que se ofrezcan a los niños o sus cuidadores deberían incorporar orientaciones adaptadas a contextos específicos sobre, por ejemplo, cómo seguir las recomendaciones sobre actividad física y el número adecuado de horas que los niños deben dormir o ver la televisión (38–40).

El aumento de las oportunidades de participar en actividades físicas estructuradas y no estructuradas que sean seguras, apropiadas e idóneas para personas de uno u otro sexo, tanto dentro como fuera de la escuela, incluido el transporte activo (desplazamiento a pie y en bicicleta), tendrá efectos beneficiosos y colaterales que repercutirán en la salud, el comportamiento y el nivel educativo de todos los niños y adolescentes.

La actividad física puede reducir el riesgo de diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer, y mejorar la capacidad de los niños de aprender, así como su salud mental y bienestar.





INTEGRAR Y FORTALECER LAS ORIENTACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES CON LAS PAUTAS ACTUALES PARA LA ATENCIÓN PREGESTACIONAL Y PRENATAL A FIN DE REDUCIR EL RIESGO DE OBESIDAD INFANTIL.

La atención que las mujeres reciben antes, durante y después del embarazo tiene repercusiones profundas para el desarrollo y la salud posteriores de sus hijos. Una atención puntual y de buena calidad durante esos periodos ofrece excelentes oportunidades para prevenir la transmisión intergeneracional de riesgos y tiene una gran influencia en la salud del niño a lo largo del curso de vida.¹ Los datos científicos muestran que la desnutrición materna (ya sea de tipo general o por carencia de nutrientes específicos), el sobrepeso o la obesidad materna, el aumento de peso excesivo durante el embarazo, la hiperglucemia materna (incluida la diabetes gestacional), el hábito de fumar o la exposición a productos tóxicos son factores que pueden aumentar la probabilidad de padecer obesidad durante el primer año de vida y a lo largo de la niñez (41–46). Asimismo, cada vez son más los datos sobre la posible influencia de la salud paterna en el momento de la concepción en el riesgo de obesidad de los hijos (9). Por lo tanto las orientaciones para llevar un tipo de vida sano deben

incluir asesoramiento a los futuros padres.

Las orientaciones actuales para la atención pregestacional y prenatal se centran en la prevención de la desnutrición fetal. Dados los cambios en los factores obesogénicos a los que se está expuesto, se necesitan directrices que traten la malnutrición en todas sus formas (sin olvidar el exceso de calorías) y el riesgo posterior de obesidad en la descendencia. Las intervenciones para abordar los factores de riesgo de obesidad infantil también previenen otros resultados gestacionales adversos (47) y por tanto contribuyen a mejorar la salud de la madre y del recién nacido. El sobrepeso y obesidad maternos aumentan el riesgo de complicaciones (en particular muertes fetales) durante el embarazo, el parto y el nacimiento, y la desnutrición materna aumenta el riesgo de insuficiencia ponderal del recién nacido. Esos factores pueden incrementar el riesgo de mortalidad infantil o de que el niño padezca obesidad en la infancia y enfermedades no transmisibles en la edad adulta.

La atención que las mujeres reciben antes, durante y después del embarazo tiene repercusiones profundas para el desarrollo y la salud posteriores de sus hijos.

¹ Comité de los Derechos del Niño: Observación general n.º 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24), párr. 53; CRC/C/GC/15.

RECOMENDACIONES

FUNDAMENTO

3.1

Diagnosticar y tratar la hiperglucemia y la hipertensión durante la gestación.

Es necesario someter a las embarazadas a reconocimientos para detectar la presencia subyacente de diabetes mellitus e hipertensión y tratar estos problemas en la forma debida; diagnosticar en una etapa temprana y tratar debidamente la diabetes gestacional, así como la hipertensión, la depresión y los trastornos mentales inducidos por el embarazo; y prestar atención al aumento de peso durante la gestación (48), a la calidad de la alimentación y a la práctica de actividad física adecuada.

3.2

Supervisar y controlar el aumento de peso durante la gestación para que sea adecuado.

3.3

Hacer hincapié en la importancia de una nutrición adecuada antes y durante la gestación en las orientaciones y los consejos dirigidos a las futuras madres y padres.

Las intervenciones en las que se ofrece orientación acerca de todas las formas de malnutrición deben abarcar la desnutrición y las dietas desequilibradas, así como el exceso de nutrición y carencias nutricionales específicas (49). Con frecuencia, los jóvenes desconocen lo que constituye una dieta sana. Ello subraya la necesidad de que los gobiernos tomen la iniciativa para garantizar que la población adquiera conocimientos básicos sobre nutrición y alimentación.

Hay datos científicos que corroboran los beneficios de los programas de ejercicios adecuados para embarazadas en cuanto al IMC materno, el aumento de peso gestacional y los resultados obstétricos que se vinculan con el riesgo posterior de obesidad infantil (50).

3.4

Elaborar orientaciones y materiales de apoyo claros para promover una buena nutrición, dietas sanas y actividad física, y evitar el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otros productos tóxicos, así como la exposición a tales productos.

Se dispone de datos limitados, pero crecientes, de que la salud paterna anterior a la concepción tiene cierta influencia en la salud de los descendientes (9). Por tanto, hay razones irrefutables para prestar atención también a la salud y el comportamiento del padre.





OFRECER ORIENTACIONES Y APOYO AL ESTABLECIMIENTO DE UNA DIETA SANA Y DE PAUTAS DE SUEÑO Y DE ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE LA PRIMERA INFANCIA A FIN DE QUE LOS NIÑOS CREZCAN DE FORMA ADECUADA Y ADQUIERAN HÁBITOS SALUDABLES.

Los primeros años de vida son cruciales para establecer hábitos de buena nutrición y actividad física que reduzcan el riesgo de obesidad. La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios adecuados, es un factor importante en la reducción del riesgo de obesidad (51). Una alimentación complementaria adecuada junto con la prolongación de la lactancia materna puede reducir el riesgo de desnutrición y de acumulación de grasa corporal excesiva en los

lactantes, factores de riesgo para la obesidad infantil. Alentar la ingesta de diferentes alimentos sanos, en lugar de alimentos malsanos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional y bebidas azucaradas, durante este periodo decisivo contribuye a un crecimiento y desarrollo óptimos. Los profesionales de la salud pueden aprovechar las revisiones periódicas de crecimiento para hacer el seguimiento del IMC para la edad de los niños y dar a los cuidadores asesoramiento adecuado para ayudar a prevenir que los niños padezcan sobrepeso y obesidad.



RECOMENDACIONES

FUNDAMENTO

4.1

Aplicar medidas normativas como el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna¹ y las posteriores resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.²

4.2

Velar por que todos los servicios de maternidad practiquen plenamente los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural.³

4.3

Promover las ventajas de la lactancia natural para la madre y el niño mediante actividades educativas de amplia cobertura dirigidas a los progenitores y a la comunidad en general.

4.4

Prestar apoyo a las madres para que puedan amamantar, en forma de medidas normativas como la concesión de licencia por maternidad y de instalaciones y tiempo para la lactancia en el lugar de trabajo.⁴

La lactancia materna es fundamental para un desarrollo, crecimiento y nutrición óptimos del lactante y puede también ser beneficiosa para el control del peso en las mujeres después del parto.

Dados los cambios en el tipo de vida que llevan las mujeres y en las funciones que desempeñan, la posibilidad de que una madre amamante fuera del hogar y siga amamantando al regresar al trabajo es fundamental para la aplicación de las recomendaciones.

Se necesitan políticas que definan los derechos de la mujer y las responsabilidades de los empleadores; de hecho ya se han promulgado algunas. Sin embargo, para proteger a todas las madres y los lactantes, independientemente de su nivel social o económico, tales políticas deberían ser universales.



¹ WHA34.22, Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.

² Resoluciones WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA47.5, WHA49.15, WHA54.2, WHA55.25, WHA58.32, WHA59.21, WHA61.20 y WHA63.23, sobre Nutrición del lactante y del niño pequeño; WHA65.6, Plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño.

³ Iniciativa «hospital amigo del niño», OMS y UNICEF, 1991, actualizada en 2009 (http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/).

⁴ Organización Internacional del Trabajo, Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183).

4.5

Elaborar reglas sobre la promoción de bebidas y alimentos complementarios, en consonancia con las recomendaciones de la OMS, para limitar el consumo por parte de lactantes y niños pequeños de alimentos y bebidas con elevado contenido de grasa, azúcar y sal.

4.6

Proporcionar orientaciones claras y apoyo a los cuidadores para evitar determinados tipos de alimentos (por ejemplo, las leches y jugos de frutas azucarados o los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional) a fin de prevenir un aumento de peso excesivo.

4.7

Proporcionar orientaciones claras y apoyo a los cuidadores para alentar el consumo de una amplia variedad de alimentos sanos.

Las orientaciones mundiales vigentes para la alimentación del lactante y del niño pequeño se centran sobre todo en la desnutrición. Ahora bien, es importante también tener en cuenta los riesgos que entrañan las dietas malsanas durante el primer año de vida y la niñez.

Es evidente que se necesitan directrices que abarquen tanto la desnutrición como el riesgo de obesidad en algunos países donde hay problemas de malnutrición en todas sus formas (32).

Las directrices actuales sobre la alimentación complementaria (52) brindan orientación acerca del momento más adecuado para introducir esos alimentos, la alimentación perceptiva a las necesidades del niño, y la cantidad y el tipo de alimentos que se necesitan.

Las actitudes de la familia ante la comida y sus percepciones sobre el peso corporal ideal son determinantes importantes de los comportamientos en torno a la alimentación complementaria y deben tenerse en cuenta.

Según datos científicos recientes, las experiencias sensoriales sobre los alimentos empiezan en el útero y continúan durante la lactancia materna, puesto que los sabores de los alimentos que comen las madres se transmiten a sus lactantes. Este hecho y una alimentación complementaria adecuada pueden desempeñar una función importante en el establecimiento de las preferencias alimentarias y el control del apetito. Alentar a los niños a que tomen diferentes alimentos sanos mediante una exposición repetida y positiva a nuevos alimentos (53), y a que observen a los cuidadores y los miembros de la familia disfrutar de alimentos sanos, y limitar la exposición de los niños a alimentos malsanos (que pueden llevar a una preferencia por bebidas y alimentos muy dulces), son estrategias que contribuyen a establecer buenos hábitos alimentarios en los niños y sus familias (54).

La lactancia materna es fundamental para un desarrollo, crecimiento y nutrición óptimos del lactante.

RECOMENDACIONES

4.8

Proporcionar orientaciones a los cuidadores sobre la nutrición y la dieta adecuadas y el tamaño apropiado de las porciones para este grupo etario.

4.9

Velar por que en los centros o instituciones oficiales de cuidados infantiles se sirvan solamente alimentos, bebidas y refrigerios sanos.

4.10

Velar por que en los centros o instituciones oficiales de cuidados infantiles se incorporen al plan de estudios actividades de educación o de conocimientos sobre la alimentación.

4.11

Velar por que en los centros o instituciones oficiales de cuidados infantiles se incorpore la actividad física al plan de estudios y a las tareas diarias.

4.12

Ofrecer orientaciones sobre el tiempo que conviene que el grupo etario de 2 a 5 años dedique al sueño, a actividades sedentarias o que suponen estar ante una pantalla, y a la actividad física o al juego activo.

4.13

Lograr el apoyo de toda la comunidad para que los cuidadores y los centros de cuidados infantiles fomenten un tipo de vida sano en los niños pequeños.

FUNDAMENTO

Existen datos científicos que demuestran que los hábitos de sueño deficientes, la escasa actividad física y un excesivo número de horas dedicadas a actividades lúdicas que suponen estar ante una pantalla están asociados con un mayor riesgo de obesidad en la infancia (38–40). Las pruebas científicas que avalan las intervenciones en las primeras etapas de la vida para prevenir la obesidad en los países de ingresos altos todavía están en sus inicios, pero son muy prometedoras. Las pruebas existentes apuntan a la conveniencia de realizar intervenciones en las guarderías y otros centros de cuidados infantiles para niños de 2 a 5 años de edad –en los ámbitos de la alimentación, actividad física, exposición a los medios informativos y hábitos de sueño en la primera infancia– que fomenten comportamientos saludables y el mantenimiento de un peso adecuado durante esta etapa de la vida (55).

Varias estrategias aplicadas en este grupo de edad también han ayudado a los progenitores y cuidadores a velar por que los niños no pasen ante el televisor o la computadora más tiempo del adecuado, alentar los juegos activos, inculcar hábitos de alimentación y sueño saludables, y estimular un tipo de vida sano a partir de los ejemplos de los cuidadores o la familia.

Los datos científicos demuestran que las intervenciones orientadas a mejorar la nutrición, los hábitos de sueño y la actividad física de los niños son mucho más efectivas si son amplias y en ellas participan los cuidadores y la comunidad en general (55). Los cambios y las transiciones sociales exigen intervenciones más deliberadas y coordinadas, que incluyan actividades de apoyo para progenitores y otros cuidadores a fin de que estos puedan contribuir a lograr los cambios conductuales recomendados.





APLICAR PROGRAMAS INTEGRALES QUE PROMUEVAN ENTORNOS ESCOLARES SALUDABLES, CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN MATERIA DE SALUD Y NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EDAD ESCOLAR.

Los niños y adolescentes en edad escolar, tanto en una educación formal como fuera de la escuela, se enfrentan a retos especiales. Son sumamente susceptibles a la promoción de alimentos malsanos y bebidas azucaradas, a la presión de sus compañeros y a las percepciones de una imagen corporal ideal. Los adolescentes, en particular, pueden tener más libertad para elegir alimentos y bebidas fuera del hogar. Además, a esa edad con frecuencia disminuye la práctica de actividades físicas.

Si bien lamentablemente un número considerable de niños en edad escolar no sigue una educación formal, los años de escolarización obligatoria ofrecen un buen punto de partida para integrar a este grupo etario e inculcarles hábitos saludables de alimentación y participación en actividades físicas para prevenir la obesidad durante toda la vida. Puesto que en la mayoría de los países los gobiernos controlan el sector de la educación, si se establece una colaboración eficaz entre los sectores de la educación y de la salud puede lograrse que los entornos escolares sean saludables, y que en ellos se fomenten los conocimientos básicos sobre nutrición y la actividad física. Para garantizar la equidad, es necesario prestar una mayor atención a la elaboración de programas destinados a los niños y adolescentes que no reciben una educación formal.

Se dispone cada vez de más datos científicos que demuestran que las intervenciones dirigidas a niños y adolescentes en entornos escolares y en la comunidad en general constituyen una estrategia de prevención de la obesidad (23). Las evaluaciones cualitativas indican que su eficacia en lo que respecta a los comportamientos y resultados vinculados con la prevención de la obesidad depende de: a) la calidad de su aplicación; b) el rigor formativo

del programa y su integración en los planes de estudio generales (por ejemplo, lectura o ciencia); y c) la colocación de las iniciativas escolares dentro del contexto de iniciativas educativas y comunitarias de más amplio alcance.

Para conseguir los resultados deseados, es necesario que los programas de mejora de la nutrición y la actividad física de los niños y los adolescentes impulsen la colaboración con diferentes partes interesadas. La prevención de la obesidad y la promoción de la salud han sido tradicionalmente competencia de los ministerios de salud. Para conseguir resultados satisfactorios será crucial la integración de actividades en una iniciativa escolar de promoción de la salud, con la colaboración activa del sector de la educación. Así, las intervenciones que se incorporen en la jornada o el plan de estudios escolar se considerarán parte de su competencia. El factor más citado como obstáculo para la aplicación es la competencia con la misión fundamental de las escuelas (55). Con una colaboración pertinente con los profesores, esa educación puede integrarse de forma adecuada en los temas generales, y no requiere la asignación de horas adicionales. La colaboración y el intercambio de información, los enfoques basados en datos científicos y debidamente adaptados al contexto, y el intercambio de recursos entre los ministerios de educación y de salud ayudarán a impulsar este programa.

Asimismo, es necesario que los niños más mayores y los adolescentes participen en la formulación y aplicación de intervenciones para reducir la obesidad infantil (56). Solo así, con su contribución activa al proceso, las intervenciones tomarán forma y podrán satisfacer las necesidades específicas de los niños y los adolescentes, y aportarles los beneficios esperados.

RECOMENDACIONES

FUNDAMENTO

5.1

Establecer normas para las comidas que se ofrecen en las escuelas, o para los alimentos y las bebidas que se venden en ellas, que cumplan las directrices sobre una nutrición sana.

Los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional y las bebidas azucaradas son importantes impulsores de la epidemia de obesidad entre los escolares y adolescentes del mundo entero, puesto que no solo conducen hacia el sobrepeso y la obesidad, sino que impiden la pérdida de peso. Es una paradoja educar a los niños e inculcarles comportamientos sanos, y a la vez permitir la venta o comercialización de bebidas y alimentos inadecuados en el entorno escolar. Para establecer hábitos más saludables y lograr entornos menos obesogénicos es imprescindible reducir el acceso a alimentos malsanos y bebidas azucaradas, así como su suministro, en lugares de reunión de los niños.

5.2

Eliminar en entornos escolares el suministro o la venta de alimentos malsanos, como las bebidas azucaradas y los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.

Esta estrategia debe ir de la mano de la promoción del consumo de alimentos de menor densidad calórica y la mejora del acceso a ellos y al agua, procurando que esta sustituya a las bebidas azucaradas.

Quizá sea posible establecer zonas en torno a las escuelas en las que esté restringida la venta de bebidas y alimentos malsanos, si bien la Comisión reconoce que esto puede no ser factible en algunos entornos.

5.3

Garantizar el acceso a agua potable en las escuelas y los centros deportivos.

5.4

Exigir que se incluyan actividades educativas sobre nutrición y salud en el plan de estudios básico en las escuelas.

Comprender la función de la nutrición en la buena salud es fundamental para obtener resultados satisfactorios con las intervenciones destinadas a mejorar la dieta. Dado que los adolescentes son la próxima generación de progenitores, nunca se insistirá bastante en la importancia de la adquisición de conocimientos básicos de salud y nutrición durante la adolescencia. En efecto, los años escolares y el plan de estudios general ofrecen importantes oportunidades de progreso. La educación sobre el curso de vida en las escuelas debe consensuarse con los profesores, en función de criterios educativos, e integrarse en las disciplinas básicas del plan de estudios.

5.5

Mejorar los conocimientos básicos y competencias de los progenitores y los cuidadores en materia de nutrición.

Una buena educación básica en materia de nutrición va más allá de los meros conocimientos para incidir en un cambio real de comportamiento. Si bien hay pruebas de la eficacia de las intervenciones en la mejora de los conocimientos y la comprensión en materia de nutrición, su influencia en los hábitos alimentarios ya no está tan clara. Conjugar las intervenciones para fomentar los conocimientos básicos de nutrición con orientaciones nutricionales claras dirigidas a los niños y sus cuidadores y adaptadas a contextos específicos, e impartir conocimientos adicionales sobre preparación de alimentos en el contexto de un entorno obesogénico mejorado permitiría a los niños y los adolescentes y a sus progenitores o cuidadores elegir productos más sanos.

5.6

Ofrecer clases sobre preparación de alimentos a los niños, sus progenitores y cuidadores.

5.7

Incluir en el plan de estudios de las escuelas una educación física de calidad¹ y ofrecer personal e instalaciones adecuadas y pertinentes a tal efecto.

La participación periódica en actividades de educación física de calidad y otras formas de actividad física puede mejorar la concentración de los niños y potenciar su control y procesos cognitivos (57). Puede ayudar a combatir la estigmatización y los estereotipos, reducir los síntomas de depresión y mejorar los resultados psicosociales. Es importante que la educación física de la escuela incluya a todos los niños, de todas las capacidades, más que centrarse en el potencial deportista de élite.

¹ Educación física de calidad (EFC), UNESCO. Guía para los responsables políticos, París 2015.



OFRECER A NIÑOS Y JÓVENES CON OBESIDAD SERVICIOS PARA EL CONTROL DEL PESO CORPORAL QUE REÚNAN DIVERSOS COMPONENTES Y SE CENTREN EN LA FAMILIA Y EN LA MODIFICACIÓN DEL TIPO DE VIDA.

Cuando los niños ya tienen sobrepeso u obesidad, entran en juego algunos objetivos adicionales, entre ellos reducir el sobrepeso, mejorar los trastornos que acompañan a la obesidad y reducir los factores de riesgo que llevan a un exceso de peso. El sector sanitario varía considerablemente de un país a otro, por lo que se enfrentará a diferentes dificultades a la hora de dar respuesta a la necesidad de servicios de tratamiento para las personas obesas. Ahora bien, el tratamiento de los niños con sobrepeso y obesidad debería formar parte de los servicios que se ofrecen en el marco de la cobertura sanitaria universal.

Los servicios de atención primaria son importantes para la detección temprana y el tratamiento de la obesidad y sus complicaciones, tales como la diabetes. Revisar periódicamente el crecimiento en el centro de atención primaria de salud o en la escuela permite detectar a

los niños que corren el riesgo de ser obesos. Las dietas de escaso contenido calórico son eficaces en el corto plazo para el tratamiento de la obesidad, pero la reducción de la inactividad y el aumento de la actividad física mejorarán la eficacia de las intervenciones. Se ha escrito poco acerca de los modelos de prestación de servicios asistenciales para el tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes, pero es evidente que estos esfuerzos solo son eficaces cuando participa en ellos toda la familia o todo el entorno asistencial.

Puede darse el caso de que los profesionales sanitarios y otros profesionales discriminen a los niños con sobrepeso u obesos. Todas las formas de discriminación son inaceptables y deben eliminarse (58). Es necesario prestar una atención especial a las necesidades de los niños en el ámbito de la salud mental, en particular por lo que respecta a la estigmatización y la intimidación.

RECOMENDACIÓN

6.1

Preparar y poner en marcha servicios adecuados para el control del peso dirigidos a niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad que reúnan diversos componentes (en concreto nutrición, actividad física y apoyo psicosocial), se centren en la familia y corran a cargo de equipos integrados por varios profesionales con formación y recursos adecuados, como parte de la cobertura sanitaria universal.

FUNDAMENTO

Según el análisis de los datos científicos en torno a la obesidad infantil, las intervenciones conductuales dirigidas a modificar el tipo de vida que se centran en la familia pueden producir resultados positivos en lo referente al peso, al IMC y a otras medidas de la grasa corporal, tanto entre los niños como entre los adolescentes (59). Este enfoque se encuentra en la base de todas las intervenciones terapéuticas. Sin embargo, son muy pocos los estudios realizados en países de ingresos bajos y medianos.

En el caso de los niños con obesidad mórbida, si falla la modificación del tipo de vida, quizá sea necesario recurrir a opciones farmacológicas y/o quirúrgicas (60).

Los profesionales de la salud y los que prestan servicios a niños y adolescentes necesitan recibir una formación adecuada sobre la nutrición y la dieta, la actividad física y los factores de riesgo que dan lugar a la obesidad.

ACTUACIONES Y RESPONSABILIDADES PARA LA APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

La Comisión reconoce que para una aplicación satisfactoria de las recomendaciones es necesario que diferentes organismos se comprometan a participar, dedicar atención al problema y dar su apoyo. Entre las actuaciones y responsabilidades necesarias se incluirían las siguientes:

OMS

ACTUACIÓN

FUNDAMENTO

A

Institucionalizar un enfoque transversal y que contemple el curso de vida para acabar con la obesidad infantil en las diferentes esferas técnicas pertinentes de la Sede, y las oficinas regionales y de país.

Es esencial mantener el ímpetu para abordar esta cuestión compleja y crucial. La OMS puede convocar y dirigir un diálogo de alto nivel en el seno del sistema de las Naciones Unidas y con los Estados Miembros, para ampliar los compromisos adquiridos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, la Declaración de Roma de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición y otros, con objeto de tratar las actuaciones señaladas en el presente informe para acabar con la obesidad infantil.

B

Elaborar, en consulta con los Estados Miembros, un marco para aplicar las recomendaciones de la Comisión.

Sirviéndose de su función normativa, tanto en el ámbito mundial como a través de su red de oficinas regionales y de país, la OMS puede prestar asistencia técnica elaborando o ampliando directrices, herramientas y normas para apoyar las recomendaciones de la Comisión y otros mandatos pertinentes de la OMS en el ámbito de país.

C

Fortalecer la capacidad para ofrecer apoyo técnico a las actuaciones destinadas a acabar con la obesidad infantil en el plano mundial, regional y nacional.

La OMS puede difundir orientaciones de aplicación, seguimiento y rendición de cuentas, y supervisar los progresos logrados para acabar con la obesidad infantil e informar al respecto.

D

Apoyar a los organismos internacionales, los gobiernos nacionales y las partes interesadas pertinentes para que, a partir de los compromisos existentes, velen por la aplicación en el plano mundial, regional y nacional de las actuaciones pertinentes para acabar con la obesidad infantil.

ACTUACIÓN

FUNDAMENTO

E

Promover las investigaciones de colaboración que tengan por objeto acabar con la obesidad infantil y se centren en un enfoque que contemple el curso de vida.

F

Informar sobre los progresos alcanzados en el objetivo de acabar con la obesidad infantil.

Organizaciones internacionales

ACTUACIÓN

FUNDAMENTO

A

Cooperar en la creación de capacidad y en la ayuda a los Estados Miembros para combatir la obesidad infantil.

La cooperación entre las organizaciones internacionales, y en particular otros organismos de las Naciones Unidas, puede promover el establecimiento de redes y asociados mundiales y regionales para la promoción, la movilización de recursos, la creación de capacidad y las investigaciones de colaboración. El Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades No Transmisibles puede prestar apoyo a los Estados Miembros para combatir la obesidad infantil.

Estados Miembros

ACTUACIÓN

FUNDAMENTO

A

Asumir el objetivo como propio, ofrecer liderazgo y comprometerse políticamente a combatir la obesidad infantil a largo plazo.

Los gobiernos son en última instancia los responsables de velar por que sus ciudadanos tengan un comienzo saludable en la vida. Por tanto, si el Estado adopta una función activa para combatir la obesidad infantil ello no debería interpretarse como una injerencia con la libre elección, sino como una asunción del objetivo de desarrollo de su capital humano. Es evidente que para tomar medidas contra la obesidad infantil, se necesita la participación activa de distintas dependencias gubernamentales. Existe una tendencia comprensible a ver la obesidad como un problema del sector de la salud. Sin embargo, la prevención de la obesidad infantil exige la contribución coordinada de todos los sectores e instituciones gubernamentales que se encargan de formular políticas. Los gobiernos deben establecer enfoques adecuados en el que participen todas las instancias gubernamentales para combatir la obesidad infantil. Es más, los gobiernos regionales y locales deben entender sus obligaciones y destinar recursos y esfuerzos a lograr una respuesta coordinada e integral al problema.

B

Coordinar las contribuciones de todos los sectores gubernamentales e instituciones que definen las políticas, incluidos, entre otros, los siguientes: educación; alimentación y agricultura; comercio e industria; desarrollo; finanzas y recaudación; deportes y recreación; comunicación; planificación ambiental y urbanística; transportes y asuntos sociales; y comercio.

ACTUACIÓN

FUNDAMENTO

C

Garantizar que se recogen datos sobre el IMC de los niños por edades -en particular para las edades en las que actualmente no se lleva a cabo un seguimiento- y establecer metas nacionales sobre la obesidad infantil.

D

Elaborar directrices, recomendaciones o medidas normativas que alienten debidamente a los sectores pertinentes -en particular el sector privado, si procede- para que pongan en marcha las actuaciones destinadas a reducir la obesidad infantil que se indican en el presente informe.

Con esos datos, los gobiernos pueden fijar objetivos y resultados intermedios contra la obesidad que estén en consonancia con las metas mundiales establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud en materia de nutrición y enfermedades no transmisibles. Deberían incluir en sus marcos nacionales de seguimiento indicadores internacionales consensuados para los resultados relativos a la obesidad (a fin de hacer un seguimiento de los progresos en el logro de las metas nacionales), la aplicación de los programas sobre la dieta y la actividad física (incluida la cobertura de las intervenciones) y el entorno normativo para combatir la obesidad (en particular los acuerdos, capacidades e inversiones institucionales en la prevención y control de la obesidad). El seguimiento deberá llevarse a cabo, en la medida de lo posible, mediante mecanismos de seguimiento existentes.

AGENTES NO ESTATALES

Son muchas las maneras en que los agentes no estatales pueden desempeñar una función destacada y de apoyo en la lucha contra la obesidad infantil. Como se

desprende del presente informe, los hábitos de alimentación y actividad física, el entorno escolar y social, las actitudes de origen cultural frente a la imagen corporal, el

comportamiento de la población adulta y la conducta del sector privado ejercen una enorme influencia en el riesgo de obesidad infantil.

Organizaciones no gubernamentales

ACTUACIÓN

FUNDAMENTO

A

Resaltar la importancia de prevenir la obesidad infantil mediante actividades de promoción y la difusión de información.

Si bien el gobierno asume la responsabilidad de establecer el marco normativo, en algunos países la elaboración de campañas de información y educación en materia de nutrición, los programas para su puesta en marcha, y el seguimiento y petición de cuentas a los agentes por los compromisos adquiridos pueden ser tareas compartidas entre el gobierno y la sociedad civil.

Los movimientos sociales pueden implicar a los miembros de la comunidad y proporcionar una plataforma para la promoción y la actuación.

B

Persuadir a los consumidores para que exijan a los gobiernos que tomen medidas en pro de un tipo de vida saludable, y que la industria de los alimentos y bebidas no alcohólicas ponga al alcance del público productos sanos y se abstenga de dirigir a los niños propaganda para la venta de alimentos y bebidas azucaradas perjudiciales para la salud.

ACTUACIÓN

FUNDAMENTO

C

Contribuir a la elaboración y aplicación de un mecanismo de seguimiento y rendición de cuentas.

Sector privado

ACTUACIÓN

FUNDAMENTO

A

Apoyar la producción de alimentos y bebidas no alcohólicas que contribuyen a una dieta sana, y facilitar el acceso a ellos.

El sector privado no es homogéneo pues incluye al sector agropecuario, la industria de los alimentos y de bebidas no alcohólicas, los vendedores minoristas, las empresas de distribución de comida, los fabricantes de productos deportivos, la industria publicitaria y la del ocio y los medios informativos. Por consiguiente, es importante tener en cuenta aquellas entidades cuyas actividades guardan relación directa o indirecta con la obesidad infantil, ya sea de forma positiva o negativa. Es necesario que los países colaboren de manera constructiva con el sector privado para alentar la aplicación de las políticas y las intervenciones.

B

Facilitar el acceso y participación en actividades físicas.

La Comisión es consciente de la existencia de diferentes iniciativas del sector privado que podrían ejercer una influencia positiva en la obesidad infantil. Son iniciativas que, si están respaldadas por datos científicos, deben alentarse. Habida cuenta de que muchas empresas trabajan a escala mundial, la colaboración internacional es absolutamente necesaria. Sin embargo, también se debe prestar atención a las entidades y empresas locales y regionales. Las relaciones de colaboración con la industria ya han arrojado resultados alentadores en las áreas de la alimentación y la actividad física. Algunas medidas aplicadas por la industria de fabricación de alimentos para reducir el contenido de grasas, azúcar y sal y el tamaño de las porciones de los alimentos procesados, y para aumentar la producción de alimentos innovadores, sanos y nutritivos, podrían acelerar el logro de resultados beneficiosos para la salud en el mundo entero.

La Comisión está convencida de que mediante una colaboración constructiva, transparente y responsable con el sector privado pueden conseguirse logros importantes.

Fundaciones filantrópicas

ACTUACIÓN

A

Reconocer que la obesidad infantil pone en peligro la salud de los niños y el nivel educativo que pueden alcanzar, y por tanto abordar este importante problema.

B

Movilizar fondos en apoyo de la investigación, la creación de capacidad y la prestación de servicios.

FUNDAMENTO

Las fundaciones filantrópicas tienen una posición inigualable para contribuir de manera significativa a la salud pública mundial y pueden también participar en las actividades de seguimiento y rendición de cuentas.

Instituciones académicas

ACTUACIÓN

A

Resaltar la importancia de prevenir la obesidad infantil mediante la difusión de información y su incorporación en los planes de estudio pertinentes.

B

Subsanar las deficiencias en los conocimientos con datos científicos que apoyen la aplicación de políticas.

C

Apoyar el seguimiento y la rendición de cuentas.

FUNDAMENTO

Las instituciones académicas pueden contribuir a combatir la obesidad infantil mediante estudios sobre los factores de riesgo y los determinantes biológicos, conductuales y ambientales, y la eficacia de las intervenciones en cada uno de estos.



SEGUIMIENTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS

El principal obstáculo para progresar con respecto al problema de la obesidad infantil es la falta de compromiso político y que los gobiernos y otros agentes no asuman el problema como propio, no ofrezcan liderazgo y no pongan en marcha las actuaciones necesarias. Un enfoque en el que participe toda la sociedad constituye una oportunidad excelente para combatir la obesidad infantil. Los gobiernos y otros agentes, en particular la sociedad civil, pueden pedirse cuentas mutuamente, y a las entidades del sector privado, para velar por la adopción de políticas y por el cumplimiento de las normas. Los compromisos sólidos deben ir acompañados de robustos sistemas de aplicación y de mecanismos bien definidos de rendición de cuentas.

Los gobiernos son los principales responsables de establecer el marco normativo y reglamentario para la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil en el ámbito de país. Por tanto, la rendición de cuentas debe comenzar con la

adopción de políticas pertinentes que ofrezcan una orientación clara sobre las medidas necesarias y el calendario para ello.

Los gobiernos deben dar prioridad a las inversiones para construir sistemas sólidos con indicadores específicos que midan la obesidad infantil y los determinantes conexos (como la forma física y la nutrición) de manera normalizada. Esto es crucial para demostrar la escala del problema, ofrecer datos para fijar metas nacionales y orientar la formulación de políticas. Unos sistemas de seguimiento bien establecidos pueden proporcionar pruebas de los efectos y la eficacia de las intervenciones para reducir la prevalencia de la obesidad infantil.

La Comisión es consciente de que los gobiernos no desean incrementar la carga que conlleva la presentación de informes. Actualmente existen diversos mecanismos de seguimiento que los países podrían utilizar para obtener datos e integrarlos en un marco nacional general de vigilancia

de la obesidad infantil. Entre ellos se incluyen el Marco mundial de vigilancia de las enfermedades no transmisibles¹ y el Marco de vigilancia mundial de la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño.²

El liderazgo estratégico nacional incluye el establecimiento de estructuras de gobernanza en diferentes sectores necesarios para gestionar la formulación y aplicación de legislación, políticas y programas. El liderazgo nacional es necesario también para gestionar la colaboración con los agentes no estatales, como las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y las instituciones académicas para aplicar de manera satisfactoria los programas, actividades e inversiones.

Un enfoque en el que se implique todo el gobierno exige el establecimiento de una cadena de responsabilidad y de rendición de cuentas y que se pida a las instituciones pertinentes encargadas

¹ WHA66.10, Seguimiento de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.

² WHA68(14), Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño: elaboración del conjunto básico de indicadores.

de poner en marcha y aplicar las intervenciones que rindan cuentas por la ejecución de dichas tareas.

La sociedad civil puede desempeñar una función crucial para ejercer presión social, moral y política sobre los gobiernos a fin de que cumplan sus compromisos (61). Acabar con la obesidad infantil debería formar parte del programa de la sociedad civil en cuanto a la promoción y rendición de cuentas.

La Comisión reconoce la importante función que puede desempeñar el sector privado en la lucha contra la obesidad infantil, pero que con frecuencia son necesarias estrategias adicionales de rendición de cuentas, así como mecanismos jurídicos y basados en los mercados y en los medios de comunicación (62). Deberían tenerse en cuenta las iniciativas del sector privado (en particular los minoristas, los fabricantes de alimentos, los servicios alimentarios,

los aseguradores) para combatir la obesidad que se basan en datos científicos independientes. Es necesario identificar los conflictos de interés y evaluarlos y gestionarlos de manera transparente y adecuada. Por lo tanto los códigos deontológicos y la evaluaciones de cumplimiento verificadas independientemente con supervisión gubernamental son importantes.

Los gobiernos pueden utilizar su potestad normativa para mejorar el entorno alimentario, hacer cumplir las normas reglamentarias y aplicar normas reconocidas internacionalmente, como el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna,¹ y el Conjunto de recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños.² Las fichas de puntuación pueden ser herramientas útiles para garantizar la rendición de cuentas. Aunque los ejemplos citados no abarcan todos los posibles

mecanismos de rendición de cuentas, si se utiliza una combinación de herramientas y estrategias de rendición de cuentas pueden obtenerse resultados óptimos.

La Comisión ha observado la destacada influencia que las políticas comerciales pueden tener en el entorno obesogénico. Esto es especialmente cierto en el caso de los pequeños Estados insulares, que dependen enormemente de los alimentos importados y en los que la naturaleza del suministro de alimentos y la fijación de precios están en gran medida determinadas por las dinámicas comerciales. La Comisión es consciente de la complejidad del comercio internacional, especialmente de los productos alimentarios y agrícolas, pero insta a los Estados Miembros y a los que participan en los acuerdos comerciales internacionales a buscar vías para solucionar las trabas comerciales que influyen en la obesidad infantil.



El principal obstáculo para progresar con respecto al problema de la obesidad infantil es la falta de compromiso político y que los gobiernos y otros agentes no asuman el problema como propio, no ofrezcan liderazgo y no pongan en marcha las actuaciones necesarias.

¹ WHA34.22, Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.

² WHA63.14, Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños.

CONCLUSIONES

La obesidad infantil socava el bienestar físico, social y psicológico de los niños y es un conocido factor de riesgo para la obesidad y las enfermedades no transmisibles en la edad adulta. Es imperativo actuar ahora para mejorar la salud de esta generación y la siguiente.

La Comisión reconoce que la diversidad de posibles recomendaciones normativas para hacer frente al problema de la obesidad infantil es muy amplia y contiene una serie de elementos novedosos. Ahora bien, solamente adoptando un enfoque multisectorial a través de un conjunto amplio e integrado de intervenciones que combatan el entorno obesogénico, la dimensión del curso de vida y el sector educativo, podrán lograrse progresos sostenidos. Ello exige compromiso y liderazgo del gobierno, inversiones a largo plazo y la participación del conjunto de la sociedad para proteger los derechos de los niños a la buena salud y el bienestar. La Comisión está convencida de que pueden lograrse progresos si todos los agentes mantienen su compromiso de trabajar juntos en pro de un objetivo común: acabar con la obesidad infantil.



BIBLIOGRAFÍA

1. UNICEF, OMS, Banco Mundial. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF-WHO-World Bank joint child malnutrition estimates. UNICEF, Nueva York; OMS, Ginebra; Banco Mundial, Washington, D.C.: 2015.
2. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr.* 2006;Suppl 450:76–85.
3. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2014;384:766–81.
4. Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TTK, Costa SA, Ashe M, et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *Lancet.* 2015;385:2400–9.
5. Taveras EM, Gillman MW, Kleinman K, Rich-Edwards JW, Rifas-Shiman SL. Racial/ethnic differences in early-life risk factors for childhood obesity. *Pediatrics.* 2010;125:686–95.
6. Organización para la Alimentación y la Agricultura. The double burden of malnutrition. Case studies from six developing countries. *Estudios FAO: Alimentación y Nutrición.* 2006;84:1–334.
7. Lake A, Townshend T. Obesogenic environments: exploring the built and food environments. *J R Soc Promot Health.* 2006;126:262–7.
8. Hanson MA, Gluckman PD. Early developmental conditioning of later health and disease: physiology or pathophysiology? *Physiological reviews.* 2014;94:1027–76.
9. McPherson NO, Fullston T, Aitken RJ, Lane M. Paternal obesity, interventions, and mechanistic pathways to impaired health in offspring. *Ann Nutr Metab.* 2014;64:231–8.
10. Tanamas SK, Lean ME, Combet E, Vlassopoulos A, Zimmet PZ, Peeters A. Changing guards: time to move beyond body mass index for population monitoring of excess adiposity. *QJM.* 2015;Nov 1.
11. Eastwood SV, Tillin T, Dehbi HM, Wright A, Forouhi NG, Godsland I, et al. Ethnic differences in associations between fat deposition and incident diabetes and underlying mechanisms: the SABRE study. *Obesity.* 2015;23:699–706.
12. Lobstein T, Jackson-Leach R. Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. *International Journal of Pediatric Obesity.* 2006;1:33–41.
13. Pizzi MA, Vroman K. Childhood obesity: effects on children's participation, mental health, and psychosocial development. *Occup Ther Health Care.* 2013;27:99–112.
14. PEDIATR ResMiller AL, Lee HJ, Lumeng JC. Obesity-associated biomarkers and executive function in children. *Pediatr Res.* 2015;77:143–7.
15. Litwin SE. Childhood Obesity and Adulthood Cardiovascular Disease: Quantifying the Lifetime Cumulative Burden of Cardiovascular Risk Factors. *J Am Coll Cardiol.* 2014;64:1588–90.
16. Nader PR, O'Brien M, Houts R, Bradley R, Belsky J, Crosnoe R, et al. Identifying risk for obesity in early childhood. *Pediatrics.* 2006;118:e594–e601.

17. Juonala M, Magnusson CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med*. 2011;365:1876–85.
18. Kelsey MM, Zaepfel A, Bjornstad P, Nadeau KJ. Age-related consequences of childhood obesity. *Gerontology*. 2014;60:222–8.
19. Finkelstein EA, Graham WC, Malhotra R. Lifetime direct medical costs of childhood obesity. *Pediatrics*. 2014;133:854–62.
20. Muller-Riemenschneider F, Reinhold T, Berghofer A, Willich SN. Health-economic burden of obesity in Europe. *Eur J Epidemiol*. 2008;23:499–509.
21. Global reference list of 100 core health indicators. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2015.
22. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
23. Hawkes C, Smith TG, Jewell J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, et al. Smart food policies for obesity prevention. *Lancet*. 2015;385:2410–21.
24. Using price policies to promote healthier diets. Copenhagen (Dinamarca): Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa, 2014.
25. Arantxa Colchero M, Popkin BM, Rivera JA, Noh S-W. Beverage purchases from stores since the start of the Mexican sugar-sweetened beverage excise tax: a year out. *BMJ*. 2016;352:h6704.
26. Ebbeling CB, Feldman HA, Chomitz VR, Antonelli TA, Gortmaker SL, Osganian SK, et al. A randomized trial of sugar-sweetened beverages and adolescent body weight. *N Engl J Med*. 2012;367:1407–16.
27. de Ruyter JC, Olthoff MR, Seidell JC, Katan MB. A trial of sugar-free or sugar-sweetened beverages and body weight in children. *N Engl J Med*. 2012;367:1397–406.
28. Popkin BM, Hawkes C. Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015.
29. Powell LM, Chriqui JF, Khan T, Wada R, Chaloupka FJ. Assessing the potential effectiveness of food and beverage taxes and subsidies for improving public health: a systematic review of prices, demand and body weight outcomes. *Obesity Reviews*. 2013;14:110–28.
30. Hastings G, Stead M, McDermott L, Forsyth A, MacKintosh AM, Rayner M, et al. Review of research on the effects of food promotion to children – final report. Report to the Food Standards Agency. Glasgow: University of Strathclyde, Centre for Social Marketing, 2003.
31. McGinnis JM, Gootman JA, Kraak VI. Food marketing to children and youth. Threat or opportunity? Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academies Press; 2006.
32. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinburn BA, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*. 2015;385:2510–20.
33. A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012.
34. An R, Patel D, Segal D, Sturm R. Eating better for less: a national discount program for healthy food purchases in South Africa. *American journal of health behavior*. 2013;37:56–61.
35. Tremblay MS, Gray CE, Akinroye K, Harrington DM, Katzmarzyk PT, Lambert EV, et al. Physical activity of children: a global matrix of grades comparing 15 countries. *Journal of Physical Activity & Health*. 2014;11:S113–25.
36. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
37. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, D.C.: World Cancer Research Fund, American Institute of Cancer Research, 2007.
38. LeBlanc AG, Spence JC, Carson V, Connor Gorber S, Dillman C, Janssen I, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0–4 years). *Appl Physiol Nutr Metab*. 2012;37:753–72.
39. Miller AL, Lumeng JC, LeBourgeois MK. Sleep patterns and obesity in childhood. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2015;22:41–7.
40. Taveras EM, Gillman MW, Pena MM, Redline S, Rifas-Shiman SL. Chronic sleep curtailment and adiposity. *Pediatrics*. 2014;133:1013–22.
41. Yu Z, Han S, Zhu J, Sun X, Ji C, Guo X. Pre-pregnancy body mass index in relation to infant birth weight and offspring overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8:e61627.
42. Eriksson JG, Sandboge S, Salonen MK, Kajantie E, Osmond C. Long-term consequences of maternal overweight in pregnancy on offspring later health: findings from the Helsinki Birth Cohort Study. *Ann Med*. 2014;46:434–8.
43. Okubo H, Crozier SR, Harvey NC, Godfrey KM, Inskip HM, Cooper C, et al. Maternal dietary glycemic index and glycemic load in early pregnancy are associated with offspring adiposity in childhood: the Southampton Women's Survey. *Am J Clin Nutr*. 2014;100:676–83.
44. Poston L. Maternal obesity, gestational weight gain and diet as determinants of offspring long term health. *Best practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2012;26:627–39.
45. Oken E, Levitan EB, Gillman MW. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (Lond)*. 2008;32:201–10.
46. Janesick A, Blumberg B. Endocrine disrupting chemicals and the developmental programming of adipogenesis and obesity. *Birth defects research Part C, Embryo today: reviews*. 2011;93:34–50.
47. Temel S, van Voorst SF, Jack BW, Denktas S, Steegers EA. Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. *Epidemiologic Reviews*. 2014;36:19–30.
48. Institute of Medicine and National Research Council. Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines. Washington D.C.: National Academies Press; 2009.

49. Hanson MA, Bardsley A, De-Regil LM, Moore SE, Oken E, Poston L, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: «Think Nutrition First». *Int J Gynecol Obstet.* 2015;131:S213–S53.
50. Choi J, Fukuoka Y, Lee JH. The effects of physical activity and physical activity plus diet interventions on body weight in overweight or obese women who are pregnant or in postpartum: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Prev Med.* 2013;56:351–64.
51. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl.* 2015;104:30–7.
52. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2003.
53. Mennella JA, Nicklaus S, Jagolino AL, Yourshaw LM. Variety is the spice of life: strategies for promoting fruit and vegetable acceptance during infancy. *Physiol Behav.* 2008;94:29–38.
54. Liem DG, Mennella JA. Sweet and sour preferences during childhood: role of early experiences. *Developmental psychobiology.* 2002;41:388–95.
55. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2011:CD001871.
56. School policy framework. Implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
57. Rasberry CN, Lee SM, Robin L, Laris BA, Russell LA, Coyle KK, et al. The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance: a systematic review of the literature. *Prev Med.* 2011;52 Suppl 1:S10–20.
58. Dietz WH, Baur LA, Hall K, Puhl RM, Taveras EM, Uauy R, et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Lancet.* 2015;385:2521–33.
59. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, et al. Interventions for treating obesity in children. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2009:CD001872.
60. Spear BA, Barlow SE, Ervin C, Ludwig DS, Saelens BE, Schetzina KE, et al. Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics.* 2007;120:S254–S88.
61. Huang TTK, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L, et al. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. *Lancet.* 2015;385:2422–31.
62. Swinburn B, Kraak V, Rutter H, Vandevijvere S, Lobstein T, Sacks G, et al. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *Lancet.* 2015;385:2534–45.

**LA OBESIDAD INFANTIL
SOCAVA EL BIENESTAR
FÍSICO, SOCIAL Y
PSICOLÓGICO DE
LOS NIÑOS Y ES UN
CONOCIDO FACTOR
DE RIESGO PARA
LA OBESIDAD Y LAS
ENFERMEDADES NO
TRANSMISIBLES EN
LA EDAD ADULTA. ES
IMPERATIVO ACTUAR
AHORA PARA MEJORAR
LA SALUD DE ESTA
GENERACIÓN Y LA
SIGUIENTE.**

ANEXO 1:

COMISIÓN PARA ACABAR CON LA OBESIDAD INFANTIL

La prevalencia de la obesidad entre los lactantes, los niños y los adolescentes va en aumento en muchos países, y los ascensos más rápidos se registran en los países de ingresos bajos y medianos. Si no se interviene, los lactantes y niños pequeños obesos probablemente seguirán siendo obesos durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

La obesidad infantil está asociada con una amplia variedad de complicaciones de salud y un mayor riesgo de aparición prematura de enfermedades como la diabetes y las cardiopatías. Son muchas las causas y las posibles soluciones al problema. Sin embargo, como suele ocurrir con todas las estrategias de salud pública, la aplicación de las soluciones es compleja. Solo mediante una combinación de alianzas comunitarias, apoyo gubernamental e investigación científica podrán formularse las mejores recomendaciones y aplicarse en el ámbito mundial.

Con el fin de sentar bases más sólidas para poner en marcha una respuesta integral a la obesidad infantil, la Directora General de la OMS constituyó una Comisión de alto nivel para acabar con la obesidad infantil, integrada por 15 personas eminentes y cabales de diversa procedencia profesional y geográfica. Se encargó a

la Comisión que preparara un informe consensado en el que se especificaran los enfoques y combinaciones de intervenciones que podrían ser los más eficaces en la lucha contra la obesidad en la infancia y la adolescencia en diferentes contextos mundiales. La Comisión examinó los mandatos y estrategias existentes sobre la prevención de la obesidad infantil y los amplió para resolver carencias. Para su labor, la Comisión contó con el apoyo de dos grupos especiales de trabajo para acabar con la obesidad infantil: uno sobre ciencia y pruebas científicas y un segundo sobre aplicación, seguimiento y rendición de cuentas.

La Comisión celebró cuatro reuniones y, como parte de su método de trabajo, realizó consultas regionales con los Estados Miembros y audiencias con los agentes no estatales. Durante su primera reunión, celebrada en Ginebra los días 17 y 18 de julio de 2014, la Comisión para acabar con la obesidad infantil examinó el informe de la primera reunión del Grupo especial de trabajo sobre ciencia y pruebas científicas y estableció su método de trabajo.

Durante la segunda reunión, celebrada en Ginebra los días 13 y 14 de enero de 2015, la Comisión examinó el segundo informe del Grupo especial de trabajo sobre ciencia y pruebas

científicas y el primer informe del Grupo especial de trabajo sobre aplicación, seguimiento y rendición de cuentas, y elaboró el informe provisional de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Ello permitió establecer el fundamento para combatir la obesidad infantil y la necesidad imperiosa de que los gobiernos tomen la iniciativa en la solución del problema. En el informe provisional se pusieron de relieve las posibles opciones normativas para combatir el entorno obesogénico, reducir el riesgo de obesidad prestando atención a elementos cruciales en el enfoque del curso de vida y tratar a los niños con obesidad para mejorar su salud presente y futura.

El informe provisional también sirvió de punto de partida para una consulta en línea que tuvo lugar del 16 de marzo al 5 de junio de 2015. Ochenta y una entidades (Estados Miembros, organizaciones no gubernamentales, fundaciones filantrópicas, instituciones académicas, investigadores, el sector privado y personas a título individual) presentaron observaciones sobre el informe provisional.

**LA COMISIÓN
MANTUVO
ADEMÁS SIETE
CONSULTAS
REGIONALES
CON LOS
ESTADOS
MIEMBROS:**

MANILA
Filipinas

24-25 de marzo
para los países continentales
de la Región del Pacífico
Occidental

EL CAIRO
Egipto

2-3 de julio
para los países de la Región
del Mediterráneo Oriental

AUCKLAND
Nueva Zelandia

27-28 de julio
para los países y territorios
insulares de la Región del Pacífico
Occidental

MEXICO D.F.
México

26-28 de agosto
para los países de la Región
de las Américas

NUEVA DELHI
India

28-29 de septiembre
para los países de la Región de
Asia Sudoriental

ACCRA
Ghana

22-23 de octubre
para los países de la Región
de África

LA VALETTA
Malta

28-29 de octubre
para los países de la Región
de Europa

La Comisión celebró su tercera reunión los días 22 y 23 de junio de 2015 en la Región Administrativa Especial de Hong Kong (China). Durante esta reunión la Comisión examinó las observaciones recibidas de los Estados Miembros sobre el punto 13.3 del orden del día de la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, los comentarios procedentes de las consultas en línea y las consultas y audiencias regionales mantenidas con los países continentales de la Región del Pacífico Occidental. Además, la Comisión recibió de la Directora General de la OMS un informe de la segunda reunión del Grupo especial de trabajo sobre aplicación, seguimiento y

rendición de cuentas, así como datos actualizados del Grupo especial de trabajo sobre ciencia y pruebas científicas.

En la tercera reunión, la Comisión redactó su proyecto de informe final, en el que presentó de forma pormenorizada las posibles orientaciones normativas para someterlas a la consideración de los Estados Miembros. El proyecto de informe final sirvió de punto de partida para las consultas regionales mantenidas en la Región de las Américas, la Región de Asia Sudoriental, la Región de África y la Región de Europa. El informe, además, se publicó en

línea de septiembre a noviembre de 2015 para que las partes interesadas pertinentes formularan observaciones; se recibieron y examinaron 98 ponencias.

Tras el periodo de consultas, la Comisión celebró su cuarta reunión en Ginebra los días 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2015, para examinar los comentarios recibidos, examinar los informes de los dos grupos especiales de trabajo y elaborar su informe final. El presente informe final de la Comisión para acabar con la obesidad infantil se presentará a la Directora General de la OMS en enero de 2016.

ANEXO 2:

MIEMBROS DE LA COMISIÓN

Sir George Alleyne

Director Emérito
Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Dra. Constance Chan Hon Yee

Directora de Salud
Departamento de Salud
Región Administrativa Especial de Hong Kong
China

Sra. Helen Clark

Administradora
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

**Sir Peter Gluckman
(copresidente)**

Principal asesor científico del Primer Ministro de Nueva Zelandia & Liggins Institute, Universidad de Auckland
Nueva Zelandia

Sr. Adrian Gore

Fundador y Director General
Discovery Group
Sudáfrica

Sra. Betty King

Ex embajadora
Permanent Mission of the United States of America to the United

Nations Office and other International Organizations at Geneva

Sra. Nana Oye Lithur

Ministra de Género, Infancia y Protección Social
Ghana

Dr. David Nabarro

Coordinador de la Iniciativa SUN para el fomento de la nutrición
Representante Especial del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Seguridad Alimentaria y la Nutrición
Coordinador del Equipo de Tareas de Alto Nivel

**Dra. Sania Nishtar
(copresidenta)**

Fundadora de Heartfile
Pakistán

Sra. Paula Radcliffe

Deportista y madre
Reino Unido

Prof. Hoda Rashad

Profesora de investigación y directora
Centro de Investigación Social
American University de El Cairo
Egipto

Prof. K. Srinath Reddy

Presidente Fundación de la India para la Salud Pública
Instituto de Estudios en Desarrollo Industrial (ISID)
India

Dr. Jacques Rogge

Presidente honorario Comité Olímpico Internacional (COI)
Suiza

Sra. Sachita Shrestha

Defensora de la juventud
Nepal

Dr. Colin Tukuitonga

Director General
Secretaría de la Comunidad del Pacífico
Nueva Caledonia



Fotografías

Portada:

© 2007 Iryna Shabaykovich, con la autorización de Photoshare

© 2013 Valerie Caldas/ Johns Hopkins University Center for Communication Programs, con la autorización de Photoshare

© 2013 Alissa Zhu, con la autorización de Photoshare

P. xiv © WHO / SEARO /Payden

P. 5 © 2014 Jose Ramos II, con la autorización de Photoshare

P. 6 © 2008 Pablo P Yori, con la autorización de Photoshare

P. 9 © 2007 Jose M. Marin, con la autorización de Photoshare

P. 10 © 2008 Kunle Ajayi, con la autorización de Photoshare

P. 13 © 2014 Lorine Ghabranious/MSH, con la autorización de Photoshare

P. 15 © 2013 Anil Gulati, con la autorización de Photoshare

P. 16 © 2012 Sharvari Raval, con la autorización de Photoshare

P. 23 © 2013 Kyle Sherman, con la autorización de Photoshare

P. 25 © WHO / SEARO /SB Rai

P. 26 © WHO / SEARO /Anuradha Sarup

P. 27 © WHO / SEARO /SB Rainow

P. 29 © 2013 Valerie Caldas, con la autorización de Photoshare

P. 37 © 2013 David Huamaní, con la autorización de Photoshare

P. 39 © 2012 David Snyder for CRWRC, con la autorización de Photoshare

P. 41 © 2005 Anil Gulati, con la autorización de Photoshare

P. 49 © 2011 Lawrence Ko, con la autorización de Photoshare



RAPPORT

Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique

dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé

1ère Partie : **Mesures concernant la Prévention nutritionnelle**

Rapport rédigé par

Pr Serge Hercberg

PU-PH Nutrition,

Université Paris 13/Département de Santé Publique Hôpital Avicenne Bobigny)

Directeur Unité de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle,

U557 Inserm/Inra/Cnam/Université Paris 13

Président du Programme National Nutrition Santé

PNNS 2001-2005, 2006-2010, 2011-2015

Avec l'aide du Dr Chantal Julia (Assistante Hospitalo-Universitaire, Université Paris 13/Département de Santé Publique, Hôpital Avicenne, Bobigny)

15 novembre 2013

Introduction générale

Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé nous a confié, le 12 juillet 2013, la mission de faire des propositions concrètes destinées à donner un nouvel élan au Programme National Nutrition Santé (PNNS, qui est à mi-parcours de son 3ème volet 2011-2015) et au Plan Obésité (PO 2010-2013, arrivé à son terme en Juin 2013).

Cette demande s'inscrit dans les actions de la « stratégie nationale de santé publique » visant prioritairement la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé avec un accent particulier porté à la jeunesse et aux populations vulnérables.

Nous présentons un rapport en deux parties distinctes.

La première partie du rapport consacrée à la prévention nutritionnelle a été rédigée sous la responsabilité du Pr Serge Hercberg. La finalité des propositions sur la prévention est de réduire les facteurs de risque et promouvoir les facteurs de protection des maladies chroniques, d'accroître l'espérance de vie en bonne santé, de réduire les inégalités sociales dans le domaine de la santé et de réduire les coûts de santé, dans le cadre de la politique nutritionnelle de santé publique française. Les mesures proposées dans la première partie de ce rapport sont destinées à :

- améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire et faciliter l'accessibilité physique et économique à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle, pour tous et notamment pour les populations les plus fragiles,
- aider les consommateurs à orienter leurs choix au moment de l'acte d'achat vers des aliments de meilleure qualité nutritionnelle et réduire la pression du marketing orientant vers la consommation d'aliments de moins bonne qualité nutritionnelle,
- favoriser la pratique d'une activité physique pour tous,
- garantir un dépistage et une prise en charge optimale des problèmes nutritionnels,
- faire de la nutrition-santé un atout pour l'innovation dans le domaine de l'alimentation.

La seconde partie de ce rapport, consacrée à la prise en charge des maladies liées à la nutrition, a été rédigée sous la responsabilité du Pr Arnaud Basdevant. Les enjeux autour des maladies chroniques sont considérables. La nutrition joue un rôle majeur dans la prise en charge médicale des maladies chroniques. Elle en est un élément thérapeutique important et un facteur pronostic. Il est donc apparu indispensable d'élargir la réflexion et les propositions sur les soins au-delà de la seule question de l'obésité. Une attention particulière a été portée à la malnutrition et aux désordres alimentaires chez les jeunes, à la dénutrition à tous les âges. Les mesures proposées visent à la gradation et la coordination des prises en charge nutritionnelles au service du parcours de soin de la personne. Ceci suppose une évolution des métiers, des organisations, des pratiques au profit d'une vision pluriprofessionnelle incluant des acteurs hors cadre du soin.

Pr Serge Hercberg

Pr Arnaud Basdevant

1ère Partie :

**Mesures concernant la Prévention
nutritionnelle**

Pr Serge Hercberg

Sommaire Partie 1 - Prévention nutritionnelle

INTRODUCTION GENERALE	1
SOMMAIRE PARTIE 1 - PREVENTION NUTRITIONNELLE.....	3
AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	6
1. L'état des lieux	7
1.1. Le contexte et les enjeux de santé publique: les coûts humains, sociaux et économiques des maladies chroniques liées à la nutrition.....	7
1.2. Le développement d'une politique nutritionnelle de santé publique en France : une dynamique durable depuis plus de 10 ans.....	9
1.3. La mise en place de la Stratégie Nationale de Santé en 2013 : la contribution de la nutrition.....	13
1.4 La place de la politique nutritionnelle française dans le contexte international et les politiques mises en place dans les autres pays industrialisés.....	14
2. Les options stratégiques retenues.....	16
2.1. Des propositions nouvelles, inscrites dans la stratégie nationale de santé, relevant d'une prise de décisions au niveau national et venant compléter les actions déconcentrées.....	16
2.2. Des propositions qui nécessitent des vraies ruptures de paradigme par rapport aux bases scientifiques permettant de décider de les mettre en œuvre.....	18
2.3. Des mesures s'appuyant sur des réglementations en complément des actions incitatives en cours	21
3. Les méthodes d'élaboration des propositions.....	29
4. Les propositions de mesures dans le domaine de la prévention.....	31
<i>Proposition 1</i>	31
Mesure n°1 Pérenniser le PNNS (en intégrant le PO) en tant que programme de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé. Amplifier ses actions visant à lutter contre les inégalités sociales de santé et ciblés vers la jeunesse. Réviser sa gouvernance.....	31
<i>Proposition 2</i>	40
Mesure n°2 Mettre en place un système d'information nutritionnelle unique sur la face avant des emballages des aliments : « l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS ».....	43
Mesure n°3 La régulation de la publicité en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments.....	54
Mesure n°4 Une taxe (couplée à une réduction de la TVA) en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments	64
<i>Proposition 3</i>	81
Mesure n°5 Offrir à tous (et notamment aux populations défavorisées) les conditions favorables pour pratiquer une activité physique et sportive	81
Mesure n°6 Améliorer l'accessibilité à l'eau	84
Mesure n°7 Améliorer l'offre alimentaire dans les distributeurs automatiques de produits alimentaires	85
Mesure n°8 Réglementer la teneur en sel et en fibres du pain et des produits de panification	86

Mesure n°9 Distribution de coupons « fruits et légumes » et « coupons sport » aux populations défavorisées.....	90
Mesure n°10 Implantation de marchés et de jardins communautaires dans les zones défavorisées..	94
Mesure n°11 Interdire les promotions au volume pour des aliments et boissons dont la qualité nutritionnelle est considérée comme défavorable à la santé	96
Mesure n°12 Dans le cadre de la réforme des rythmes scolaires, utiliser le temps périscolaire pour faire faire de l'activité physique, promouvoir l'éveil au goût et éduquer à la lecture du système d'information nutritionnelle (échelle de qualité nutritionnelle du PNNS).....	96
Mesure n°13 Promouvoir la diversité de l'image du corps (interdiction des retouches de photo dans les magazines et journaux et de faire défiler des mannequins avec IMC < 19) et donner un cadre juridique de protection des personnes obèses (pénalisation de la discrimination)	97
Mesure n°14 Campagnes de communication gratuites pour l'INPES sur les chaînes de TV publiques et privées	97
Mesure n°15 Fournir les moyens aux structures concernées de mettre en place l'évaluation des mesures mises en place et l'atteinte des objectifs du PNNS.....	98
 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	 99
 RESUME DES MESURES CONCERNANT LA PREVENTION NUTRITIONNELLE.....	 117

Avant-Propos

Je remercie les personnalités que j'ai auditionnées qui m'ont aidé dans ma réflexion (par ordre alphabétique):

Olivier Andrault (UFC Que Choisir), **Dominique Baelde** (DGCCRF), **Arnaud Basdevant** (Université Pierre et Marie Curie, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière Charles Foix), **Eric Bertin** (CHU de Rennes Président Collège des Enseignants de Nutrition), **Céline Bonnet** (Toulouse School of Economics, GREMAQ-INRA), **François Bourdillon** (CHU Pitié/Salpêtrière, Président de la commission prévention du Haut Conseil de la Santé Publique), **Jean-Louis Bresson** (Hôpital Necker-Enfants Malades), **Serge Briançon** (Ecole de Santé Publique Nancy), **Gérard Brochoire** (Institut National de la Boulangerie et de la Pâtisserie), **Katia Castetbon** (Unité de Surveillance en Epidémiologie Nutritionnelle, Institut de Veille Sanitaire), **Christine Cesar** (Direction de l'animation des territoires et des réseaux, INPES), **Hélène Charreire** (Lab'URBA, Département de Géographie, Université Paris Est Créteil Val de Marne), **Christine Cherbut** (Directrice Scientifique Alimentation, INRA), **André Cicollela** (INERIS, Verneuil en Halatte), **Nicole Darmon** (UMR Inra 1260/Inserm U 476/Universités Aix-Marseille I et II), **Mathieu De Labarre** (Centre Emile-Durkheim-Science politique et sociologie comparatives, CNRS - Université Victor Ségalen Bordeaux 2), **Adam Drewnowski** (Université de Washington, USA), **Fabrice Etilé** (Inra U1303 ALISS, Alimentation et sciences sociales, Ivry sur Seine), **Karine Gallopel** (École des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes), **Jean-Philippe Girard** (Président de l'ANIA), **Anne-Sylvie Joly** (CNAO), **Jean-Luc Grillon** (médecin conseiller DRJSCS de Champagne-Ardenne), **Martine Laville** (CRNH Rhône Alpes), **Thanh Le Luong** (Directrice de l'INPES), **Pierre Lombrail** (Département de Santé Publique, Hôpital Avicenne), **Irène Margaritis** (chef de l'unité d'évaluation des risques liés à la nutrition à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, ANSES), **Ambroise Martin** (Expert auprès de l'EFSA), **Jean-Michel Oppert** (CHU Pitié Salpêtrière, Paris), **Charles Pernin** (CLCV), **Sandrine Raffin** (Agence Linkup), **Monique Romon** (CHU Lille, Présidente de la Société Française de Nutrition, SFN), **Bernard Ruffieux** (INRA/ Ecole Polytechnique Grenoble), **Chantal Simon** (CRNH Rhône-Alpes), **Louis-Georges Soler** (Inra U1303 ALISS, Alimentation et sciences sociales, Ivry sur Seine), **Hélène Thibault** (ISPED Bordeaux), **Dominique Turck** (CHU de Lille), **Jean-Fabien Zazzo** (Hôpital Antoine Beclère), et l'Equipe de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle (Inserm / Inra / Cnam / Université Paris 13), Centre de Recherche en Epidémiologies et Biostatistiques Sorbonne Paris Cité : **Paule Martel** (DR Inra), **Emmanuelle Kesse** (CR Inra), **Valentina Andreeva** (MCF UP13), **Mathilde Touvier** (CR Inserm), **Pilar Galan** (DR Inra), **Caroline Méjean** (CR Inra).

Les propositions faites dans ce rapport n'engagent en aucun cas les experts scientifiques ou les représentants de la société civile consultés.

Je remercie tout particulièrement **Chantal Julia** (Assistante Hospitalo-Universitaire UP13/Hôpital Avicenne) qui m'a accompagné tout au long de la préparation de ce rapport. Son apport sur le plan scientifique et de la santé publique a été précieux pour sa rédaction.

Serge Herberg

Introduction

Pour répondre à la demande de la ministre, un certain nombre de choix méthodologiques et stratégiques ont été faits prenant en considération:

- 1) le contexte spécifique et les enjeux de santé publique auxquels nous sommes actuellement confrontés en France,
- 2) la dynamique de la politique nutritionnelle de santé publique développée en France depuis 2001, avec ses avancées et ses limites,
- 3) la mise en place de la Stratégie Nationale de Santé en septembre 2013,
- 4) le positionnement de la politique nutritionnelle française dans le contexte international,
- 5) la littérature scientifique existante et l'état des réflexions menées au cours des dernières années par les Comités d'Experts en charge d'élaborer les politiques de santé publique dans les autres pays industrialisés et les organisations internationales.

La nutrition (alimentation et activité physique) est un déterminant majeur de la santé et notamment des pathologies chroniques qui constituent, aujourd'hui, les enjeux majeurs de santé publique auxquels est confrontée la France, comme de nombreux pays dans le monde. Ces maladies liées à la nutrition sont un facteur d'inégalités sociales de santé. Sur la base de nombreux travaux scientifiques, des recommandations nutritionnelles sont proposées par différentes organisations internationales et reprises par des Comités d'Experts nationaux pour prévenir les maladies chroniques. En effet les coûts humains, sociaux et économiques de ces pathologies sont considérables, or la nutrition est parmi les facteurs déterminants de ces maladies multifactorielles, un facteur sur lequel il est possible d'agir au niveau individuel et collectif.

En France, des améliorations certaines ont été obtenues depuis l'instauration du PNNS en 2001 (et du PO en 2010, voir rapport du Pr Arnaud Basdevant). Pourtant ces progrès au niveau de l'ensemble de la population masquent des disparités sociales qui ont eu tendance à s'aggraver.

Une nouvelle impulsion et de nouvelles mesures s'imposent pour améliorer la situation nutritionnelle de l'ensemble de la population, réduire les inégalités sociales dans le domaine de la nutrition et répondre aux enjeux préventifs et thérapeutiques des maladies chroniques. A côté des actions de communication et d'information, destinées à orienter la population vers des comportements plus favorables à la santé, il apparaît indispensable, notamment pour lutter contre les inégalités sociales de santé, d'agir efficacement sur l'offre alimentaire, l'offre d'activité physique et l'offre de soins.

1. L'état des lieux

1.1. Le contexte et les enjeux de santé publique: les coûts humains, sociaux et économiques des maladies chroniques liées à la nutrition

Au cours des 30 dernières années, de nombreux travaux scientifiques fondamentaux, cliniques et épidémiologiques ont mis en évidence le rôle des facteurs nutritionnels (intégrant l'alimentation et l'activité physique) dans le déterminisme des principales maladies chroniques en France comme dans l'ensemble des pays industrialisés et désormais dans les pays émergents. Ces maladies chroniques, constituent la première cause de mortalité à l'échelle de la planète (*Alwan et al., 2011*). Leur prévalence ne cesse d'augmenter: en 2020, près de 50 % de la population nord-américaine aura au moins une maladie chronique (*Wolff et al., 2002*). Les conséquences de ces pathologies sont majeures au niveau des individus, mais également en termes de dépenses de santé et de productivité (*Giorda et al., 2011, Oldridge, 2008, Scarborough et al., 2011, Tarride et al., 2012, Zhuo et al., 2012*). La perte de production associée à 5 grandes maladies chroniques dans le monde (cancer, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, diabète et santé mentale) a été estimée à 47 000 milliards de dollars pour la période 2011-2030 (*Bloom et al., 2011*).

En France, les maladies chroniques dans lesquelles les facteurs nutritionnels sont impliqués constituent également des enjeux majeurs de santé publique :

- 365 500 nouveaux cas de cancers en 2011 (*ouvrage collectif édité par l'Inca, 2012*) représentent un coût pour la Sécurité Sociale estimé, en 2010, à 13,2 milliards d'euros (*Observatoire sociétal des cancers, 2012*),
- les maladies cardiovasculaires (MCV), 2ème cause de mortalité (*DREES, 2011*), sont à l'origine de près de 180 000 décès par an (32 % des décès), dont 25 % affectent des personnes de moins de 75 ans. Les coûts directs et indirects des MCV représentaient en 2008, 28,7 milliards d'euros. Le coût de prise en charge des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) en 2007 était de 5,3 milliards d'euros. La perte de productivité liée aux AVC est estimée à 255,9 millions d'euros par an (*Chevreur et al., 2013*),
- la prévalence du diabète traité pharmacologiquement est estimée par l'Assurance maladie à 3,95 % en 2007 (*Fagot-Campagna et al., 2010*). Ce pourcentage correspond à 2,5 millions de personnes diabétiques traitées, représentant 12,5 milliards d'euros en termes de dépense de santé,
- l'obésité concerne 17 % des adultes (*Castetbon et al., 2009*) avec des coûts de santé estimés à 4 milliards d'euros par an (estimation pour l'année 2008),
- 3 millions de femmes souffrent d'ostéoporose (*HAS, 2006*). Les fractures du col du fémur ont conduit à 73 500 séjours hospitaliers chez les plus de 65 ans en 2008 (*DREES, 2011*). Le coût des hospitalisations liées à l'ostéoporose était estimé, en 2008, à 415 millions d'euros pour les coûts directs d'hospitalisation et de 331 millions pour les coûts directs de rééducation (*Maravic et al., 2012*).

La nutrition joue également un rôle dans de nombreuses autres maladies ayant un coût humain, social et économique important: pathologies digestives, ostéo-articulaires, thyroïdiennes, dermatologiques, neurologiques (déclin cognitif)...

Toutes ces maladies chroniques sont multifactorielles, déterminées par des facteurs génétiques, biologiques, environnementaux et comportementaux. S'il est difficile de mesurer précisément le poids relatif des facteurs nutritionnels, de nombreux arguments suggèrent qu'il est important. Quelques exemples illustrent ce point :

- Selon l'OMS (*World Health Organization, 2009*), 25,2 % de la mortalité totale dans le monde est attribuable à une combinaison de facteurs de risque d'origine nutritionnelle, chacun représentant une part importante à lui seul de cette mortalité: hypertension artérielle (16,8 %), surpoids et obésité (8,4 %), sédentarité (7,7 %), glycémie élevée (7 %), cholestérol élevé (5,8 %) et apports faibles en fruits et légumes (2,5 %). Huit des 10 premiers facteurs de risques qui contribuent à l'augmentation du nombre des années de vie avec une pathologie sont en grande partie liés à la nutrition: hypertension artérielle (excès de consommation de sel), obésité, faible consommation de fruits et légumes, inactivité physique, hypercholestérolémie, hyperglycémie, consommation d'alcool (les autres facteurs principaux étant le tabac et la pollution de l'air).
- Le World Cancer Research Fund, WCRF (en collaboration avec l'American Institute for Cancer Research, AICR), à partir d'un modèle s'appuyant sur des travaux réalisés aux USA, au Royaume Uni, au Brésil et en Chine, estime qu'environ 1/3 des cancers les plus fréquents pourraient être évités grâce à la prévention nutritionnelle dans les pays développés et 1/4 dans les pays en voie de développement. La part des cancers évitables par la nutrition atteindrait pour les pays industrialisés des chiffres plus élevés pour certaines localisations spécifiques : plus de 65 % pour les cancers des voies aéro-digestives hautes, 50 % pour les cancers colo-rectaux, plus de 45 % pour le col de l'utérus... (*World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research, 2007, World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research, 2009*).
- Il existe une relation dose-effet directe entre la consommation de sel et la tension artérielle. La baisse de la consommation de sel réduit le risque à long terme d'événements cardiovasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux. Il est estimé que la diminution de cette consommation (passant de 10 à 5 g par jour) permettrait de réduire le taux global d'accidents vasculaires cérébraux de 23 % et les taux de maladies cardiovasculaires de 17 % (*WHO Europe, 2011b*). Une étude de simulation réalisée aux USA (*Bibbins-Domingo et al., 2010*) estime, qu'une diminution de l'apport en sel de 3 g/j dans l'ensemble de la population, réduirait de 60 000 à 120 000 le nombre annuel des nouveaux cas de maladies coronariennes, de 32 000 à 66 000 celui des d'accidents vasculaires cérébraux et de 54 000 à 99 000 les infarctus du myocarde. Les économies obtenues en termes de dépenses de santé seraient entre 10 et 24 milliards de dollars par an pour les USA.

- Une relation dose-réponse a également été mise en évidence entre le niveau d'activité physique/condition physique et la prévention de 7 maladies chroniques. La comparaison des groupes de sujets les plus actifs/en meilleure condition physique aux groupes les moins actifs/en moins bonne condition physique a permis d'estimer des réductions du risque de survenue de ces maladies de 33 % pour les maladies cardiovasculaires, 31 % pour les accidents vasculaires cérébraux, 32 % pour l'hypertension, 30 % pour le cancer du côlon, 20 % pour le cancer du sein et 42 % pour le diabète de type 2 (Warburton et al., 2006). Un niveau élevé d'activité physique réduit le risque de mortalité prématurée et de mortalité toutes causes confondues d'environ 31 % par rapport à une absence d'activité, et les bénéfices sur la santé augmentent avec le volume et/ou l'intensité de l'activité (Warburton et al., 2010).

Compte-tenu du rôle des facteurs nutritionnels dans le risque ou la protection des maladies chroniques, la question fondamentale posée aujourd'hui dans le monde n'est plus celle du bien-fondé de la place des actions nutritionnelles en santé publique mais celle des stratégies à mettre en place et de l'engagement politique des Etats dans ce domaine. Au niveau international, les organisations (OMS, FAO, ONU, OCDE, Union Européenne) et les groupes de scientifiques (IASO, IOTF, SALT, WCRF...) recommandent unanimement la mise en place et le maintien au long cours de politiques nationales et de stratégies nutritionnelles de santé publique au niveau des Etats.

1.2. Le développement d'une politique nutritionnelle de santé publique en France : une dynamique durable depuis plus de 10 ans

- la mise en place du PNNS

La France a été pionnière dans le monde pour la mise en place d'une politique publique de santé nutritionnelle effective et durable, au travers du lancement en janvier 2001, à la demande du Premier ministre et sous la coordination interministérielle du ministère de la Santé, du Programme National Nutrition Santé (PNNS) (Herberg, 2011). Programmé initialement sur une durée de 5 ans (PNNS1 2001-2005), et prolongé en 2006 pour 5 nouvelles années (PNNS2 2006-2010), le PNNS est entré, depuis septembre 2011 dans sa troisième phase programmée jusqu'en 2015. Il constitue un des plans de santé publique les plus ambitieux dans le domaine de la nutrition en Europe. Le PNNS a pour finalité de promouvoir les facteurs de protection de la santé au travers de l'alimentation et de l'activité physique et de réduire l'exposition aux facteurs de risque au niveau de la population générale et des groupes à risque spécifiques. Dès sa conception le PNNS a inclus clairement le développement de l'activité physique au même titre que l'amélioration de l'alimentation dans ses objectifs.

Depuis le 27 juillet 2010, le PNNS (programme national relatif à la nutrition et à la santé) est inscrit dans le Code de la Santé Publique (Loi n°2010-873, article L3231-1). Selon la

Loi, le programme, élaboré tous les 5 ans définit les objectifs de la politique nutritionnelle du Gouvernement et prévoit les actions à mettre en œuvre afin de favoriser :

- l'éducation, l'information et l'orientation de la population (recommandations en matière nutritionnelle et d'activité physique),
- la création d'un environnement favorable au respect des recommandations;
- la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels dans le système de santé,
- la mise en place d'un système de surveillance de l'état nutritionnel de la population et de ses déterminants,
- le développement de la formation et de la recherche en nutrition humaine.

Depuis son lancement, le PNNS tend vers des objectifs nutritionnels de santé publique précis et quantifiés, élaborés par des comités d'experts. Leur suivi fait l'objet d'enquêtes nationales. Le PNNS intègre dans un continuum, la prévention primaire, le dépistage, la surveillance et la prise en charge des pathologies nutritionnelles (surcharge et dénutrition). Il s'articule avec différents autres plans de santé publique, notamment les plans cancer, le plan pour la qualité de vie des malades chroniques, les plans nationaux santé environnement, favorisant la synergie et la cohérence des démarches. De façon complémentaire, le plan obésité (PO) articulé avec le PNNS a permis une impulsion spécifique en particulier pour l'organisation territoriale des soins. Le PNNS est également la référence pour le plan national pour l'alimentation (PNA) pour ce qui concerne l'éducation et l'information nutritionnelle ainsi que la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire.

Le PNNS est fondé sur une approche plurisectorielle où les orientations sont décidées conjointement avec les ministères chargés de l'éducation nationale, des affaires sociales, de l'agriculture, de la consommation, de la recherche, et discutées avec les collectivités territoriales, le mouvement associatif et les acteurs économiques. La dimension culturelle, si importante en France lorsqu'il s'agit d'alimentation, est systématiquement prise en compte pour que santé, convivialité et plaisir gustatif convergent. Les actions arrêtées dans le domaine de l'alimentation sont également inscrites dans le programme national pour l'alimentation (PNA) défini à l'article L. 230-1 de la loi n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche.

- L'évaluation de l'atteinte des objectifs, l'identification des limites des stratégies mises en place

Dès sa conception, le PNNS a programmé l'évaluation de l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. Des structures de surveillance ont été mises en place, des méthodologies développées et des études organisées pour évaluer l'atteinte des objectifs fixés et mettre en évidence l'évolution de l'état nutritionnel, des habitudes alimentaires, des modes de vie liés à la nutrition et des connaissances et perceptions de la population en matière de nutrition. Ces données ont été collectées par les agences sanitaires nationales en charge de la surveillance, de l'expertise, de la communication et de l'éducation pour la santé (InVS, ANSES, INPES).

La dynamique impulsée au niveau national par le PNNS associé au PO et activement relayée au niveau régional et local a permis des améliorations réelles significatives de l'état nutritionnel de la population française objectivées par divers indicateurs et retrouvées dans différentes études. Certains des objectifs du programme ont été partiellement ou complètement atteints (*Castetbon et al., 2011*). Il apparaît, par exemple, que les Français mangent plus de fruits désormais et consomment moins de sel, du moins en ce qui concerne les adultes. Mais les enfants ne mangent encore pas suffisamment de fruits et de légumes. D'autre part pour d'autres aliments ou groupes d'aliments comme les produits sucrés chez les enfants ou les aliments pourvoyeurs de fibres par exemple, les objectifs de santé publique n'ont pas été atteints.

Concernant les marqueurs de l'état nutritionnel, cliniques et biologiques, là aussi, la situation est contrastée. Les données épidémiologiques mettent en évidence une tendance à la stabilisation des prévalences de surpoids et d'obésité chez les enfants, voire une diminution. La France a été un des tous premiers pays au monde à montrer une tendance favorable de l'évolution de la corpulence des enfants. Cependant persistent de fortes inégalités sociales: les enfants des couches sociales défavorisées ont une probabilité plus forte de présenter une surcharge pondérale. D'autre part les niveaux mesurés des marqueurs du risque cardiovasculaire, précurseurs de maladies chroniques, restent préoccupants, notamment dans les populations défavorisées.

La France se trouve donc dans une situation nutritionnelle moins défavorable que beaucoup d'autres pays européens, mais la situation reste fragile et surtout les inégalités sociales de santé en nutrition tendent à s'aggraver.

Les éléments positifs observés restent contrastés selon les âges, les niveaux d'étude ou de professions, les catégories socioprofessionnelles, etc. Par exemple la consommation de fruits et légumes est 50 % plus élevée et celle de poisson 30 % plus élevée chez les personnes se situant dans les plus hauts revenus par rapport aux plus faibles revenus (*NutriNet-Santé, 2009*). Le point critique reste donc les inégalités sociales de santé en nutrition qui tendent à s'aggraver.

Différentes études (Baromètre Nutrition INPES, Etude NutriNet-Santé), ont mis en évidence une augmentation de la connaissance des recommandations nutritionnelles depuis le lancement du PNNS et ses campagnes de communication (*Castetbon et al., 2011*). Par exemple, 75 à 85 % de la population connaît aujourd'hui le repère de consommation du PNNS sur les fruits et légumes (contre seulement 2,5 % en 2002). Mais seulement 43 % de la population consomme au moins les 5 fruits et légumes recommandés par jour (*Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007*) et ils ne sont, malgré une amélioration depuis 2006, que 6,2 % dans les populations en grande précarité, bénéficiaires de l'aide alimentaire (*Grange et al., 2013*). Il apparaît clairement que la connaissance des repères de consommation, si elle a considérablement progressé grâce à la communication active du PNNS, n'est pas suffisante pour permettre l'atteinte des objectifs de santé publique et notamment pour les populations les plus vulnérables.

Ainsi, le développement au cours du temps du PNNS a conduit à appréhender les limites des stratégies de santé publique fondées exclusivement sur les déterminants individuels des comportements alimentaires (et d'activité physique) en s'appuyant seulement sur la communication, l'information et l'éducation nutritionnelle. Aussi primordiales soient-elles, ces approches n'agissent pas sur les inégalités sociales de santé en nutrition, voire sont susceptibles de les aggraver (INSERM, 2013). C'est pourquoi le PNNS2 a mis l'accent, dès 2006, sur une stratégie complémentaire à la communication et l'information, orientée sur les déterminants environnementaux des comportements.

En effet, si les consommations alimentaires (ou de pratique d'activité physique) relèvent d'un choix personnel, ce choix est influencé par divers facteurs extérieurs à l'individu selon un schéma causal complexe. Plusieurs niveaux d'influence peuvent ainsi être identifiés : le niveau individuel, l'environnement social proche (familles, amis, parents), l'environnement physique (disponibilité et choix alimentaires dans les écoles, lieux de travail, supermarchés, environnement urbain, pistes cyclables, etc.) et enfin le macro-environnement (marketing alimentaire, normes sociales, structure du marché économique, filières de production alimentaire, régulation gouvernementale...). Chacun de ces niveaux participe et influence les choix alimentaires (et d'activité physique) effectués par les individus (Story et al., 2008). De nombreuses études ont montré que les sujets ayant un accès facilité à une offre alimentaire de meilleure qualité nutritionnelle, ainsi qu'un environnement favorable à l'activité physique avaient tendance à avoir une alimentation plus équilibrée et à pratiquer davantage d'activité physique (Sallis & Glanz, 2009). En résumé, les choix individuels ne peuvent se porter que difficilement vers des aliments de bonne qualité nutritionnelle si l'environnement n'y est pas favorable. L'amélioration de l'environnement alimentaire a pour principal objectif de faire en sorte qu'une alimentation de bonne qualité nutritionnelle soit « l'option optimale par défaut » (Story et al., 2008). Il en est de même pour l'activité physique.

Les politiques publiques doivent chercher à améliorer non seulement les déterminants individuels des comportements alimentaires (et de la pratique d'activité physique), mais aussi intervenir sur leurs déterminants environnementaux.

Dans cette optique, le PNNS a déjà intégré certaines actions visant une modification de l'offre alimentaire et d'activité physique. La finalité de ces actions est d'agir sur l'environnement afin que le choix santé des individus puisse devenir plus aisé pour tous, notamment les populations les plus défavorisées: modification de l'environnement physique pour la pratique d'activité physique, incitation à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments de consommation courante (notamment les produits gras, sucrés ou salés). Le PNNS a ainsi été un vecteur d'influence pour inciter les acteurs concernés (opérateurs économiques, collectivités locales, etc.) à proposer un environnement plus favorable aux choix et pratiques nutritionnelles des individus.

Pour cela, le PNNS2 et dans sa suite le PNNS3 se sont appuyés, quasi exclusivement, sur des mesures incitatives reposant sur des engagements volontaires des acteurs concernés. Or, comme il a été rappelé, les évaluations de l'atteinte des objectifs du PNNS ont montré

que malgré les mesures mises en place, les inégalités sociales et territoriales persistaient, voire s'accroissaient.

Huit ans après le début de leur mise en œuvre, les mesures incitatives, si elles ont permis certaines avancées, ont montré leurs limites en ne parvenant à toucher qu'une part restreinte de l'offre alimentaire. Il est nécessaire de trouver d'autres voies pour accélérer l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire et favoriser l'accessibilité physique et économique à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle, notamment pour les populations les plus fragiles (populations défavorisées, enfants, jeunes). La même stratégie doit être mise en place pour la promotion de l'activité physique. Il s'agit des challenges majeurs pour le futur de la politique nutritionnelle de la France.

1.3. La mise en place de la Stratégie Nationale de Santé en 2013 : la contribution de la nutrition

La nutrition, déterminant majeur de la santé, trouve totalement sa place dans la Stratégie nationale de santé, annoncée par la Ministre de la Santé, le 23 septembre 2013. Cette Stratégie a pour ambition de combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès aux soins et d'adapter le système de santé aux besoins des patients, aux mutations liées au développement des maladies chroniques, au fardeau des maladies non transmissibles et au vieillissement de la population. Elle vise à : a) agir sur les déterminants de la santé avec une attention particulière pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale, en décroissant le curatif et le préventif, en mobilisant d'autres politiques publiques ; b) mieux organiser les soins et en garantir l'accès à chacun en structurant l'offre de soins de proximité pluriprofessionnelle et en misant sur le développement des parcours de soins ; c) renforcer la recherche et la formation.

Ces orientations fondamentales se retrouvent totalement dans celles défendues par les sociétés savantes de nutrition et de santé publique. Elles ont été initiées dans le cadre du Programme National Nutrition Santé et du Plan obésité et nécessitent d'être renforcées. Certains domaines n'ont manifestement pas été suffisamment développés notamment, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, celui de la dénutrition et des désordres du comportement alimentaire. Les actions en cours, dans le domaine de la prévention et de la prise en charge de l'obésité entre autres, doivent être complétées et pérennisées. Des mesures plus efficaces, inscrites dans la stratégie nationale de santé sont nécessaires dans le domaine de la prévention nutritionnelle. En termes d'organisation des soins des obstacles restent à lever pour optimiser l'accès aux soins, leur qualité et leur cohérence (c'est l'objet des propositions faite par le Pr Arnaud Basdevant, voir partie 2).

1.4 La place de la politique nutritionnelle française dans le contexte international et les politiques mises en place dans les autres pays industrialisés

a) Le modèle gastronomique et nutritionnel français : une reconnaissance internationale

La France bénéficie au niveau mondial d'une image forte en termes de gastronomie et de traditions culinaires. Le repas gastronomique « à la française » est inscrit au patrimoine mondial de l'UNESCO (UNESCO, 2010). Depuis quelques années, est reconnue également au niveau international l'exemplarité de la politique nutritionnelle française. Le Bulletin de l'OMS d'août 2013 donne en exemple le PNNS notamment pour son volet prévention du surpoids et de l'obésité de l'enfant (Humphreys & Fiankan-Bokonga, 2013). L'OMS met essentiellement en exergue la pluri-sectorialité et la diversité des stratégies mises en œuvre pour atteindre les objectifs fixés: le continuum prévention, dépistage, prise en charge, notamment à l'école; les actions réglementaires relatives à l'offre alimentaire à l'école (restauration, distributeurs, collation), mais aussi la taxe sur les sodas ou les actions d'informations et la conjonction d'interventions sur le volet alimentation et activité physique. L'article souligne aussi l'implication des collectivités territoriales via les chartes villes actives PNNS et le développement d'un axe d'actions autour des inégalités sociales de santé en nutrition. L'OMS rappelle les données sur l'état nutritionnel moyen de la population qui montrent que la France est en position moins défavorable que de nombreux autres pays occidentaux (Humphreys & Fiankan-Bokonga, 2013). Par contre l'ampleur des inégalités sociales dans ce domaine est pointée du doigt par un rapport récent de l'OCDE (OECD, 2011).

L'exemplarité de la France en termes de politique nutritionnelle, soulignée par l'OMS, est un encouragement à poursuivre la dynamique et renforcer les innovations stratégiques mises en œuvre. La reconnaissance tant en termes de gastronomie que de nutrition de santé publique légitime une position française de leadership dans les discussions réglementaires au niveau européen et international, particulièrement pour certaines des nouvelles propositions présentées dans ce rapport qui nécessiteront des discussions au sein des instances de l'Union européenne. Dans ce contexte, la mise en œuvre des nouvelles mesures proposées pourrait avoir, via l'innovation et la valorisation de la qualité nutritionnelle des aliments produits en France, un impact positif pour le secteur économique agro-alimentaire français.

b) Les engagements internationaux de la France dans le domaine de la nutrition de santé publique

La France a signé, le 5 juillet 2013, la Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 à l'occasion de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS (United Nations, 2011, WHO, 2013). Celle-ci complète et précise la Charte d'Istanbul de lutte contre l'obésité signée en

novembre 2006 et la déclaration de l'Organisation des Nations Unies de septembre 2011 sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (*United Nations, 2011*). La Déclaration de Vienne souligne le besoin de «*maintenir un équilibre adéquat entre une sensibilisation accrue du public et la facilitation des choix sains*» mentionne que «*les bases factuelles montrent clairement qu'il faut créer les conditions dans lesquelles le choix sain est le choix le plus facile. Les politiques doivent se fonder sur les meilleures bases factuelles disponibles, transposées dans la pratique courante*». Elle demande d'instaurer des environnements où l'on pourra manger et boire sainement, et encourager l'activité physique pour tous les groupes de la population par:

- des mesures décisives pour alléger les pressions du marketing d'aliments hautement énergétiques, à teneur élevée en graisses saturées, en acides gras 'trans', en sucres libres ou en sel auprès des enfants, en adoptant des positions communes concernant la reformulation des produits,
- un étiquetage facile à comprendre pour le consommateur et des indicateurs de la composition en nutriments, qui facilitent un choix sain,
- le recours à des outils et incitants économiques pour promouvoir l'alimentation saine en fonction du contexte national,
- une collaboration intersectorielle pour faciliter les choix alimentaires plus sains, avec prise en considération des inégalités socioéconomiques – dans les contextes tels que les écoles, les jardins d'enfants, les crèches, les hôpitaux et les lieux de travail – par exemple, des programmes pour la consommation de fruits et de repas à l'école,
- des programmes efficaces à différents niveaux de pouvoir, en mettant l'accent sur les communautés locales et sur le rôle des collectivités locales, afin de promouvoir des régimes alimentaires sains, d'encourager l'activité physique et de prévenir l'obésité infantile.

c) la convergence et la cohérence des rapports d'experts en charge de proposer des recommandations de santé publique

Depuis 2010 (pour ne parler que des plus récents), de nombreux groupes d'Experts se sont réunis pour proposer des pistes d'actions et des recommandations dans le domaine de la prévention nutritionnelle de l'obésité et des maladies chroniques, à la demande des gouvernements de différents pays (UK, Australie, USA, Nouvelle-Zélande, Danemark, Canada...) ou d'organisations internationales (OMS, IASO, IOTF, WCRF, Nations Unies...). Les recommandations proposées par ces différents Comités en vue d'être appliquées au niveau des Etats, s'appuient sur des analyses complètes et des revues systématiques des données scientifiques disponibles avec leur richesse mais également leurs limites.

Il est intéressant de noter que les Comités d'Experts, travaillant dans des contextes pourtant très différents, convergent fortement en ce qui concerne les stratégies proposées. Les analyses et conclusions de ces rapports ont été largement intégrées dans notre réflexion.

2. Les options stratégiques retenues

Les options fondamentales retenues pour les propositions de mesures présentées dans ce rapport sont de mettre en œuvre les moyens d'agir sur l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur le déterminant majeur que représente la nutrition, avec la volonté de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, d'avoir un impact particulièrement fort sur les populations défavorisées, les enfants et d'une façon générale les jeunes et d'assurer une prise en charge équitable des maladies chroniques.

Les propositions ont été conçues dans la finalité de:

- *améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire et faciliter l'accessibilité physique et économique à des aliments de bonne qualité nutritionnelle, pour tous et notamment pour les populations les plus fragiles (populations défavorisées, enfants...),*
- *aider les consommateurs à orienter leurs choix au moment de l'acte d'achat vers des aliments de meilleure qualité nutritionnelle et réduire la pression du marketing orientant vers la consommation d'aliments de moins bonne qualité nutritionnelle (notamment pour les populations vulnérables, les enfants...),*
- *favoriser la pratique d'une activité physique quotidienne pour tous,*
- *garantir un dépistage, une prévention et une prise en charge optimale des problèmes de santé liés à la nutrition,*
- *faire de la nutrition-santé un atout pour l'innovation dans le domaine de l'alimentation.*

2.1. Des propositions nouvelles, inscrites dans la stratégie nationale de santé, relevant d'une prise de décisions au niveau national et venant compléter les actions déconcentrées

Les propositions qui suivent s'inscrivent dans le cadre général de la Stratégie Nationale de Santé. Elles nécessitent un engagement politique fort et une mise en œuvre par les services de l'Etat.

Nous nous appuyons sur le PNNS en cours et ses objectifs nutritionnels tels que définis par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) et déclinés dans le PNNS3/PO depuis 2010. Le PO arrive à son terme, aussi les mesures relevant de la politique de dépistage et de prise en charge de l'obésité, qui sont indispensables à maintenir et à amplifier, doivent-elles être intégrées dans le PNNS en cours et à venir (voir Rapport du Pr A. Basdevant, partie 2). Les mesures de prévention primaire de l'obésité sont communes avec celles proposées dans le PNNS pour l'amélioration de l'état nutritionnel et la prévention de l'ensemble des maladies chroniques. Il y a là une totale cohérence.

Nous nous sommes limités à proposer des mesures nationales, relevant du « domaine de l'Etat » nécessitant soit des réglementations, soit un soutien et l'affichage d'un engagement politique fort. Il est clair que la réussite d'une politique nutritionnelle de santé publique repose sur la capacité des acteurs de terrain à s'approprier et décliner les orientations générales au niveau local, au plus près de la population, en tenant compte des spécificités territoriales. Le niveau national doit garantir une cohérence globale pour les actions, fournir l'expertise scientifique, les réglementations, les référentiels et les outils majeurs, mais ne saurait se substituer à une programmation régionale seule capable de prendre en compte les spécificités. C'est le sens de la Stratégie Nationale de Santé.

Ainsi nos propositions se situent au niveau national et ne portent pas sur ce qui est redevable de l'action régionale. Les ARS ont pour mission et responsabilité de mettre en place le projet régional de santé. C'est pourquoi, en parallèle avec nos propositions, nous ne pouvons que recommander de maintenir, lors du déploiement de la stratégie nationale de santé, la nutrition (dans ses dimensions de promotion, prévention, dépistage et de soins s'appuyant sur les objectifs, outils et mécanismes de niveau national) comme un axe prioritaire des Projets Régionaux de Santé et d'amplifier les actions mises en place dans le cadre de ces politiques régionales. **La coordination entre le niveau national et le niveau régional ainsi que le dialogue entre les ARS sur ce champ doivent être favorisés et renforcés afin de mutualiser les expériences et de garantir la cohérence globale.**

Les mesures nationales générales structurelles ou spécifiques que nous proposons se situent donc en complément des actions du PNNS/PO. Nos propositions marquent une continuité, mais aussi une rupture, là où cela est nécessaire, afin de se donner la capacité de réduire les inégalités sociales qui s'aggravent en matière de nutrition. Nous avons pour cela pris en compte, comme le demandait notre lettre de mission, la préparation pour 2014 de la nouvelle Loi de Santé Publique, offrant une fenêtre législative pour proposer certaines mesures réglementaires.

Il est également essentiel de garder à l'esprit qu'aucune stratégie ou mesure ne permet de façon isolée d'atteindre les objectifs nutritionnels de santé publique fixés dans le PNNS. C'est la synergie et la complémentarité des mesures, dans le cadre de cohérence fixé par le PNNS, qui doit permettre de tendre vers les objectifs fixés. Cette approche basée sur des interventions multiples est également celle recommandée par les organismes

internationaux (Déclaration de Vienne de l’OMS, Stratégie européenne) et les Comités d’experts nationaux. Les propositions faites dans ce rapport ont donc été réfléchies en fonction de leur complémentarité.

Il faut garder à l’esprit que les impacts attendus de chaque mesure proposée sont, comme toujours en Santé Publique, modestes à court terme (mais doivent être coût-efficaces) et que c’est leur complémentarité qui permettra d’avoir une réelle efficacité en terme d’amélioration de l’état nutritionnel et de l’état de santé de la population.

Nous réaffirmons la nécessité pour la suite de la politique nutritionnelle de santé publique de s’appuyer sur les grands principes du PNNS. La volonté affichée est de continuer à s’appuyer sur des mesures incitatives dans certains champs (chartes d’engagement des collectivités territoriales ou des entreprises vis-à-vis des salariés...). Mais là où les mécanismes incitatifs basés sur le volontarisme ont atteints leurs limites, sont proposées des mesures faisant appel à la réglementation. Pour certaines mesures, seule cette voie réglementaire permettra aux populations défavorisées de bénéficier directement et à court terme des améliorations souhaitées sur le plan nutritionnel et de santé.

2.2. Des propositions qui nécessitent des vraies ruptures de paradigme par rapport aux bases scientifiques permettant de décider de les mettre en œuvre

Depuis plus de 20 ans, certaines stratégies et mesures considérées comme pouvant avoir une réelle efficacité pour améliorer la situation nutritionnelle de la population, notamment au niveau des populations défavorisées, sont proposées par de nombreuses instances nationales et internationales. L’opposition de divers acteurs (économiques, politiques, et parfois scientifiques) a amené à repousser régulièrement les décisions de leur mise en œuvre essentiellement sur le prétexte de l’absence de bases scientifiques directes suffisantes permettant de trancher sur la réalité de leur efficacité. C’est pour cela que certaines mesures proposées dans ce rapport, bien que soutenues par des experts, des acteurs de terrain et des représentants de la société civile, n’ont pas été retenues, à ce jour, par les instances politiques en charge de mettre en place en France les politiques publiques. Or, aujourd’hui, il existe beaucoup plus de travaux scientifiques disponibles. **Il se dégage, de l’ensemble des rapports élaborés au cours de ces dernières années par les instances internationales et les différents groupes d’experts mobilisés, un consensus sur certaines de ces mesures considérées comme majeures pour contribuer à l’amélioration de la situation nutritionnelle de la population notamment des groupes socio-économiquement plus défavorisés et ainsi réduire les inégalités sociales de santé.**

La problématique de l’évaluation des actions spécifiques, des mesures nationales ou des politiques publiques, est au cœur de la démarche de Santé Publique et a été intégrée dès son lancement dans le PNNS (mise en place d’une Unité de Surveillance et

d'Epidémiologie Nutritionnelle à l'InVS, études nationales pour évaluer l'atteinte des objectifs; création d'un guide d'évaluation « EVALIN » à l'usage des acteurs de terrain en charge d'actions locales). L'évaluation est nécessaire pour déterminer les effets produits par les interventions en santé publique. Cette évaluation doit être intégrée dès la mise en place des actions pour juger de leur efficacité.

L'évaluation peut également être envisagée « a priori » pour tester de l'efficacité d'une action avant sa mise en place ou sa généralisation au niveau national. **Mais l'obtention d'un niveau de preuve irréfutable en prévention nutritionnelle de santé publique se heurte à plusieurs écueils.** Tout d'abord, les méthodologies reconnues comme étant les plus rigoureuses (les essais randomisés) ne sont pas toujours réalisables dans le domaine de la nutrition ni adaptées à une grande échelle (*Victoria et al., 2004*). Il est par exemple impossible de modifier l'offre alimentaire de façon randomisée, sur un territoire fermé, sur un temps long. Ensuite, les mesures de prévention peuvent être évaluées à plusieurs niveaux: satisfaction des citoyens, participation au dispositif, impact sur la consommation alimentaire, impact sur les indicateurs intermédiaires de santé (indice de masse corporelle, facteurs de risques cardio-vasculaires, etc.) et au final, impact sur des indicateurs de santé (maladies cardio-vasculaires, cancer, etc.). Or, les effets les plus intéressants à évaluer du point de vue de la santé publique, que ce soit sur la consommation alimentaire et surtout sur les indicateurs de santé, ne peuvent être estimés avant plusieurs années de mise en place du dispositif, ce qui est impossible à réaliser, a priori, dans des conditions méthodologiques drastiques. Enfin, il est évident que les interventions les plus efficaces sont celles combinant plusieurs approches, et plusieurs niveaux d'intervention. Il est dans ce cas difficile de faire la part d'une intervention spécifique en particulier.

Il est donc clair que les meilleurs niveaux de preuve attendus, compte tenu de ces limitations se baseront sur les résultats d'essais randomisés de faible taille et de courte durée, d'études de simulation de données économiques et de santé, ainsi que d'études d'intervention non randomisées. Si la cohérence globale entre les résultats de ces études ne permet généralement pas de conclure de façon irréfutable scientifiquement (classiquement en termes de lien de causalité directe), ils sont autant d'arguments qui peuvent être suffisamment convaincants en faveur de la mise en place des mesures à grande échelle, à condition qu'on associe (et qu'on prévoit) les moyens de faire leur évaluation continue à l'aide d'indicateurs adaptés.

Dans ces conditions, l'absence d'évaluation directe affirmant l'efficacité de certaines mesures ne doit pas être un frein systématique à leur mise en place. Si l'argument de la non démonstration de l'efficacité « grandeur nature » a pu être largement utilisé jusqu'à présent pour bloquer les décisions de la mise en œuvre de certaines mesures, il est aujourd'hui nécessaire d'accepter une rupture de paradigme. Un certain nombre d'actions de santé publique en population générale ne peut être testé comme un médicament dans le cadre d'un essai clinique randomisé en vue de la mise sur le marché. Est-ce pour autant impossible de prendre une décision sur l'intérêt ou non de mettre en

place une telle mesure. Il faut admettre d'autres registres de « causalité », en particulier ceux d'une « évaluation « réaliste » a posteriori (Hawe & Potvin, 2009).

Une mesure de santé publique, dont l'efficacité sur les comportements alimentaires, l'état nutritionnel ou l'état de santé ne peut, pour des raisons méthodologiques (impossibilité d'être reproduite et testée expérimentalement grandeur nature), être démontrée de façon causale directe en s'appuyant sur les principes classiques de l'épidémiologie évaluative expérimentale (essai contrôlé), doit pouvoir être retenue dans le cadre du développement d'une politique publique, à condition 1) qu'elle repose sur un ensemble cohérent de multiples données indirectes convergentes issus de travaux de nature différente et que le faisceau d'arguments scientifiques soit suffisamment convaincant pour que les groupes d'experts reconnus et indépendants en charge de leur évaluation la retiennent, et 2) qu'elle intègre dans sa conception une évaluation régulière de son impact une fois mise en place en d'appuyant sur des indicateurs pertinents (permettant d'évaluer les effets primaires et secondaires).

Pour plusieurs mesures majeures, les études d'économie expérimentale ou de simulation, les modélisations et les études épidémiologiques réalistes apportent des éléments indirects mais fondamentaux qui peuvent fournir le faisceau d'arguments soutenant l'établissement des recommandations de santé publique. Par exemple, on peut certes simuler, à partir de bases de données, par des modélisations mathématiques, l'impact d'une taxe nutritionnelle sur les comportements alimentaires, éventuellement sur l'état nutritionnel et de santé de la population, mais son efficacité dans des conditions de vie réelles ne peut être démontrée si ce n'est en la mettant en œuvre et en évaluant son impact a posteriori (comparaisons avant/après). L'efficacité de la mesure d'interdiction de fumer dans les lieux publics, les cafés, les restaurants, n'a pu être établie de façon directe par une démonstration scientifique validant son rôle causal avant sa mise en place. Son efficacité, telle que prédite par les experts qui ont proposé la mesure, n'a pu être démontrée qu'a posteriori.

Donc faut-il ne pas agir sous couvert de l'absence de démonstration scientifique expérimentale de l'efficacité d'une mesure, alors qu'elle ne peut être démontrée en vie réelle (« dans la vraie vie ») ? **Nous avons donc fait le choix de prendre des positions claires en nous appuyant sur la cohérence et la convergence des données scientifiques indirectes.** Dans ce sens, nous faisons des propositions de quelques mesures fortes qui nécessitent des arbitrages du décideur politique.

Par contre, **nous estimons comme indispensable que la mise en place de ces mesures prévoie et inclue dans leur conception une évaluation régulière de leur impact.** Celle-ci doit comprendre la mise en place des outils de recueil des indicateurs pertinents (indicateurs de processus, efficacité, coût, atteinte des populations cibles, effets inattendus...). Ainsi il sera possible en fonction des résultats des évaluations de prolonger, faire évoluer, recadrer, voire d'arrêter si besoin les mesures.

Enfin, parallèlement à la mise en place des mesures proposées et de leur évaluation, il est indispensable de développer une recherche active pour contribuer à l'actualisation, au recadrage éventuel et à l'amélioration futures des mesures mises en place et d'en proposer de nouvelles.

Donc pour répondre utilement à la commande de la ministre, nous avons jugé que notre rôle était de nous prononcer sur la base des données scientifiques existantes (rappelées dans le rapport pour chaque proposition), et de fixer l'orientation générale et les principes des mesures que nous préconisons. Nous avons essayé d'être le plus précis possible dans nos propositions pour éclairer la ministre de la santé à qui revient la charge de prendre la décision politique. Nous avons cherché à anticiper au mieux certains problèmes d'aval qui pourraient se poser dans l'application des mesures proposées mais sans procéder à de réelles analyses de coûts et d'ingénierie. Nous considérons que les modalités précises de la mise en œuvre des mesures proposées, suite à la décision politique, relèveront des administrations compétentes sous la coordination globale du ministère chargé de la santé.

2.3. Des mesures s'appuyant sur des réglementations (en complément des actions incitatives en cours).

Comme il a été rappelé, le PNNS, depuis sa mise en place, s'est appuyé sur un vaste ensemble de mesures incitatives de type volontariste vis-à-vis de différents partenaires concernés par la politique nutritionnelle: acteurs économiques du secteur de l'alimentation, collectivités territoriales, entreprises (vis-à-vis de leurs salariés), monde associatif... Une vraie dynamique a ainsi été créée dans de nombreux domaines montrant l'intérêt de la démarche, l'importance des marges d'actions possibles, mais également les limites qualitatives et quantitatives de l'approche volontariste s'appuyant sur une autorégulation confiée aux acteurs concernés.

- **Concernant l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments et donc de l'offre alimentaire,**

le PNNS2 a développé une politique incitative visant à faire signer (selon un cahier des charges prédéfini et bien précis), des chartes d'engagement de progrès nutritionnel, sur une base volontaire, aux entreprises du champ alimentaire. Ces chartes portent principalement sur l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments qu'ils produisent. Cinquante-deux projets de chartes de progrès nutritionnels ont été déposés au Comité ad hoc et 35 chartes ont été signées entre 2008 et 2013. En octobre 2013, quinze ont atteint les objectifs fixés. Des progrès indéniables ont été obtenus : 25 chartes prévoient la réduction des contenus en sel, 18 en lipides, 12 en acides gras saturés, 14 en sucres ajoutés... Les réductions prévues pour ces divers nutriments concernent une très large variété de produits élaborés par des grandes entreprises ou des PME et sont comprises dans une fourchette de réduction de 5 à 25 % des nutriments concernés en fonction des produits.

Le bilan réalisé fin 2012 par l'Observatoire de l'alimentation (*OQALI, 2013*) a mis en évidence que cette seule action contribue pour 3 à 14 % à l'atteinte de l'objectif sel du PNNS2, pour 1,6 % à l'atteinte de l'objectif sucres et pour 5 à 28 % de l'objectif « lipides ».

L'OQALI a aussi montré que cette stratégie d'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments bénéficie à toutes les catégories socio-économiques. L'expertise collective INSERM (*INSERM, 2013*) analysant les évolutions potentielles d'apports nutritionnels associées aux chartes d'engagement de progrès nutritionnel mises en place en France, montre que, pour la majorité des nutriments, toutes les catégories de la population sont concernées. Même s'ils sont encore modestes, les objectifs des chartes impactent les aliments consommés par les personnes de tous les statuts socio-économiques et pas seulement ceux consommés par les populations les plus favorisées. L'expertise collective conclut, que d'une façon générale, il est très probable que des efforts en matière de reformulation des produits dans le sens de réduction des teneurs en sel, sucres ou en matière grasse, sur l'ensemble de l'offre alimentaire, y compris celle positionnée sur des niveaux de prix plus faibles, constituent des actions qui ne devraient pas creuser les inégalités sociales de santé.

L'action sur l'offre alimentaire est reconnue comme une perspective importante pour la réduction des inégalités sociales de santé associées à l'alimentation (*INSERM, 2013*). En effet, elle relève d'une stratégie de prévention « passive » qui ne suppose pas de faire appel à des actions orientées uniquement sur les connaissances et la perception de la relation alimentation-santé, actions dont on sait qu'elles sont génératrices d'inégalités (*INSERM, 2013*).

Au total, la signature des chartes a ainsi permis de montrer que pour de nombreux aliments, il existe une marge de manœuvre significative pour les industriels permettant d'améliorer la teneur en sucre, gras et sel des aliments solides et des boissons. Mais le nombre d'adhérents signataires de ces chartes est limité (par rapport à l'ensemble des opérateurs économiques concernés) et a tendance à se stabiliser : 8 chartes ont été signées en 2008, 4 en 2009, 11 en 2010, 6 en 2011, 3 en 2012, 3 en 2013 ; et depuis le début 2013 aucun projet nouveau n'a été soumis. Malgré l'ouverture des accords collectifs et les travaux menés en 2013 sous l'égide du ministre délégué à l'agro-alimentaire, les quelques nouveaux engagements tels qu'actuellement proposés par les secteurs sont certes non négligeables, mais, hormis le projet d'engagement de la boulangerie sur le sel dans le pain, ils sont notoirement insuffisants pour avoir un impact sur l'état nutritionnel de la population. Une charte collective, si elle a l'avantage de concerner plusieurs entreprises, favorise le plus souvent l'adoption d'objectifs peu contraignants (relevant du plus petit dénominateur commun) et donc avec un impact limité sur le plan nutritionnel (*Etile, 2013*).

Pour amplifier les stratégies d'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire existante par des reformulations et stimuler l'innovation pour mettre à la disposition des consommateurs des aliments de meilleure qualité nutritionnelle (tout en maintenant leurs qualités organoleptiques et sans augmentation de prix) il convient aujourd'hui de mettre en place des mesures d'incitation s'appuyant sur des réglementations afin d'avoir un effet plus significatif sur l'offre alimentaire et son accessibilité. Il s'agit d'une approche essentielle pour la réduction des inégalités sociales de santé. Cette stratégie de « pression réglementaire », mais laissant une marge de manœuvre importante aux opérateurs économiques, doit être parallèlement portée au niveau européen et devrait finalement contribuer, par l'amélioration de leur qualité nutritionnelle, à une valorisation des produits alimentaires français à l'exportation.

- **Concernant la pression marketing des populations,**

la limitation de la publicité télévisée à destination des enfants est une recommandation soutenue par les déclarations des organismes internationaux (OMS, Nations Unies, IASO, IOTF, WCRF...) et la plupart des Comités d'experts nationaux qui s'appuient sur de nombreux travaux de recherche développés au cours des dernières années.

Sur ce point, la situation française a été bien analysée dans une publication juridique comparant la publicité alimentaire et la lutte contre l'obésité en droit français et anglais (Friant-Perrot & Garde, 2011). En France, une autorégulation a été mise en place malgré les fortes oppositions des associations de consommateurs et les mises en garde des experts en nutrition et en santé publique (SFSP, 2010). Une charte d'autorégulation a été signée 18 février 2009 par les ministres de l'époque en charge des ministères de la Santé et des Sports et celui de la Culture et de la Communication, le président du Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA), de nombreux acteurs de l'industrie audiovisuelle et l'Association des industries alimentaires (ANIA). La charte vise à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision. Dans ce texte, les professionnels se sont engagés à réévaluer les règles déontologiques relatives au contenu des messages publicitaires destinés aux enfants.

Selon Friant-Perrot et Gardes (Friant-Perrot & Garde, 2011) « cette charte consacre de manière certaine une victoire de l'économie sur la santé: au nom de la préservation du modèle économique de l'audiovisuel français, on refuse de légiférer dans ce domaine en préférant encourager les pratiques responsables des acteurs de l'audiovisuel et de l'industrie agroalimentaire. Il n'est pas anodin à cet égard qu'après que la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, eut annoncé le 4 février 2008 qu'en cas d'échec de l'autorégulation le Gouvernement interviendrait par voie législative, le pilotage du dossier de la publicité audiovisuelle ait été par la suite transféré au ministère de la

Culture au printemps 2008 dans le cadre de la réflexion globale sur la place de la publicité au sein des chaînes publiques de télévision. La ministre de la Culture a eu ainsi l'occasion de se faire l'avocate de certains médias en indiquant qu'elle n'était pas favorable à la suppression de la publicité alimentaire en soulignant « qu'on est sûr des dégâts que cela produirait pour l'économie des chaînes de télévision, sans être sûr des bénéfices pour la santé des enfants ». Parmi les arguments avancés, le CSA a ainsi fait valoir « que la suppression de la publicité pour certains aliments aurait des conséquences, d'une part, sur l'équilibre économique des chaînes et leur capacité à soutenir le secteur de la création audiovisuelle et cinématographique, d'autre part, sur l'offre de programmes jeunesse et les perspectives de développement des chaînes jeunesse ».

Dans la charte, les annonceurs s'engagent notamment à renforcer la démarche qualité de la publicité concernant le contenu des publicités alimentaires: « Les annonceurs s'engagent, dans le cadre de l'Autorité de régulation professionnelle de la publicité (ARPP) qui réunit l'interprofession publicitaire, à une réévaluation des règles déontologiques sur le contenu des messages publicitaires en direction des enfants à la lumière de leur nouvel engagement en matière de publicité.

Dans ses 3 rapports annuels, le CSA se félicite du fait que les chaînes de télévision se soient impliquées de façon croissante et considère que le volume annuel d'émissions relatives à une bonne hygiène de vie et faisant référence au site mangerbouger.fr a augmenté de façon importante. Cependant, les résultats de la charte ont été jugés insuffisants par les consommateurs (*UFC que choisir, 2010*) et les experts des sociétés savantes, et notamment de la Société Française de Santé Publique, sont restés très dubitatifs sur l'intérêt de cette charte (*SFSP, 2010*). Compte-tenu de ces réserves, 22 sociétés savantes et d'experts (en nutrition, santé publique, pédiatrie, cardiologie, cancer, ...) ont lancé un appel en mars 2010 souhaitant que soit mise en place une régulation de la publicité aux heures de grande écoute par les enfants (<http://www.sfsp.fr/activites/file/CPPubliciteTVobesite.pdf>). C'est également la position reprise par le collectif de 35 sociétés savantes et d'experts en nutrition dans les propositions qu'elles ont faites au nom de la communauté scientifique pour le PNNS 2011-2015 (*SFSP, 2010*).

Friant-Ferrot et Gardes A (*Friant-Perrot & Garde, 2011*), concluent dans leur analyse que « face aux attentes en matière de lutte contre l'obésité, force est de constater que le dispositif français manque très clairement d'ambition, même au regard des autres mécanismes d'autorégulation mis en place à l'échelle européenne, lorsque les signataires vont au-delà du principe « pollueur-payeur » en s'inscrivant dans un processus « de réduction du volume publicitaire. Pour autant, peut-on attendre des mécanismes d'autorégulation qu'ils soient de nature à se substituer à une action législative en encadrant efficacement la publicité pour répondre aux objectifs de santé publique ? On peut en douter car ce mode de régulation apparaît per se insuffisant pour limiter l'impact négatif de la publicité sur le comportement alimentaire des enfants ».

L'engagement volontaire des opérateurs économiques pour diminuer la pression marketing a montré ses limites. Le recul aujourd'hui disponible dans de nombreux pays amène, pour réduire la pression marketing, à des stratégies d'encadrement de la publicité et d'autres formes de marketing, afin de limiter, notamment pour les populations vulnérables, le risque de consommation excessive d'aliments de faible qualité nutritionnelle tout en favorisant la promotion de ceux de bonne qualité nutritionnelle.

- **concernant l'accessibilité économique des aliments de bonne qualité nutritionnelle,**

notamment pour les populations défavorisées, les mesures incitatives du PNNS n'ont pas permis d'avancées majeures dans ce domaine. À préférences données, les choix d'aliments sont contraints par les ressources disponibles et leur coût relatif. Un faisceau important d'arguments suggère qu'il est plus difficile d'avoir une alimentation équilibrée quand on a un petit budget (*Lo et al., 2009, Maillot et al., 2007, Waterlander et al., 2010*). D'un côté, les travaux de recherche basés sur des modélisations des régimes alimentaires indiquent que les contraintes budgétaires orientent les consommations vers des aliments de forte densité énergétique (quantité de calories pour 100 g) et de faible densité nutritionnelle (quantité de nutriments essentiels pour 100 kcal) c'est-à-dire vers une alimentation défavorable à la santé (*INSERM, 2013*). D'un autre côté, les enquêtes alimentaires transversales en population générale tendent à montrer qu'il existe une association positive entre la qualité nutritionnelle de l'alimentation et son coût (*Maillot et al., 2007*).

La majorité des études concluent que le budget alimentaire des populations défavorisées n'est pas suffisant pour manger sainement, sauf à faire des choix drastiques difficiles à tenir. Un montant minimal est requis pour se procurer une alimentation adéquate sur le plan nutritionnel. On admet assez largement **qu'une alimentation de forte densité énergétique pauvre en nutriments essentiels favorise l'obésité et les maladies chroniques. Le fait que de surcroît elle soit moins chère qu'une alimentation équilibrée est un élément supplémentaire pour penser que les inégalités sociales de santé pourraient être dues, au moins en partie, aux contraintes budgétaires qui pèsent sur l'alimentation.**

Jouer sur le prix des aliments semble un moyen potentiel de jouer sur les apports nutritionnels des populations. Pour les biens alimentaires, on s'attend à ce que la demande d'un bien diminue lorsque son prix augmente (élasticité-prix négative) et qu'elle augmente lorsque le revenu ou la dépense de consommation croissent (élasticité-revenu ou élasticité-dépense positive).

Plusieurs études expérimentales démontrent qu'il est possible d'orienter les achats alimentaires en modifiant le prix des aliments (*Cabanac, 1995, Epstein et al., 2012, French, 2003, INSERM, 2013, Waterlander et al., 2012*). De plus, quelques études

interventionnelles menées auprès de populations défavorisées comparant ou combinant une action d'éducation nutritionnelle avec une aide financière ciblée pour des fruits et/ou des légumes suggèrent que le soutien financier a un effet bénéfique sur les consommations alimentaires (Burr et al., 2007) et un rôle éducatif (Anderson et al., 2001). Selon les études, l'impact de l'aide financière est, soit plus important que celui de l'action éducative seule (Burr et al., 2007), soit permet de renforcer l'impact de cette action (Anderson et al., 2001).

Une étude d'intervention en économie expérimentale faite en France (Darmon et al., 2011) rapporte un effet positif d'une réduction du prix des fruits et légumes sur la qualité nutritionnelle du panier alimentaire pour deux groupes de femmes (revenus moyens et revenus faibles). Cependant l'effet observé est plus faible pour les femmes défavorisées, même s'il est tout de même bénéfique pour ces populations.

S'il semble possible d'orienter les achats alimentaires en modifiant le prix des aliments, le recours à des outils et incitants économiques, comme le recommande l'OMS dans la Déclaration de Vienne (2013) pour favoriser l'accessibilité à une alimentation favorable à la santé apparaît comme un objectif majeur de santé publique, notamment pour réduire les inégalités sociales de santé. Cependant dans le domaine de la régulation des prix favorisant l'accessibilité à des aliments de bonne qualité nutritionnelle, notamment aux populations défavorisées, il n'est pas réaliste d'envisager des mesures incitatives efficaces reposant sur une approche exclusivement volontariste des opérateurs économiques. Les travaux scientifiques récents suggèrent plutôt de recourir à des mesures fiscale (taxation/subvention) ou sociales (distribution de coupons alimentaires aux populations en grande précarité).

- **Concernant la problématique des inégalités sociales en termes d'accessibilité à des conditions favorables pour la pratique d'activité physique et sportives,**

divers travaux ont montré qu'il est également plus difficile pour les populations à faible revenu d'accéder aux installations sportives telles que les piscines et les centres sportifs par rapport aux populations à revenu élevé (Ferguson et al., 2013, INSERM, 2013). D'autre part, les quartiers défavorisés manquent souvent d'installations de proximité et peuvent présenter des conditions d'insécurité qui peuvent limiter la pratique des activités physiques (Sallis et al., 2011). De plus le coût des inscriptions dans les clubs sportifs, malgré les aides, notamment au niveau des municipalités, peut rendre difficile l'inscription des enfants notamment dans les familles nombreuses défavorisées. Là encore des mesures d'incitation financière ou fiscale et l'engagement des collectivités locales et territoriales pour offrir une meilleure accessibilité à la pratique de l'activité physique ou sportive sont essentiels pour réduire les inégalités sociales de santé.

Réflexions générales sur les arguments avancés pour limiter les mesures réglementaires

Un certain nombre de questions sont généralement soulevées lorsqu'est évoquée la mise en place de réglementations dans le cadre des politiques nutritionnelles de santé publique :

a) une atteinte aux libertés individuelles ?

Depuis de nombreuses années, un argument avancé par ceux qui souhaitent limiter la place des réglementations dans les politiques publiques est le fait que par ces réglementations, l'état porterait atteinte aux libertés individuelles alors que le choix alimentaire relèverait de la responsabilité des individus.

Même si la question est légitime, il est cependant bien difficile de considérer que les individus soient vraiment libres dans un contexte où la pression marketing qui les environne est extrêmement forte. On peut citer par exemple, le rôle et l'importance de la publicité sous toutes les formes, le packaging, le positionnement des aliments aux sorties de caisse et sur les rayons des supermarchés, les promotions au volume ou les happy hours exclusivement pour certains aliments dans lesquelles le consommateur n'est pas décideur, la dictature de l'idéal minceur, l'image unique de la représentation des corps dans le marketing... La littérature scientifique a largement documenté les effets du packaging (taille et forme des emballages, charte graphique, portions), de la présentation des menus au restaurant, de la disponibilité des produits sur les rayons ou à la maison, des promotions, des marques, de la publicité, de l'ambiance entourant les choix (luminosité, fond sonore) ou des marques, etc. (Etile, 2013).

Donc, est-ce que l'on peut considérer que le consommateur est réellement souverain et maître de ses choix ? Est-ce sa volonté seule qui oriente l'offre ou l'offre n'est-elle pas le facteur qui détermine, en fait, sa demande. Comme le rappelle Fabrice Etile (Etile, 2013), « les producteurs, les distributeurs et les restaurateurs mettent en œuvre des dispositifs marchands orientant les décisions des consommateurs. On peut, dès lors, douter fortement de la capacité de ces derniers à arbitrer de manière souveraine et optimale entre plaisir et santé. Dans cette perspective, l'invocation rituelle de la liberté de choix des consommateurs n'est qu'une forme habile de populisme, cherchant à évacuer l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux qui pèsent sur les décisions individuelles ».

b) une perte du plaisir gustatif ?

Certains contestent également le droit de l'État à réguler l'environnement pour peser sur les choix des consommateurs suggérant que ceci se traduirait par une perte du plaisir gustatif. Il a été pourtant clairement démontré par les chartes d'engagement qu'il existait une marge d'action pour améliorer la qualité nutritionnelle des aliments sans que ces derniers ne perdent leurs qualités organoleptiques et donc sans même que les

consommateurs se rendent compte de la modification du produit « amélioré sur le plan nutritionnel » par rapport à « l'original ». Il ne s'agit en aucun cas d'interdire ni de réglementer la composition nutritionnelle des aliments mis sur le marché en fixant des niveaux de nutriments à ne pas dépasser (ou à atteindre), ce qui pourrait porter atteinte aux propriétés organoleptiques des aliments risquant de détourner les consommateurs de leur plaisir. Il s'agit de donner un cadre législatif qui provoquera par contrecoup une mobilisation de l'ensemble des acteurs alimentaires afin qu'ils améliorent, par une reformulation adaptée, la qualité nutritionnelle de leurs produits dans la limite de ce qui est faisable pour ne pas nuire à leur goût et/ou qu'ils innovent dans une offre visant au plaisir gustatif mais en intégrant en même temps la dimension nutritionnelle.

c) un risque économique ?

Certains opposants aux réglementations avancent également un argumentaire de mise en péril des opérateurs économiques. C'est ce qui avait d'ailleurs déjà été avancé lors de la mise en place de la taxe sur les boissons sucrées par certains fabricants de soda. De même lors de la promulgation de la Loi de Santé Publique de 2004 qui avait intégré un article interdisant les distributeurs automatiques payants au sein des enceintes scolaires, il avait été fait état d'une menace sur l'emploi par les fabricants de distributeurs automatiques qui ne s'est pas avérée réelle dans les années qui ont suivi la mise en place de la mesure.

Cependant, il ne faut pas nier les conséquences économiques de certaines mesures réglementaires de santé publique. Par exemple, au Danemark le retrait de la mesure imposant une taxe sur les acides gras saturés a été justifié par le Ministre des Affaires fiscales, non pas sur ses conséquences en terme nutritionnel, mais sur les coûts administratifs élevés pour les entreprises, notamment les petits producteurs d'aliments naturellement riches en graisses saturées (charcuterie, fromage...) qui devaient faire analyser leurs produits pour avoir la composition nutritionnelle exacte afin de remplir les formulaires du fisc (*Etile, 2013*). Ce type de conséquences ne remet pas en question le principe de la taxe mais la façon dont elle doit être calculée et appliquée pour que le rapport entre le coût pour l'opérateur économique et le bénéfice pour le consommateur soit optimal.

Par ailleurs, les divers outils réglementaires proposés peuvent être utilisés pour inciter les firmes à reformuler leur offre alimentaire et innover dans ce domaine: en aidant la dimension « santé » des choix alimentaires à devenir un axe de différenciation essentiel des produits, on augmente les incitations à l'amélioration de leur qualité nutritionnelle. La réglementation ne doit pas être perçue uniquement comme une contrainte, mais peut jouer un rôle d'incitation à être plus compétitif sur le plan de la qualité et du prix, à développer l'innovation et à renforcer une image positive au niveau national et international.

3. Les méthodes d'élaboration des propositions

Les propositions présentées dans le champ de la prévention s'appuient sur:

- 1) Les données scientifiques internationales sur la bibliographie nationale et internationale, notamment les importants rapports de Comité d'Experts ou textes récemment publiés au niveau international dans le domaine de l'action de santé publique en nutrition ou dans la lutte contre l'obésité:
 - a) *Organismes internationaux* :
 - i) Organisation Mondiale de la Santé - OMS (*déclarations d'Istanbul 2006 et Vienne 2013*),(WHO, 2009, WHO, 2013)
 - ii) Organisation Mondiale de la Santé - OMS 2012 Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016, (WHO Europe, 2011a)
 - iii) Organisation des Nations Unies - ONU (*déclaration de la réunion de haut niveau de l'assemblée générale des nations unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles 19 septembre 2011*), (United Nations, 2011)
 - b) *Académies de médecine et sociétés savantes*:
 - i) Institute of Medicine (USA) – IOM 2010, 2012 (*Institute of Medicine, 2002, Institute of Medicine, 2005, Institute of Medicine, 2006a, Institute of Medicine, 2006b, Institute of Medicine, 2007a, Institute of Medicine, 2007b, Institute of Medicine, 2009, Institute of Medicine, 2010, Institute of Medicine, 2011, Institute of Medicine, 2012, Institute of Medicine, 2013, Institute of Medicine & In, 2012, National Association of Local Boards of Health, 2010*)
 - ii) European Heart Network (Europe 2011) (*European Heart Network, 2011*)
 - iii) Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium –PHEIAC (2013), Europe (*Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium (PHEIC), 2013*)
 - iv) EUFIC (*EUFIC, 2006, European Food Information Council (EUFIC), 2012*)
 - v) International Association for the Study of Obesity (IASO)/International Obesity Task Force (IOTF) (2012) (*Persson et al., 2012*)
 - vi) World Cancer Research Fund, WCRF (2009) (*Jewell et al., 2013, World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research, 2007, World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research, 2009*)
 - c) *Agences gouvernementales*
 - i) Office of Communication - OfCom (Grande Bretagne, 2004, 2010) (*OfCom, 2004, OfCom, 2010*)
 - ii) Food Standard Agency - FSA (Grande Bretagne, 2013) (*Food Standard Agency et al., 2013*)*
 - iii) Department of Health, HM Government (*Government Office for Science, 2007*)
 - iv) Academy of Medical Royal Colleges (*Academy of Medical Royal Colleges, 2013*)

- v) Australia and New Zealand Food Regulation Ministerial Council, Legislative and Governance Forum on Food Regulation (Australie et Nouvelle-Zélande, 2011)
 - vi) National Health and Medical Research Council, NHMRC (Australie 2010) (*Gill et al., 2010*)
 - vii) National Collaborating Center for Healthy Public Policy (Canada) (*Morestin et al., 2011*)
 - viii) Front of pack labelling Advisory Group (Nouvelle Zélande) (*New Zealand front of pack labelling advisory group, 2012*)
 - ix) Centers for Disease Control and Prevention (USA) 2009 (*CDC, 2010, CDC, 2011a, CDC, 2011b, CDC, 2012, Khan et al., 2009, National Association of Local Boards of Health, 2010*)
 - x) Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé (Canada) 2010 (*Lyons et al., 2010*)
- d) *Agences gouvernementales et instituts de recherche français*
- i) Expertise collective INSERM sur les Inégalités Sociales de Santé, 2013 (*INSERM, 2013*)
 - ii) Haute Autorité de Santé – HAS (*Haute Autorité de Santé, 2011*)
 - iii) ANSES (*Groupe de travail "Evaluation des risques liés à la pratique de régimes à visée amaigrissante" & Comité d'experts spécialisés "Nutrition Humaine", 2010*)
 - iv) ANSM (*Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé, 2012*)

L'ensemble des expertises collectives disponibles ont fait appel à des revues systématiques de la littérature. Les informations issues de ces rapports ont été complétées par l'analyse des publications scientifiques parues depuis leur diffusion.

- 2) Sur l'audition de nombreux experts travaillant dans différentes disciplines (nutrition, santé publique, économie, sociologie, épidémiologie, géographie, acteurs de terrain...) et de nombreuses parties prenantes impliquées (agences de communication, représentant des consommateurs, associations de patients, opérateurs économiques...). Les auditions des experts et parties prenantes ont été, bien sûr, fondamentales à la réflexion ayant abouti aux propositions de mesures faites dans ce rapport. Mais les opinions finales ayant prévalu pour la rédaction des propositions, n'engagent en aucun cas, les personnes auditionnées.
- 3) Sur mon implication personnelle dans l'élaboration du PNNS à la fin des années 90 et la présidence du PNNS assurée depuis 12 ans qui m'a également permis de vivre de l'intérieur la construction et la mise en œuvre des politiques nutritionnelles en France et dans divers pays; d'être un témoin privilégié pour comprendre les freins et leviers déterminant la mise en place des actions; de rencontrer les différents acteurs impliqués dans l'action de santé publique; et de voir les limites de certaines mesures.

4. Les propositions de mesures dans le domaine de la prévention

Les mesures proposées (non exhaustives) se situent dans un cadre d'universalisme proportionnée tel que proposé par Michael Marmot (*Marmot, 2010*) « Pour réduire le caractère abrupt du gradient social de la santé, les actions doivent être universelles, mais se caractériser par une échelle et une intensité proportionnelles au désavantage social » (*Marmot et al 2010*). Les mesures sont donc à destination de la population générale (universelles) avec un ciblage proportionné qui tient compte du gradient social (avec une intensité plus grande selon le degré de désavantage). Elles visent donc particulièrement à impacter l'état nutritionnel et de l'état de santé des populations fragiles et contribuent à lutter contre les inégalités sociales de santé.

Pour cela, 15 mesures sont proposées recouvrant trois niveaux différents et complémentaires: 1 mesure générale de continuité du PNNS et d'amplification des actions en cours, 3 mesures structurelles systémiques et 11 mesures spécifiques.

Proposition 1

Mesure n°1

Pérenniser le Programme National Nutrition Santé (en intégrant le PO) en tant que programme de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé. Amplifier ses actions visant à lutter contre les inégalités sociales de santé et ciblés vers la jeunesse. Réviser sa gouvernance.

1.1. Objectif de la mesure:

Pérenniser la politique nutritionnelle de santé publique mise en place en France depuis 2001, renforcer sa visibilité, amplifier certaines de ses actions visant à lutter contre les inégalités sociales de santé et ciblées vers la jeunesse, assurer une coordination avec d'autres plans et revoir sa gouvernance.

1.2. Justification de la mesure:

Le PNNS et son levier de communication « mangerbouger » bénéficient d'une forte notoriété auprès des professionnels et du grand public. L'identité du PNNS doit être conservée, sous la forme d'un programme national (conformément à la Loi de Santé Publique) s'intégrant et contribuant à la Stratégie Nationale de Santé.

Le cadre de référence et la dynamique mise en place au niveau national, la mobilisation des multiples acteurs d'origine diverses (santé, éducation, social, collectivités, monde associatif, opérateurs économiques...) impliqués à tous les niveaux (national, régional, local), le continuum prévention-prise en charge, la coordination du parcours de soins des personnes obèses au niveau régional... s'inscrivent dans les options formulées par la Ministre.

Le PNNS3 qui est en cours jusqu'en 2015 doit intégrer le PO arrivé à son terme en juin 2013, la pérennité des actions qu'il a permis d'initier, notamment le maillage territorial autour du parcours de santé, doit être assurée (voir rapport du Pr Arnaud Basdevant, partie 2).

1.3. Actions :

1.3.1. Amplifier les actions inscrites dans le PNNS3/PO

Il sera nécessaire d'amplifier les actions inscrites dans le PNNS3/PO dans les domaines où celles-ci n'ont pas été ou pas suffisamment efficaces pour toucher les populations à risque, notamment les groupes vulnérables sur le plan socio-économique et la jeunesse, réduire les inégalités territoriales dans la prévention et la prise en charge des problèmes nutritionnels, améliorer l'offre alimentaire et d'activité physique, la formation, la surveillance et la recherche:

- **la promotion des chartes d'engagement avec le PNNS des différents acteurs concernés :**
 - *chartes avec les collectivités territoriales : communes, départements et régions*

De nombreuses collectivités développent des actions de nutrition de grand intérêt depuis plusieurs années dans des cadres divers (ateliers santé-ville, villes OMS, VIF, écomaires...). En 2005 a été proposée une procédure de signature de chartes avec le PNNS. A ce jour, 300 villes et 6 départements ont déjà signé ce type de charte. Les chartes à destination de ces collectivités ont été renouvelées en 2013 afin d'augmenter les exigences en prenant en considération la taille des communes et en renforçant le volet évaluation des actions. Une impulsion forte au niveau national et régional (par les ARS) doit être donnée afin d'augmenter le nombre de communes et de départements signataires des nouvelles chartes et de stimuler les régions à s'inscrire dans cette procédure (que ce soit des collectivités déjà engagées dans le domaine de la nutrition ou des collectivités souhaitant s'engager).

Des actions d'information et de communication doivent être développées pour inciter les collectivités territoriales à inscrire leurs actions de nutrition dans le cadre prévu par le PNNS en signant les chartes. Cette procédure permet de développer des actions efficaces en cohérence avec le PNNS s'appuyant sur la mobilisation des « acteurs de terrain » au niveau des territoires et une coordination des acteurs institutionnels et associatifs qui interviennent auprès des populations particulièrement à risque. Ces actions recouvrant des champs divers, adaptés aux compétences de ces collectivités, sont essentielles et susceptibles d'un grand impact au niveau de la population générale et des populations cibles: actions dans les établissements scolaires et en périscolaire, promotion de l'activité physique, développement de programmes d'aménagement du territoire favorables à l'activité physique, soutien à la formation professionnelle concernant la nutrition notamment pour les demandeurs d'emploi, communication-information-

éducation, formation des acteurs territoriaux, aide aux entreprises du domaine, soutien au tissu associatif...

- *chartes des établissements et entreprises (vis-à-vis de leurs salariés)*

Depuis la mise en place de la procédure en 2013, seules cinq chartes « établissement actif du PNNS » ont été signées avec les ARS dans moins de cinq régions. Un élan indispensable doit être donné au niveau national et régional pour faire adhérer un nombre important d'établissements à cette dynamique.

La procédure de signature des chartes « entreprise active du PNNS » non encore mise en place doit être ouverte rapidement.

L'enjeu est majeur compte-tenu de la possibilité d'agir au niveau d'un nombre important de salariés qui passent une partie importante de leur temps quotidiens et se restaurent dans leur entreprise. Il est ainsi possible, au travers de cette démarche visant à mobiliser des entreprises promotrices de santé de développer des actions concrètes touchant des populations parfois difficiles à atteindre par les actions plus générales. C'est une orientation importante qui doit contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Par la signature de de telles chartes, il est possible d'agir directement sur la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire mise à la disposition des salariés, faciliter leur pratique d'activité physique, mener des actions d'information sur la nutrition et la santé, et faciliter, avec les services de médecine du travail, le dépistage et l'orientation vers les services de soins pour la prise en charge des pathologies liées à la nutrition.

- *chartes d'engagement de progrès nutritionnel (pour les entreprises du secteur alimentaire)*

Il faut également stimuler la signature de nouvelles chartes d'engagement de progrès nutritionnel pour les entreprises du secteur alimentaire en permettant une valorisation plus visible de leur engagement. La mise en place de « l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS » (voir mesure n°2) donnera une motivation nouvelle pour faire adhérer de nouveaux acteurs économiques à cette approche complémentaire plus orientée sur la valorisation des démarches d'entreprises. Les chartes devront inclure un nouveau volet permettant aux opérateurs économiques signataires de mieux valoriser dans leur communication vis-à-vis des consommateurs les efforts engagés au travers des chartes signées. Le niveau des améliorations nutritionnelles, en rapport avec les exigences formulées dans le référentiel qui sert de base à l'acceptation des dossiers par le Comité nutrition du PNNS, assure qu'elles bénéficieront à toute la population, contribuant également à la réduction des inégalités sociales de santé. Les accords collectifs signés par le ministre de l'agriculture (après validation du volet nutritionnel par le Comité nutritionnel du PNNS) vont, pour leur volet nutritionnel, dans le même sens.

La signature d'une charte d'engagement nutritionnel constitue également un élément important en termes de responsabilité sociale des entreprises et de

communication interne. La meilleure visibilité permettant dans la communication externe une valorisation de l'engagement des entreprises signataires renforcera les retombées en interne.

- **la promotion de l'activité physique et sportive pour tous (population générale) avec un intérêt aux actions ciblées vers les enfants et les groupes à risque (populations défavorisées, malades chroniques)**

L'incitation à la signature des chartes d'engagement des collectivités territoriales et des chartes d'entreprises permettra de développer des actions de proximité dans le domaine de la promotion de l'activité physique.

En lien avec le Plan National Sport Santé Bien-être il sera nécessaire de développer l'information grand public, renforcer les réseaux sports santé au niveau régional, expérimenter dans le cadre des Plans Régionaux Sport Santé Bien-Etre des financements de parcours sport santé par des aides individuelles à la pratique, généraliser les études pilotes ayant démontré leur efficacité (type EFFORMIP par exemple) et les appliquer aux populations défavorisées, renforcer la coordination des acteurs impliqués au niveau régional par les DRJSCS et les ARS. Il faudra favoriser l'accès aux équipements existants, étendre autour des médecins généralistes le réseau des acteurs capables de dépister et de réduire la sédentarité (professionnels de santé et nouveaux métiers) et sensibiliser les référents des collectivités locales en charge de la politique de la ville (contrats locaux de santé, ateliers santé-ville...) afin que la lutte contre la sédentarité soit prise en compte dans les politiques territoriales et locales.

Il faudra, via les chartes d'engagement et dans le cadre de responsabilité sociale des entreprises, encourager ces dernières à mettre en place, pour leurs salariés une offre sportive (sur place ou via le système des coupons sports) ainsi qu'un environnement favorable à la mobilité active (remboursement des abonnements vélo, parc à vélo, signalétique favorisant la marche à pied...).

Les branches professionnelles et les entreprises devront être encouragées à mettre dans leur accord interprofessionnel en vue de la généralisation de la complémentaire santé, une offre d'activité physique (inscription dans le panier de soins des complémentaires pour tous, une offre d'activité physique).

Les actions en cours dans le cadre du PNNS3 seront également renforcées par les nouvelles actions proposées dans le cadre de la mesure n°5.

- **la promotion de l'allaitement maternel (notamment dans sa durée)**

Les recommandations du rapport du Pr Dominique Turck remis au cours du PNNS2 doivent être mises en œuvre. Il sera, notamment, nécessaire d'inscrire, lors de la prochaine révision des manuels d'accréditation des maternités, des critères retenus, du type « Initiative hôpitaux amis des bébés (UNICEF) ». En attendant il faudra ajouter une fiche d'accompagnement sur le sujet au manuel existant. Il faudra

également poursuivre la sensibilisation des professionnels de l'enfance à l'accompagnement des femmes allaitantes, notamment lors des difficultés d'allaitement et promouvoir l'allaitement exclusif auprès des familles durant la période prénatale.

- **la lutte contre la dénutrition (prévention, dépistage et prise en charge) notamment pour les sujets âgés et les malades (en ville et dans les établissements de soins)**

Dans le domaine de la prévention, il sera nécessaire de mettre en place les recommandations du groupe de travail présidé par le Dr Jean-Fabien Zazzo qui rendra ses recommandations en 2014.

Le dépistage systématique de la dénutrition et des troubles nutritionnels, en ambulatoire comme à l'hôpital ou au sein des réseaux de santé, devra être amplifié. Il sera, entre autre, nécessaire de renforcer la lutte contre l'isolement et la formation des aidants et soignants et de toutes personnes en contact avec des sujets âgés et les malades vivant à domicile (travailleurs sociaux, aides ménagères, porteurs de repas à domicile...) et soutenir les actions transgénérationnelles.

La problématique de la prise en charge de la dénutrition (notamment dans les établissements de santé) est traitée dans le rapport du Pr Arnaud Basdevant (Partie 2 du rapport : Prise en charge des maladies liées à la nutrition).

- **la lutte contre les troubles du comportement alimentaire (prévention et prise en charge)**

Il faudra renforcer les actions de prévention dans ce domaine (notamment autour de l'image du corps dans notre société) et le dépistage des troubles du comportement alimentaire (notamment en milieu scolaire). La problématique de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire est traitée dans le rapport du Pr Arnaud Basdevant (Partie 2 du rapport : Prise en charge des maladies liées à la nutrition).

- **le soutien à l'aide alimentaire à destination des populations précaires**

Il faudra garantir la pérennité des moyens de l'aide alimentaire, notamment ceux d'origine européenne et nationale et les augmenter compte-tenu de l'accroissement de la demande. La mise en place progressive de la réglementation issue de la loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche de 2010 permet de donner de la cohérence aux actions menées et de renforcer la qualité des prestations. La DGCS et la DGAL sont en charge de ce volet. L'amélioration de la qualité nutritionnelle engagée depuis plusieurs années, et dont les résultats de l'étude ABENA 2 ont montré quelques effets positifs, doit être poursuivie (*Grange et al., 2013*). Les moyens et processus permettant d'augmenter la disponibilité de fruits et légumes ou de produits de la pêche devront être renforcés. Des outils adaptés devront également être mis à la disposition des structures d'aide alimentaire pour renforcer les

animations et l'information qui entourent la distribution d'aide alimentaire dans la diversité de ses modalités. Les sessions de formation de bénévoles mises en place sur l'ensemble du territoire devront être poursuivies.

- **la déclinaison outre-mer du PNNS/PO**

Il faudra renforcer la déclinaison du PNNS/PO en outre-mer, notamment :

- garantir que l'offre alimentaire ne soit pas sur le plan nutritionnel plus défavorable qu'en métropole et que soit appliqué l'Article L3232-5 du code de la santé publique créé par LOI n°2013-453 du 3 juin 2013 - art.1. Cet article visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer stipule qu'aucune denrée alimentaire de consommation courante destinée au consommateur final [en outre-mer] ne peut avoir une teneur en sucres ajoutés supérieure à celle d'une denrée similaire de la même marque distribuée en France hexagonale. Cette mesure doit faire l'objet d'un suivi de sa mise en place. Il sera également nécessaire d'amplifier les mesures volontaires prises déjà par certaines marques en stimulant la signature de nouvelles chartes d'engagements de progrès nutritionnel.
- l'adaptation des messages du PNNS aux contextes alimentaires locaux doit être poursuivie. La formation prévue des responsables et concepteurs de programmes TV ainsi que des producteurs, organisée par les antennes locales des chaînes de télévision en lien avec l'ARS, doit être mise en place.
- il convient, comme en métropole, de dynamiser fortement une coordination des collectivités territoriales PNNS au niveau de chaque département d'outre-mer afin d'amplifier les actions au plus proches des citoyens en tenant compte des inégalités sociales de santé. Un accent particulier devra notamment être porté à l'enfance, à l'offre alimentaire (en restauration scolaire ou ses substituts), à la promotion de l'eau comme boisson du quotidien (et la limitation de la consommation des boissons sucrées) et à la question de la promotion d'activité physique. L'implication des ARS sur ces sujets est particulièrement nécessaire et importante compte tenu des spécificités locales et des priorités. Les ressources utiles doivent être consacrées au développement des actions, à la formation des ressources humaines.
- En matière de surveillance, l'étude Kannari en Martinique et Guadeloupe est en cours, ses résultats permettront une adaptation régionale des mesures. Une étude de consommation alimentaire et d'évaluation de l'état nutritionnel devra être réalisée en Guyane pour compléter le dispositif de surveillance.
- A Mayotte, le travail préalable mené en vue de permettre la distribution d'aliments de complément (à l'allaitement maternel) pour les très jeunes enfants doit être mené à terme afin de proposer une solution économiquement viable et socialement acceptable dans le but de supprimer la malnutrition par carence sur ce territoire. Il sera parallèlement nécessaire d'investiguer la situation nutritionnelle des femmes enceintes et du diabète et s'interroger sur les moyens de limiter l'offre de boissons sucrées qui apparaît préoccupante.

- La nécessité d'apporter les moyens et la coordination indispensable à l'organisation du système de soins pour traiter la question de l'obésité est traitée dans le rapport du Pr Arnaud Basdevant (Partie 2).

- **la recherche**

Il faudra renforcer les appels d'offre ciblés sur les aspects de nutrition de santé publique. Les experts du comité stratégique du PNNS (mesure n°1) devront formuler, chaque année, des propositions de priorités de recherche dans le domaine de la nutrition avec l'objectif de disposer de données utiles à l'orientation de la politique nutritionnelle de santé publique. Ces propositions seront transmises aux principaux organismes publics en charge du financement de la recherche.

Un accent particulier devrait être donné aux recherches interventionnelles en nutrition et aux études épidémiologiques s'intéressant aux déterminants des comportements alimentaires et à la pratique d'activité physique permettant d'identifier les freins et les leviers d'action pour orienter les politiques publiques. Il sera nécessaire d'inscrire les problématiques nutritionnelles dans les éditions ultérieures des appels à projets dans le champ de la prévention primaire (IRES, INCa, ANR...).

Dans le cadre des nouvelles propositions faites dans ce rapport, un soutien devra être donné aux recherches spécifiques permettant d'améliorer ou de réorienter certaines mesures (voir mesure n°15). Dans ce cadre, il faudra soutenir les recherches portant sur les évaluations ex-ante de politiques publiques basées sur des simulations pour avoir une idée plus précise du design des politiques publiques à implémenter (par exemple tester différents seuils de taxe nutritionnelle et analyser les effets pervers de taxe ou subvention analysés de manière ex-ante, en termes de substitutions de produits et ainsi en termes de contenu nutritionnel des achats des ménages).

- **la surveillance nutritionnelle et l'évaluation des actions**

Diverses études de surveillance visant à informer sur l'état nutritionnel, la consommation alimentaire et l'activité physique de la population française (étude INCA3, volet nutrition de l'étude Esteban, étude sur les enfants de grande section de maternelle), sont prévues en 2014. Il sera également nécessaire de renouveler régulièrement les études sur les bénéficiaires de l'aide alimentaire et sur l'alimentation des enfants de moins de 1 an. Le dispositif de surveillance doit être complété avec des études spécifiques sur les personnes âgées, en institution et vivant à domicile et une cohorte représentative de la population française surveillée par Internet (en s'appuyant sur les outils développés dans le cadre de l'étude Nutrinet-Santé). Enfin la disponibilité systématique de données de niveau régional apparaît nécessaire pour permettre un pilotage des projets régionaux de santé.

D'autre part, il existe de très nombreuses actions d'intérêt mises en place au niveau local (à l'initiative des collectivités locales, d'entreprises ou du monde associatif). Pour valoriser et assurer la transférabilité de ce qui se passe au niveau local, il sera

utile de développer un observatoire des initiatives locales en charge de collecter les informations et de les synthétiser pour en permettre une utilisation collective.

- **la formation des professionnels**

Il est indispensable d'amplifier les formations des professionnels du domaine de la santé, du social, de l'éducation. Ce qui est proposé dans le PNNS3 doit être mis en œuvre

- **la mise en œuvre des actions de santé publique**

Il faudra réactiver le projet inscrit dans la Loi du 21 juillet 2009 portant sur la création d'une Fondation d'Utilité Publique (*code de la santé publique, partie I, livre Ier, Titre VII : Prévention des facteurs de risques pour la santé, Article L1171-1 Créé par LOI n°2009-879, art. 81*). L'article prévoit "Une fondation contribue à la mobilisation des moyens nécessaires pour soutenir des actions individuelles ou collectives destinées à développer des comportements favorables à la santé. Ces actions contribuent notamment à la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique et sportive ainsi qu'à la lutte contre les addictions."

Cette fondation prévue par la Loi pourrait abriter les multiples fondations et fonds existants permettant dans un cadre cohérent, sur une grande échelle, le développement d'actions de santé publique dans le domaine de la nutrition et permettre de contribuer aux actions des collectivités territoriales.

1.3.2. Réviser la gouvernance du PNNS

Il est nécessaire de modifier la gouvernance du PNNS afin d'en assurer un pilotage plus dynamique, proactif et efficace, permettant :

- a. la coordination du programme et son articulation avec les autres axes de la stratégie nationale de santé relevant du domaine des maladies chroniques ou de leurs déterminants,
- b. d'évaluer, sur la base des données scientifiques collectées dans les systèmes de surveillance, les mesures mises en place au niveau national et de les réorienter si besoin,
- c. de garantir la cohérence des différentes politiques publiques susceptibles d'impacter sur la nutrition de santé publique (émanant d'autres ministères : Agriculture, Education Nationale, Sports, Intérieur...).

Pour cela il serait nécessaire de mettre en place un Comité Stratégique du PNNS (en charge également de la suite du PO) composé d'experts scientifiques, d'acteurs de terrain, de représentants du CNA, des représentants des consommateurs et des associations de patients, et des opérateurs économiques. Les agences sanitaires et les administrations des différents ministères concernés participeront au Comité Stratégique pour apporter une assistance technique au Comité. Le Comité Stratégique s'appuiera également sur des « pôles de ressources » composés de listes d'experts dans les différents domaines

concernés par le programme, mobilisables en fonction des besoins d'expertise pour répondre à des questions spécifiques (en mettant en place des comités ad hoc si nécessaire). Pour chaque mesure structurelle majeure, un comité de mise en œuvre et de suivi spécifique sera mis en place et rendra des avis au Comité Stratégique pendant toute la durée du programme

Le Comité Stratégique du PNNS émettra des avis destinés au comité interministériel de Santé Publique piloté par le ministère de la santé (annoncé dans la Stratégie Nationale de Santé) qui aura la charge de rendre les arbitrages décisionnels sur ces avis. Dans le cas des arbitrages politiques positifs, les services techniques des ministères mettront en œuvre les actions retenues et rendront compte au Comité Stratégique du PNNS.

Proposition 2

Mettre en place trois mesures générales structurelles complémentaires visant conjointement à :

- **éclairer les consommateurs (notamment les plus défavorisés) sur la qualité nutritionnelle des aliments pour les aider à arbitrer leurs choix, tout en respectant leur liberté (prévention « active »),**
- **améliorer l'offre de marketing en réduisant la pression incitant les consommateurs, notamment les populations plus fragiles (populations défavorisées, enfants, jeunes...), à orienter leur consommation vers des aliments de moins bonne qualité nutritionnelle et en favorisant l'incitation vers des choix alimentaires plus favorables à la santé,**
- **favoriser l'accessibilité économique à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle, facilitant des arbitrages en faveur d'aliments dont le PNNS veut assurer la promotion à la place de ceux dont il recommande de limiter la consommation,**
- **améliorer l'offre alimentaire en termes de qualité nutritionnelle des aliments mise à la disposition de l'ensemble des consommateurs (notamment les jeunes et les populations défavorisées) afin de diminuer de façon significative, mais sans affecter le plaisir gustatif, les apports en graisses, sucres et sel (prévention « passive »).**

Pour atteindre ces objectifs, 3 mesures structurelles sont proposées :

- 1) un système d'information nutritionnelle unique sur la face avant des emballages des aliments : « l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS »,
- 2) une régulation de la publicité en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments,
- 3) une taxe (couplée à une réduction de la TVA) en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments.

Ces mesures sont complémentaires et leur cohérence repose sur l'utilisation d'un outil commun, le score global de qualité nutritionnelle. A titre d'exemple, la méthode de calcul d'un score est détaillé ci-dessous (il s'agit d'une proposition qui devra être validée par un comité ad hoc).

Calcul du score nutritionnel des aliments (s'appuyant sur l'algorithme et les données de base de l'OfCom, UK)

Le calcul du score nutritionnel des aliments, donné à titre d'exemple, est basé sur la méthode proposée par l'OfCom (Rayner *et al.*, 2009). Il s'agit d'un score unique et global dont le calcul repose sur la prise en compte, pour chaque aliment, de 4 éléments constitutifs « négatifs », c'est-à-dire plutôt « défavorables » sur le plan nutritionnel : la densité énergétique (apport calorique pour 100g d'aliment), la teneur en sucres simples, la teneur en graisses saturées et la teneur en sel. L'importance nutritionnelle de ces composants est reconnue dans le cadre du règlement européen INCO qui en impose l'étiquetage obligatoire d'ici 2016. Pour chacun de ces éléments, sont attribués des points, allant de 1 à 10 en fonction de l'apport calorique (densité énergétique) ou du contenu en graisses saturées, en sucres simples et en sel (pour 100 g d'aliment). La composante négative N du score PNNS est la note correspondant à la somme des points définis pour les 4 éléments : cette note va donc théoriquement du plus favorable au moins favorable de 0 à 40.

Ce score N sera éventuellement minimisé par la soustraction d'éléments nutritionnels considérés comme positifs « composante P », calculée en fonction de la teneur de l'aliment en fruits ou légumes (et noix), en fibres et en protéines. Pour chacun de ces éléments, des points, allant de 1 à 5 sont attribués en fonction de l'apport de fruit et légumes, de fibres et de protéines (pour 100 g d'aliment). La composante positive P du score nutritionnel est la note correspondant à la somme des points définis pour les 3 éléments : cette note va donc théoriquement du plus favorable au moins favorable de 15 à 0.

Le calcul final du score nutritionnel se fait en soustrayant à la note de composante négative N la note de la composante positive P

$$\text{Score nutritionnel} = N (0-40) - P (0-15)$$

Les notes théoriques du score vont donc de -15 (le plus favorable sur le plan nutritionnel) à +40 (le plus défavorable sur le plan nutritionnel).

Les niveaux retenus pour attribuer le nombre de points pour les 4 éléments négatifs ou pour les 3 éléments positifs pourraient se baser sur ceux de l'OfCom, sous réserve d'adaptations mineures pour être en adéquation avec les recommandations du PNNS et les apports nutritionnels conseillés pour la population française.

	<i>Densité énergétique (KJ/100g)</i>	<i>Graisses saturées (g/100g)</i>	<i>Sucres simples (g/100g)</i>	<i>Sodium (mg/100g)</i>
0	≤ 335	≤ 1	≤ 4,5	≤ 90
1	> 335	> 1	> 4,5	> 90
2	> 670	> 2	> 9	> 180
3	> 1005	> 3	> 13,5	> 270
4	> 1340	> 4	> 18	> 360
5	> 1675	> 5	> 22,5	> 450
6	> 2010	> 6	> 27	> 540
7	> 2345	> 7	> 31	> 630
8	> 2680	> 8	> 36	> 720
9	> 3015	> 9	> 40	> 810
10	> 2350	> 10	> 45	> 900

	<i>Fruits et légumes et noix (g/100g)</i>	<i>Fibres (g/100g) AOAC</i>	<i>Protéines (g/100g)</i>
0	≤ 40	≤ 0,9	≤ 1,6
1	> 40	> 0,9	> 1,6
2	> 60	> 1,9	> 3,2
3	-	> 2,8	> 4,8
4	-	> 3,7	> 6,4
5	80	> 4,7	> 8,0

Ce système de calcul (publié au niveau international) doit être transparent et accessible aux professionnels et au grand public : des dépliants d'information et un site internet devront reprendre les éléments du calcul sous une forme compréhensible pour tous et pourront être complétés par des informations complémentaires d'intérêt notamment sur la taille des portions, les repères de consommation du PNNS...

Mesure n°2

Mettre en place un système d'information nutritionnelle unique sur la face avant des emballages des aliments : « l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS »

2.1. Objectif de la mesure

Mettre en place un système d'information nutritionnelle unique, simple et compréhensible sur la face avant des emballages des aliments (ou sur les rayons et/ou dans les magasins pour les produits bruts):

- a) renseignant le consommateur, au moment de l'acte d'achat, sur la qualité nutritionnelle globale des aliments lui permettant d'orienter ses choix,
- b) et incitant les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments qu'ils produisent et leur offrant l'opportunité par le système de valoriser leur effort en terme de reformulation/ innovation.

2.2. Principe général de la mesure

Le système d'information nutritionnelle unique (*« échelle de qualité nutritionnelle du PNNS »*), obligatoire à terme, placé sur la face avant des emballages des produits alimentaires, en rayon ou dans les magasins pour les aliments non emballés et sur toute publicité relative à l'aliment aura une double vocation :

- a) permettre aux consommateurs d'appréhender en un coup d'œil et de façon compréhensible la qualité nutritionnelle globale des aliments au moment de leur acte d'achat. Le consommateur pourra ainsi intégrer la dimension nutritionnelle dans les arbitrages orientant ses choix par une comparaison simple entre aliments de familles différentes et, dans la même famille, entre différentes marques ou entre formulations d'une même marque ;
- b) inciter les producteurs et distributeurs d'aliments à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments qu'ils produisent ou distribuent afin de « bénéficier » d'un positionnement le plus favorable possible sur le système d'information nutritionnel (sur l'échelle de qualité nutritionnelle visible par les consommateurs) et ainsi valoriser leur effort en terme de reformulation nutritionnelle ou d'innovation.

2.3. Les bases scientifiques et le contexte général justifiant la mesure

2.3.1. Les données scientifiques disponibles

Depuis plus d'une décennie, de nombreux Comités d'Experts nationaux et internationaux, recommandent, en se fondant sur divers types de travaux scientifiques (expérimentaux, épidémiologiques, de terrain...) la mise en place, sur la face avant des emballages des aliments, d'un système d'information nutritionnelle ou un logo complémentaire à

l'étiquetage informatif (qui lui est, en général, en face arrière des emballages). C'est le cas des Comités réunis à l'initiative des instances de santé publique nationales aux USA (*Institute of Medicine, 2012*) au Royaume Uni (*Academy of Medical Royal Colleges, 2013, Food Standard Agency et al., 2013*), en Australie (*Gill et al., 2010*), en Nouvelle-Zélande (*New Zealand front of pack labelling advisory group, 2012*), au Canada (*Lyons et al., 2010*) et des rapports élaborés par l'OMS (*WHO, 2009, WHO Europe, 2011a*). De nombreux rapports récents, émanant d'experts, tant en France (*INSERM, 2013, Ruffieux & Muller, 2011*) qu'au niveau international (*Eatwell Project, 2012, EUFIC, 2006, European Heart Network, 2011, Food Standard Agency et al., 2013, Institute of Medicine, 2012, Institute of Medicine & In, 2012, Lyons et al., 2010, Mwatsama, 2013, New Zealand front of pack labelling advisory group, 2012, WHO, 2009, WHO Europe, 2011a*) discutent les avantages et les limites de cette approche et des différents systèmes proposés.

Il existe, en effet, dans ce domaine, une très abondante littérature scientifique qui fait l'objet de revues systématiques dans les différents rapports d'experts (*Campos et al., 2011, Cowburn & Stockley, 2005, Grunert & Wills, 2007, Hawley et al., 2013*). Si aucune étude n'a pu tester l'impact réel des systèmes d'informations nutritionnelles en face avant des emballages, dans des conditions réelles et sur du long terme sur l'état nutritionnel ou l'état de santé ni même sur les comportements alimentaires de façon durable, il existe de nombreux travaux contribuant à alimenter la réflexion. La plupart des études disponibles sont réalisées dans des cadres contrôlés ou virtuels et utilisent le plus souvent des emballages factices plutôt que des produits réels. D'autre part, ils ne correspondent pas aux conditions qui existeraient si une telle mesure était appliquée de façon globale, massive et environnée par une communication spécifique et étendue. Dans le meilleur des cas les études portent sur les comportements d'achat à court terme mais ne testent pas l'impact de la mesure mise en place dans la durée.

Malgré ces limites, les travaux existants apportent des données indirectes fournissant des arguments suffisamment convaincants pour aboutir à ce que les Comités d'experts nationaux ou internationaux proposent des recommandations soutenant la mise en place de ce type de mesure. Toutes les analyses systématiques publiées concluent que les systèmes d'information nutritionnelle sont susceptibles d'influencer les consommateurs et que ces effets touchent tous les groupes de population, notamment ceux avec les plus faibles niveaux d'éducation, plus à risque nutritionnel (obèses, hypertendus) ou qui ont le plus faible intérêt pour la nutrition.

De nombreuses études portent sur la perception et la compréhension de différentes formes d'information nutritionnelle. Parmi, les rares études qui se sont intéressées à l'impact de l'affichage nutritionnel sur les achats des consommateurs, une recherche d'économie expérimentale menée en France (*Ruffieux & Muller, 2011*) a permis de tester en conditions expérimentales l'impact de différents logos, apposés en « face-avant » des emballages, sur la qualité nutritionnelle des achats pour la famille. Une amélioration significative de la qualité nutritionnelle des achats a été observée pour tous les logos testés. Des différences d'efficacité ont été mises en évidence entre les logos, l'ampleur des améliorations observées étant plus forte pour les groupes aux revenus plus faibles. Les

résultats de l'expérience montrent une amélioration de la qualité nutritionnelle des caddies dans 68 % des cas après l'introduction des logos. Un format à signal unique, soit une pastille verte qualifiant les aliments les plus « favorables sur le plan nutritionnel », est plus efficace qu'un format pastille par nutriment ou des histogrammes par nutriment. Les auteurs concluent que dans le contexte expérimental, les logos les plus simples sont les plus efficaces. Ils montrent aussi qu'un format qui étend la première indication verte par une pastille rouge indiquant les produits déconseillés permet de meilleurs choix, notamment chez les populations ayant peu de connaissances en nutrition et, dans une moindre proportion, ayant des revenus faibles.

Si l'approche d'économie expérimentale donne des informations soutenant la proposition d'une mesure dans ce sens, les rares études qui ont analysé l'implantation en magasin, d'un affichage de type logo n'ont pas été capables de mettre en évidence d'amélioration de la qualité nutritionnelle des achats (*Darmon et al., 2011, Sacks et al., 2009, van 't Riet, 2013*). Cependant, les auteurs rappellent qu'on ne peut conclure si cet échec est dû à l'absence réelle d'effet des interventions testées, ou à l'impossibilité de révéler leur impact propre à travers les protocoles mis en œuvre, du fait des nombreux facteurs de confusion inhérents aux interventions en vie réelle. Notamment, dans le cadre d'un magasin spécifique, l'activité commerciale est sans cesse ponctuée d'évènements (changement de packaging, de prix et d'emplacement des produits, offres promotionnelles, disparition ou introduction de produits porteurs du logo...) susceptibles de venir interférer avec la modification d'étiquetage qui doit être évaluée en tant que telle ; la limitation de l'intervention à seulement certaines gammes de produit (pour des problèmes de logistique liés au caractère expérimental) sème le doute chez les consommateurs ; les rayons où se côtoient des produits marqués et des produits non marqués brouillent l'interprétation par les consommateurs (*INSERM, 2013*).

Malgré le caractère indirect des données scientifiques disponibles, tous les comités d'experts internationaux (*CDC, 2011a, CDC, 2011b, Eatwell Project, 2012, EUFIC, 2006, European Heart Network, 2011, Food Standard Agency et al., 2013, Gill et al., 2010, Institute of Medicine, 2012, Institute of Medicine & In, 2012, Jewell et al., 2013, Khan et al., 2009, Lyons et al., 2010, Morestin et al., 2011, Mwatsama, 2013, New Zealand front of pack labelling advisory group, 2012, SFSP, 2010, WHO Europe, 2011a*) concluent, après une revue systématique de la littérature scientifique dans ce domaine, de l'intérêt de proposer un outil d'orientation du choix des consommateurs, au moment de l'acte d'achat, sur la face avant des emballages alimentaires. Certains comités proposent également un outil d'information nutritionnel sur les menus dans les lieux de restauration collective et les rayons des lieux de vente. Tous les Comités d'experts considèrent que les données, sont suffisantes et suffisamment probantes compte-tenu de la cohérence des résultats des travaux disponibles pour retenir cette mesure et la proposer comme une stratégie majeure pour l'amélioration de l'état nutritionnel et/ou de lutte contre l'obésité en minimisant les inégalités sociales de santé dans le domaine nutrition.

2.3.2. Le contexte général et les éléments d'aide à la décision pour mettre en place cette mesure

- **Une forte demande des consommateurs**

Un argument supplémentaire supportant la mise en place d'un système d'information nutritionnel et la forme à proposer est, comme le rappelle l'expertise collective de l'INSERM sur les Inégalités Sociales de Santé dans le domaine de la nutrition (INSERM, 2013), le fait que « plusieurs études, comme celle réalisée en France par l'association de défense des consommateurs CLCV (CLCV, 2006) ou celle réalisée par l'European Food Information Council (EUFIC, 2006), montrent que les consommateurs sont en attente d'une meilleure information sur la qualité nutritionnelle des aliments et mettent en avant leur intérêt pour une information simple en « face-avant ». Les logos en « face-avant » seraient mieux compris par les consommateurs que les références chiffrées (tableaux de composition nutritionnelle, pourcentages des Recommandations Nutritionnelles Journalières). En fait, c'est la combinaison de logos en face avant des emballages et de l'étiquetage nutritionnel en face arrière qui améliorerait l'efficacité de l'information nutritionnelle et sa crédibilité par les consommateurs. L'expertise collective de l'INSERM 2013 sur les inégalités sociales dans le domaine de la nutrition (INSERM, 2013) rappelle que l'affichage nutritionnel fait partie des politiques proposées pour favoriser une alimentation saine et améliorer la santé publique. Il apparaît nécessaire pour compléter les guides alimentaires élaborés par les autorités publiques, car ces derniers délivrent des messages généraux sur l'équilibre entre grands groupes d'aliments, mais sont de moins en moins adaptés à la complexité actuelle de l'offre alimentaire (Darmon, 2009).

- **Un effet attendu sur la qualité nutritionnelle des aliments, une valorisation possible des efforts des industriels**

Un autre élément à prendre en considération est le fait que le système d'information nutritionnel peut aussi avoir un effet sur les caractéristiques des produits à travers son impact sur les stratégies des entreprises. Dès lors qu'un affichage nutritionnel est en place, les variables nutritionnelles deviennent un élément du jeu concurrentiel et de la réputation des marques. La littérature suggère que, placés en face avant des produits, en plus de leur capacité à éclairer le consommateur dans ses choix, les outils d'aide à la décision, permettent d'agir efficacement sur l'offre alimentaire (Eckel et al., 2007, Golan et al., 2007) en incitant les acteurs économiques, à reformuler leurs produits vers une meilleure qualité nutritionnelle (Golan et al., 2007, Morestin et al., 2011). Par exemple, la mise en place du logo nutritionnel « Pick the tick » en Nouvelle Zélande a, par exemple, permis de réduire la teneur en sel de nombreux produits mis sur le marché (Young & Swinburn, 2002). Un autre travail analysant les informations nutritionnelles de 821 produits de fabricants de produits alimentaires participant au « Choice Program » en Hollande (Vyth et al., 2010) a montré que 168 produits avaient été reformulés après l'introduction du logo « Choice » et 236 nouveaux produits mis sur le marché répondaient aux critères du logo. Il y a eu notamment des améliorations de la teneur en fibres et des

diminutions des teneurs en sodium et acides gras saturés pour des charcuteries, sandwich et autres produits transformés...

Cette modification de l'environnement alimentaire permet de toucher un public bien plus large que celui initialement visé par l'amélioration de l'information nutritionnelle.

Un autre moteur possible du système d'information nutritionnelle pour stimuler les efforts d'amélioration de la qualité nutritionnelle des produits (comme le développement de nouveaux produits de meilleure qualité) est la possibilité qu'il puisse offrir de valoriser les efforts des opérateurs économiques s'ils sont significatifs. Les entreprises qui ont signé des chartes de progrès nutritionnel du PNNS en France ont souvent fait part de leur regret de ne pas pouvoir mieux valoriser leurs efforts. Le règlement européen « allégation » bride toute initiative en ce sens sauf à utiliser la possibilité laissée d'un étiquetage volontaire unique au niveau national.

Dans un marché concurrentiel, comme nous le connaissons en France (et dans le reste du monde), un outil bien conçu d'information sur la qualité nutritionnelle des aliments pourrait pousser les acteurs économiques à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments qu'ils fabriquent pour bénéficier d'une visibilité plus favorable dans le système d'information nutritionnelle. Ceci peut être un élément fort pour l'innovation de nouveaux produits intégrant dans leur conception les règles du jeu pour bénéficier d'un meilleur placement dans le système d'information nutritionnelle. Le système sera également susceptible de stimuler les reformulations à condition que le modèle proposé soit suffisamment souple pour permettre qu'une amélioration nutritionnelle puisse être valorisée dans le système.

- **Un système volontaire ou obligatoire ?**

Le consommateur doit disposer, comme pour les signes de qualité, l'identification d'une marque, le prix, la valorisation de la praticité qui contribuent à orienter le choix, d'un système d'information simple pour prendre en compte la dimension nutritionnelle du produit alimentaire. Il s'agit bien de différencier les produits entre eux sur le plan nutritionnel, de même que les autres paramètres distinguent les produits les uns des autres.

L'introduction d'un modèle obligatoire permet d'ouvrir un nouveau secteur de compétitivité pour les entreprises afin de parvenir à un meilleur positionnement sur le système d'information nutritionnel par la reformulation des recettes ou l'introduction de nouveaux produits de meilleure qualité nutritionnelle. Pour cela le système doit offrir une marge de manœuvre suffisante. Il s'agit bien de permettre une différenciation sur le plan nutritionnel des produits entre catégories et au sein d'une même catégorie, dans le but de faciliter, *in fine*, un apport nutritionnel de meilleure qualité pour chacun, notamment pour les personnes dont le niveau d'éducation ne permet pas une analyse complète des étiquetages nutritionnels (ce sont les plus vulnérables sur le plan de la santé et de la nutrition).

Il est clair que le caractère obligatoire d'un système d'information nutritionnelle, bien que nécessaire sur le plan de l'intérêt de la santé publique, risque de se heurter dans un premier temps aux règlements européens en cours. Il s'agira dans une démarche avec les partenaires européens d'amender, dans le futur, certains textes afin de prendre en compte ce point. Le positionnement des Etats par exemple à l'occasion de la déclaration de Vienne montre que les décisions politiques sont susceptibles d'évoluer à moyen terme. La question des outils d'évaluation, permettant de légitimer la position française, prend alors tout son sens.

- **La question épineuse du choix d'un modèle**

La question posée aujourd'hui n'est donc plus vraiment sur la pertinence d'un système d'informations nutritionnel destiné à orienter le choix des consommateurs au moment de l'acte d'achat mais sur le type d'outil à proposer et les conditions de sa mise en œuvre.

Il existe de très nombreux travaux scientifiques comparant la compréhension, la perception et l'impact sur les choix, de différents systèmes d'information ou de logos nutritionnels. Bien qu'il existe vraisemblablement des différences culturelles, parmi les multiples modèles testés dans le monde, les systèmes comprenant un seul symbole avec une échelle colorimétrique de quelques couleurs (type traffic light au Royaume-Uni) sont ceux permettant d'orienter le plus efficacement les choix alimentaires vers les aliments de meilleure qualité nutritionnelle (*Hawley et al., 2013, Institute of Medicine, 2012, Kelly et al., 2009, Lobstein & Davies, 2009, Louie et al., 2008*). Par ailleurs, il est intéressant de noter que ce type de système a la même performance quel que soit le niveau socio-économique du consommateur (*Kelly et al., 2009*) même si les déclinaisons simples du traffic light sont plus appréciées par les populations de plus faible niveau socio-économique dans les études de perception faites en France (*Mejean et al., 2013*).

Enfin beaucoup d'autres facteurs peuvent intervenir pour parvenir à un système efficace. Par exemple, il apparaît nécessaire que celui-ci soit apposé au même endroit du paquet quelle que soit la forme du packaging (*Institute of Medicine, 2012*). De plus, pour assurer la reconnaissance et l'adhésion à long terme au modèle, des campagnes d'information à grande échelle et soutenues dans le temps doivent être envisagées (*Institute of Medicine, 2012*).

2.4. Actions

Nous proposons la mise en place d'un système d'information nutritionnelle sous forme d'un outil synthétique («*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*») pour faciliter l'estimation rapide par le consommateur de la qualité nutritionnelle d'un produit alimentaire proposé à la vente, afin de contribuer avec les autres caractéristiques du produit à la décision d'achat (complémentaire à l'étiquetage qui fournit une information détaillée sur la composition nutritionnelle par nutriment et l'apport calorique).

- Le système doit être discriminant pour différencier les aliments entre différentes familles/catégories et, identifier au sein des aliments de même famille/catégorie la variabilité de la composition nutritionnelle.

- Le système doit être simple, bien visible, reconnaissable et compréhensible immédiatement par tous (notamment les populations plus défavorisées), applicables sur les emballages et documents promotionnels et publicitaires du produit ou pour les produits bruts sur les rayons des lieux de vente ou à l'intérieur des magasins (et sur les supports internet). Il doit pouvoir être mis en place en restauration hors domicile.
- Le système doit contribuer à inciter les producteurs à améliorer la composition nutritionnelle de leur produit

Le système reposera sur le calcul d'un score nutritionnel global applicable à tous les aliments permettant de comparer, sur la même base, avec les mêmes critères reposant sur un système unique, la qualité nutritionnelle des aliments entre eux (du moins favorable... au plus favorable nutritionnellement) avec une triple finalité :

- 1) pouvoir situer dans l'absolu la qualité nutritionnelle d'aliments appartenant à des familles différentes (par exemples les céréales petit déjeuner, les produits laitiers, les sodas, les fruits, les légumes, les viandes, les charcuteries, les légumes secs, les biscuits, les matières grasses, les plats cuisinés...),
- 2) pouvoir comparer la qualité nutritionnelle relative d'aliments appartenant à la même famille d'aliments. Par exemple, dans la famille des céréales petit déjeuner comparer les mueslis versus les céréales chocolatées, versus les céréales chocolatées et fourrées. Autre exemple : comparer les biscuits secs, versus les biscuits confiturés, versus les biscuits chocolatés,
- 3) pouvoir comparer la qualité nutritionnelle d'un même type d'aliment proposé par des marques différentes. Par exemple, comparer les céréales chocolatées et fourrées d'une marque par rapport à son « équivalent » d'une autre marque ou les biscuits chocolatés de différentes marques...

Le score nutritionnel qui permet de positionner un aliment dans le système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) donne une image de la qualité nutritionnelle globale de l'aliment. Il est calculé, pour chaque aliment, sur la base des teneurs en « éléments nutritionnels » pertinents du point de vue de la santé publique (négatifs et positifs). Le système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) doit offrir un nombre suffisant de « classes de qualité nutritionnelle » pour permettre aux industriels de pouvoir bénéficier réellement de la possibilité d'un changement de classe dans la gradation de *l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS* (couleurs/lettres), en fonction de leurs efforts d'amélioration de la qualité nutritionnelle, que ce soit dans la reformulation des produits existants et lors de la création de nouveaux produits. Les efforts faits au niveau de la qualité nutritionnelle d'un aliment par un industriel pourront, s'ils sont significatifs, bénéficier d'une traduction au niveau du système d'information nutritionnelle grâce au changement de classe de qualité nutritionnelle qui se traduira par un changement de couleur/lettre.

Le système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) doit donc être simple, facile à comprendre; l'algorithme permettant la définition des classes

doit être transparent et reproductible; les produits au sein d'une même catégorie doivent pouvoir être différenciés avec le système, et les efforts de reformulation des produits vers des recettes de meilleure qualité nutritionnelle encouragés (*Drewnowski & Fulgoni, 2008*).

Par ailleurs, le développement et la sélection du profil nutritionnel permettant l'application dans le cadre du système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) doit suivre les exigences de la recherche scientifique, être transparent, et validé par rapport à une alimentation équilibrée. Sa construction doit prendre en considération les éléments les plus impactants en termes de santé publique (calories et nutriments majeurs). Actuellement, la littérature scientifique recense plus de 150 profils nutritionnels, développés par des équipes de recherche ou par des agences nationales. Pour des raisons de qualité scientifique, de mode de construction, de validation de l'outil et de son utilisation dans diverses applications, nous avons retenu, à titre d'exemple, le système de calcul répondant à l'ensemble de ces exigences. Il s'agit du système qui a été initialement développé par l'Office of Communication (OfCom) en Grande Bretagne (*Rayner et al., 2009*) afin de réguler la publicité pour les produits alimentaires destinée aux enfants. Le calcul du score est détaillé page 41.

Le système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) proposé est donc basée sur le calcul du score développé pour l'OfCom pour les profils nutritionnels anglais en l'adaptant au paysage alimentaire français. IL devra être validé par un Comité ad hoc et s'il est retenu, les seuils utilisés pour les différents éléments pris en compte pour le calcul du score devront être adaptés.

2.4.1. Caractéristiques du système d'information sur la qualité nutritionnelle des aliments (l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS)

Nous proposons à titre d'exemple un système d'information nutritionnelle permettant d'illustrer la prise en considération des différents déterminants énoncés ci-dessus. Il ne s'agit pas d'une proposition définitive mais d'un modèle dont le design (couleur, forme, contenu...) pourra être amélioré après discussion avec les spécialistes concernés.

Afin de permettre de répondre au double objectif de discrimination entre les familles alimentaires et entre les produits alimentaires d'une même famille, l'exemple de modèle que nous avons retenu pour le système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) comprend cinq catégories de qualité nutritionnelle. Les seuils universels des scores nutritionnels (calculés par la méthode présentée ci-dessus) fixés pour définir les 5 catégories devront être précisés par un comité d'experts nationaux (en s'appuyant sur les données de l'Oqali sur la variabilité des compositions des aliments du marché français pour définir les seuils les plus pertinents). Les seuils seront les mêmes pour tous les aliments (et non pas fixés par famille d'aliments).

La grande variabilité de qualité nutritionnelle existante au sein d'un même secteur de produits alimentaires sera à l'origine d'une variabilité de même nature dans les notations nutritionnelles. Ainsi, un même rayon de supermarché pourra comprendre pour un même type de produits plusieurs classes de couleurs du système d'information

nutritionnelle sur l'emballage des aliments, permettant immédiatement au consommateur de repérer le produit alimentaire ayant la meilleure composition nutritionnelle parmi ceux proposés.

Nous proposons que ce système d'information nutritionnelle unique (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) pour l'ensemble des produits alimentaires, représente les 5 classes de qualité nutritionnelle par un code couleur couplé (ou non) à une note, apposée sur la face avant des emballages des produits alimentaires et plat de restauration collective des chaînes de fast-food (et sur toute publicité pour cet aliment ou ce plat) ou sur les rayons de la grande distribution pour certains aliments bruts.

Dans notre exemple, le principe du système d'information nutritionnelle est celui d'une chaîne de 5 disques (qui pourraient être présentées de façon symbolique sous forme de 5 « assiettes »), de couleur différente gradée sur une échelle allant du vert au rouge (vert/jaune/orange/rose fuchsia/rouge) de petite taille ou de grande taille (pour le score atteint par le produit considéré).

La clarté et la compréhension de l'information pourrait être renforcée en couplant à chaque assiette de couleur une lettre correspondante sur l'échelle des « notes d'école » de A à E (point à débattre).

Exemple d'ECHELLE DE QUALITE NUTRITIONNELLE DU PNNS

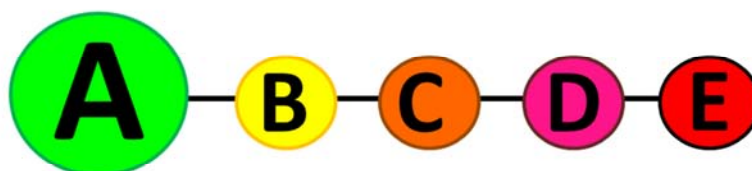
Vert-Jaune-Orange-Rose- Rouge

A B C D E

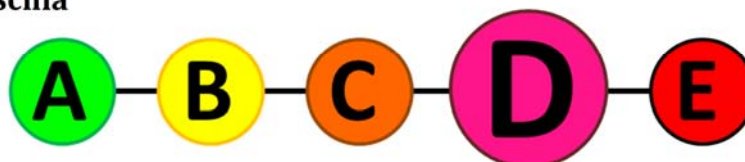
*Meilleure qualité
nutritionnelle*

*Moins bonne qualité
nutritionnelle*

Ex : Produit A/vert



Ex : Produit D/rose fuchsia



Pour un certain nombre de secteurs, les critères de classification seront adaptés afin de tenir compte des spécificités des produits alimentaires concernés :

- Il existera un système de classification spécifique pour les boissons avec des seuils particuliers différents de ceux utilisés pour les aliments solides.
- Dans le cas des boissons lights, en aucun cas la classe attribuée par le score sera au même niveau que l'eau (qui se situe dans la catégorie Vert/A) qui constitue la boisson de base par excellence. La boisson light sera placée dans la catégorie

suivante (jaune/B), mais nettement plus favorable que le produit régulier (qui est lui calorique). L'idée sous-tendant cette exception est qu'il n'est pas souhaité favoriser la promotion d'une boisson véhiculant un goût sucré par rapport à l'eau.

- Dans le cas des huiles alimentaires, par exemple, en dehors de la densité énergétique (classant l'ensemble des huiles alimentaires dans la même catégorie – rouge/E selon la codification initiale), un critère supplémentaire sera retenu concernant la composition de l'huile, favorisant les huiles mélangées.

Il sera possible d'intégrer au système une pondération intégrant une dimension environnementale (en fonction des priorisations qui seront données dans le futur dans la nature des changements de comportements attendus des consommateurs) et il sera nécessaire de s'assurer de l'absence de dissonance si des signes d'information sur la « qualité environnementale » sont proposés à l'affichage sur les produits dans le futur.

2.4.2. Définitions des produits alimentaires concernés

L'apposition du système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) devra, à terme, être obligatoire sur tous les aliments solides et boissons, bruts ou manufacturés pré-emballés et sur tout plat et boissons servis dans le cadre de chaînes de restauration collective type fast-food proposant des plats ou boissons préparées avec des recettes standardisées ainsi que sur toute publicité faisant référence à l'aliment ou au plat sur tout support papier (affiches, journaux, magazines...), à la télévision et sur internet (voir chapitre régulation de la publicité). Un message vocal indiquant la situation du produit alimentaire sur l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS sera associé systématiquement à toute publicité radio.

En dehors de l'étiquetage sur la composition nutritionnelle (sur la face arrière des emballages), il sera interdit d'apposer tout logo, système d'information ou étiquetage faisant référence à la composition nutritionnelle. Le système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) sera donc reconnu comme le système unique en France.

Dans le cadre de chaînes de restauration collective type fast-food proposant des plats et boissons avec des recettes standardisées, sera associée au système d'information nutritionnelle une mention explicite de l'apport calorique du plat, du menu ou de la boisson proposée à consommer sur place ou emporter.

Seront dispensés de l'apposition du système d'information nutritionnelle les aliments produits par des traiteurs et artisans (définitions à préciser). Pour certains aliments bruts (fruits, légumes...) ou issus de la production d'artisans bien définis (pain en boulangerie), le système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) « générique » sera indiqué sur les rayons ou dans le magasin sur une affiche destinée au public.

2.4.3. Faire connaître le système d'information nutritionnelle (l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS)

La réussite de la reconnaissance et de la compréhension du système d'information nutritionnelle (*l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) auprès des consommateurs reposera sur le développement de différentes stratégies de communication, d'information et de formation :

- développement pendant l'année suivant la mise en place du système, de larges campagnes de communication répétées par l'INPES, destinées à faire connaître et comprendre le système d'information nutritionnelle (sur tous supports : TV, radio, brochures, dépliants...), notamment dans le cadre des espaces gratuits mis à disposition sur les chaînes publiques aux heures de grande écoute (voir mesure n°14). La communication devra être adaptée pour toucher les populations défavorisées.
- développement de séances d'éducation au système d'information nutritionnelle à l'école, au collège et au lycée (et dans le cadre des ateliers périscolaires mis en place dans la réforme des rythmes scolaire, voir mesure n°12),
- formation des travailleurs sociaux (auxiliaires de vie, PMI...) à l'aide d'outils de communication adaptés développés par l'INPES,
- affiches dans lieux de vente, grande distribution, distributeurs automatiques payants...
- affiches/leaflets chez les professionnels de santé (médecins, diététiciens, infirmiers et autres paramédicaux),
- développement d'un site internet consacré au système d'information nutritionnelle destiné au grand public et aux professionnels qui comprendra des informations sur le système et le calcul du score avec des informations complémentaires (taille des portions, équilibre alimentaire, possibilités d'utilisations personnalisées...)

RAPPEL :

Cette mesure, comme toutes celles proposées dans ce rapport, doit être intégrée dans l'ensemble du dispositif de la politique nutritionnelle exprimée via le PNNS. Son efficacité sera d'autant plus forte qu'elle se combine avec les autres actions et notamment les mesures synergiques et complémentaires proposées dans le reste du rapport.

Comme toutes les autres mesures proposées, elle devra faire l'objet d'une évaluation permanente sur des indicateurs adéquats (connaissance, compréhension, perception par les consommateurs, évolution du nombre d'aliments dans chaque catégorie de l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS, nombre de changements de catégorie par reformulation, innovations, impact sur les choix alimentaires à court et long terme...).

Mesure n°3

La régulation de la publicité en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments

3.1. Objectif de la mesure

Cette mesure vise :

- 1) à réduire la pression marketing (notamment la publicité télévisuelle et sur différents supports) incitant la population, notamment les sujets les plus fragiles (enfants, adolescents, populations défavorisées...) à consommer des aliments de moindre qualité nutritionnelle (gras, sucrés, salés) dont on veut éviter une consommation excessive, ou à avoir des comportements défavorables pour leur santé,
- 2) à favoriser la promotion d'aliments de meilleure qualité nutritionnelle,
- 3) à inciter les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments afin de pouvoir rentrer dans le cadre des aliments autorisés à faire de la publicité.

3.2. Principe général de la mesure

Le PNNS considère que si aucun aliment est condamnable en lui-même et que c'est l'usage qui peut amener à des problèmes nutritionnel, il n'en demeure pas moins que certains aliments en fonction de leur qualité nutritionnelle doivent faire l'objet d'une promotion pour en favoriser la consommation et d'autres doivent faire l'objet de mesures pour éviter d'inciter les consommateurs à une consommation excessive. Il ne s'agit donc pas d'interdire ou de bannir certains aliments dont la composition nutritionnelle est particulièrement défavorable, mais de réduire la pression marketing poussant à leur consommation. Cette pression est particulièrement forte actuellement comme en témoignent les niveaux très élevés des investissements publicitaires annuellement investis par les entreprises pour faire la promotion de produits qui en moyenne, au regard des objectifs affichés en santé publique, ont une composition nutritionnelle plutôt défavorable. La publicité, notamment à la télévision touche particulièrement les populations fragiles et notamment les enfants. Le principe de la mesure proposée est donc de réguler la publicité, qui par l'utilisation de moyens de persuasion efficaces sur des personnes vulnérables comme les jeunes enfants, contribue (en relation avec d'autres déterminants) à des effets défavorables sur l'état nutritionnel et de santé de ces populations.

La mesure de régulation de la publicité vise à diminuer la pression publicitaire forte, particulièrement pour les enfants (et impactant également les populations défavorisées), en fixant des règles du jeu claires définissant des seuils de scores nutritionnels cohérents au-dessus desquels la publicité doit être limitée (et notamment interdite aux heures de grande écoute à la TV ou sur certains supports internet). La mesure autorisant la publicité (TV, internet) pour les aliments en-dessous des seuils de scores nutritionnels fixés, offre ainsi une marge de manœuvre possible pour les opérateurs économiques qui,

en améliorant de façon significative la qualité nutritionnelle des aliments qu'ils produisent auront l'opportunité de rentrer dans la « zone » d'accès à la publicité.

Il s'agit également par les mesures réglementaires d'éviter l'incitation à des comportements défavorables à la santé, notamment l'incitation du public au travers de la publicité à la pratique de méthodes ou l'utilisation de produits de régimes.

3.3. Le contexte scientifique général justifiant la mise en place d'un système de régulation de la publicité

3.3.1. Impact de la publicité sur les comportements alimentaires et l'état nutritionnel

La question de l'impact de la publicité sur les comportements alimentaires et l'état nutritionnel des individus (et notamment celui des enfants), a fait l'objet de nombreux travaux de recherche au cours des 2 dernières décennies et a donné lieu à d'importantes controverses quant au caractère causal de la relation publicité/consommation alimentaire/pathologies chroniques et prévalence de l'obésité. Cependant, tous les comités d'experts nationaux (*Academy of Medical Royal Colleges, 2013, Eatwell Project, 2012, Food Standard Agency et al., 2013, Gill et al., 2010, Institute of Medicine & In, 2012*) et les organisations internationales (*OMS (WHO, 2009, WHO Europe, 2011a), IASO/IOTF (Mwatsama, 2013), WCRF (Jewell et al., 2013), European Heart Network, (European Heart Network, 2011)*) en charge de recommandations nutritionnelles de santé publique, qui se sont réunis au cours des dernières années, se prononcent clairement, après analyse et revue systématique des travaux scientifiques disponibles, pour une régulation de la publicité alimentaire, notamment télévisuelle.

Le premier élément justificatif est que de nombreuses études mettent en évidence que les produits alimentaires constituent une part prépondérante des campagnes publicitaires diffusées au cours des programmes de télévision et particulièrement ceux destinés aux enfants (*Eatwell Project, 2012*). Les travaux, font en outre état d'une surreprésentation des produits pourvoyeurs de sucres simples ajoutés ou de lipides, dans les publicités télévisées à destination des enfants (*INSERM, 2013*). Par exemple au Royaume-Uni, avant la mise en place en 2007 d'une régulation, 75 % de la publicité alimentaire était faite via la télévision et faisait la promotion le plus souvent des aliments riches en sucres, gras et sel (*Eatwell Project, 2012*). En France, le secteur de l'alimentation est le 1^{er} parmi les secteurs qui investissent dans la publicité TV avec un budget d'investissement de 1 592,8 millions d'euros en 2012 (*Kantar Media, 2012*); 87 % des publicités à destination des enfants portent sur des produits considérés comme trop riches en graisse, sucre ou sel (*UFC que choisir, 2010*). Les premières catégories de produits alimentaires les plus représentées sont les produits laitiers, les desserts sucrés, les fromages et les céréales du petit déjeuner sucrées ou fourrées au chocolat (*Friant-Perrot & Garde, 2011*). Dans la publicité télévisuelle, les aliments y sont proposés comme des objets de plaisir gustatif grâce à une argumentation axée principalement sur la séduction (*Watiez, 1995*).

Le deuxième élément justifiant les propositions de régulation de la publicité au niveau des comités d'experts repose sur les travaux scientifiques suggérant que les messages publicitaires pour des aliments denses en énergie favorisent des attitudes positives à l'égard de ces aliments, et conforteraient chez les enfants la croyance selon laquelle les produits qui y sont présentés sont bons pour la santé (INSERM, 2013). L'existence d'une corrélation entre d'une part, une forte exposition télévisuelle et d'autre part, des consommations alimentaires contribuant à une alimentation déséquilibrée sur le plan nutritionnel, est établie de façon robuste.

Parmi la masse de données disponibles, une revue des informations scientifiques de la littérature internationale réalisée pour la Food Standard Agency (FSA), au Royaume-Uni, par Hastings et al (Hastings et al., 2003) conclut que la publicité alimentaire a un impact sur les préférences alimentaires des enfants et leurs comportements d'achat. Notamment de nombreuses études réalisées chez des enfants de l'école primaire ont montré que l'exposition aux publicités influence leur choix alimentaire. Par ailleurs, plusieurs études spécifiques ont retrouvé un lien significatif entre l'exposition aux publicités alimentaires et le risque d'obésité. Cependant, il est complexe de conclure si cet effet est lié à la publicité ou à la sédentarité (le fait de rester assis devant la télévision) ou au grignotage pendant ce temps passé devant la télévision. Une étude (Bolton, 1983) a essayé de résoudre cette difficulté en relevant les habitudes des enfants (de 2 à 11 ans) pendant le temps passé devant la télévision. Cette étude a montré que le temps passé devant la télévision et l'exposition aux publicités alimentaires influencent la consommation des enfants de trois façons: une augmentation du nombre de produits de grignotage consommés; une augmentation faible de l'apport calorique liée à la consommation de ces produits; de façon indirecte, une diminution de la qualité nutritionnelle des produits consommés pendant ce temps. Les auteurs concluent à une influence des produits de faible densité nutritionnelle et de teneur calorique élevée présentés lors de publicités alimentaires sur le choix alimentaire des enfants.

D'autres données publiées dans une revue britannique (Livingstone & Helsper, 2004) citée dans le rapport de l'OFCOM (OfCom, 2004) confirment ces résultats et montrent une corrélation entre les heures passées devant la télévision et une alimentation moins favorable à l'équilibre nutritionnel et la santé favorisant le risque d'obésité parmi les enfants et les adultes.

En France, une étude faite par l'INPES (Lamoureux, 2008, présentation au COPIL du PNNS) a mis en évidence que les publicités pour les aliments et boissons donnent envie de manger ou de boire à près d'un enfant de 8-14 ans sur deux (47,5 %) et près des deux tiers (62 %) déclarent demander à leurs parents d'acheter certains aliments et boissons promus dans ces publicités, ce que reconnaissent effectivement 62 % des parents.

Aux Etats-Unis, une large revue de la littérature scientifique réalisée, en 2006, par l'Institute of Medicine (Institute of Medicine, 2006b) a fourni des preuves solides soutenant le fait que la publicité a des effets à court terme sur l'alimentation des enfants âgés de 2 à 11 ans et des effets à plus long terme chez les enfants âgés de 6 à 11 ans. Cette

revue souligne également l'existence d'un lien significatif entre une forte exposition aux publicités télévisées et l'obésité des enfants (de 2 à 11 ans) ainsi que des adolescents (de 12 à 18 ans). De plus, l'exposition à la publicité télévisée portant sur ces aliments de haute densité énergétique est associée à une prévalence élevée de l'obésité tandis que l'exposition à des publicités de produits plus sains est associée à une réduction de cette prévalence.

En 2009, à la demande de l'OMS, Cairns et al (*Cairns et al., 2009*) ont effectué une mise à jour des nouveaux travaux scientifiques publiés depuis la sortie du rapport de la FSA confirmant les conclusions de Hasting et al, à la fois dans les pays industrialisés et dans ceux en développement.

Une autre étude américaine (*Chou et al., 2008*) a retrouvé, dans un modèle multivarié un lien fort entre la publicité pour les fast-foods et le poids des enfants. Par un modèle testant une simulation d'interdiction de la publicité pour les fast-foods, les auteurs ont estimé qu'elle entraînerait une réduction de 18 % du nombre d'enfants de 3 à 11 ans en surpoids. Récemment, une étude sur les adolescents et jeunes adultes de 15 à 23 ans (*McClure et al., 2013*) a montré que la réceptivité aux messages publicitaires TV pour des fast-foods (évaluée par un score mesurant l'exposition et la réponse aux publicités) était associée au risque d'obésité. Cette association est indépendante du temps passé devant l'écran TV, suggérant un rôle direct de la publicité TV indépendamment de l'effet sédentarité ; et elle est également indépendante de la réceptivité aux publicités pour des boissons alcoolisées, suggérant que cette association est spécifique aux messages alimentaires.

Malgré cette abondante littérature, le caractère causal de la relation entre publicité, comportements alimentaire et santé a fait cependant l'objet de nombreuses controverses du fait de la difficulté à identifier un effet propre de la publicité, indépendamment d'autres facteurs d'environnement. Cependant, le niveau de preuve disponible au travers des travaux conduits depuis un certain nombre d'années conforte l'idée que la publicité alimentaire a un effet causal significatif, bien que modeste, sur les préférences alimentaires, sur les connaissances nutritionnelles et sur les comportements alimentaires des enfants. L'expression de cet effet est modulée par d'autres facteurs d'influence tels que les comportements alimentaires des parents, la pression des pairs ou encore le niveau d'activité physique.

La publicité paraît en outre interagir avec d'autres dimensions du marketing pour favoriser la consommation de produits sans bénéfices nutritionnels, mais dans une proportion qui reste difficile à établir. Une étude sur l'exposition à la publicité télévisée pour des produits de grignotage (snacks) montre un effet causal sur la consommation de ces produits aussi bien des enfants que des adultes, même pour des marques qui ne font pas l'objet de ces publicités, suggérant un effet plus large sur les dynamiques de consommation. En ce sens, la publicité affecterait non seulement la répartition du marché entre marques, mais également la taille totale du marché favorisant la consommation de la catégorie globale de l'aliment.

Comme le notent plusieurs auteurs, la publicité télévisuelle ne constitue néanmoins qu'une des dimensions à considérer dans les démarches marketing des entreprises alimentaires, son relatif déclin au profit d'autres supports numériques représentant probablement un enjeu de recherche important pour le futur.

3.3.2. Effet de la réglementation ou de l'autorégulation de la publicité au niveau international

Le consensus scientifique établissant un effet de la publicité sur la consommation de produits alimentaires de profil nutritionnel défavorable, l'état nutritionnel et la santé a amené les Comités d'Experts en charge de proposer des politiques nutritionnelles au niveau des états, à se positionner sur l'opportunité et les modalités d'une éventuelle régulation publique de la publicité. En revanche, les opérateurs économiques soutiennent des propositions d'autorégulation. Actuellement au niveau international, on note plutôt une situation de domination des autorégulations proposées par l'industrie mais les interventions réglementaires existent dans certains pays et sont proposées par de nombreux comités d'experts et diverses organisations internationales.

Les travaux de recherche fournissent quelques évaluations empiriques des politiques mises en œuvre en matière de régulation obligatoire ou volontaire de la publicité dans différents pays.

Reconnaissant la nécessité de protéger les enfants du fait de leur fragilité, certains pays ont pris des mesures de régulation visant l'ensemble des publicités (produits alimentaires et non-alimentaires). Ainsi, au Québec, toute publicité ciblant les enfants de moins de 13 ans est interdite dans tous les médias depuis 1980. En Norvège, les publicités télévisées sont interdites pendant les programmes enfants depuis 1992. En Suède toute publicité télévisée est interdite, depuis 1996, pendant les plages horaires spécifiques réservées aux enfants de moins de 12 ans.

Les opposants aux mesures de restriction réglementaire de la publicité, notamment les représentants de l'agro-alimentaire et de l'industrie de la publicité, ont souvent contesté le bien-fondé de ces mesures, argumentant que leur mise en place n'aurait pas permis d'enrayer la progression de l'obésité là où elles existent (*Gill et al., 2010*). Des études ont cependant analysé les encadrements de la publicité dans ces pays (*Handsley et al., 2007*). Les auteurs ayant analysé les données disponibles indiquent qu'en Suède, les restrictions des publicités sont soumises à la directive dite « Télévision Sans Frontière » qui s'applique à tous les pays membres de l'Union européenne, et de ce fait les publicités télévisées sont soumises aux lois des pays émetteurs plutôt qu'aux lois des pays qui reçoivent les programmes. Deux des trois chaînes principales de télévision captées en Suède sont émises de l'étranger et ne sont donc pas soumises à la réglementation suédoise. De ce fait, il reste beaucoup de publicités alimentaires dans les programmes télévisés suédois. De façon similaire, les auteurs indiquent que plusieurs chaînes captées au Québec sont émises des Etats-Unis. Les programmes de ces chaînes comportent beaucoup de publicités alimentaires. Il est intéressant d'ailleurs de noter le travail mené

par Goldberg (*Goldberg, 1990*) qui met en évidence, au Québec, un taux d'obésité chez les enfants francophones plus bas que celui des enfants anglophones. Une des explications avancées est que les enfants francophones du Québec ne regardent que les programmes français émis au Québec et ne sont donc pas exposés aux publicités, tandis que les enfants anglophones regardent les programmes qui sont émis des États-Unis, donc non soumis à la réglementation québécoise sur la publicité.

De plus, Handsley et al (*Handsley et al., 2007*) ont identifié une faiblesse dans la réglementation appliquée au Québec et en Suède car ne sont concernées que les publicités dirigées vers les enfants ou conçues pour attirer l'attention des enfants. Selon les auteurs, cette faiblesse a été exploitée par l'industrie de la publicité car si un seul élément de la publicité sort de ce cadre (c'est-à-dire vise les adultes ou est en faveur du fait qu'elle ne vise pas les enfants ou n'a pas été conçue pour attirer l'attention des enfants), cette publicité peut être autorisée. On ne peut donc considérer que compte-tenu de cette « brèche », l'application de la mesure d'interdiction ait été correctement appliquée pour réellement diminuer l'exposition des enfants.

Dans le même domaine, une étude a évalué les effets de l'interdiction de la publicité (notamment pour les fast-foods) pendant les émissions de TV destinées aux enfants de moins de 13 ans dans deux états du Canada. Sur la base d'une comparaison Québec/Ontario (l'Ontario n'ayant pas procédé à cette interdiction contrairement au Québec), l'étude montre que cette réglementation a eu un effet significatif sur les consommations de fast-foods, sur les apports caloriques associés à ce type de produits et sur les dépenses des ménages dans ce type de restaurants. La consommation de fast-food aurait été réduite à hauteur de 88 millions de dollars par an (*Dhar & Baylis, 2011*). L'interdiction de la publicité aurait pour effet de réduire de 7,1 à 16,8 millions par an le nombre de repas servis au fast-food au Québec. Par extrapolation, ces chiffres correspondraient à une diminution du poids d'environ 0.6 kg dans la population concernée.

Au Royaume Uni, la publicité alimentaire a été interdite à la télévision, en avril 2007, pour les aliments très riches en matières grasses ou en sucre, avant pendant et après les émissions destinées aux enfants de 4 à 9 ans. Cette mesure a été étendue aux émissions destinées aux enfants de 9 à 15 ans en janvier 2008. Les aliments pour lesquels la publicité est interdite ou permise ont été définis en fonction des profils nutritionnels développés par la FSA utilisant le score nutritionnel OfCom (*Arambepola et al., 2008, Jenkin et al., 2009*).

En Juillet 2010, l'Office de la Communications (OFCOM) a rendu son rapport final relatif aux restrictions statutaires (*OfCom, 2010*). Ce rapport a montré qu'en 2009, aucune publicité pour des produits riches en gras, sucre et sel n'avait été proposée aux heures d'audience des enfants, illustrant la compliance des publicitaires par rapport à cette politique réglementaire. Ceci a conduit à une diminution globale de l'exposition des enfants aux publicités pour les produits riches en gras, sucre et sel d'environ 37% par rapport à 2005 (*OfCom, 2010*). Le rapport a montré également que les enfants étaient

moins confrontés à des publicités utilisant des promotions et des personnages sous licence de compagnies agro-alimentaires en 2009, en comparaison à 2005. Toutefois, il établit également que les enfants voient encore de nombreuses publicités télévisées pour des produits alimentaires peu sains. Une des difficultés majeures découle du fait que, d'après Ofcom, 67,2 % des programmes vus par les enfants britanniques n'entrent pas dans la définition des « programmes pour enfants ». Ce pourcentage est plus élevé pour les enfants ayant entre dix et quinze ans (79,8 % contre 54,4 % pour les enfants ayant entre quatre et neuf ans).

Concernant l'autorégulation de la publicité par les opérateurs économiques eux-mêmes, la littérature scientifique permet de tirer divers enseignements (*Friant-Perrot & Garde, 2011*). Un certain nombre d'initiatives des industriels du secteur alimentaire se sont mis en place au niveau international: les adhérents à la Children's Food and Beverage Advertising Initiative (CFBAI) et l'International Food and Beverage Alliance (IFBA) ont promis de limiter le marketing adressé aux enfants. Les mesures proposées par les opérateurs économiques se sont affinées progressivement, mais ne comprennent toujours pas de définitions précises de certains éléments fondamentaux, ni des limitations clairement établies. Il n'est, par exemple, pas clair si les mesures proposées couvrent l'ensemble des publicités, incluant les techniques de marketing intégrées. De plus la mesure définit « le marketing dirigé sur les enfants de moins de 12 ans » comme la publicité dans les médias spécialisés pour enfants pour lesquels au moins 35 % de l'audience a moins de 12 ans, ce qui n'arrive qu'occasionnellement durant de brèves périodes pics où les enfants sont devant la télévision (*Lobstein & Davies, 2009*). Un rapport de l'IASO (2012) (*Persson et al., 2012*) sur les modifications d'exposition des enfants au marketing en Europe a montré un déclin de 29 % de l'exposition des enfants aux publicités pour les produits alimentaires « non-compliants » entre le premier trimestre 2005 et le premier trimestre 2011. Mais selon Lobstein (*Lobstein & Davies, 2009*) ceci n'est pas suffisant, compte-tenu, entre autre, de la définition insuffisante des produits alimentaires pouvant et ne pouvant pas faire l'objet d'une publicité destinée aux enfants. D'ailleurs, dans une comparaison de 34 produits pour enfants que l'industrie s'autorise à promouvoir, l'IASO a trouvé que les réglementations britanniques et irlandaises mises en place n'en autoriseraient plus que 6, les propositions norvégiennes 3, les propositions du groupe de travail inter-agences des USA 2 et celles d'un forum cautionné par l'industrie au Danemark n'en autoriserait aucun.

D'autre part, plusieurs études récentes évaluant les initiatives d'engagements volontaires des opérateurs économiques n'ont pas retrouvé d'amélioration significative en terme de publicités pour des aliments et des boissons visant les enfants en Australie (*King et al., 2013*), au Canada (*Kent et al., 2011*), en Allemagne (*Effertz & Wilcke, 2012*) et en Espagne (*Romero-Fernandez et al., 2010*). A l'inverse, des améliorations ont été observées en Corée du Sud et au Royaume Uni, deux pays où des réglementations obligatoires sont été mises en place (*Institute of Medicine, 2013*).

Une revue systématique publiée récemment (*Galbraith-Emami & Lobstein, 2013*) a mis en évidence, que malgré les engagements d'autorégulation pris par un certain nombre

d'industriels de l'agro-alimentaire, les études indépendantes et les rapports des agences gouvernementales mettent en évidence que l'exposition des enfants aux publicités pour les aliments gras et sucrés en Europe, en Amérique du Nord, en Asie et en Australie n'a quasiment pas changée au cours des 5 dernières années. Pourtant les rapports des industriels engagés considèrent que l'adhésion des signataires aux règles d'autorégulation serait supérieure à 98 %. Cette discordance entre une autorégulation « bien respectée » par les signataires et le fait que les enfants restent exposés à une forte pression publicitaire pour les aliments gras et/ou sucrés pourrait être liée selon les auteurs, au fait que certaines compagnies n'ont pas adhéré à l'engagement et surtout au fait que les enfants sont largement exposés à la publicité en dehors des plages horaires spécifiquement considérés comme destinés aux enfants. C'est en fait dans la journée ou dans la soirée, qu'ils sont très nombreux à suivre des programmes familiaux (émission de variété, jeux, retransmissions sportives, feuilletons, films...). D'autre part dans l'autorégulation, les industriels annonceurs ont leur propre critère pour juger de ce qui est approprié ou non, en termes de produits alimentaires pour la publicité télévisuelle.

Au Royaume-Uni, l'interdiction de 2007 de la publicité alimentaire pour les aliments riches en matières grasses ou en sucre dans les tranches horaires des émissions destinées aux enfants a été effective pour ces périodes. Par contre, il a été observé un report et une augmentation de la publicité pour ces aliments durant les plages horaires dans lesquelles sont projetés des programmes familiaux largement vus par les enfants, sapant ainsi les effets de la régulation mise en place. D'autre part, la publicité visant les enfants sur internet a considérablement augmenté.

Ainsi, il faut souligner que les supports médias de messages publicitaires dépassent désormais très largement le seul support télévisuel, pour s'étendre aux supports internet, aux réseaux sociaux et aux sponsoring d'événements sportifs ou artistiques (*Institute of Medicine, 2006b, Kelly et al., 2008, Kelly et al., 2010, Kelly & Chapman, 2007*). De ce fait, le niveau auquel doit être envisagée une régulation est à élargir au-delà de la seule publicité audio-visuelle.

Au total, Les études suggèrent que la limitation de la publicité mettant en avant des produits alimentaires de profil nutritionnel défavorable peut probablement constituer un levier d'action qui, bien qu'ayant des effets modestes (comme toute mesure spécifique), est susceptible de contribuer à des bénéfices de santé, en particulier quand cette publicité s'adresse à des cibles de consommateurs dont les préférences alimentaires ne sont pas encore fixées (les enfants). Même si les effets attendus sont modestes, ils sont probablement de nature à réduire les inégalités sociales de santé. L'argument majeur tient ici aux éléments suivants : une plus forte sensibilité aux bénéfices de court terme qu'aux enjeux de prévention de santé à long terme dans les catégories défavorisées et un temps passé plus important devant la TV.

3.4. Actions

Nous proposons de mettre en place un système de régulation visant à améliorer les pratiques de marketing en réduisant la pression marketing qui incite la population,

notamment les sujets les plus fragiles (enfants, adolescents, populations défavorisées, ...) à consommer les aliments de moindre qualité nutritionnelle (gras, sucrés, salés) tout en favorisant la promotion d'aliments de meilleure qualité nutritionnelle. Le système mis en place doit permettre également d'agir au niveau des industriels pour les inciter à améliorer de façon significative la qualité nutritionnelle des produits alimentaires qu'ils fabriquent pour bénéficier du cadre des autorisations de publicité pour les produits ayant une qualité nutritionnelle acceptable.

La caractérisation de la qualité nutritionnelle des aliments servant à cette régulation sera basée sur l'établissement du score nutritionnel qui est utilisé pour définir le système d'information nutritionnel « *échelle de qualité nutritionnelle du PNNS* » (voir mesure n°2) et pour calculer la taxe/subvention (voir mesure n°4). Le calcul du score de qualité nutritionnelle (voir détail page 41) est le même pour tous les aliments, et le seuil pour autoriser ou non à la publicité un aliment donné sera fixé par un comité ad hoc.

3.4.1. Régulation de la publicité télévisuelle pour les aliments

Entre 7h et 22h (correspondant aux heures pendant lesquelles les enfants et adolescents peuvent être exposés, particulièrement le matin, en fin d'après-midi et en soirée), la publicité télévisuelle n'est autorisée que pour les aliments ayant un score nutritionnel considéré comme suffisamment favorable (score nutritionnel en dessous du seuil fixé par le comité ad hoc).

La publicité télévisuelle pour les aliments dont le score nutritionnel PNNS est supérieur au seuil n'est autorisée qu'entre 22h et 7h du matin. Dans ce cadre, la publicité pour un aliment donné doit obligatoirement indiquer de façon claire et visible (modalités à définir) l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS (couleurs et/ou lettres).

3.4.2. Régulation de la publicité audio (radio) pour les aliments

Un court message audio, à la fin du spot publicitaire, indiquera clairement la situation de l'aliment (ou du plat) en regard du système d'information nutritionnel (*échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*): cet aliment (plat) est classé « vert/jaune/orange/fuchsia (rose)/rouge » ou « A/B/C/D/E) sur l'échelle de qualité nutritionnelle du Programme National Nutrition Santé (ou toute autre formulation selon le modèle définitif retenu permettant de traduire la catégorie dans laquelle est classée l'aliment ou le plat concerné).

3.4.3. Régulation de la publicité pour les aliments sur des supports papiers (affiches, journaux)

L'apposition visible du système d'information nutritionnel (*échelle de qualité nutritionnelle du PNNS*) correspondant à l'aliment faisant l'objet de la publicité sera obligatoire sur tous les supports papier (affiches, journaux, magazines...).

3.4.4. Régulation de la publicité pour les aliments sur Internet

Les bannières et toute autre forme de publicité sur le web faisant la promotion pour des aliments dont la qualité nutritionnelle ne permet pas la publicité télévisuelle entre 7 et

22h seront interdites. Seules seront autorisées les publicités, bannières et autres formes de promotion pour les aliments autorisés à la publicité télévisuelle (dont le score de qualité nutritionnelle est inférieur au seuil fixé par le comité ad hoc).

La régulation pour les publicités alimentaires télévisuelles s'applique aux messages d'annonce qui précèdent certaines vidéos sur Internet (YouTube, Dailymotion...).

Seule est autorisée la publicité « sans limitation réglementaire » sur les sites internet professionnels des entreprises produisant les aliments, avec apposition obligatoire du système d'information nutritionnel (échelle de qualité nutritionnelle du PNNS) correspondant à chaque aliment faisant l'objet de la publicité.

3.4.5. Régulation de la publicité pour les compléments et suppléments nutritionnels

Les compléments et suppléments nutritionnels peuvent avoir un intérêt réel dans le cadre d'une prise en charge médicale d'un certain nombre de problème de santé. Il n'y a par contre aucun argument justifiant la prise de ces substances en automédication. Divers travaux mettent en évidence que la prise de compléments alimentaires en automédication apparaît plus fréquente chez les sujets dont le comportement global est spontanément déjà plus favorable sur le plan de la santé et qui ont un niveau socio-économique plus élevé (*Pouchieu et al., 2013*). La consommation de compléments est également importante chez les fumeurs, malgré les risques potentiels liés à la prise de certaines suppléments dans ce type de population (*Pouchieu et al., 2013*). De plus, la publicité pour les compléments et suppléments nutritionnels peut contribuer à détourner les consommateurs du suivi des recommandations nutritionnelles de santé publique en rassurant « faussement » les utilisateurs sur la couverture de leurs besoins nutritionnels.

Pour ces raisons, la publicité pour les compléments et suppléments nutritionnel doit être interdite sur tout support destiné au grand public ou aux professionnels (télévision, radio, affiches, journaux, internet).

3.4.6. Régulation de la publicité pour les produits de régime amaigrissant

Pour être en adéquation avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (*Haute Autorité de Santé, 2011*) et de l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments (*Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé, 2012*) et en accord avec le rapport de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (*Groupe de travail "Evaluation des risques liés à la pratique de régimes à visée amaigrissante" & Comité d'experts spécialisés "Nutrition Humaine", 2010*) sur la dangerosité des régimes, la publicité pour tous les produits de régime amaigrissants, que ce soit pour des suppléments, dispositifs, livres, méthodes,..., doit être interdite sur tous supports (TV, radio, presse écrite, affiches, internet...).

Mesure n°4

Une taxe (couplée à une réduction de la TVA) en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments

4.1. Objectif de la mesure

Mise en place d'un système de taxation conditionnelle et proportionnelle pour les aliments dont la qualité nutritionnelle est la moins favorable couplée à une réduction de la TVA pour ceux dont la qualité nutritionnelle est la plus favorable. Cette mesure est destinée à :

- a) faciliter l'accessibilité à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle,
- b) limiter la consommation des aliments dont la qualité nutritionnelle est la moins favorable sur le plan nutritionnel,
- c) inciter les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments pour bénéficier d'une réduction de taxe proportionnelle à leur effort,
- d) lever des fonds permettant de financer diverses mesures de santé publique et leur évaluation.

4.2. Principes généraux de la mesure

La taxe sur la qualité nutritionnelle des aliments (couplée à une réduction de la TVA des aliments les plus favorables sur le plan de leur équilibre nutritionnel) vise à :

- a) introduire une composante économique orientant le choix des consommateurs vers des aliments de meilleure qualité nutritionnelle : meilleure accessibilité aux aliments mieux équilibrés sur le plan nutritionnel (notamment les fruits et légumes, aliments complets...) versus moins bonne accessibilité aux aliments moins favorablement équilibrés sur le plan nutritionnel (notamment les aliments gras, sucré, salés),
- b) inciter les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs aliments (réduire le gras, le sucre et le sel, augmenter les fibres,...) pour réduire le poids de la taxe sachant que toutes modifications allant dans le bon sens, même modeste, s'accompagnera d'un effet significatif sur le calcul de la taxe,
- c) disposer de fonds au travers du produit de la taxe pour financer :
 - 1. la réduction de la TVA proposée pour les aliments de bonne qualité nutritionnelle,
 - 2. des actions sociales dans le champ de la nutrition (financement de chèques fruits et légumes et chèques sports destinés aux populations défavorisées (voir mesure n° 9),
 - 3. à la recherche en nutrition de santé publique,
 - 4. l'évaluation des mesures mises en place.

L'auteur de ce rapport se positionne du point de vue de la santé publique et légitime ses mesures sur leurs capacités à améliorer la situation nutritionnelle et l'état de santé de l'ensemble de la population et notamment les groupes les plus défavorisés. Cependant, il est conscient du contexte social et économique tendu et des difficultés importantes pour certains secteurs de l'agro-alimentaire. Mais les mesures de régulation fiscales doivent permettre des gains de compétitivité à terme (notamment en contribuant à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments et de leur image au niveau international). D'autre part pour permettre également des retombées économiques positives, il serait également possible d'intégrer dans l'utilisation du produit de la taxe une répartition entre financement de santé publique (mesures sociales vers les populations défavorisées, soutien à la recherche et aux actions de nutrition de santé publique...) et l'aide à la reconversion ou au progrès nutritionnel des industries agro-alimentaire (par exemple, au travers d'allègements de charges sociales pour les entreprises ayant de bonnes pratiques et/ou la création d'un fond d'aide aux projets de reconversion des industries et exploitations agricole).

4.3. Les données scientifiques et le contexte général justifiant la mise en place d'un système de taxe/subvention nutritionnelle

4.3.1. Le contexte général

Comme pour le système d'information nutritionnelle sur la face avant des emballages des aliments, le rôle de la régulation économique du prix des aliments sur les comportements d'achats, la consommation alimentaire, l'état nutritionnel et l'état de santé des populations, et la proposition de mise en place de taxes et/ou subventions sont au cœur des discussions des comités d'experts en charge d'élaborer des recommandations nutritionnelles de santé publique depuis plusieurs décennies.

4.3.2. Le rôle du prix dans la décision d'achat

Le premier argument justifiant la réflexion sur des mesures économiques ou fiscales est le fait que le prix des aliments est un des déterminants clés des comportements alimentaires (Etile, 2013). Le prix est reconnu comme un des facteurs importants dans les arbitrages des choix alimentaires (Etile, 2013, French et al., 2001, Glanz et al., 1998, Seymour et al., 2004), en parallèle à d'autres éléments tel que le goût, le plaisir, la praticité, l'accessibilité, la représentation symbolique des aliments, les traditions, les normes sociales, la composition nutritionnelle,... En France, selon une étude récente, le prix est systématiquement cité comme le premier critère de choix des produits alimentaires. Dans l'enquête INCA2 réalisée en 2006-2007 (AFSSA, 2009a), 60 % des ménages le citent comme un de leurs trois critères d'achat principaux, viennent ensuite les habitudes (45 %) et le goût (38 %). Parallèlement, il existe une corrélation plutôt négative entre le prix et la qualité nutritionnelle des aliments (Darmon et al., 2009). Les aliments de forte densité calorique et de faible densité nutritionnelle, sont plus économiques en termes d'apport calorique que les aliments de meilleure qualité nutritionnelle et de plus faible densité calorique (Drewnowski, 2004, Finkelstein et al., 2005).

Différents travaux aux USA ont mis en évidence que la réduction du prix de produits alimentaires « plus favorables à la santé » augmente leur achat (*French et al., 2001, Seymour et al., 2004*). Par exemple, une étude a indiqué que les ventes de fruits et de carottes dans des cafétérias de lycée augmentaient lorsque leur prix était réduit (*French et al., 1997*). De plus, des interventions réduisant le prix d'en-cas de meilleure qualité nutritionnelle (notamment avec moins de matières grasses) dans des distributeurs automatiques payants, à l'école ou sur les lieux de travail, ont été associées à une augmentation de leur consommation (*French et al., 1997, French et al., 2001*). Une autre étude a mis en évidence qu'une réduction des prix des fruits et des légumes de 10 % grâce à une subvention, encouragerait des personnes à faible revenu à augmenter leur consommation journalière de fruits et de légumes (*Dong & Lin, 2009*).

La théorie économique suggère que le fait d'augmenter (par une taxe) le prix des produits dont la composition nutritionnelle est défavorable (forte densité énergétique, forte teneur en sodium, sucres simples ou graisses saturées) et/ou de diminuer le prix des aliments riches en nutriments favorables (tels que les fibres, les acides gras polyinsaturés,...) permet a) d'améliorer la qualité nutritionnelle globale de l'alimentation, b) de collecter des fonds pour soutenir des interventions en santé auprès de populations spécifiques et de limiter le déficit budgétaire, et c) d'envoyer un message clair aux consommateurs quant à la qualité nutritionnelle des aliments (*Engelhard et al., 2009*). Cette mesure est considérée comme coût-efficace.

4.3.3. La position des organisations internationales

Depuis quelques années, les organisations internationales appellent clairement à ce que les Etats mettent en place des stratégies de régulation économique susceptible de moduler le prix des aliments et donc leur accessibilité pour les populations (par des mécanismes de taxes/subventions). C'est le cas de l'OMS qui dès 2008 recommandait que soient mises en place, au niveau des états, des politiques visant à influencer le prix des aliments dans le but de favoriser des comportements alimentaires plus favorables à la santé (*WHO, 2009*). L'OMS/Europe en 2012, dans son plan d'action « Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016 » propose, parmi ses recommandations, de mettre en place des politiques fiscales visant à promouvoir une alimentation saine (*WHO Europe 2012*).

De la même façon, parmi les stratégies disponibles afin de lutter contre les maladies chroniques, les Nations Unies insistent sur la place des politiques de régulation des prix alimentaires comprenant les taxes et les subventions pour favoriser une alimentation de meilleure qualité nutritionnelle (*United Nations, 2011*).

Plus récemment, la Déclaration de Vienne sur la Nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020, signée en juillet 2013 par la France dans le cadre de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS envisage « le recours à des outils et incitants économiques pour promouvoir l'alimentation saine, et ce en fonction du contexte national ».

Dans la même ligne, divers Comités d'Experts aux USA (*Institute of Medicine, 2012*), Canada (*Morestin et al., 2011*), UK (*Academy of Medical Royal Colleges, 2013, Food Standard Agency et al., 2013*), Nouvelle-Zélande (*New Zealand front of pack labelling advisory group, 2012*), Australie (*Gill et al., 2010*), l'American Medical Association (*AMA, 2012*), l'IASO/IOTF (*Persson et al., 2012*), l'European Heart Network, (*European Heart Network, 2011*)... s'appuyant sur les données de la littérature scientifique, proposent malgré les limites méthodologiques de l'évaluation de telles stratégies, la mise en place de ce type de politiques qui, selon leurs conclusions, permettraient une modification des comportements alimentaires, et ce de façon suffisamment importante pour permettre une amélioration d'indicateurs majeurs de santé, notamment en ce qui concerne l'obésité.

4.3.4. Les bases scientifiques

Les données sur lesquelles s'appuient les Comités d'Experts nationaux ou internationaux pour soutenir des politiques de mise en place de taxes et/ou subventions sont issues principalement de travaux de simulations mathématiques évaluant l'impact sur les consommations et sur les indicateurs de santé d'augmentations ou de diminutions des prix, en fonction de la politique économique proposée. Il existe également quelques essais d'intervention mais de faible taille (mis en place dans un seul supermarché ou sur des simulations d'achats dans des supermarchés en ligne).

Les rapports récents (Eatwell 2012 (*Eatwell Project, 2012*), IOM 2012 (*Institute of Medicine, 2012*), Université de Sydney 2011 (*Gill et al., 2010*), Academy of Medical Royal Colleges, 2013 (*Academy of Medical Royal Colleges, 2013*), Inserm 2013 (*INSERM, 2013*)) passent en revue de façon systématique l'abondante littérature scientifique disponible dans ce domaine afin de justifier leurs propositions. L'essentiel des études publiées portent sur les effets de la taxation sur la demande et les variations de consommation alimentaire et éventuellement sur l'offre (les conséquences sur la reformulation des produits). En dehors de quelques travaux de simulation, ils ne permettent pas, en général, d'évaluer l'effet en terme d'impact sur la santé compte-tenu du temps de latence entre la mise en place d'une mesure de ce type et les modifications de comportements alimentaires des consommateurs, et surtout le délai long entre les changements de comportements alimentaires et l'effet objectivable sur la santé difficilement compatible avec la durée des études menées dans le cadre de la recherche.

Sur un plan méthodologique, les études susceptibles de fournir le meilleur niveau de preuve qu'une modification des prix conduit à une amélioration de la santé seraient des essais randomisés contrôlés, avec des facteurs mesurés de façon précise dans des populations hétérogènes. Néanmoins, la mise en œuvre de ce type de méthodologie est extrêmement complexe, voire impossible dans ce contexte, car :

1. comme déjà évoqué, des stratégies de régulation des prix sont difficiles à mettre en œuvre dans des conditions proches de la réalité,
2. les essais randomisés sont en général de trop courte durée pour montrer l'impact sur des indicateurs de santé à long terme.

Dans ce contexte, les meilleurs niveaux de preuve sur l'impact de politiques de prix sur la consommation et sur la santé, sont fournis par des modèles de simulation (*Homer & Hirsch, 2006*). Cependant, ces modèles simplifient le système écologique entourant une intervention à quelques possibilités mathématiquement quantifiables (*Eyles et al., 2012, Homer & Hirsch, 2006, Levy et al., 2011*). À côté des études de « pures » simulations, les études économétriques fondées sur des modèles calibrés sur des données d'achat réelles apportent un niveau de preuve supérieur.

Une des limites d'interprétation souvent avancées aux études de simulation, est lié au fait qu'ils ne modélisent pas systématiquement les comportements de substitution des consommateurs depuis un groupe de produits taxés vers d'autres groupes de produits.

Une autre des limites majeures qui peut amener à sous-estimer l'impact des taxes est le fait que la grande majorité des travaux disponibles 1) portent sur les taxes forfaitaires (type des taxes fixées sur les produits contenant du sucre ajouté ou des acides gras saturés indépendamment de leur teneur) et non pas sur les taxes conditionnelle (qui elles dépendent de la teneur en ces nutriments), et 2) concernent en général une seule catégorie d'aliment ou de nutriment.

4.3.4.1. Résultat des études de simulation (études épidémiologiques et économétriques)

L'impact potentiel d'une taxe appliquée à un produit alimentaire sur la demande est mesuré en économie par l'« élasticité ». Deux types d'élasticités sont à prendre en compte : l'élasticité propre, qui correspond à l'impact sur la demande du même produit, et l'« élasticité croisée » correspondant à l'impact sur la demande pour d'autres produits ou groupes de produits alimentaires.

La demande pour les produits alimentaires est en général considérée comme peu élastique, néanmoins, une variabilité a été observée selon la catégorie d'aliment prise en compte.

Une augmentation de 1 % du prix des céréales et de la viande par exemple conduisent à une diminution de la demande de 0.43 % et 0.60 % respectivement (*Green et al., 2013*). Les produits alimentaires ayant la plus grande élasticité sont les boissons sucrées, les jus de fruit et la viande (*Powell & Chaloupka, 2009*).

Néanmoins, la capacité de faibles modifications de prix, en particulier pour les produits ayant la plus grande élasticité devient intéressante, étant donné que leurs effet se cumulent lorsque l'on prend en considération l'ensemble de la population.

Une revue systématique publiée par l'OMS (*Thow et al., 2010*) a évalué les effets des taxes alimentaires et des subventions sur l'alimentation, le poids corporel et la santé, analysant 24 études (8 empiriques et 16 simulations). Neuf études évaluaient uniquement l'impact des taxes à la consommation alimentaire, cinq la consommation et le poids corporel, quatre la consommation et les maladies et six, le seul poids corporel. La conclusion de cette revue de la littérature est que les taxes et les subventions influent la consommation dans la direction désirée, les taxes les plus élevées étant associées avec les changements

les plus significatifs sur la consommation, le poids corporel et l'incidence de maladies. Cependant, les études axées sur un produit alimentaire ou un nutriment unique peuvent avoir surestimé l'impact des taxes dans la mesure où elles ne prennent pas en considération le déplacement de la consommation vers d'autres aliments. Les auteurs concluent que les taxes alimentaires et les subventions ont le potentiel de contribuer à des schémas de consommation plus favorables au niveau de la population. Cependant, ces éléments s'ils sont probants reposent sur des études dont la qualité n'est pas optimale, souvent pour des raisons inhérentes à leur méthodologie. Il n'en demeure pas moins que ces données supportent l'intérêt des stratégies de taxes/subvention pour influencer sur les comportements alimentaires et la santé, particulièrement lorsque la variation de prix induite par la taxe/subvention est au moins égale à 15 % du prix.

Une autre méta-analyse d'études de consommation aux USA met en évidence qu'une hausse de 10 % du prix des aliments produirait une baisse de leur consommation de 7,8 % (*Andreyeva et al., 2011*), mais là encore les études ignorent les effets possibles de substitution entre produits.

D'autres revues systématiques publiées entre 2005 et 2010 et s'appuyant sur les mêmes études (toutes ou une partie) ont abouti à des conclusions similaires (*Andreyeva et al., 2011, Caraher & Cowburn, 2005, Eyles et al., 2012, Jensen et al., 2011, Levy et al., 2011, Powell & Chaloupka, 2009, Thow et al., 2011*).

Plus récemment une autre revue systématique publiée dans PLOS Medicine en 2012 (*Eyles et al., 2012*) a analysé les études de simulation réalisées entre 1990 et 2011 dans les pays de l'OCDE : 49 études ont été sélectionnées selon des critères prédéfinis: 30 études modélisant l'impact du prix des aliments sur les apports nutritionnels (17 études s'intéressant à l'effet des taxes nutritionnelles exclusives, 6 à l'effet des subventions exclusives et 7 à la combinaison taxes/subventions) et 19 modélisant l'impact du prix des aliments sur la santé et les maladies (15 études sur l'effet des taxes, 3 sur l'effet des subventions et 4 sur la combinaison des deux mesures). Malgré les limites inhérentes aux méthodes utilisées (notamment en termes de capacité d'évaluer les reports des achats), il apparaît que les taxes sur les boissons sucrées et sur les acides gras et les subventions sur les fruits et légumes seraient associés avec des changements alimentaires favorables et potentiellement bénéfiques à la santé.

D'autres études de simulation, n'ayant pas été incluses dans cette revue systématique car trop récentes, ont également retrouvé des résultats similaires : une augmentation d'un penny-par-once des boissons sucrées aux USA conduirait à une diminution de la consommation de ces produits de 15 % chez les adultes, et à la prévention de 26.000 morts prématurées entre 2010 et 2020 (*Wang et al., 2012*); une taxe de 39 % sur les boissons sucrées aux USA conduirait à une réduction des ventes de 10 % (*Miao et al., 2012*).

Récemment, Mytton et al (*Mytton et al., 2012*) ont mis en évidence qu'une taxe portant sur une grande variété de produits alimentaires pourrait permettre d'éviter 3 200 morts par maladies cardio-vasculaires par an en Grande Bretagne. Marshall et al (*Marshall, 2000*)

ont, quant à eux, montré qu'une taxe sur les acides gras saturés permettrait une réduction de 1 000 morts par an. Une autre étude (*Lin et al., 2011*) portant sur des données américaines, combinant estimation d'un système de demande et modélisation biologique de la dynamique du poids corporel, suggère qu'une hausse de 20 % du prix des boissons sucrées conduirait à une baisse de la prévalence de l'obésité d'environ 10 % en 10 ans. Dans un autre travail récent, partant de leurs observations sur l'impact d'une taxe sur les boissons sucrées sur la réduction de la consommation et de l'IMC chez les adultes aux Etats Unis, Wang et al (*Wang et al., 2012*) estiment que 95 000 évènements coronaires, 8000 accidents vasculaires cérébraux, et 26 000 décès prématurés pourraient être évités tout en économisant plus de 17 milliards de dollars de coût médicaux et en générant près de 13 milliards de dollars de revenu (*Wang et al., 2012*)

Dans le même ordre d'idée, mais concernant le bénéfice attendue de subventions, Cash et al (2005) ont estimé qu'une diminution de 1 % du prix de l'ensemble des fruits et légumes aux USA pourrait entraîner une réduction d'environ 6 700 cas de maladies coronarienne et de 3 000 accidents vasculaires cérébraux ischémiques.

Sur la base de données françaises, Boizot-Szantai et Etilé (*Boizot-Szantai & Etilé, 2011*) ont montré que l'effet d'une combinaison de mesures (hausse de 10 % du prix des boissons non alcoolisées, des pâtisseries et des desserts, des snacks et plats préparés; baisse de 10 % du prix des fruits et légumes) réduirait l'IMC des femmes et celui des hommes dans différents quantiles de poids.

Une revue systématique d'études américaines publiée en 2012 (*Powell & Chaloupka, 2009*) a mis en évidence que l'élasticité des prix pour les boissons sucrées, le fast-food, les fruits et les légumes, était respectivement de -1.21,-0.52,-0.49 et -0.48. Les études qui ont testé des modèles d'impact de taxes sur les sodas sur le poids ont montré des impacts limités. Cependant, ces analyses sont basées sur des niveaux de taxes relativement bas. Des augmentations de prix plus élevés du fast-food ont été associées avec des niveaux de poids inférieurs particulièrement parmi des adolescents, suggérant qu'une augmentation des prix pourrait directement impacter le poids. Des prix plus faibles des fruits et légumes étaient généralement associés avec des plus faibles poids chez les enfants et adultes à faibles revenus, suggérant que les subventions qui réduiraient le coût des fruits et ses légumes seraient efficaces pour diminuer le risque d'obésité pour des populations de faibles niveaux socio-économiques. Les auteurs concluent que les instruments de régulation tarifaire du prix des aliments constituent des mesures efficaces de santé publique

Une étude de simulation réalisée en France, par Bonnet et Réquillard (*Bonnet & Réquillard, 2013*), sur le marché des sodas trouve que la taxe de 0,07 euro/L mise en place en France en janvier 2012 se traduirait toutes choses égales par ailleurs par une hausse de prix d'environ 11 %, et une baisse de la consommation de l'ordre de 3,4L/personne et par an avec un report maximal de 15 % de la consommation de sodas sur les jus de fruit et nectars. Selon les auteurs, on ne devrait pas observer de substitutions vers les marques

de distributeurs (dont le prix devrait augmenter de 20 %), ni vers les alcools, mais possiblement vers les produits non taxés qui sont les substituts les plus proches.

D'autre part une simulation publiée récemment dans le BMJ (*Briggs et al., 2013*) suggère qu'une taxe de 20 % sur les boissons sucrées permettrait une réduction de la prévalence de l'obésité au Royaume-Uni de 1,3 % (concernant environ 180 000 personnes) et celle du surpoids de 0,9 % (concernant 285 000 personnes). Les effets les plus importants concerneraient les jeunes (de moins de 30 ans) sans différences significatives entre les niveaux de revenus, ce qui suggère que les bénéfices santé de la taxe seraient identiques quel que soit le niveau socio-économique.

Au total, pour induire des changements notables sur le plan de la consommation, les données de la littérature suggèrent qu'il faut probablement que le taux de taxation soit élevé. En effet, les taxes de faible envergure (moins de 20 %) sont susceptibles d'avoir des effets, certes significatifs, mais probablement faibles à court terme sur les comportements visés et la santé nutritionnelle (*INSERM, 2013*), alors qu'une taxe d'au moins 20 % pourrait avoir un effet favorable sur l'état nutritionnel (*Briggs et al., 2013*). En fait, le niveau de taxe minimum pour avoir un impact sur la santé dépend des hypothèses que l'on retient quant au mode d'action de la taxe. Mais, on considère généralement son effet comme équivalent à celui d'une simple variation de prix. Or le fait, par exemple, que la taxe soit associée à une forte communication sanitaire peut lui conférer une efficacité additionnelle qui n'a pas encore été mesurée (*INSERM, 2013*).

Une autre question qu'il est légitime de poser à la lumière des travaux scientifiques publiés, est de savoir si la politique fiscale peut induire des substitutions susceptibles d'amenuiser les effets attendus. La plupart des substitutions ont lieu plutôt à l'intérieur du même groupe alimentaire qu'entre différents groupes, impliquant que des modifications de prix entre des grands catégories d'aliments (par exemple les fruits et légumes ou la viande) auraient un moindre impact sur la consommation que des modifications de prix au sein d'un même groupe de produits (par exemple en fonction du niveau de graisses saturées ou entre les boissons sucrées ou édulcorées) (*Griffith et al., 2008, Smed et al., 2007*). Des études récentes en France (*Allais et al., 2010*) et aux USA (*Finkelstein et al., 2013, Zhen et al., 2013*) ont pris en compte les substitutions entre groupes d'aliments en réalisant des modélisations de l'alimentation complète et montré que l'impact d'une taxe « boissons sucrées » sur les apports calorique totaux est un peu plus faible, mais reste significative, lorsque l'on considère l'ensemble des substitutions possibles entre familles d'aliments. On peut y rapprocher l'absence de substitution vers les marques de distributeurs ou vers les alcools (mais plutôt vers les produits non taxés les plus proches) décrite dans l'étude de simulation réalisée sur le marché des sodas en France (*Bonnet & Réquillart, 2013*).

Enfin, il faut noter que certaines études ont identifié des effets indésirables aux mesures fiscales, telles qu'une augmentation de la consommation de sel en réaction à une taxe sur les graisses saturées, (*Mytton et al., 2012*) ou une augmentation de la consommation de graisses, sel et sucre lors d'une subvention sur le pain complet, à moins que ces

nutriments soient taxés en même temps (Mytton et al., 2012, Nordstrom & Thunstrom, 2009). Ces données suggèrent que les éventuels effets indésirables pourraient être évités en mettant au point une taxe fondée sur le profil nutritionnel complet de l'aliment limitant des substitutions qui ne seraient pas favorables à la santé.

4.3.4.2. *Résultats d'essais randomisés de faible taille testant l'impact de la régulation fiscale du prix des aliments*

Malgré les difficultés de la mise en place d'essais randomisés, certaines études (de petite taille) ont été développées essayant de simuler les régulations économiques. Les investigateurs de ces études ont tenté de contourner les difficultés inhérentes à ces essais, en travaillant dans des environnements de petite taille et contrôlés artificiellement (par exemple, les chercheurs au Royaume-Uni ont diminué les prix des produits alimentaires pauvres en graisses dans un restaurant collectif).

Des études portant sur l'effet de subvention ont eu lieu aux Etats Unis (Brownell & Frieden, 2009, Hernandez et al., 2011) et en Nouvelle Zélande (Blakely et al., 2011, Brownell & Frieden, 2009, Ni Mhurchu et al., 2010). Ces deux essais ont mis en évidence le fait que des subventions accordées sur les fruits et légumes permettaient une augmentation de la consommation de ces produits alimentaires.

Dans une revue récente publiée dans le BMJ, Mytton, Clarke et Rayner ont analysé les résultats d'un petit nombre d'essais contrôlés (Mytton et al., 2012). Ils montrent qu'une taxe de 35 % sur les boissons sucrées dans un restaurant collectif conduit à une réduction de 26 % des ventes de ces produits, mais reconnaissent la nature artificielle de ces expérimentations contrôlées et que des comportements de compensation non contrôlés sont possibles.

4.3.4.3. *Les taxes mises en place dans le monde*

- **France**

La France a instauré une taxe spécifique sur les boissons avec sucres ajoutés et édulcorants depuis le premier janvier 2012 à hauteur de 7,16 €/hl, soit 11 centimes par bouteille de 1,5 l.

Dans un rapport de la Banque de France (Berardi et al., 2012), Berardi et al ont évalué l'impact de cette 'taxe soda' sur le prix des boissons concernées, à savoir les boissons contenant du sucre ajouté ou des édulcorants à partir d'une base de données constituée de centaines de milliers d'observations sur le prix de boissons non alcoolisées vendues dans plus de 800 supermarchés en France. Il apparait que la taxe a progressivement été répercutée dans le prix de ces boissons au cours des cinq premiers mois de l'année 2012. Toutefois, alors qu'en Juin 2012, la taxe était totalement répercutée dans le prix des sodas, la taxe n'a été répercutée qu'à environ 85% pour les boissons aux fruits et les eaux aromatisées. L'impact de la taxe sur les prix a été différent selon les groupes de

distribution et selon les marques de boissons. L'entrée en vigueur de la taxe soda aurait entraîné une hausse des prix de vente allant jusqu'à 25 % pour les marques de distributeurs, entre 4 à 9 % selon les produits pour des marques comme Coca-Cola.

Il n'a pas été prévu, lors de la mise en place de la taxe soda, de système d'évaluation s'appuyant sur des indicateurs permettant de tester l'impact réel de cette mesure sur les achats. Cependant l'étude de simulation réalisée par Bonnet et Réquillard (*Bonnet & Réquillard, 2013*), prédisait que le niveau de taxe de 0,07 euro/L se traduirait par une baisse de la consommation de l'ordre de 3,4L/personne par an avec un report maximal de 15 % de la consommation de sodas sur les jus de fruit et nectars.

Les chiffres de vente 2012 en super et hypermarché en provenance de Symphony IRI montraient début 2013, pour la première fois depuis de très nombreuses années, une rupture de tendance sur des marchés qui étaient dans une croissance naturelle : les ventes de sodas sucrés gazeux ont diminué de 4% (alors que la tendance des années antérieures laissait augurer une croissance positive de 2%). L'ensemble des ventes de «boissons rafraichissantes sans alcool» a baissé de 1,6 %. Il ne semble pas que cette réduction soit liée à un effet météo puisque les ventes d'eau en bouteille ont poursuivi leur croissance de 1,6 %. Dans le même sens, la consommation de nectars a reculé de 8,57% en 2012, cette chute étant attribuée par l'interprofession UNIJUS à la taxe sur les boissons avec sucres ajoutés.

La mesure a rapporté 280 millions d'euros à l'état. Le produit de cette taxe est destiné au régime général d'assurance maladie.

En octobre 2013, l'assemblée nationale a voté une forte taxe sur les boissons énergétique dans l'objectif affiché de réduire leur consommation.

- **Danemark**

A l'automne 2011, une taxe d'environ 2,15 euros par kilogramme de graisses saturées a été mise en place sur l'ensemble des produits en contenant plus de 2,3 %.

Cette mesure a entraîné une forte mobilisation des industriels de l'agro-alimentaire qui ont argumenté sur les pertes d'emplois que génèreraient la taxe, les coûts administratifs élevés pour les entreprises, notamment les petits producteurs d'aliments naturellement riches en graisses saturées (charcuterie, fromage...) qui devaient faire analyser leurs produits pour avoir la composition nutritionnelle exacte afin de remplir les formulaires du fisc, et les comportements d'échappement des consommateurs (en particulier par le développement des achats de beurre et de crèmes glacées dans les pays frontaliers très proches, comme l'Allemagne et la Suède). Reprenant les mêmes arguments que ceux des opérateurs économiques, le ministère danois de la Fiscalité a argué d'un faible rapport bénéfice/coût pour justifier sa suppression en novembre 2012 (*Etile, 2013, Nestle, 2012*).

Il n'y a pas eu de réelle évaluation de l'impact de la taxe mise en place, sur la santé, ni même sur les comportements alimentaires ou d'achat (la suppression rapide de la taxe ne permettant pas d'avoir un recul suffisant). Cependant les analyses faites par les

économistes de l'Université de Copenhague en 2012 (*Jensen & Smed, 2013*) concluent que la consommation de graisses a diminué de 10 à 20 % dans les 3 mois qui ont suivi l'installation de la taxe (mais il n'est pas possible de savoir si cet effet est due à la taxe en elle-même ou est lié au débat médiatique sur le rôle des graisses sur la santé qui a eu lieu avant et au moment que la taxe a été mise en place).

La taxe a rapporté sur son année d'exercice 216 millions de dollars US. A noter que suite à la suppression de la taxe nutritionnelles, le gouvernement danois a légèrement augmenté les impôts sur le revenu pour compenser le manque d'entrées fiscales (*Jensen & Smed, 2013, Nestle, 2012*)

- **Hongrie**

À l'automne 2011, la Hongrie a mis en œuvre une taxe unitaire d'environ 0,04 euro sur une gamme de produits de grignotage (snacks) à haute teneur en sel et en sucre, tels que les chips, les noix salées, la chocolaterie, la confiserie, les biscuits, les glaces, et les boissons énergisantes. Cette décision a été justifiée par l'utilisation des revenus de la taxe (74 millions de dollars US par an) pour le financement du système de santé. Face à l'argument d'iniquité de cette mesure avancée par des opposants à la taxe, les autorités ont affirmé que cette taxe n'augmentera pas la pauvreté (*Holt, 2011*). Il n'y a pas eu à ce jour d'évaluation publiée des effets de la taxe. Un communiqué récent de l'OMS Europe (2013) fait état d'un rapport d'évaluation sur l'impact sanitaire et financier de la taxe réalisé par l'Institut national pour le Développement de Santé et l'Institut national de l'Alimentation et de la Nutrition et l'OMS (non encore disponible) présenté à la presse le 10 avril 2013 à Budapest. L'OMS annonce que ce rapport a retrouvé un impact positif sur les comportements alimentaires en Hongrie depuis la mise en place de la taxe (*WHO Europe, 2013*).

- **Finlande**

Depuis 2011, la Finlande a remis en place une taxe sur les produits sucrés (bonbons, chocolat, crèmes glacées...) qui avait existé jusqu'à 1999 (0,75 euros per kg). La taxe existant sur les boissons sucrées a été augmentée (passant de 4,5 à 7,5 centimes par litre) et a été étendue à d'autres catégories de boissons.

Il n'existe pas d'évaluation de l'impact de ces taxes.

- **Divers pays européens (Roumanie, Irlande, Royaume Uni, Norvège, Italie,...) ont annoncé qu'ils envisageaient la mise en place de taxes nutritionnelles (EPHA, 2012)**

- **Mexique**

Dans le cadre d'un plan de lutte contre l'obésité, le Sénat a approuvé le 31 octobre 2013, une taxe de 8 % sur les aliments de forte densité énergétique (qui contiennent plus de 275 Kcal pour 100 grammes). Le Sénat et la chambre basse ont déjà donné leur accord à une taxe d'un peso (huit centimes) par litre de boisson gazeuse.

Au total, même si les évaluations des taxes spécifiques mises en place au niveau de certains états et les essais d'intervention contrôlés sont limités, il n'en demeure pas moins que les travaux scientifiques portant sur les « conséquences nutritionnelles » des facteurs prix/régulation économique/taxes, fournissent un corpus d'informations convergentes (notamment à partir des études de simulation). Les Comités d'Experts nationaux ou internationaux (*IOM (Institute of Medicine & In, 2012)*, *Nations Unies (United Nations, 2011)*, *EPHA (EPHA, 2012)*, *Academy of Medical Royal Colleges UK (Academy of Medical Royal Colleges, 2013)*, *University of Sydney (Gill et al., 2010)*, *European Heart Network (European Heart Network, 2011)*, *EatWell (Eatwell Project, 2012)*...) les considèrent suffisamment convaincantes, ou au moins probantes, pour recommander des stratégies de régulation économique au travers de systèmes de taxation et/ou subvention.

4.3.5. Les éléments à prendre en compte pour bâtir une stratégie efficace de régulation fiscale des prix des aliments

4.3.5.1. Les effets attendus au niveau des populations défavorisées

Du point de vue des inégalités sociales, les discussions portent sur l'éventuel caractère régressif des taxes nutritionnelles sur le plan économique, à savoir si le fardeau fiscal serait supérieur pour les ménages les plus défavorisés, du fait d'une plus forte part des dépenses alimentaires dans leur budget (*Allais et al., 2010*, *Chouinard et al., 2007*, *Leicester & Windmeijer, 2004*, *Tiffin & Arnoult, 2011*),

Pour contrebalancer un éventuel effet régressif sur le plan économique, la taxe peut être accompagnée de mesures de compensation de pouvoir d'achat pour les populations à bas revenu via, par exemple, la dégressivité de la TVA ou des subventions ciblées, qui pourraient être financées à partir du revenu généré par la taxe. Enfin pour éviter des substitutions sur des aliments d'autres groupes non taxés mais qui ne permettraient pas de tirer un bénéfice nutritionnel de la mise en place d'une taxe, il faut un système de taxation global et transversal impactant l'ensemble des aliments dont la qualité nutritionnelle amène à ne pas souhaiter la promotion de leur consommation.

Si le caractère potentiellement régressif des taxes sur le plan économique est un argument qui est souvent avancé, la littérature scientifique ne tranche pas réellement sur ce point. Au contraire, dans leur revue systématique publiée dans *PLOS Medicine* en 2012, *Eyles et al.*, ont observé dans 11 études de simulation sur 14 portant sur des groupes de populations défavorisées que les stratégies sur le prix seraient associées à des effets plutôt favorables sur la consommation d'aliments/nutriments et le risque de pathologies (*Eyles et al., 2012*). Les auteurs concluent que les stratégies testées impactant le prix des aliments ont donc un réel potentiel de réduire les inégalités sociales en matière de nutrition et de santé. C'est également la position défendue par les experts qui ont eu en charge le projet *EATWELL (Eatwell Project, 2012)*.

Une revue systématique (avec méta-régression) publiée dans le *BMJ* en 2013 (*Green et al., 2013*) a permis d'analyser 136 études rapportant l'élasticité des prix alimentaires de

3495 aliments dans 162 pays. Il s'agit d'études expérimentales (à partir de recueil de données par scanner des produits en supermarchés ou à domicile) et d'études transversales ou de cohortes (études familiales ou agrégats de données nationales). Les modèles utilisés permettent de prédire que les augmentations du prix des aliments aboutissent à des réductions de leur consommation qui sont plus importantes dans des pays pauvres. Dans des pays à hauts revenus et bas revenus, respectivement, une augmentation de 1 % du prix de céréales aboutit aux réductions de la consommation de 0,61 % dans les pays à bas revenus et de 0,43 % dans les pays à hauts revenus ; et une augmentation de 1 % du prix de viande aboutit à des réductions de consommation respectivement de 0,78 % et 0,60 %. Dans tous les pays, les modèles prévoient que les ménages les plus pauvres seront le plus touchés par des augmentations de prix des denrées alimentaires.

Si les effets financiers des mesures fiscales peuvent être régressifs, il n'en demeure pas moins que les effets santé sont, en revanche, progressifs (*Allais et al., 2010, INSERM, 2013, Nnoaham et al., 2009, Smed et al., 2007*). En effet, un élément qui peut conduire à considérer que la taxe nutritionnelle est susceptible de réduire les inégalités sociales de santé réside dans la fréquence avec laquelle les catégories défavorisées sont confrontées aux pathologies associées aux dimensions nutritionnelles (maladies cardio-vasculaires, obésité, cancers) (*INPES, 2010*). Cette fréquence y est sensiblement plus élevée que dans les autres catégories de la population. Une même variation de consommation (voire même une variation de consommation un peu plus faible) peut alors induire des bénéfices de santé plus élevés pour ces catégories défavorisées.

Pour cette raison, **même si une taxe avait un effet équivalent en variations des consommations pour toutes les catégories de la population, elle réduirait les écarts entre groupes sociaux en induisant des effets plus importants en prévention des pathologies pour les catégories défavorisées, même si ces effets sont probablement modestes.**

L'expertise collective l'INSERM sur les Inégalités Sociales de Santé (2013) rappelle, sur la base des travaux cités plus hauts, que pour être efficace sur le plan du changement de comportement nutritionnel, le taux de taxation doit être élevé (*INSERM, 2013*). De ce fait si la taxe est régressive, sa justification réside dans sa contribution à la réduction des inégalités de santé : pour cela, elle doit induire un effet bien établi sur la santé, concernant des pathologies qui touchent en particulier les populations défavorisées. Le rapport suggère pour atténuer la régressivité de la taxe de l'accompagner de mesures de compensation du pouvoir d'achat pour les populations à bas revenu, telles que des subventions ciblées, qui peuvent être financées à partir du revenu généré par la taxe. Ces subventions peuvent s'adresser à certains groupes de revenus sous forme de bons d'achat de fruits et légumes par exemple. Elles peuvent également prendre la forme de réductions de prix pratiquées dans des lieux précis tels que dans les cantines scolaires, les points de vente dans certains quartiers,...

En effet, dans plusieurs études, les scénarios de taxation accompagnés de politiques de subvention ou de baisse de TVA (*Kotakorpi et al., 2011, Nnoaham et al., 2009, Nordstrom & Thunstrom, 2009, Nordstrom & Thunstrom, 2011, Smed et al., 2007*) aboutissent à une légère diminution de la dépense alimentaire totale pour les classes les plus défavorisées.

Au total, l'ensemble de ces travaux permet de mettre en avant le fait que l'introduction d'une taxe sur les produits alimentaires dont la qualité nutritionnelle est la moins favorable, couplée à des subventions pour les produits alimentaires dont le profil nutritionnel est plus favorable, permettrait des modifications de la consommation alimentaire vers des produits de meilleure qualité nutritionnelle, et partant de là, de plus grands gains en termes de santé dans les populations défavorisées (*Brownell & Frieden, 2009, Mytton et al., 2012*).

4.3.5.2. Les effets attendus au niveau de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire

La taxe peut également influencer sur les décisions des entreprises en matière de qualité des produits. Pour éviter, par exemple, de transmettre la taxe aux consommateurs, une réduction des coûts de production pourrait être envisagée, ce qui pourrait, par des substitutions d'ingrédients, se traduire par une baisse de la qualité de produits. Pour éviter le risque de diminution qualitative des aliments taxés, une politique de taxation appliquée de façon non pas forfaitaire mais conditionnelle permet de réduire ce risque (un abaissement de la qualité nutritionnelle se traduirait par une augmentation du niveau de la taxe).

Il est nécessaire de définir, au sein de chaque secteur de produits, un seuil de qualité nutritionnelle en-dessous duquel les produits ne sont pas taxés. La taxe sert alors à inciter les entreprises à améliorer la qualité nutritionnelle des produits (seuls les produits au-dessus du seuil de qualité subissent la taxation et d'autant plus qu'ils s'en éloignent). On ne dispose, à ce stade, que de travaux théoriques qui suggèrent que la combinaison d'un seuil de qualité modéré génère de bons effets, en incitant une grande partie des entreprises à améliorer la qualité des produits, sans effets adverses sur le plan des inégalités sociales de santé.

4.3.5.3. L'acceptabilité par les consommateurs

Concernant l'acceptabilité des régulations fiscales, l'étude EATWELL (*Eatwell Project, 2012*), réalisée dans différents pays, a montré que la taxation sur les produits alimentaires défavorables à la santé, afin de promouvoir une alimentation favorable à la santé, recevait l'adhésion de 55 % des enquêtés. L'adhésion pour ce type de taxes est plus importante au Danemark (62,6 %), où seulement 4 autres types de mesures reçoivent autant d'adhésion (l'éducation du consommateur, l'étiquetage nutritionnel, les subventions et la modification de la TVA). L'adhésion envers l'usage de taux de TVA différentiels pour les produits alimentaires favorables ou défavorables à la santé est plus importante, autour de 63%. L'enquête portait aussi sur l'application de subventions pour

les fruits et légumes afin de promouvoir une alimentation favorable à la santé. Ces mesures recevaient une adhésion de 70,1% dans l'échantillon d'enquête EATWELL avec des différences selon les pays. La taxation est mieux acceptée si les recettes sont utilisées pour promouvoir une alimentation favorable à la santé ou même pour réduire d'autres taxes et que les recettes de toute taxe devraient être allouées à l'avance pour financer prioritairement des politiques publiques de santé

Au total, les arguments issus des différents types de travaux disponibles soutiennent la mise en place de stratégies fiscales visant à agir sur le prix des aliments. Afin d'obtenir des résultats en termes de modification des comportements alimentaires, les taxes doivent néanmoins répondre à plusieurs impératifs :

- a) Etre construites de telle sorte que le prix de la taxe soit répercuté au consommateur, créant alors réellement une élévation des prix.
- b) Etre suffisamment élevées pour induire une modification du comportement. En effet, les taxes de faible envergure (moins de 20 %) ont des effets, certes significatifs, mais faibles à court terme sur les comportements visés et la santé nutritionnelle. Le fait que la taxe soit associée à une forte communication sanitaire peut lui conférer une efficacité plus importante.
- c) Etre plutôt conditionnelle et ne s'appliquer qu'aux produits, au sein d'une catégorie, qui présentent une qualité nutritionnelle jugée comme insuffisante au titre d'un système de profil nutritionnel particulier (plutôt que forfaitaire c.-à-d. appliquée en fonction de la présence d'un ingrédient ou d'un nutriment particulier).
- d) Etre proportionnelle en fonction de la qualité nutritionnelle globale : taxe continue calculées de façon exponentielle et non linéaire à partir du seuil de taxation fixé.
- e) Etre globale et viser l'ensemble des aliments dont le profil nutritionnel est le plus défavorable.
- f) Etre associée à des subventions pour les aliments de bonne qualité nutritionnelle. Volet symétrique de la problématique des taxes, la pertinence de mesures visant à subventionner la consommation de produits considérés comme favorables à la santé peut contribuer à compenser le risque de régressivité économique des taxes. Ces mesures peuvent être envisagées en population générale, par exemple à travers la modulation de la TVA selon les caractéristiques nutritionnelles des produits. De telles subventions apporteront une certaine compensation au niveau du budget alimentaire et pourraient également renforcer les changements dans les consommations alimentaires.

Enfin, il faut garder à l'esprit que la littérature scientifique montre deux niveaux possibles d'impact. Il apparaît que même si elles visent, d'abord, à agir directement sur les comportements des consommateurs, les politiques de taxation impactent aussi les comportements des entreprises, qu'ils soient relatifs aux prix ou à la qualité nutritionnelle des produits mis sur le marché. D'autre part, comme toutes les mesures d'une politique de santé publique, leur efficacité réelle doit être pensée dans un contexte intégré avec les autres mesures proposées (synergie, complémentarité et cohérence) (Brownell & Frieden, 2009)

4.4. Actions

Nous proposons la mise en place d'un système de taxation proportionnelle pour les aliments dont la qualité nutritionnelle est la moins favorable couplée à une réduction de la TVA pour ceux dont la qualité nutritionnelle est la plus favorable

4.4.1. Le système de calcul de la taxe et de la réduction de la TVA en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments

La taxe sera calculée en fonction du score nutritionnel tel qu'utilisé pour le système d'information nutritionnelle (mesure n°2) et la régulation de la publicité (mesure n°3), mais utilisée de façon continue et non pas catégorielle (comme dans le système d'information nutritionnelle). Le détail du calcul du score nutritionnel est donné page 41. La taxe sera affectée aux aliments ayant un score nutritionnel supérieur à un certain seuil qui devra être fixé par une commission ad hoc (HCSP/ANSES/CNA). Au-dessus de ce seuil, la taxe sera continue de façon non linéaire mais exponentielle : elle sera donc particulièrement élevée pour les aliments dont le score est le plus élevé (dont la composition nutritionnelle est la plus défavorable).

Les aliments dont la qualité nutritionnelle est la plus favorable (score nutritionnel en dessous d'un seuil qui sera fixé par une commission ad hoc), non seulement ne seront pas taxés mais bénéficieront d'une TVA «super-réduite » de 2,1 % permettant une meilleure accessibilité économique aux populations les plus défavorisées.

La taxe sera appliquée sur les volumes, selon le même modèle que la taxe soda actuellement en cours en France.

Seront exemptés de la taxe (comme pour le système d'information nutritionnelle), les aliments produits par les traiteurs et les artisans (définitions à préciser).

4.4.2. La modulation de la taxe : une incitation pour les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle et environnementale des aliments qu'ils produisent

La taxe est d'autant plus élevée que l'aliment a un profil nutritionnel défavorable. Mais le calcul de la taxe, à partir du score nutritionnel continu et exponentiel, permet de répercuter toute amélioration nutritionnelle, même faible et limitée à un élément négatif,

par une réduction significative et d'autant plus ample que l'aliment à un score initial négatif élevé (compte tenu de la fonction exponentielle utilisée pour calculer la taxe).

Une décote de la taxe est envisageable en fonction d'un indicateur environnemental intégrant diverses données dans le domaine de la durabilité (contaminants, Indicateurs de l'Analyse en Cycle de Vie, Impact sur les milieux naturels : écosystèmes et biodiversité). Le pourcentage de décote et les critères à prendre en compte dans l'indicateur de durabilité permettant la décote devront être fixés par un Comité ad hoc.

Proposition 3

Mettre en place un ensemble de mesures spécifiques

Ces mesures spécifiques sont complémentaires aux mesures structurelles proposées et aux actions en cours dans le cadre du PNNS3. Elles visent particulièrement à impacter l'état nutritionnel et de l'état de santé des populations fragiles (enfants, populations défavorisées) et contribuent à lutter contre les inégalités sociales de santé.

Mesure n°5

Offrir à tous (et notamment aux populations défavorisées) les conditions favorables pour pratiquer une activité physique et sportive

5.1. Objectif

Offrir à tous (et notamment aux populations défavorisées) les conditions favorables pour pratiquer une activité physique et sportive.

5.2. Principe

A côté des actions de communication faisant la promotion de l'activité physique, il est indispensable d'agir sur l'offre pour favoriser le passage à la pratique, ce qui passe par des actions sur l'environnement physique et social et sur l'accessibilité aux équipements et moyens de pratiquer une activité physique et sportive.

Il s'agit ici de réduire les inégalités sociales de pratique par une ouverture à tous les publics et de favoriser la pratique familiale.

Un certain nombre de recommandations répondant à l'objectif d'une meilleure prise en compte de la santé au travers de l'activité physique doivent s'appuyer sur une législation sur l'aménagement du territoire, l'urbanisme, la mobilité et le développement durable. Elles sont pour l'essentiel de la compétence de l'Etat et s'adressent donc aux ministères en charge de ces domaines. Les recommandations s'appuient sur deux types d'instruments : les lois et règlements relatifs à l'aménagement du territoire d'une part, la réglementation des mécanismes économiques d'autre part.

5.3. Contexte général et bases scientifiques justifiant la mesure

Améliorer l'accessibilité (spatiale, financière) à des équipements sportifs et récréatifs et à des espaces verts (équipés d'infrastructures adaptées) est un des éléments pour favoriser la pratique régulière d'activité physique durant les loisirs dès le plus jeune âge. Chez les jeunes, il semble, en effet, bien établi que la disponibilité des infrastructures de loisirs et des espaces verts soit positivement associée à un mode de vie actif (*Gordon-Larsen et al., 2006, Santos et al., 2009*), spécialement chez les adolescentes (*Boone-Heinonen et al., 2010*). Chez les adultes, bien que les relations entre disponibilité/accessibilité des

équipements et pratiques d'activité physique soient moins nettes, ces relations seraient cependant plus importantes pour les populations qui résident dans des quartiers défavorisés ou qui ont de faibles revenus. Ainsi des études suggèrent que les résidents des quartiers défavorisés déclarent une activité physique plus importante lorsque la densité d'équipements (notamment salle de gym et espace vert) augmente.

D'autre part, favoriser la pratique d'activité physique au travers de la marche et du vélo lors des déplacements (mobilités/transports actifs) est considéré par tous les comités d'experts comme un des éléments majeurs pour permettre d'améliorer le niveau d'activité physique générale au sein de la population.

Les nombreux travaux et documents réalisés ces dernières années par le Certu (Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques), l'IAU (Institut d'aménagement et d'urbanisme), l'Ifsttar (Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux), le réseau Ville-Santé de l'OMS et les récents rapports sur l'usage du vélo en France (*Héran, 2012, Praznoczy, 2012*) font des recommandations sur les aménagements urbains qui favorisent les mobilités actives, sur les synergies à mettre en place et sur le rôle des collectivités locales comme le moteur de la mise en œuvre des actions santé/aménagement. Les éléments qui sont mis en évidence par ces nombreux rapports et travaux transparaissent dans les documents d'urbanisme qui existent déjà en France : plan local d'urbanisme, plan de déplacement urbain, plan « piéton ». Il s'agit de renforcer la sécurité (partage de la voirie, éclairage public, zone de rencontre,...), la présence d'équipements et de services de proximité, la présence d'axes et de liaisons piétons/cyclables, la présence de réseaux verts (espaces et voies), d'améliorer la signalétique urbaine et de privilégier la multi-modalité.

De nombreux travaux de recherche montrent aussi que, chez les adultes, la densité de l'offre de transport en commun et l'accessibilité à des équipements et à des services de proximité sont les éléments pour lesquels les associations positives avec la marche et le vélo sont les plus systématiques (*Durand et al., 2011, Rissel et al., 2012*). L'expertise collective l'INSERM sur les ISS (*INSERM, 2013*) rappelle que pour être efficace la dimension de la santé doit être incluse en amont des projets d'urbanisme et d'aménagement des territoires. Par exemple, la ville de Strasbourg, pionnière dans le domaine, a intégré la santé dans son plan de déplacement urbain (PDU) décliné, entre autre, par la mise en œuvre d'un « Plan Piéton » structurant voirie et urbanisme. Avec 40% des déplacements effectués à pied, la Ville de Strasbourg est aujourd'hui la première ville (hors Paris) en termes de pratique de la marche.

Les arguments issus des différents types de travaux disponibles soutiennent la mise en œuvre de projets « transports actifs et santé » associant l'ensemble des acteurs de la ville pour aménager les espaces urbains et évaluer l'impact de ces aménagements sur la santé des habitants.

5.4. Actions

Certaines des propositions sont issues de celles proposées par le Rapport Toussaint (2008).

- **favoriser par des dispositifs financiers l'accessibilité à la pratique d'activité physique dans la vie quotidienne et à l'activité sportive encadrée**
 - Développer des dispositifs d'aides financières à la pratique sportive des enfants et des adolescents de familles défavorisées à l'aide de tickets sport (financés par le produit de la taxe nutritionnelle) permettant la prise en charge des inscriptions à des clubs sportifs (voir mesure n°9).
 - Permettre une déduction fiscale nationale, du coût de la licence, pour les populations défavorisées.
 - Favoriser la dimension familiale de la pratique en incitant les associations et clubs à la prendre en compte pour leurs tarifs d'inscription et en créant une licence familiale.
 - Faire prendre en charge tout ou partie de l'abonnement vélo dans les villes, de plus en plus nombreuses, où ce type de transport est implanté (Vélib, Vélov, Vélodi, Bicloo et autres Cyclocités).
 - Proposer une défiscalisation à hauteur de 200 euros par an, pour favoriser les déplacements professionnels à vélo des personnes qui résident dans un rayon de 10km environ de leur lieu de travail.
 - Mettre en place des mécanismes de financement favorables aux déplacements de courtes distances. Un financement spécifique du département ou de la région peut être dédié pour contribuer à l'implantation d'une action d'intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité (ICAPS), soutenue par le guide de l'INPES.
 - Rendre accessibles les équipements sportifs de quartiers hors temps scolaire encadrés par du personnel formé (contrats emplois-jeunes, service civique)

- **actions sur l'environnement, promotion des transports actifs**
 - Développer une offre adaptée aux transports actifs : pistes cyclables et parc à vélo sécurisés (rues, domicile, travail), trottoirs adaptés, bancs, réseaux denses de zones piétonnes, partage de la voirie (piéton/vélo), normes de stationnement avec des exigences concernant le parage des vélos (nombre de places abritées et sécurisées par logement, par surface de vente, par employé, etc). La réalisation d'abris à vélos doit être introduite pour les nouveaux bâtiments de logements, pour les équipements publics, les surfaces commerciales, les entreprises, etc.
 - Intégrer dans les critères de subventionnement d'ouvrages et d'équipements la prise en compte des effets du projet sur les transports actifs.
 - Conditionner l'obtention des permis de construire des bâtiments publics à la mise en place et à l'accessibilité des escaliers (qui soient décorés et plaisants à utiliser),

des abris à vélos ainsi qu'au « prolongement d'extérieur » favorisant les activités physiques de proximité.

- Introduire l'obligation d'un volet « transports actifs » dans les documents de planification urbaine et dans le cahier des charges des commandes publiques (projets d'urbanisation, révision de PLU, aménagements routiers, espaces publics, etc.) qui relèvent des compétences des collectivités territoriales avec des objectifs chiffrés (plan piéton/plan vélo).
- Modifier les normes de construction et de réfection des routes pour que les mobilités douces soient systématiquement prises en compte.
- Communiquer et animer des actions (parcours sécurisés pour la marche et le vélo, parcours verts) combinées à une signalétique de jalonnements piétons (temps de parcours à pieds) pour permettre la réappropriation de la marche et du vélo comme élément de plaisir, récréatif par le public.
- Mettre en œuvre des plans de mobilité scolaire : accessibilité sécurisée à l'école pour les piétons, exemple des « Pédibus », « Car à pattes » ou autre « Car à cycles » (= bus pédestres et bus cyclistes).
- Introduire l'obligation, pour toute implantation d'entreprise de plus de 20 employés, d'établir un « plan de mobilité d'entreprise » comprenant un volet «vélo».

Mesure n°6

Améliorer l'accessibilité à l'eau

6.1. Objectif de la mesure

Favoriser l'accessibilité à l'eau pour tous, notamment pour les enfants (et en général pour les jeunes).

6.2. Justification de la mesure

La promotion de la consommation de l'eau comme seule boisson indispensable chez l'enfant et chez l'adulte passe par un accès facilité à une offre d'eau gratuite, saine, de bonne qualité, plaisante à boire et disponible en tout lieu. Elle doit également permettre d'offrir une alternative sur tous les lieux où sont promues des offres de boissons sucrées (*CDC, 2010, CDC, 2012, Institute of Medicine, 2007a, National Association of Local Boards of Health, 2010*). Différents travaux ont mis en évidence que favoriser la consommation d'eau comme boisson de base s'accompagne d'un moindre risque de prise de poids chez les enfants, les adolescents et les adultes (*Daniels & Popkin, 2010, Dennis et al., 2010, Stookey et al., 2007, Stookey et al., 2008*). Substituer les boissons sucrées par l'eau est associé avec une diminution des apports caloriques chez les enfants et les adolescents (*Wang et al., 2009*), et installer des fontaines d'eau dans les lieux publics et autres sites augmente la consommation d'eau et réduit le risque de surpoids et d'obésité (*Muckelbauer et al., 2009*).

Une étude d'intervention réalisée en Nouvelle-Zélande a retrouvé que les enfants ayant accès à des fontaines d'eau fraîche à l'école, consommaient moins de sodas et de jus de fruits que les enfants du groupe témoins (*Taylor et al., 2008*). Cependant, les différences étaient principalement liées à la consommation accrue de boissons sucrées dans le groupe témoin.

6.3. Actions

- a) Mettre en place dans tous les lieux publics accueillant du public (notamment les enfants et les adolescents) des fontaines d'eau réfrigérée offrant une eau saine, de bonne qualité gustative, facilement accessible et gratuite.
- b) Tout distributeur automatique offrant à la vente des produits alimentaires (notamment des boissons sucrées ou au goût sucré) doit être couplé à une fontaine d'eau réfrigérée attenante intégrée dans le distributeur ou à proximité (installation et maintenance à la charge de la société gérant les distributeurs automatiques).

Mesure n°7

Améliorer l'offre alimentaire dans les distributeurs automatiques de produits alimentaires

7.1. Objectif et justifications de la mesure

En cohérence avec les mesures structurelles visant à favoriser une accessibilité (économique mais aussi physique) à des aliments de bonne qualité nutritionnelle et pour limiter la « pression » incitant à la consommation d'aliments de forte densité énergétique, nous proposons de rendre obligatoire la présence au sein des distributeurs automatique payants, d'un minimum d'aliments dont le score nutritionnel est considéré comme favorable afin de permettre le choix des consommateurs qui le souhaitent vers des aliments mieux équilibrés sur le plan nutritionnel.

7.2. Action

Outre la fontaine d'eau réfrigérée qui devra être lui être couplée, le distributeur automatique payant devra obligatoirement contenir au moins 30 % de son offre de boissons et 30 % de son offre d'aliments solides appartenant à la gamme des produits alimentaires de bonne qualité nutritionnelle porteurs du logo Vert (A) ou Jaune (B) (fruits, légumes, yaourts... pour les produits solides ; eau en bouteille, boissons non caloriques... pour les boissons).

Mesure n°8

Réglementer la teneur en sel et en fibres du pain et des produits de panification

8.1. Objectif de la mesure

Diminuer les apports de sel et augmenter les apports de fibres apportés par les pains et produits de panification artisanaux et industriels

8.2. Principe de la mesure

Le pain étant le principal contributeur des apports de sel et une source de fibres, il s'agit d'améliorer la qualité nutritionnelle du pain (artisanal et industriel), notamment du pain courant, en réduisant sa teneur en sel et en augmentant sa teneur en fibres par voie réglementaire.

Il s'agit, entre autre, d'offrir à la population qui, pour des raisons économiques, n'a pas accès aux pains spéciaux actuellement mis sur le marché, plus riches en fibres (et souvent plus pauvres en sel), mais plus chers, la possibilité d'avoir accès à des pains de base améliorés en terme de qualité nutritionnelle (sur le plan du sel et des fibres).

Le principe de la réglementation facilite la mise en œuvre de la mesure au niveau des artisans qui constituent une profession atomisée (plus de 30 000 boulangers) en fixant des règles identiques pour tous dans un cadre clair et dont la faisabilité est démontrée (et par une mesure générale « obligatoire » répondre aux craintes de concurrence entre les lieux de vente).

La mesure doit être étendue à tous les produits de panification (notamment biscottes, pâtes à pizza...).

8.3. Contexte général et bases scientifiques justifiant la mesure:

- **Problématique du sel**

En 2003, l'Organisation Mondiale de la Santé (l'OMS) et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) ont publié un rapport conjoint demandant que des mesures soient prises pour limiter l'apport en sel de la population à 5 g ou moins par jour (< 2 000 mg de sodium) (*World Health Organization, 2003*). Divers pays ont fixé à 6 g par jour leurs recommandations nationales (Royaume-Uni, Finlande, Etats-Unis...). En France, pour tendre vers ces recommandations (repris dans la Loi de Santé Publique de 2004), le PNNS a proposé, dans une approche pragmatique, de réduire entre 2001 et 2008, de 20 % la consommation moyenne de sel de la population française en passant de 10 g/j à 8 g/j. Les résultats de l'étude nationale Nutrition-Santé (ENNS) ont retrouvé en 2006-2007 une consommation moyenne de 8,5 g/j (9,9 g/j chez les hommes et 7,0 g/j chez les femmes) (*Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007*). Les apports observés dans l'ENNS sont cohérents avec ceux observés dans l'étude INCA2 (ANSES) : ces derniers étaient un peu plus faibles (8,7 g/j chez les hommes et 6,7 g/j chez

les femmes) mais ces estimations ne prenaient pas en compte le sel ajouté à domicile (AFSSA, 2009a). Les nouveaux objectifs proposés par le Haut Conseil en Santé Publique (HCSP) en octobre 2010 font la distinction entre les sexes et fixent une diminution de la consommation de sel dans la population pour atteindre en 5 ans (2015) 8 g/j pour les hommes et 6,5 g/j pour les femmes (*Haut Conseil de la Santé Publique, 2009*).

De nombreuses estimations scientifiques (utilisant des modèles théoriques) suggèrent un bénéfice potentiel important de la réduction de la teneur en sel sur le plan de la morbidité cardiovasculaire, et ce, même avec une réduction faible de la consommation moyenne de sel dans la population. Les effets projetés d'une réduction de la consommation de sodium à l'échelle des Etats-Unis ont suggéré qu'une simple réduction de l'apport moyen en sel de 1 g/j (400 mg de sodium) dans la population américaine, permettrait une diminution annuelle de 20 000 à 40 000 cas de coronaropathie, de 11 000 à 23 000 cas d'accident vasculaire cérébral, de 18 000 à 35 000 cas d'infarctus du myocarde, de 15 000 à 32 000 décès de toutes causes (*Bibbins-Domingo et al., 2010*).

En France (*Etude Nutrinet-Santé, 2010*), seuls 1 % des hommes et 5 % des femmes ont un apport en sel inférieur ou égal à 5 g/j correspondant aux recommandations de l'OMS ; 5 % des hommes et 18 % des femmes ont un apport en sel total inférieur ou égal à 6 g/j (recommandation dans de nombreux pays européens) ; 36 % des femmes et 67 % des hommes ont des apports en sel supérieur à 8 g/j (seuil maximal que la France s'était fixé d'atteindre en 2008 dans la Loi de Santé Publique de 2004). Dans l'étude ENNS (*Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007*), 33,5 % des hommes et 73,6 % des femmes ont des apports inférieurs à 8 g par jour.

Les différentes études faites en France (NutriNet-Santé, Suvimax, Inca2) mettent en évidence que le pain représente le principal contributeur de l'apport total de sel dans la population (apportant 24 à 30 % des apports quotidiens en sel).

La contribution du pain dans l'apport total de sel des français avait déjà été identifiée par le Groupe de Travail qui en 2002 a défini les recommandations françaises pour limiter les apports de sel dans la population française. Une réduction progressive de la teneur en sel de tous les pains, « artisanaux » ou « industriels » (et des autres produits de boulangerie, biscottes, viennoiseries...) d'environ 5 % par an avait été proposée pour atteindre à l'échéance de 5 ans, 18 g de sel ajouté par kg de farine. Il était clairement indiqué qu'« avant d'imposer éventuellement une quantité réglementaire, il conviendrait de prévoir une période transitoire incitative ». La réduction de la teneur sodée des produits de boulangerie était considérée comme acceptable par les professionnels de la boulangerie, tant sur le plan technologique que gustatif.

Malgré les efforts notoires du secteur de la boulangerie, en termes d'actions pédagogiques et d'information auprès des boulangers ainsi qu'à destination des centres de formation d'apprentis, et les actions menées auprès des fournisseurs pour faire baisser la teneur en sel des produits élaborés, l'impact des recommandations n'a pas permis d'atteindre les objectifs fixés. Les analyses de la teneur en sel du pain par l'INC et l'ANSES (2012) ont permis de montrer qu'une diminution des teneurs en sel ont été

amorçées récemment depuis 2008 (1,71 vs 1,51 g/100 g entre 2008 et 2011) pour les pains et produits de panification mais bien en deçà des objectifs qui étaient fixés. L'Anses constate que les démarches volontaires se révèlent à elles seules insuffisantes pour atteindre les objectifs de santé publique fixés.

- **Problématique des fibres**

De nombreux travaux scientifiques ont mis en évidence les effets protecteurs des fibres sur la santé, en termes 1) de maladies cardiovasculaires : une augmentation de 10 g/j de l'apport en fibres était associée à une réduction de 17 à 35 % de la mortalité cardiovasculaire (*Pereira et al., 2004, Streppel et al., 2008*) 2) de diabète de type II : réduction de risque de diabète de type II de 22 % chez des femmes consommant en moyenne 26 g/j de fibres, comparé à celles qui n'en consommaient que 13 g/j en moyenne (*Meyer et al., 2000*), 3) de surpoids et obésité : les femmes fortes consommatrices de fibres (5ème quintile) avaient près de 50 % moins de risque de prendre du poids sur les 12 ans que durait l'étude, comparé aux femmes faibles consommatrices de fibres (1er quintile) (*Liu et al., 2003*), 4) de cancer colorectal : méta-analyse : chaque augmentation de 10 g/j de fibres, le risque de cancer colorectal était diminué de 10 % (*Aune et al., 2011*).

En France, l'ANSES recommande de consommer 25 g/j de fibres, et si possible 30 g/j. Au niveau Européen, l'European Food Safety Agency (*EFSA, 2010*) a fixé à 25 g/j la consommation optimale de fibres chez l'adulte pour maintenir un fonctionnement intestinal normal. Toutefois, l'Agence reconnaît qu'un apport en fibres supérieur serait bénéfique pour la santé, améliorant le contrôle du poids et diminuant le risque de maladies cardio-vasculaires et de diabète. Aux Etats-Unis, l'Institute of Medicine (IOM) a établi en 2005 un niveau d'apport recommandé pour les fibres pour les adultes : 38 g/j pour les hommes et 25 g/j pour les femmes (*Institute of Medicine, 2002*).

Les apports en fibres dans la population française (*Etude Nutrinet-Santé, 2012*) sont de 20 g/j chez les hommes et 18 g/j chez les femmes. Seuls 22 % des hommes et 12 % des femmes atteignent le seuil de 25 g/j (minimum recommandé) et seuls 10 % des hommes et 4% des femmes atteignent le seuil de 30 g/j (seuil optimal recommandé). Des chiffres de même nature ont été décrits dans les études ENNS et INCA2 : respectivement 17,6 et 19,2 g/j chez les hommes et 14,7 et 16,0 g/j chez les femmes (*Usen, 2007 (Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007), ANSES 2007 (AFSSA, 2009a, AFSSA, 2009b)*)

Les groupes d'aliments qui contribuent le plus à l'apport en fibres dans l'alimentation des Français sont les légumes, les fruits et le pain et les biscottes. Les légumes secs et les aliments complets tels que le riz complet ou les pâtes complètes, bien que riches en fibres et ayant une bonne qualité nutritionnelle, sont encore trop peu consommés par les français.

Le pain courant est déjà « source de » fibres, mais la farine raffinée utilisée traditionnellement dans la fabrication du pain courant (farine type 55 ou même 65), le

plus économique, amène à produire un pain dont la teneur en fibres est peu élevée. Il existe certes une offre de pains « riches en » fibres mais il s'agit d'un marché de niche avec des produits dont le prix est beaucoup plus élevé. Plusieurs travaux dans le cadre du projet PluRiFib ont permis de montrer qu'il est possible d'améliorer la teneur en fibres du pain du pain courant dans des limites ne nuisant pas à son acceptabilité par les consommateurs (études faites sur les enfants et adolescents en milieu scolaire et chez les adultes en restauration d'entreprise) (INBP, 2011).

8.4. Actions

Réglementer la composition de la farine de base qui devra contenir pour toute utilisation dans le pain et les produits de panification :

1. pour la teneur en sel :

- à échéance d'un an, moins de 18 g de sel/kg de farine.
Prenant en considération l'augmentation qualitative et quantitative des protéines et donc l'augmentation de l'hydratation des farines a augmentée, on peut se fixer les bases suivantes pour 100 kg de farine : 1,8 kg de sel, 2 kg de levure, 65 litres d'eau, soit un total de 168,8 kg de pâte, soit 1,06 % de sel dans la pâte, ce qui donne environ 14,93 g de sel par kg de pain frais.
- à échéance de 3 ans, moins de 16 g de sel/kg de farine.

Dans une logique de baisse de la quantité de sel pour tous les pains, la future réglementation devra prendre en compte aussi les autres ingrédients que la farine. Si l'on considère les pains hydratés à 70 % ou les pains enrichis en graines, il faudra tenir compte de la masse supplémentaire (graines et/ou eau) apportée pour une même quantité de farine et adapter le calcul du sel.

Il sera nécessaire de prévoir de rares exceptions, pour la teneur en sel, lorsque la recette spécifique régionale exige des conditions particulières, comme le bretzel traditionnel (sur lesquels sont rajoutés des grains de sel).

2. pour la teneur en fibres :

- à échéance d'un an : utilisation de farine au moins type 75 ,
- à échéance de 3 ans : utilisation de farine au moins type 80.

Les modifications de composition en sel et fibres ne doivent s'accompagner d'aucune augmentation de prix des pains courants.

Mesure n°9

Distribution de coupons « fruits et légumes » et « coupons sport » aux populations défavorisées

9.1. Objectif de la mesure

Améliorer les apports en fruits et légumes et l'accessibilité aux activités physique et sportives des populations fortement défavorisées par des incitations financières.

9.2. Principe

Fournir un support financier sous forme de coupons échangeables contre des aliments de bonne qualité nutritionnelle peut permettre d'améliorer les apports nutritionnels des populations défavorisées et contribuer à réduire les inégalités sociales dans le domaine de la nutrition. De la même façon, rendre possible par des coupons sport l'inscription des enfants aux clubs sportifs peut lever des freins économiques et faciliter la pratique d'une activité physique utile à la santé.

Ces coupons devront se présenter sous une forme évitant tout risque de stigmatisation des bénéficiaires (coupons type tickets restaurant ou coupons universels).

9.3. Contexte justifiant la mesure

De nombreux travaux dans le monde ont montré, dans les populations précaires un écart important entre les consommations de certains groupes alimentaires et les recommandations nutritionnelles, écart bien plus important que ce qui est observé en population générale. Ceci est particulièrement net pour les fruits et légumes. En France, par exemple, les études ABENA 1 et 2 réalisées à 5 années de différence sur des bénéficiaires de l'aide alimentaire montrent une légère amélioration du nombre de sujets consommant au moins 5 fruits et légumes par jour. Mais ils ne sont seulement que 6,5 % à atteindre la recommandation en 2011-2012 (contre 1,8 % en 2004-2005) alors qu'ils sont 43 % en population générale à l'atteindre (ENNS 2006-2007) (*Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007*).

Compte-tenu des facteurs limitant multiples et complexes qui ont été suggérés pour expliquer pourquoi les populations précaires sont particulièrement susceptibles d'avoir des consommations alimentaires défavorables, de nombreux Comités d'experts (Eatwell 2012 (*Eatwell Project, 2012*), Gill et al (*Gill et al., 2010*), USDA, 2009 (*USDA, 2009*)) recommandent de mettre en place des programmes d'aide sociale visant à augmenter via des systèmes de distribution mensuelle de coupons ou des subventions, les apports en aliments de bonne qualité nutritionnelle pour les familles défavorisées.

Ces comités s'appuient en partie sur le fait qu'il existe déjà, dans divers pays des programmes d'assistance permettant de financer partiellement, par le biais de coupons mensuels, une partie des achats alimentaires de ménages défavorisés. D'une façon

générale, les bilans de ces programmes sont positifs en ce sens qu'ils permettent de réduire de façon significative les situations d'insécurité alimentaire, en particulier parmi les enfants pauvres (*INSERM, 2013*). Par contre, l'impact des programmes d'assistance au travers de coupons « généraux » sur la qualité nutritionnelle de l'alimentation des populations défavorisées, est beaucoup plus controversé. Une des explications plausibles est le fait que ces coupons d'aide générale ne sont pas ou que partiellement orientés vers des aliments et parfois servent à l'achat d'aliments dont la composition nutritionnelle n'est pas favorable. Ceci a conduit un certain nombre de Comités d'Experts à proposer une restriction des coupons à des achats de produits favorables à la santé. De telles mesures existent au sein de plusieurs programmes d'aide publique et visent en particulier les femmes pauvres avec de jeunes enfants (*INSERM, 2013*).

Aux USA, le Special Supplementary Nutrition Program for Women, Infants and Children » (WIC) a été lancé en 1972 avec l'objectif de favoriser la consommation d'aliments permettant de lutter contre les déficiences nutritionnelles les plus fréquemment observées chez les femmes enceintes, les femmes en post-partum et les jeunes enfants de moins de 5 ans défavorisés.

Toujours aux USA, le Food Stamp Program, actuellement appelé Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), a été initialement mis en place pour faire consommer le surplus des fermes américaines tout en se voulant une stratégie d'amélioration de la santé des familles pauvres dont les moyens économiques ne permettent pas d'avoir accès à une alimentation favorable à la santé. En fait le programme met peu de restriction sur les groupes alimentaires, mais les coupons sont dédiés aux achats d'aliments.

Au Royaume-Uni, le « Welfare Food Scheme program », rebaptisé « Healthy Start » en 2006, vise à améliorer les comportements alimentaires de femmes enceintes, de jeunes mères, et de leurs enfants de moins de 4 ans, appartenant à des milieux défavorisés. Les familles concernées reçoivent des coupons gratuits qui peuvent être échangés contre du lait frais, des fruits et légumes frais ou surgelés ou des laits infantiles et sont éligibles pour des suppléments vitaminiques. Un programme du même type existe en Pologne depuis 2005 pour les populations les plus défavorisées.

L'évaluation de ces actions met en évidence un accroissement de la consommation de fruits et légumes pouvant atteindre 1 à 2 portions par jour. Les bénéficiaires qui recevaient 10 US \$ par semaine, sous forme de coupons ont augmenté leur consommation de fruits et légumes par rapport à un groupe témoin et l'effet a perduré 6 mois après l'intervention (*Herman et al., 2008*).

Selon l'USDA (2009), le programme WIC note un accroissement de 10 à 20 % de la consommation de nutriments importants pour les femmes enceintes et les enfants (apport de fer, vitamines C, B1, B6 sans augmenter les apports caloriques, en graisses ou en cholestérol). Ces changements de comportements alimentaires ont aussi des effets sur le plan de la santé avec une amélioration de la croissance des nourrissons et jeunes

enfants à risque, un accroissement significatif, bien que modeste, du poids moyen des bébés à la naissance et une réduction de la mortalité foetale.

Par contre, les analyses de l'impact du programme d'assistance alimentaire SNAP qui est non ciblé sur des aliments de bonne qualité nutritionnelle, sont plus controversées. Un travail suggère chez les bénéficiaires une augmentation de la prévalence de l'obésité (Zagorsky & Smith, 2009), mais les autres études ne retrouvent pas cet effet négatif et au contraire, la littérature scientifique suggère globalement que les coupons contribuent dans les populations défavorisées qui les reçoivent à augmenter les apports en fruits et légumes (Brambila-Macias et al., 2011)

Des études comparatives testant comment les coupons sont utilisés par les familles par rapport au don d'une somme d'argent équivalente montrent que les coupons permettent d'augmenter les apports en différents nutriments 2 à 10 fois plus que ne le fait l'argent donné en liquide (Barrett, 2002).

L'USDA (USDA, 2009) conclut que les résultats des études conduites par la FNS et d'autres entités non-gouvernementales prouvent que le WIC est l'un des programmes d'intervention nutritionnelle les plus réussis et de meilleur coût-efficacité de la nation. Selon (Abrams, 1993), le WIC est particulièrement rentable, chaque dollar dépensé dans WIC permettant de réduire les dépenses de Medicaid de 2,89\$ par nourrisson pour leur première année, et 3,5\$ entre la naissance et leurs 18 ans.

En France, un essai d'intervention randomisé, au sein d'une population précaire de Seine-Saint-Denis, a évalué l'impact de chèques destinés à l'achat de fruits et légumes frais sur la consommation alimentaire et l'état nutritionnel. Dans cette population 28 % des participants étaient des très faibles consommateurs de fruits et légumes (moins d'une fois par jour). L'intervention par distribution de chèques fruits et légumes (10 euros/mois pour une personne seule, 40 euros/ mois pour une famille) a montré, après trois mois d'intervention, que les chèques permettaient une augmentation de la consommation de fruits et légumes de 0,74 portion/jour ainsi qu'une réduction de la proportion de faibles consommateurs (moins de une portion/jour) qui passe de 21,9 à 5,5 % de l'échantillon (Bihan et al., 2010, Bihan et al., 2012).

Une revue récente de la littérature concernant les évaluations des programmes SNAP et WIC met en évidence clairement que ces programmes d'aides sociales sont efficaces pour réduire l'insécurité alimentaire des populations défavorisées (Tripp et al., 2012). En utilisant les données scannées dans les supermarchés, et en ajustant sur les facteurs socio-économiques, les chercheurs ont montré que les foyers SNAP dépensaient une plus faible partie de leur budget en fruits et légumes et produits laitiers, et une plus grande partie de leur budget en desserts, sucrerie et produits de snacking, comparés aux bénéficiaires du WIC. Lenz et Barrett (Lenz & Barrett, 2013) ont passé en revue l'ensemble des évaluations effectuées sur les programmes SNAP et WIC et ont montré des effets positifs du programme WIC sur le poids de naissance, la croissance de l'enfant et le statut nutritionnel. Une partie du bénéfice de ces mesures pourrait être liée à la combinaison de l'aide alimentaire avec un monitoring de la croissance de l'enfant et des

consultations médicales (*Lentz & Barrett, 2013*). Meyerhoefer et Yang (*Meyerhoefer & Yang, 2011*) ont rapporté que les bénéficiaires du programme SNAP dépensent plus d'argent en alimentation que les non-bénéficiaires avec des revenus post-transfert équivalents.

En Australie, le programme Fighting Disease with Fruit a testé l'impact de subventions pour les fruits et légumes permettant aux familles aborigènes défavorisées qui dépensent 5 US \$ de fruits et légumes, d'en recevoir pour l'équivalent de 40 US \$ (*Jones & Smith, 2007*). Le programme comprenait également la distribution de fruits et légumes quotidiennement à l'école et s'est accompagné d'une amélioration du statut en vitamine C chez les enfants présentant des déficiences (*Jones & Smith, 2007*).

Au total, il ressort clairement des données des études expérimentales et des expériences grandeur nature que la distribution mensuelle de coupons alimentaire exclusifs, notamment dédiés aux aliments de bonne qualité nutritionnelle, constituent un moyen efficace pour améliorer les apports et le statut nutritionnel des populations défavorisées.

9.4. Actions :

Instaurer pour les personnes particulièrement défavorisées sur le plan économique (par exemple, les familles-mono parentales allocataires des minimas sociaux avec des enfants de moins de 5 ans), la distribution de coupons exclusifs (et non échangeables) de fruits et légumes (qui pourraient être de l'ordre de 2 coupons de 5 € par mois, soit 10 € par personne et 40 € pour une famille de 4 personnes) permettant l'achat de tout type de fruits et légumes bruts dans les lieux de vente.

Pour les étudiants en situation précaire (définition à prévoir), fourniture de coupons exclusifs (et non échangeables) de fruits et légumes correspondant à 10 euros par mois, délivrés par le CROUS et permettant d'acheter tout type de fruits et légumes bruts dans les lieux de vente.

Distribution pour les familles défavorisées (allocataires des minimas sociaux avec des enfants de 6 à 17 ans), de tickets « sport » d'une valeur de 50 euros par an et par enfant exclusivement utilisables pour couvrir les droits d'inscription des enfants dans des clubs sportifs.

Les coupons fruits et légumes et les tickets sport pourraient être financés par les fonds collectés dans le cadre de la taxe nutritionnelle.

Mesure n°10

Implantation de marchés et de jardins communautaires dans les zones défavorisées

10.1. Objectif de la mesure

Améliorer l'accessibilité économique et physique à des aliments diversifiés et notamment de bonne qualité nutritionnelle (notamment de fruits et légumes) par l'implantation de marchés de proximité et de lieux de vente engagés dans une démarche d'offre alimentaire favorable et le développement de jardins communautaires dans les zones défavorisées.

10.2. Contexte général et bases scientifiques justifiant la mesure

L'accessibilité à une offre alimentaire de bonne qualité nutritionnelle (et une offre environnementale favorisant l'activité physique) est considérée par tous les comités d'experts en nutrition comme des éléments majeurs pour améliorer la situation nutritionnelle des populations.

Plusieurs études ont évalué diverses stratégies pour améliorer cette accessibilité. La plupart des travaux disponibles ont été réalisés aux USA et au Royaume-Uni et visent à améliorer l'accessibilité à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle par l'installation de supérettes dans des zones défavorisées mal desservies avec l'objectif de faciliter l'accès aux fruits et légumes et aux aliments complets ou réduire l'accès aux produits alimentaires de forte densité énergétique dans les établissements de restauration rapide et des restaurants.

Des études réalisées aux USA ont mis en évidence dans des zones métropolitaines que le risque d'obésité était augmenté et la probabilité de manger au moins 5 fruits et légumes par jour était diminué à mesure que la distance aux supermarchés augmentait. Cette relation n'était pas retrouvée dans des zones non-urbaines (*Michimi & Wimberly, 2010*).

Un travail récent passant en revue les études mesurant, aux USA, l'impact nutritionnel des marchés fermiers a montré que leur présence favorisait la consommation de fruits et légumes (*McCormack et al., 2010*). Cependant, les études incluses dans la revue ont évalué l'impact des marchés sur la consommation de fruits et légumes de participants impliqués dans des programmes avec incitations financières.

Certaines interventions ciblées vers les quartiers défavorisés ont visé à modifier l'environnement : en modifiant l'offre alimentaire par l'introduction de marchés (*McCormack et al., 2010*) ou de supermarchés (*Cummins et al., 2005*). Toutefois ces études ne permettent pas d'aboutir à des résultats concluants, l'évaluation s'étant faite sans groupe témoin ou portant sur un nombre de personnes trop restreint.

Le développement de jardins communautaires semble également avoir le potentiel d'augmenter la consommation de fruits et légumes (*Alaimo et al., 2008*) et peut

augmenter l'intérêt des jeunes à goûter des fruits et des légumes (*Robinson-O'Brien et al., 2009*).

En France, seule une étude (*Casey et al., 2012*) s'est intéressée aux relations entre l'environnement alimentaire au sens géographique et les comportements alimentaires. Dans ce travail, aucune association n'a été documentée après ajustement au niveau individuel entre l'accessibilité spatiale aux boulangeries, aux magasins d'approvisionnement alimentaire et aux restaurants fast-foods et la consommation de fruits et légumes, la consommation de frites et de chips, le fait de grignoter en regardant la télévision et l'utilisation de sodas plutôt que d'eau comme boisson la plus fréquente (*INSERM, 2013*).

10.3. Actions

- Favoriser l'implantation de marchés dans des zones défavorisées par une politique d'exonération des droits payés par les vendeurs de produits alimentaires pour les emplacements et en apportant une aide matérielle pour faciliter leur installation (prime ou fourniture de l'équipement)... Les marchés devront nécessairement comprendre au moins un emplacement fruits et légumes. Les communes pourront choisir de soutenir les circuits courts. Les lieux d'implantation seront discutés par les communes avec les habitants et les emplois créés pourront s'inscrire dans les politiques d'aide au retour à l'emploi.
- Favoriser, par des soutiens fiscaux (subventions, déductions fiscales, réduction des charges...), l'implantation dans les zones urbaines sensibles de chaînes de supermarchés de proximité s'engageant au travers de la signature de chartes (type chartes d'engagement de progrès nutritionnel) à fournir un pourcentage (à définir) de leur offre alimentaire favorable sur le plan nutritionnel ainsi qu'une politique de placement des aliments en linéaire et en tête de gondole favorisant la promotion des aliments de bonne qualité nutritionnelle (et à un coût raisonnable).
- Favoriser l'implantation de jardins communautaires au niveau des communes par la mise à disposition de terrains communaux à des associations d'aide aux personnes en difficultés pour développer des jardins communautaires dédiés à la culture des fruits et légumes sous réserve que l'entretien soit assuré par les bénéficiaires.

Mesure n°11

Interdire les promotions au volume pour des aliments et boissons dont la qualité nutritionnelle est considérée comme défavorable à la santé

11.1. Objectifs

Eviter la promotion des aliments dont la qualité nutritionnelle n'est pas favorable au travers d'une attractivité économique.

11.2. Actions

Interdire pour tous les aliments dont le score nutritionnel amène à une interdiction pour la publicité télévisuelle (mesure n°3) toute forme de promotion au volume : service à volonté pour le prix d'achat d'une boisson sucrée (free refill), deux items pour le prix d'un, 20 % de plus pour le même prix... Ces promotions seront permises pour tous les autres produits alimentaires autorisés à la publicité.

Ce cadre s'appliquera aux « Happy Hours pour les boissons alcoolisées » qui seront interdites avec la possibilité de les remplacer, sur le même principe par la promotion des aliments et boissons considérés comme ayant une qualité nutritionnelle favorable à la santé (produits autorisés à la publicité).

Mesure n°12

Dans le cadre de la réforme des rythmes scolaires, utiliser le temps périscolaire pour faire faire de l'activité physique, promouvoir l'éveil au goût et éduquer à la lecture du système d'information nutritionnelle (échelle de qualité nutritionnelle du PNNS)

- Consacrer 50 % des ateliers en temps périscolaire à des activités physiques ludiques diverses dans des cours de récréation ou des lieux adaptés et aménagés, avec du personnel formé : ateliers de sports (tous types), de danse, de jeux (ballon prisonnier...).
- Consacrer 15 à 30 % des ateliers en temps périscolaire à des activités dans le champ alimentaire : éveil au goût, écoute des sensations, éducation alimentaire, connaissance du système d'information nutritionnelle.

Mesure n°13

Promouvoir la diversité de l'image du corps (interdiction des retouches de photo dans les magazines et journaux et de faire défiler des mannequins avec IMC < 19) et donner un cadre juridique de protection des personnes obèses (pénalisation de la discrimination)

13.1. Objectifs de la mesure

Contribuer par des mesures réglementaires au débat sociétal pour réduire la pression sociale d'un idéal minceur inaccessible pour de nombreux individus (notamment les adolescentes). Favoriser la représentation dans les médias (notamment destinés aux public jeune) et dans le monde de la mode d'une représentation de l'image du corps plus en phase avec la réalité au niveau de la population notamment des jeunes.

Les actions symboliques proposées sont à rapprocher de la mesure d'interdiction de la publicité faisant la promotion des régimes.

13.2. Actions

- Promouvoir la variabilité des images corporelles dans les photographies de mode et la publicité avec une interdiction des retouches de photos dans les magazines et journaux (notamment destinés à la jeunesse).
- Améliorer le critère de diversité d'image corporelle dans les défilés de mannequins avec l'interdiction de faire défiler des mannequins dont l'Index de Masse Corporelle (IMC) < 19.
- Lutter contre les discriminations des sujets obèses au travers d'un cadre juridique assurant la pénalisation de toute forme de stigmatisation et garantissant la protection des personnes obèses (en terme matériel et professionnel et du traitement dans les médias de l'image des personnes obèses).

Mesure n°14

Campagnes de communication gratuites pour l'INPES sur les chaînes de TV publiques et privées

14.1. Objectif de la mesure

Faire connaître par l'ensemble de la population, notamment les populations défavorisées et les enfants, le système d'information nutritionnelle (échelle de qualité nutritionnelle) au travers de larges campagnes télévisuelle ludiques et pédagogiques répétées dans les 12 mois suivant la mise en place du système

14.2. Action

Exonérer l'INPES du prix d'achat d'espace pour développer 3 campagnes de communication sur le système d'information nutritionnelle (échelle de qualité nutritionnelle) dans l'année de sa mise en place sur les chaînes publiques de télévision publiques et privées, à des tranches horaires de grande écoute.

Mesure n°15

Fournir les moyens aux structures concernées de mettre en place l'évaluation des mesures mises en place et l'atteinte des objectifs du PNNS

15.1. Objectif

Evaluer les mesures mises en place et l'atteinte des objectifs du PNNS. Ainsi il sera possible en fonction des résultats des évaluations de prolonger, faire évoluer, recadrer, voire d'arrêter si besoin une mesure...

15.2. Actions

- Mettre en place les indicateurs pertinents permettant de suivre l'impact des mesures mises en place : indicateurs de processus, efficacité, coût, atteinte des populations cibles, effets inattendus... Ces indicateurs seront définis par un comité de spécialistes.
- Développer des études macro et micro-économiques, des exploitations des données issues de panel de consommateurs, des mesures d'exposition (aux différentes formes de publicité et aux messages nutritionnels), et des évaluations ex-ante des mesures proposées basées sur des simulations pour orienter les politiques publiques.
- Les évaluations pourront se faire au travers d'un renforcement des moyens donné à l'OQALI, l'InVS, l'INPES et l'ANSES et aux équipes de recherche des organismes nationaux de recherche.
- Les moyens nécessaires pourraient être fournis par une partie du revenu de la Taxe nutritionnelle.

Références Bibliographiques

Abrams, B. (1993). Preventing Low-Birth-Weight - Does Wic Work - A Review of Evaluations of the Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children. *Annals of the New York Academy of Sciences* 678, 306-316.

Academy of Medical Royal Colleges (2013). Measuring up: the medical profession's prescription for the nation's obesity crisis, London: Academy of Medical Royal Colleges.

AFSSA (2009a). Etude individuelle nationale des comportements alimentaires (INCA2) 2006-2007.

AFSSA (2009b). Synthèse de l'Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 2 (INCA 2) 2006-2007, Maison-Alfort: AFSSA. Direction de l'évaluation des risques nutritionnels et sanitaires.

<http://www.anses.fr/sites/default/files/documents/PASER-Sy-INCA2.pdf>

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (2012). Messages essentiels à destination des professionnels de santé. Risques liés aux pratiques d'amaigrissement reposant sur l'usage de produits de santé :les points à discuter avec vos patients ANSM.

Alaimo, K., Packnett, E., Miles, R. A., & Kruger, D. J. (2008). Fruit and vegetable intake among urban community gardeners. *J Nutr. Educ. Behav.* 40, 94-101, doi:S1499-4046(06)00854-2 [pii];10.1016/j.jneb.2006.12.003 [doi].

Allais, O., Bertail, P., & Nichele, V. (2010). The Effects of A Fat Tax on French Households' Purchases: A Nutritional Approach. *American Journal of Agricultural Economics* 92, 228-245.

Alwan, A., Armstrong, T., Bettcher, D., Branca, F., Chisholm, D., Ezzati, M., Garfield, R., MacLean, D., Mathers, C., Mendis, S., Poznyak, V., Riley, L., Tang, K. C., & Wild, C. (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010, Geneva: World Health Organization.

AMA (2012). American Medical Association Policy Statement.

<http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/2012-06-19-ama-adopts-new-policies.page>

ANSES, Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Rapport d'expertise collective 2010,

<http://www.anses.fr/sites/default/files/documents/NUT2009sa0099Ra.pdf>

ANSM. Risques liés aux pratiques d'amaigrissement reposant sur l'usage de produits de santé : les points à discuter avec vos patients, 2012

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b9244d5dad8889b9927a32adceb0ea27.pdf

Anderson, J. V., Bybee, D. I., Brown, R. M., Mclean, D. F., Garcia, E. M., Breer, M. L., & Schillo, B. A. (2001). 5 A Day fruit and vegetable intervention improves consumption in a low income population. *Journal of the American Dietetic Association* 101, 195-202.

Andreyeva, T., Chaloupka, F. J., & Brownell, K. D. (2011). Estimating the potential of taxes on sugar-sweetened beverages to reduce consumption and generate revenue. *Preventive Medicine* 52, 413-416.

Arambepola, C., Scarborough, P., & Rayner, M. (2008). Validating a nutrient profile model. *Public Health Nutrition* 11, 371-378.

Aune, D., Chan, D. S., Lau, R., Vieira, R., Greenwood, D. C., Kampman, E., & Norat, T. (2011). Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMJ* 343, d6617.

Barrett, C. B. (2002). *Handbook of agricultural economics, Volume 2*, edited by B. Gardner & G. Rausser, pp. 2103-2190. Elsevier Science.

Berardi, N., Sevestre, P., Tepaut, M., & Vigneron, A. (2012). The impact of a 'soda tax' on price. Evidence from French micro-data. Document de travail n°415 Banque de France Eurosystem. Direction générale des études et des relations internationales.

Bibbins-Domingo, K., Chertow, G. M., Coxson, P. G., Moran, A., Lightwood, J. M., Pletcher, M. J., & Goldman, L. (2010). Projected Effect of Dietary Salt Reductions on Future Cardiovascular Disease. *New England Journal of Medicine* 362, 590-599.

Bihan, H., Castetbon, K., Mejean, C., Peneau, S., Pelabon, L., Jellouli, F., Le Clesiau, H., & Hercberg, S. (2010). Sociodemographic Factors and Attitudes toward Food Affordability and Health Are Associated with Fruit and Vegetable Consumption in a Low-income French Population. *Journal of Nutrition* 140, 823-830.

Bihan, H., Mejean, C., Castetbon, K., Faure, H., Ducros, V., Sedeaud, A., Galan, P., Le, C. H., Peneau, S., & Hercberg, S. (2012). Impact of fruit and vegetable vouchers and dietary advice on fruit and vegetable intake in a low-income population. *Eur. J Clin. Nutr.* 66, 369-375, doi:ejcn2011173 [pii];10.1038/ejcn.2011.173 [doi].

Blakely, T., Mhurchu, C. N., Jiang, Y. N., Matoe, L., Funaki-Tahifote, M., Eyles, H. C., Foster, R. H., McKenzie, S., & Rodgers, A. (2011). Do effects of price discounts and nutrition education on food purchases vary by ethnicity, income and education? Results from a randomised, controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health* 65, 902-908.

Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., Feigl, A. B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A. Z., & Weinstein, C. (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases, Geneva: World Economic Forum.

Boizot-Szantai, C. & Etile, F. (2011). Taxer les boissons sucrées pour lutter contre l'obésité ? Le point de vue de l'économie. *Obésité* 6, 218-225.

Bolton, R. N. (1983). *Current Issues and Research in Advertising*, edited by J. H. Leigh & C. R. Martin Jr, Washington, D.C.: Office of Child Development (DHEW).

Bonnet, C. & Réquillart, V. (2013). Tax incidence with strategic firms in the soft drink market. *Journal of Public Economics* 106, 77-88.

Boone-Heinonen, J., Casanova, K., Richardson, A. S., & Gordon-Larsen, P. (2010). Where can they play? Outdoor spaces and physical activity among adolescents in US urbanized areas. *Preventive Medicine* 51, 295-298.

Brambila-Macias, J., Shankar, B., Capacci, S., Mazzocchi, M., Perez-Cueto, F. J. A., Verbeke, W., & Trail, W. B. (2011). Policy interventions to promote healthy eating: A review of what works, what does not, and what is promising. *Food and Nutrition Bulletin* 32, 365-375.

Briggs, A. D., Mytton, O. T., Madden, D., Shea, O., Rayner, M., & Scarborough, P. (2013). The potential impact on obesity of a 10% tax on sugar-sweetened beverages in Ireland, an effect assessment modelling study. *BMC Public Health* 13, 860, doi:1471-2458-13-860 [pii];10.1186/1471-2458-13-860 [doi].

Brownell, K. D. & Frieden, T. R. (2009). Ounces of Prevention - The Public Policy Case for Taxes on Sugared Beverages. *New England Journal of Medicine* 360, 1805-1808.

Burr, M. L., Trembeth, J., Jones, K. B., Geen, J., Lynch, L. A., & Roberts, Z. E. S. (2007). The effects of dietary advice and vouchers on the intake of fruit and fruit juice by pregnant women in a deprived area: a controlled trial. *Public Health Nutrition* 10, 559-565.

Cabanac, M. (1995). Palatability Vs Money - Experimental-Study of A Conflict of Motivations. *Appetite* 25, 43-49.

Cairns, G., Angus, K., & Hastings, G. (2009). The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence to December 2008. Prepared for the World Health Organization, Geneva: World Health Organization.

Campos, S., Doxey, J., & Hammond, D. (2011). Nutrition labels on pre-packaged foods: a systematic review. *Public Health Nutrition* 14, 1496-1506.

Caraher, M. & Cowburn, G. (2005). Taxing food: implications for public health nutrition. *Public Health Nutrition* 8, 1242-1249.

Casey, R., Chaix, B., Weber, C., Schweitzer, B., Charreire, H., Salze, P., Badariotti, D., Banos, A., Oppert, J. M., & Simon, C. (2012). Spatial accessibility to physical activity facilities and to food outlets and overweight in French youth. *International Journal of Obesity* 36, 914-919.

Castetbon, K., Lafay, L., Volatier, J. L., Delamaire, C., Chauliac, M., Ledésert, B., & Hercberg, S. (2011). Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) : bilan des études et résultats observés. *Cahiers de Diététique et de Nutrition* 46, 11-25.

Castetbon, K., Vernay, M., Malon, A., Salanave, B., Deschamps, V., Roudier, C., Oleko, A., Szego, E., & Hercberg, S. (2009). Dietary intake, physical activity and nutritional status in adults: the French nutrition and health survey (ENNS, 2006-2007). *British Journal of Nutrition* 102, 733-743.

CDC, 2009 . Recommended Community Strategies and Measurements to Prevent Obesity in the United States. Morbidity and Mortality Weekly Report.

CDC (2010). The CDC guide to strategies for reducing consumption of sugar-sweetened beverages California Department of Public Health.

CDC (2011a). Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase Physical Activity in the Community, Atlanta: Department of Health and Human Services.

CDC (2011b). Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase the Consumption of Fruits and Vegetables, Atlanta: Department of Health and Human Services.

CDC (2012). Health and Sustainability Guidelines for Federal Concessions and Vending Operations, Atlanta: Department of Health and Human Services.

Chevreur, K., Durand-Zaleski, I., Gouepo, A., Fery-Lemonnier, E., Hommel, M., & Woimant, F. (2013). Cost of stroke in France. *European Journal of Neurology* 20, 1094-1100.

Chou, S. Y., Rashad, I., & Grossman, M. (2008). Fast-Food Restaurant Advertising on Television and Its Influence on Childhood Obesity. *Journal of Law & Economics* 51, 599-618.

Chouinard, H. H., Davis, D. D., Lafrance, J. T., & Pletcher, M. J. (2007). The effect of a fat tax on dairy products Forum for Health Economics and Policy.

CLCV (2006). Etude relative aux besoins en matière d'étiquetage nutritionnel dans le cadre de la politique nutritionnelle. Convention CLCV/DGAL A 05/08 Consommation Logement et Cadre de Vie.

Cowburn, G. & Stockley, L. (2005). Consumer understanding and use of nutrition labelling: a systematic review. *Public Health Nutrition* 8, 21-28.

Cummins, S., Petticrew, M., Higgins, C., Findlay, A., & Sparks, L. (2005). Large scale food retailing as an intervention for diet and health: quasi-experimental evaluation of a natural experiment. *J Epidemiol. Community Health* 59, 1035-1040, doi:59/12/1035 [pii];10.1136/jech.2004.029843 [doi].

Daniels, M. C. & Popkin, B. M. (2010). Impact of water intake on energy intake and weight status: a systematic review. *Nutrition Reviews* 68, 505-521.

Darmon, N. (2009). We eat food, we need nutrients. Comment on 'The good, the bad, and the ultra-processed' by Carlos Monteiro. *Public Health Nutrition* 12, 1967-1968.

Darmon, N., Caillavet, F., Joly, C., Maillot, M., & Drewnowski, A. (2009). Low-cost foods: how do they compare with their brand name equivalents? A French study. *Public Health Nutrition* 12, 808-815.

Darmon, N., Lacroix, A., Muller, L., & Ruffieux, B. (2011). Experimental economics shows how food price policies may improve diet while increasing socioeconomic inequalities in nutrition. *Working paper GAEL* 5.

- Dennis, E. A., Dengo, A. L., Comber, D. L., Flack, K. D., Savla, J., Davy, K. P., & Davy, B. M. (2010). Water Consumption Increases Weight Loss During a Hypocaloric Diet Intervention in Middle-aged and Older Adults. *Obesity* 18, 300-307.
- Department of Health, HM Government. (2012). Healthy Lives, Healthy People: A call to action on obesity in England
- Dhar, T. & Baylis, K. (2011). Fast-Food Consumption and the Ban on Advertising Targeting Children: The Quebec Experience. *Journal of Marketing Research* 48, 799-813.
- Dong, D. & Lin, B. H. (2009). Fruit and vegetable consumption by low-income Americans: would a price reduction make a difference?, Washington, D.C.: US Department of Agriculture, Economic Research Service.
- DREES (2011). L'état de santé de la population en France- Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011, Paris: Direction des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS) - Collection Etudes et Statistiques.
- Drewnowski, A. (2004). Obesity and the food environment - Dietary energy density and diet costs. *American Journal of Preventive Medicine* 27, 154-162.
- Drewnowski, A. & Fulgoni, V. (2008). Nutrient profiling of foods: creating a nutrient-rich food index. *Nutrition Reviews* 66, 23-39.
- Durand, C. P., Andalib, M., Dunton, G. F., Wolch, J., & Pentz, M. A. (2011). A systematic review of built environment factors related to physical activity and obesity risk: implications for smart growth urban planning. *Obesity Reviews* 12, e173-e182.
- Eatwell Project (2012). Effectiveness of Policy Interventions to Promote Healthy Eating and Recommendations for Future Action: Evidence from the EATWELL Project. Deliverable 5.1, Reading, U.K.: Eatwell Project.
- Eckel, R. H., Borra, S., Lichtenstein, A. H., & Yin-Piazza, S. Y. (2007). Understanding the complexity of trans fatty acid reduction in the American diet - American heart association trans fat conference 2006 - Report of the trans fat conference planning group. *Circulation* 115, 2231-2246.
- Effertz, T. & Wilcke, A. C. (2012). Do television food commercials target children in Germany? *Public Health Nutrition* 15, 1466-1473.
- EFSA (2010). Scientific opinion on Dietary Reference Values for carbohydrates and dietary fibers. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA), Parma, Italy: European Food Safety Authority (EFSA).
- Engelhard, C., Garson, A., & Dorn, S. (2009). Reducing Obesity: Policy Strategies from the Tobacco Wars Urban Institute.
- EPHA (2012). Food taxation in Europe: evolution of the legislation.: <http://www.eph.org/spip.php?article4814>
- Epstein, L. H., Jankowiak, N., Nederkoorn, C., Raynor, H. A., French, S. A., & Finkelstein, E. (2012). Experimental research on the relation between food price changes and food-

purchasing patterns: a targeted review. *American Journal of Clinical Nutrition* 95, 789-809.

Etile, F. (2013). *Obésité, Santé Publique et populisme alimentaire*. Rue d'Ulm Paris: Presses de l'Ecole Normale Supérieure.

Etude NutriNet-santé (2010). Résultat sur le sel. Conférence de presse. http://media.etude-nutrinet-sante.fr/download/dossier_presse_nutrinet_22_11_10.pdf

Etude NutriNet-santé, (2012). Résultats sur les apports de fibres. Conférence de presse. http://media.etude-nutrinet-sante.fr/media/resultats_nutrinet_22_11_12.pdf)

EUFIC (2006). An energy-based approach to nutrition information on food labels European Food Information Council Forum n°6.

European Food Information Council (EUFIC) (2012). EU Projet supplements 03/2012: New insights in nutrition labelling in Europe European Food Information Council (EUFIC). <http://www.eufic.org/article/en/page/FTARCHIVE/artid/New-insights-into-nutrition-labelling-in-Europe>

European Heart Network (2011). Diet, physical activity and cardiovascular disease prevention in Europe, Brussels: European Heart Network.

Eyles, H., Mhurchu, C. N., Nghiem, N., & Blakely, T. (2012). Food Pricing Strategies, Population Diets, and Non-Communicable Disease: A Systematic Review of Simulation Studies. *Plos Medicine* 9.

Fagot-Campagna, A., Romon, I., Fosse, S., & Roudier, C. (2010). Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France - synthèse épidémiologique Institut de Veille Sanitaire - Département des maladies chroniques et traumatismes.

Ferguson, N. S., Lamb, K. E., Wang, Y., Ogilvie, D., & Ellaway, A. (2013). Access to Recreational Physical Activities by Car and Bus: An Assessment of Socio-Spatial Inequalities in Mainland Scotland. *Plos One* 8.

Finkelstein, E. A., Ruhm, C. J., & Kosa, K. M. (2005). *Economic causes and consequences of obesity*. PALO ALTO: ANNUAL REVIEWS.

Finkelstein, E. A., Zhen, C., Bilger, M., Nonnemaker, J., Farooqui, A. M., & Todd, J. E. (2013). Implications of a sugar-sweetened beverage (SSB) tax when substitutions to non-beverage items are considered. *J Health Econ*. 32, 219-239, doi:S0167-6296(12)00166-X [pii];10.1016/j.jhealeco.2012.10.005 [doi].

Food Standard Agency, Welsh Government, Scottish Government, & Department of Health (2013). Front of Package Nutrition Labelling: Joint response to consultation.

French, S. A. (2003). Pricing effects on food choices. *Journal of Nutrition* 133, 841S-843S.

French, S. A., Jeffery, R. W., Story, M., Breitlow, K. K., Baxter, J. S., Hannan, P., & Snyder, M. P. (2001). Pricing and promotion effects on low-fat vending snack purchases: The CHIPS study. *American Journal of Public Health* 91, 112-117.

French, S. A., Jeffery, R. W., Story, M., Hannan, P., & Snyder, M. P. (1997). A pricing strategy to promote low-fat snack choices through vending machines. *American Journal of Public Health* 87, 849-851.

Friant-Perrot, M. & Garde, A. (2011). La publicité alimentaire et la lutte contre l'obésité infantile en droit français et en droit anglais. *Petites Affiches - La Loi - Le quotidien juridique* 199, 27-39.

Galbraith-Emami, S. & Lobstein, T. (2013). The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review. *Obes. Rev.*, doi:10.1111/obr.12060 [doi].

Gill, T., King, L., Vita, P., Caterson, I., Colagiuri, S., Colagiuri, R., Hebden, L., Boylan, S., Hector, D., Khambalia, A., Dickinson, S., & Gomez, M. (2010). A 'state of the knowledge' assessment of comprehensive interventions that address the drivers of obesity. A Rapid Assessment Prepared for the National Health and Medical Research Council (NHMRC), Sydney: The Boden Institute of Obesity, Nutrition, Exercise and Eating Disorders, University of Sydney.

Giorda, C. B., Manicardi, V., & Cabezudo, J. D. (2011). The impact of diabetes mellitus on healthcare costs in Italy. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 11, 709-719.

Glanz, K., Basil, M., Maibach, E., Goldberg, J., & Snyder, D. (1998). Why Americans eat what they do: Taste, nutrition, cost, convenience, and weight control concerns as influences on food consumption. *Journal of the American Dietetic Association* 98, 1118-1126.

Golan, E., Kuchler, F., & Krissof, B. (2007). Do food labels make a difference?...Sometimes. *Amber Waves* 5, 10-17.

Goldberg, M. E. (1990). A Quasi-Experiment Assessing the Effectiveness of Tv-Advertising Directed to Children. *Journal of Marketing Research* 27, 445-454.

Gordon-Larsen, P., Nelson, M. C., Page, P., & Popkin, B. M. (2006). Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. *Pediatrics* 117, 417-424.

Government Office for Science, F. (2007). Tackling obesities: Future choices - Project report. 2nd editon Department of Innovation Universities and Skills.

Grange, D., Castetbon, K., Guibert, G., Vernay, M., Escalon, H., Delannoy, A., Féron, V., & Vincelet, C. (2013). Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire - Etude ABENA 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005 Observatoire régional de la santé Ile de France - Institut de Veille Sanitaire - Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

Green, R., Cornelsen, L., Dangour, A. D., Turner, R., Shankar, B., Mazzocchi, M., & Smith, R. D. (2013). The effect of rising food prices on food consumption: systematic review with meta-regression. *Bmj-British Medical Journal* 346.

Griffith, R., Nesheim, L., & O'Connel, M. (2008). Empirical estimates of the impact of a fat tax, London, UK: Working paper series. Institute for Fiscal Studies.

Groupe de travail "Evaluation des risques liés à la pratique de régimes à visée amaigrissante" & Comité d'experts spécialisés "Nutrition Humaine" (2010). Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Rapport d'expertise collective, Maisons-Alfort: Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).

Grunert, K. & Wills, J. (2007). A review of European research on consumer response to nutrition information on food labels. *J Public Health* 15, 385-399.

Handsley, E., Nehmy, C. S., Mehta, K. P., & Coveney, J. D. (2007). Media, public health and law: a lawyer's primer on the food advertising debate. *Media and Arts Law Review* 12, 1-20.

HAS (2006). Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose - Note de synthèse Haute Autorité de Santé.

Hastings, G., Stead, M., McDermott, L., Forsyth, A., MacKintosh, A. M., Rayner, M., Godfrey, C., Caraher, M., & Angus, K. (2003). Review of research on the effects of food promotion to children. Final report. Prepared for the Food Standard Agency, Glasgow: Center for Social Marketing. University of Strathclyde.

Haut Conseil de la Santé Publique (2009). Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique, Paris: Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP).

Haute Autorité de Santé (2011). Surpoids et obésité : repérer plus tôt et mieux prendre en charge HAS. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1102600/surpoids-et-obesite-reperer-plus-tot-et-mieux-prendre-en-charge

Hawe, P. & Potvin, L. (2009). What Is Population Health Intervention Research? *Canadian Journal of Public Health-Revue Canadienne de Sante Publique* 100, I8-I14.

Hawley, K. L., Roberto, C. A., Bragg, M. A., Liu, P. J., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2013). The science on front-of-package food labels. *Public Health Nutrition* 16, 430-439.

Héran, F. (2012). Rapport Final pour la recherche intitulé: Vélo et politique globale de déplacements durables, Lille: Programme National de Recherche et d'Innovation dans les Transports Terrestres (PREDIT). Groupe opérationnel n°1: mobilités, territoires et développement durable.

Herberg, S. (2011). Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) : un vrai programme de santé publique. *Cahiers de Diététique et de Nutrition* 46, 5-10.

Herman, D. R., Harrison, G. G., Afifi, A. A., & Jenks, E. (2008). Effect of a targeted subsidy on intake of fruits and vegetables among low-income women in the special supplemental nutrition program for women, infants, and children. *American Journal of Public Health* 98, 98-105.

Hernandez, D. B., Bernales-Korins, M., Ang, Y. H., Kolbe, L., Ochner, C. N., & Geliebter, A. (2011). Subsidization of Fruits and Vegetables in Two Urban Supermarkets Leads to Increases in Purchasing and Intake of Fruits and Vegetables, as Well as Weight Loss. *Obesity* 19, S127.

- Holt, E. (2011). Hungary to introduce broad range of fat taxes. *Lancet* 378, 755.
- Homer, J. B. & Hirsch, G. B. (2006). System dynamics modeling for public health: Background and opportunities. *American Journal of Public Health* 96, 452-458.
- Humphreys, G. & Fiankan-Bokonga, C. (2013). Europe's visible epidemic. *Bulletin of the World Health Organization* 91, 549-550.
- INBP (2011). Les Nouvelles de la Boulangerie et de la Pâtisserie. Supplément Technique n°95, www.cannelle.com
- INCa, La situation du cancer en France en 2012., Collection état des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, décembre 2012
- INPES (2010). Réduire les inégalités sociales de santé Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.
- INSERM (2013). Inégalités sociales de santé - Expertise collective INSERM Centre d'expertise collective ITMO Santé Publique - Aviesan.
- Institute of Medicine (2002). Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids, Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Institute of Medicine (2005). *Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Institute of Medicine (2006a). *Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Institute of Medicine (2006b). *Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity?* The National Academies Press.
- Institute of Medicine (2007a). *Nutrition Standards for Foods in Schools: Leading the Way Toward Healthier Youth*, Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Institute of Medicine (2007b). *Progress in Preventing Childhood Obesity: How Do We Measure Up?* Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Institute of Medicine (2009). *Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Institute of Medicine (2010). *Strategies to Reduce Sodium Intake in the United States*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Institute of Medicine (2011). *Hunger and Obesity: Understanding a Food Insecurity Paradigm: Workshop Summary*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Institute of Medicine (2012). *Front-of-Package Nutrition Rating Systems and Symbols: Promoting Healthier Choices*, Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Institute of Medicine (2013). *Challenges and Opportunities for change in food marketing to children and youth*, Washington, D.C.: The National Academies Press.

Institute of Medicine & In (2012). *Accelerating Progress in Obesity Prevention: Solving the Weight of the Nation*, Washington, D.C.: The National Academies Press.

Jenkin, G., Wilson, N., & Hermanson, N. (2009). Identifying 'unhealthy' food advertising on television: a case study applying the UK Nutrient Profile model. *Public Health Nutrition* 12, 614-623.

Jensen, J. D., Hartmann, H., de Mul, A., Schuit, A., & Brug, J. (2011). Economic incentives and nutritional behavior of children in the school setting: A systematic review. *Nutrition Reviews* 69, 660-674.

Jensen, J. D. & Smed, S. (2013). The Danish tax on saturated fat: Short run effects on consumption, substitution patterns and consumer prices of fats. *Food Policy* 42, 18-31.

Jewell, J., Hawkes, C., & Allen, K. (2013). *Law and Obesity prevention: Addressing some key questions for the public health community* WCRF International.

Jones, R. & Smith, F. (2007). Fighting disease with fruit. *Aust. Fam. Physician* 36, 863-864.

Kantar Media (2012). Les plus de la TV. <http://fr.slideshare.net/fbrahimi/2012-13guidesnptv-18049999>

Kelly, B., Bochynska, K., Kornman, K., & Chapman, K. (2008). Internet food marketing on popular children's websites and food product websites in Australia. *Public Health Nutrition* 11, 1180-1187.

Kelly, B. & Chapman, K. (2007). Food references and marketing to children in Australian magazines: a content analysis. *Health Promotion International* 22, 284-291.

Kelly, B., Halford, J. C. G., Boyland, E. J., Chapman, K., Bautista-Castano, I., Berg, C., Caroli, M., Cook, B., Coutinho, J. G., Effertz, T., Grammatikaki, E., Keller, K., Leung, R., Manios, Y., Monteiro, R., Pedley, C., Prell, H., Raine, K., Recine, E., Serra-Majem, L., Singh, S., & Summerbell, C. (2010). Television Food Advertising to Children: A Global Perspective. *American Journal of Public Health* 100, 1730-1736.

Kelly, B., Hughes, C., Chapman, K., Louie, J. C. Y., Dixon, H., Crawford, J., King, L., Daube, M., & Slevin, T. (2009). Consumer testing of the acceptability and effectiveness of front-of-pack food labelling systems for the Australian grocery market. *Health Promotion International* 24, 120-129.

Kent, M. P., Dubois, L., & Wanless, A. (2011). Self-regulation by industry of food marketing is having little impact during children's preferred television. *International Journal of Pediatric Obesity* 6, 401-408.

Khan, L. K., Sobush, K., Keener, D., Goodman, K., Lowry, A., Kakietek, J., & Zaro, S. (2009). Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States. *MMWR Recomm. Rep.* 58, 1-26, doi:rr5807a1 [pii].

King, L., Hebden, L., Grunseit, A., Kelly, B., & Chapman, K. (2013). Building the case for independent monitoring of food advertising on Australian television. *Public Health Nutr.* 16, 2249-2254, doi:S1368980012004429 [pii];10.1017/S1368980012004429 [doi].

Kotakorpi, K., Härkänen, T., Pietinen, P., Reinivuo, H., Suoniemi, I., & Pirttila, J. (2011). The welfare effects of health-based food tax policy. CESinfo Working Paper Series n°3633.

Leicester, A. & Windmeijer, F. (2004). The 'Fat Tax': economic incentives to reduce obesity Institute for Fiscal Studies.

Lentz, E. C. & Barrett, C. B. (2013). The economics and nutritional impacts of food assistance policies and programs. *Food Policy* 42, 151-163.

Levy, D. T., Mabry, P. L., Wang, Y. C., Gortmaker, S., Huang, T. T. K., Marsh, T., Moodie, M., & Swinburn, B. (2011). Simulation models of obesity: a review of the literature and implications for research and policy. *Obesity Reviews* 12, 378-394.

Lin, B. H., Smith, T. A., Lee, J. Y., & Hall, K. D. (2011). Measuring weight outcomes for obesity intervention strategies: The case of a sugar-sweetened beverage tax. *Economics & Human Biology* 9, 329-341.

Liu, S., Willett, W. C., Manson, J. E., Hu, F. B., Rosner, B., & Colditz, G. (2003). Relation between changes in intakes of dietary fiber and grain products and changes in weight and development of obesity among middle-aged women. *Am. J Clin. Nutr.* 78, 920-927.

Livingstone, S. & Helsper, E. (2004). *Advertising HFSS foods to children: Understanding promotion in the context of children's everyday lives.* edited by OfCom.

Lo, Y. T., Chang, Y. H., Lee, M. S., & Wahlqvist, M. L. (2009). Health and nutrition economics: diet costs are associated with diet quality. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* 18, 598-604.

Lobstein, T. & Davies, S. (2009). Defining and labelling 'healthy' and 'unhealthy' food. *Public Health Nutrition* 12, 331-340.

Louie, J. C., Flood, V., Rangan, A., Hector, D. J., & Gill, T. (2008). A comparison of two nutrition signposting systems for use in Australia. *N. S. W. Public Health Bull.* 19, 121-126, doi:NB07118 [pii].

Lyons, R., Raine, K., Reading, J., & Tremblay, M. (2010). Obésité au Canada. Rapport conjoint de l'Agence de la Santé Publique du Canada et de l'Institut Canadien d'Information sur la Santé Initiative sur la santé de la population (ISPC). Agence de Santé Publique du Canada (ASPC).

Maillot, M., Darmon, N., Vieux, F., & Drewnowski, A. (2007). Low energy density and high nutritional quality are each associated with higher diet costs in French adults. *American Journal of Clinical Nutrition* 86, 690-696.

Maravic, M., Jouaneton, B., Vainchtock, A., & Tochon, V. (2012). Economic burden of osteoporosis in women: data from the 2008 French hospital database (PMSI). *Clinical and Experimental Rheumatology* 30, 222-227.

Marmot, M. (2010). Fair Society, Healthy Lives - The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010.

Marshall, T. (2000). Exploring a fiscal food policy: the case of diet and ischaemic heart disease. *British Medical Journal* 320, 301-304.

McClure, A. C., Tanski, S. E., Gilbert-Diamond, D., Adachi-Mejia, A. M., Li, Z., Li, Z., & Sargent, J. D. (2013). Receptivity to television fast-food restaurant marketing and obesity among u.s. Youth. *Am. J Prev. Med* 45, 560-568, doi:S0749-3797(13)00429-7 [pii];10.1016/j.amepre.2013.06.011 [doi].

McCormack, L. A., Laska, M. N., Larson, N. I., & Story, M. (2010). Review of the nutritional implications of farmers' markets and community gardens: a call for evaluation and research efforts. *J Am. Diet Assoc.* 110, 399-408, doi:S0002-8223(09)01957-9 [pii];10.1016/j.jada.2009.11.023 [doi].

Mejean, C., Macouillard, P., Peneau, S., Hercberg, S., & Castetbon, K. (2013). Perception of front-of-pack labels according to social characteristics, nutritional knowledge and food purchasing habits. *Public Health Nutrition* 16, 392-402.

Meyer, K. A., Kushi, L. H., Jacobs, D. R., Jr., Slavin, J., Sellers, T. A., & Folsom, A. R. (2000). Carbohydrates, dietary fiber, and incident type 2 diabetes in older women. *Am. J Clin. Nutr.* 71, 921-930.

Meyerhoefer, C. D. & Yang, M. Z. (2011). The Relationship between Food Assistance and Health: A Review of the Literature and Empirical Strategies for Identifying Program Effects. *Applied Economic Perspectives and Policy* 33, 304-344.

Miao, Z., Beghin, J. C., & Jensen, H. H. (2012). Taxing Sweets: Sweetener Input Tax Or Final Consumption Tax? *Contemporary Economic Policy* 30, 344-361.

Michimi, A. & Wimberly, M. C. (2010). Associations of supermarket accessibility with obesity and fruit and vegetable consumption in the conterminous United States. *Int. J Health Geogr.* 9, 49, doi:1476-072X-9-49 [pii];10.1186/1476-072X-9-49 [doi].

Morestin, F., Hogue, M. C., Jacques, M., & Benoit, F. (2011). Public policies on nutrition labelling: Effects and implementation issues - a knowledge synthesis, Québec: National Collaborating Center for Healthy Public Policy.

Muckelbauer, R., Libuda, L., Clausen, K., Toschke, A. M., Reinehr, T., & Kersting, M. (2009). Promotion and Provision of Drinking Water in Schools for Overweight Prevention: Randomized, Controlled Cluster Trial. *Pediatrics* 123, E661-E667.

Mwatsama, M. (2013). The International Association for the Study of Obesity (IASO), May 2013 Statement to the 66th World Health Assembly The International Association for the Study of Obesity (IASO).

Mytton, O. T., Clarke, D., & Rayner, M. (2012). Taxing unhealthy food and drinks to improve health. *British Medical Journal* 344.

National Association of Local Boards of Health (2010). Position Statement: nutrition, physical activity and obesity, Washington, D.C.: National Association of Local Boards of Health.

Nestle, M. (2012). Fighting the flab means fighting the makers of fatty foods.

New Zealand front of pack labelling advisory group (2012). Final Report to the Minister for Food Safety.

Ni Mhurchu, C., Blakely, T., Jiang, Y. N., Eyles, H. C., & Rodgers, A. (2010). Effects of price discounts and tailored nutrition education on supermarket purchases: a randomized controlled trial. *American Journal of Clinical Nutrition* 91, 736-747.

Nnoaham, K. E., Sacks, G., Rayner, M., Mytton, O., & Gray, A. (2009). Modelling income group differences in the health and economic impacts of targeted food taxes and subsidies. *International Journal of Epidemiology* 38, 1324-1333.

Nordstrom, J. & Thunstrom, L. (2009). The impact of tax reforms designed to encourage healthier grain consumption. *Journal of Health Economics* 28, 622-634.

Nordstrom, J. & Thunstrom, L. (2011). Can targeted food taxes and subsidies improve the diet? Distributional effects among income groups. *Food Policy* 36, 259-271.

Observatoire sociétal des cancers (2012). Rapport 2012 La ligue contre le cancer.

OECD (2011). Education at a glance - OECD indicators OECD Publishings.

OfCom (2004). Childhood obesity - Food advertising in context. Children's food choices, parents' understanding, and influence and the role of food promotion. Office of Communication (OfCom).

OfCom (2010). HFSS advertising restrictions. Final review Office for Communication (OfCom).

Oldridge, N. B. (2008). Economic burden of physical inactivity: healthcare costs associated with cardiovascular disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 15, 130-139.

OQALI (2013). Etude d'impact des chartes d'engagements de progrès nutritionnel sur le volume des nutriments mis sur le marché - Etude actualisée OQALI.

ouvrage collectif édité par l'Inca (2012). *La situation du cancer en France en 2012*. Boulogne-Billancourt: Institut National du Cancer.

Pereira, M. A., O'Reilly, E., Augustsson, K., Fraser, G. E., Goldbourt, U., Heitmann, B. L., Hallmans, G., Knekt, P., Liu, S., Pietinen, P., Spiegelman, D., Stevens, J., Virtamo, J., Willett, W. C., & Ascherio, A. (2004). Dietary fiber and risk of coronary heart disease: a pooled analysis of cohort studies. *Arch. Intern. Med* 164, 370-376, doi:10.1001/archinte.164.4.370 [doi];164/4/370 [pii].

Persson, M., Soroko, R., Musicus, A., & Lobstein, T. (2012). A junk-free childhood 2012. The 2012 report of the StanMark project on standards for marketing food and beverages to children in Europe IASO.

Pouchieu, C., Andreeva, V. A., Peneau, S., Kesse-Guyot, E., Lassale, C., Hercberg, S., & Touvier, M. (2013). Sociodemographic, lifestyle and dietary correlates of dietary supplement use in a large sample of French adults: results from the NutriNet-Sante

cohort study. *Br. J Nutr.* 110, 1480-1491, doi:S0007114513000615 [pii];10.1017/S0007114513000615 [doi].

Powell, L. M. & Chaloupka, F. J. (2009). Food Prices and Obesity: Evidence and Policy Implications for Taxes and Subsidies. *Milbank Quarterly* 87, 229-257.

Praznoczy, C. (2012). Les bénéfices et les risques de la pratique du vélo - Evaluation en Ile-de-France, Paris: Observatoire Régional de la Santé Ile de France.

Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium (PHEIC) (2013). Evaluation of the implementation of the Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues. Final Report PHEIC.

Rayner, M., Scarborough, P., & Lobstein, T. (2009). The UK Ofcom Nutrient Profiling Model - Defining 'healthy' and 'unhealthy' food and drinks for TV advertising to children.

Rissel, C., Curac, N., Greenaway, M., & Bauman, A. (2012). Physical Activity Associated with Public Transport Use-A Review and Modelling of Potential Benefits. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 9, 2454-2478.

Robinson-O'Brien, R., Story, M., & Heim, S. (2009). Impact of garden-based youth nutrition intervention programs: a review. *J Am. Diet Assoc.* 109, 273-280, doi:S0002-8223(08)02044-0 [pii];10.1016/j.jada.2008.10.051 [doi].

Romero-Fernandez, M. M., Royo-Bordonada, M. A., & Rodriguez-Artalejo, F. (2010). Compliance with self-regulation of television food and beverage advertising aimed at children in Spain. *Public Health Nutrition* 13, 1013-1021.

Ruffieux, B. & Muller, L. (2011). Etude sur l'influence de divers systèmes d'étiquetage nutritionnel sur la composition du panier d'achat alimentaire Association Française d'Economie Expérimentale - Research paper n°2011-01.

Sacks, G., Rayner, M., & Swinburn, B. (2009). Impact of front-of-pack 'traffic-light' nutrition labelling on consumer food purchases in the UK. *Health Promotion International* 24, 344-352.

Sallis, J. F. & Glanz, K. (2009). Physical Activity and Food Environments: Solutions to the Obesity Epidemic. *Milbank Quarterly* 87, 123-154.

Sallis, J. F., Slymen, D. J., Conway, T. L., Frank, L. D., Saelens, B. E., Cain, K., & Chapman, J. E. (2011). Income disparities in perceived neighborhood built and social environment attributes. *Health & Place* 17, 1274-1283.

Santos, M. P., Page, A. S., Cooper, A. R., Ribeiro, J. C., & Mota, J. (2009). Perceptions of the built environment in relation to physical activity in Portuguese adolescents. *Health & Place* 15, 548-552.

Scarborough, P., Bhatnagar, P., Wickramasinghe, K. K., Allender, S., Foster, C., & Rayner, M. (2011). The economic burden of ill health due to diet, physical inactivity, smoking, alcohol and obesity in the UK: an update to 2006-07 NHS costs. *Journal of Public Health* 33, 527-535.

Seymour, J. D., Yaroch, A. L., Serdula, M., Blanck, H. M., & Khan, L. K. (2004). Impact of nutrition environmental interventions on point-of-purchase behavior in adults: a review. *Preventive Medicine* 39, S108-S136.

SFSP (2010). Propositions pour le PNNS 2011-2015 des Sociétés Savantes et d'Experts en Nutrition. Rapport réalisé par la Société Française de Santé Publique Société Française de Santé Publique.

Smed, S., Jensen, J. D., & Denver, S. (2007). Socio-economic characteristics and the effect of taxation as a health policy instrument. *Food Policy* 32, 624-639.

Stookey, J. D., Constant, F., Gardner, C. D., & Popkin, B. M. (2007). Replacing sweetened caloric beverages with drinking water is associated with lower energy intake. *Obesity* 15, 3013-3022.

Stookey, J. D., Constant, F., Popkin, B. M., & Gardner, C. D. (2008). Drinking Water Is Associated With Weight Loss in Overweight Dieting Women Independent of Diet and Activity. *Obesity* 16, 2481-2488.

Story, M., Kaphingst, K. M., Robinson-O'Brien, R., & Glanz, K. (2008). *Creating healthy food and eating environments: Policy and environmental approaches*.

Streppel, M. T., Ocke, M. C., Boshuizen, H. C., Kok, F. J., & Kromhout, D. (2008). Dietary fiber intake in relation to coronary heart disease and all-cause mortality over 40 y: the Zutphen Study. *Am. J Clin. Nutr.* 88, 1119-1125, doi:88/4/1119 [pii].

Tarride, J. E., Hopkins, R. B., Leslie, W. D., Morin, S., Adachi, J. D., Papaioannou, A., Bessette, L., Brown, J. P., & Goeree, R. (2012). The burden of illness of osteoporosis in Canada. *Osteoporosis International* 23, 2591-2600.

Taylor, R. W., McAuley, K. A., Barbezat, W., Farmer, V. L., Williams, S. M., & Mann, J. I. (2008). Two-year follow-up of an obesity prevention initiative in children: the APPLE project. *American Journal of Clinical Nutrition* 88, 1371-1377.

Thow, A. M., Jan, S., Leeder, S., & Swinburn, B. (2010). The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic disease: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization* 88, 609-614.

Thow, A. M., Quested, C., Juventin, L., Kun, R., Khan, A. N., & Swinburn, B. (2011). Taxing soft drinks in the Pacific: implementation lessons for improving health. *Health Promotion International* 26, 55-64.

Tiffin, R. & Arnoult, M. (2011). The public health impacts of a fat tax. *European Journal of Clinical Nutrition* 65, 427-433.

Tripp, A. S., Henderson, K. E., & Andreyeva, T. Purchases of WIC and SNAP Recipients Quantifying the Effect of a Prescriptive Program Designed, paper presented at the joint AAEA/EAAE conference on "Food Environment: The Effects of Context on Food Choice", Boston, U.S.A., May 30-31, 2012.

UFC que choisir (2010). Marketing télévisé pour les produits alimentaires à destination des enfants: Analyse des engagements des professionnels et impact sur les comportements alimentaires.

UNESCO (2010). Decision 5.COM 6.14. Convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel - Comité intergouvernemental de sauvegarde du patrimoine culturel immatériel - 5eme session Nairobi, Kenya UNESCO.

Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen) (2007). Etude nationale nutrition sante (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers.
http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3481

United Nations (2011). Prevention and control of non-communicable diseases - Report of the Secretary General. A/66/83.

USDA (2009). How WIC helps.
<http://www.fns.usda.gov/wic/aboutwic/howwichelps.htm#diet%20outcomes>

van 't Riet, J. (2013). Sales effects of product health information at points of purchase: a systematic review. *Public Health Nutrition* 16, 418-429.

Victora, C. G., Habicht, J. P., & Bryce, J. (2004). Evidence-based public health: Moving beyond randomized trials. *American Journal of Public Health* 94, 400-405.

Vyth, E. L., Steenhuis, I. H. M., Roodenburg, A. J. C., Brug, J., & Seidell, J. C. (2010). Front-of-pack nutrition label stimulates healthier product development: a quantitative analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 7.

Wang, Y. C., Coxson, P., Shen, Y. M., Goldman, L., & Bibbins-Domingo, K. (2012). A penny-per-ounce tax on sugar-sweetened beverages would cut health and cost burdens of diabetes. *Health Aff. (Millwood)* 31, 199-207, doi:10.1197/hlthaff.2011.0410 [doi].

Wang, Y. C., Ludwig, D. S., Sonnevile, K., & Gortmaker, S. L. (2009). Impact of Change in Sweetened Caloric Beverage Consumption on Energy Intake Among Children and Adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 163, 336-343.

Warburton, D. E. R., Charlesworth, S., Ivey, A., Nettlefold, L., & Bredin, S. S. D. (2010). A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 7.

Warburton, D. E. R., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. D. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal* 174, 801-809.

Waterlander, W. E., de Haas, W. E., van Amstel, I., Schuit, A. J., Twisk, J. W. R., Visser, M., Seidell, J. C., & Steenhuis, I. H. M. (2010). Energy density, energy costs and income - how are they related? *Public Health Nutrition* 13, 1599-1608.

Waterlander, W. E., Steenhuis, I. H. M., de Boer, M. R., Schuit, A. J., & Seidell, J. C. (2012). Introducing taxes, subsidies or both: The effects of various food pricing strategies in a web-based supermarket randomized trial. *Preventive Medicine* 54, 323-330.

Watiez, M. (1995). Processus de socialisation alimentaire du jeune consommateur. *Cahiers de Diététique et de Nutrition* 30, 313-319.

WHO (2009). 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases, Geneva: World Health Organization.

WHO (2013). Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020, Vienna: WHO Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020.

WHO Europe Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.

WHO Europe (2011b). Mapping salt reduction initiatives in the WHO European region, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

WHO Europe (2013). Hungarian food tax changes consumption patterns. <http://www.euro.who.int/en/countries/hungary/sections/news/2013/05/hungarian-food-tax-changes-consumption-patterns>.

Wolff, J. L., Starfield, B., & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of Internal Medicine* 162, 2269-2276.

World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective., Washington DC: AICR.

World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research (2009). Policy and Action for Cancer Prevention. Food, Nutrition, and Physical Activity: a Global Perspective, Washington DC: AICR.

WCRF 2013. Law and obesity prevention. Addressing some key questions for the public health community, WCRF International Policy and Public Affairs, Working Paper n°1

World Health Organization (2003). Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation, Geneva: World Health Organization (WHO), WHO Technical Report Series N°916.

World Health Organization (2009). Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks.

Young, L. & Swinburn, B. (2002). Impact of the Pick the Tick food information programme on the salt content of food in New Zealand. *Health Promot. Int.* 17, 13-19.

Zagorsky, J. L. & Smith, P. K. (2009). Does the US Food Stamp Program contribute to adult weight gain? *Economics & Human Biology* 7, 246-258.

Zhen, C., Finkelstein, E. A., Nonnemaker, J. M., Karns, S. A., & Todd, J. E. (2013). Predicting the Effects of Sugar-Sweetened Beverage Taxes on Food and Beverage Demand in a Large Demand System. *American Journal of Agricultural Economics*.

Zhuo, X. H., Zhang, P., Gregg, E. W., Barker, L., Hoerger, T. J., Pearson-Clarke, T., & Albright, A. (2012). A Nationwide Community-Based Lifestyle Program Could Delay Or Prevent Type 2 Diabetes Cases And Save \$5.7 Billion In 25 Years. *Health Affairs* 31, 50-60.

RESUME DES MESURES CONCERNANT LA PREVENTION NUTRITIONNELLE

Les mesures présentées ci-dessous sous forme de résumés sont décrites en détail (objectifs, principe, bases scientifiques et détails des actions) dans le chapitre 4, page 31

Les mesures proposées se situent dans un cadre d'universalisme proportionnée. Elles sont donc à destination de la population générale (universelles) avec un ciblage proportionné qui tient compte du gradient social (avec une intensité plus grande selon le degré de désavantage). Elles visent donc particulièrement à impacter l'état nutritionnel et l'état de santé des populations fragiles et contribuent à lutter contre les inégalités sociales de santé.

A. Une mesure générale (mesure n°1) de continuité et d'amplification des actions destinées à agir sur les comportements alimentaires et l'état nutritionnel des populations défavorisées et de la jeunesse :

Mesure n°1

Pérenniser le Programme National Nutrition Santé (en intégrant le PO) en tant que programme de santé publique intégré dans la Stratégie Nationale de Santé. Amplifier ses actions visant à lutter contre les inégalités sociales de santé et ciblées vers la jeunesse et réviser sa gouvernance

Résumé (voir texte complet page 31)

- Amplifier les actions inscrites dans le PNNS3/PO dans les domaines où ses actions n'ont pas été suffisamment efficaces pour toucher les populations à risque, notamment les groupes vulnérables sur le plan socio-économique et la jeunesse, réduire les inégalités territoriales dans la prévention et la prise en charge des problèmes nutritionnels, améliorer l'offre alimentaire et d'activité physique, la formation, la surveillance et la recherche :

- *promotion des chartes d'engagement avec les collectivités territoriales (communes, départements et régions), établissements et entreprises (vis-à-vis de leurs salariés) et chartes d'engagement de progrès nutritionnel (pour les entreprises du secteur alimentaire)*
- *promotion de l'activité physique et sportive notamment des d'actions ciblées vers les enfants et les groupes à risque (populations défavorisées, personnes âgées, malades chroniques)*
- *promotion de l'allaitement maternel (notamment dans sa durée)*
- *lutte contre la dénutrition (prévention, dépistage et prise en charge), notamment pour les sujets âgés et les malades (en ville et dans les établissements de soins)*
- *lutte contre les troubles du comportement alimentaire (prévention et prise en charge)*
- *soutien à l'aide alimentaire à destination des populations précaires*
- *déclinaison outre-mer du PNNS/PO*
- *développement de la recherche*
- *renforcement de la surveillance nutritionnelle et de l'évaluation des actions*
- *formation des professionnels*
- *facilitation de la mise en œuvre d'actions de santé publique de terrain*
- Réviser la gouvernance du PNNS : Mise en place d'un Comité Stratégique du PNNS (composé

d'experts et de représentants de la société civile, s'appuyant sur les agences sanitaires et les administrations) qui émettra des avis destinés au comité interministériel de Santé Publique piloté par le Ministère de la santé (annoncé dans la Stratégie Nationale de Santé)

B. Trois mesures structurelles complémentaires (mesures n°2, 3 et 4) visant à :

- **éclairer les consommateurs (notamment les plus défavorisés) sur la qualité nutritionnelle des aliments pour les aider à arbitrer leurs choix, tout en respectant leur liberté (prévention « active »),**
- **orienter le marketing alimentaire en vue de réduire la pression incitant les consommateurs, notamment les populations plus fragiles (populations défavorisées, enfants, jeunes...) à consommer des aliments de moins bonne qualité nutritionnelle et de favoriser l'incitation vers des choix alimentaires plus favorables à la santé,**
- **favoriser l'accessibilité économique à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle, facilitant des arbitrages en faveur d'aliments dont le PNNS veut assurer la promotion à la place de ceux dont il recommande de limiter la consommation,**
- **améliorer l'offre alimentaire en termes de qualité nutritionnelle des aliments mise à la disposition de l'ensemble des consommateurs (notamment les jeunes et les populations défavorisées) afin de diminuer de façon significative, mais sans affecter le plaisir gustatif, les apports en graisses, sucres et sel (prévention « passive »).**

Mesure n°2

Mettre en place un système d'information nutritionnelle unique sur la face avant des emballages des aliments : « l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS »

Résumé (voir texte complet page 43)

Mettre en place un système d'information nutritionnelle sous forme d'un outil synthétique (« l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS ») facilitant, au moment de l'achat, l'estimation rapide par le consommateur de la qualité nutritionnelle d'un produit alimentaire. Le système se veut simple, bien visible, reconnaissable et compréhensible immédiatement par tous (notamment les populations plus défavorisées), applicables sur les emballages et documents promotionnels et publicitaires du produit pré-emballés ou pour les produits bruts sur les rayons des lieux de vente ou à l'intérieur des magasins (et sur les supports internet). Il pourra être mis en place en restauration hors domicile.

Le système reposera sur le calcul d'un score nutritionnel global (développé au Royaume-Uni par l'OFCOM) applicable à tous les aliments permettant de comparer, sur la même base et avec les

mêmes critères, la qualité nutritionnelle des aliments entre eux (du moins favorable au plus favorable nutritionnellement) avec une triple finalité pour le consommateur :

- 1) *pouvoir situer dans l'absolu la qualité nutritionnelle d'aliments appartenant à des familles différentes (par exemple les céréales petit déjeuner, les produits laitiers, les sodas, les fruits, les légumes, les viandes, les charcuteries, les légumes secs, les biscuits, les matières grasses, les plats cuisinés,...),*
- 2) *pouvoir comparer la qualité nutritionnelle relative d'aliments appartenant à la même famille (par exemple, comparer les mueslis versus les céréales chocolatées, versus les céréales chocolatées et fourrées ; comparer les biscuits secs, versus les biscuits confiturés, versus les biscuits chocolatés...),*
- 3) *pouvoir comparer la qualité nutritionnelle d'un même type d'aliment proposé par des marques différentes (par exemple, comparer les céréales chocolatées et fourrées d'une marque par rapport à son « équivalent » d'une autre marque,...).*

A titre d'exemple, l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS pourrait comprendre cinq classes de qualités nutritionnelles définies en fonction de différents seuils de score de qualité nutritionnel (seuils à définir par une commission ad hoc). Ces 5 classes pourraient être représentées sous forme d'une chaîne de 5 disques (5 « assiettes »), de couleurs différentes sur une échelle allant du vert au rouge (vert/jaune/orange/rose fuchsia/rouge), de petite taille ou de grande taille (en fonction de son score global), chaque assiette de couleur pouvant éventuellement porter une lettre correspondante de A à E (double système possible de couleurs et notes pour renforcer la lisibilité rapide du système au moment de l'acte d'achat). Pour un certain nombre de secteurs, les critères de classification seront adaptés afin de tenir compte des spécificités des produits alimentaires concernés (boissons, boissons light, huiles).

Par le fait de reposer sur 5 « classes de qualité nutritionnelle », le système devrait permettre aux industriels de pouvoir bénéficier réellement de la possibilité d'un changement de classes (couleurs/lettres), en fonction de leurs efforts d'amélioration de la qualité nutritionnelle, que ce soit dans la reformulation des produits existants et lors de la création de nouveaux produits.

L'apposition du système d'information nutritionnelle unique devra, à terme, être obligatoire sur les emballages de tous les aliments solides et boissons, bruts ou manufacturés pré-emballés et sur les rayons pour certains aliments bruts non emballés. Il sera également obligatoire sur tout affichage de plats servis dans le cadre des chaînes de restauration collective type fast-food utilisant des recettes standardisées (accompagné dans ce cadre d'une mention visible de l'apport calorique des menus, plats et boissons proposés à la vente), ainsi que sur toute publicité faisant référence à l'aliment ou au plat sur tous les supports papier (affiches, journaux, magazines...), à la télévision ou sur internet. Pour certains aliments bruts (fruits, légumes...) ou issus de la production d'artisans bien définis (par exemple le pain en boulangerie), le système d'information nutritionnelle sous une forme « générique » sera indiqué sur les rayons ou dans le magasin au travers d'une affiche rédigée en termes accessibles à tout public.

Différentes stratégies de communication de grande ampleur, d'information et de formation seront développées pour faire connaître le système auprès du public et des professions relais.

Mesure n°3

Réguler la publicité en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments

Résumé (voir texte complet page 54)

Mettre en place un système de régulation visant à améliorer les pratiques de marketing en réduisant la pression marketing qui incite la population, notamment les sujets les plus fragiles (enfants, adolescents, populations défavorisées...) à consommer les aliments de moindre qualité nutritionnelle (gras, sucrés, salés) tout en favorisant la promotion d'aliments de meilleure qualité nutritionnelle. Le système mis en place permettra également d'agir au niveau des industriels pour les inciter à améliorer de façon significative la qualité nutritionnelle des produits alimentaires qu'ils fabriquent pour bénéficier du cadre des autorisations de publicité pour les produits ayant une qualité nutritionnelle acceptable.

La caractérisation de la qualité nutritionnelle des aliments servant à cette régulation sera basée sur l'établissement du score nutritionnel global (selon la méthode développée au Royaume-Uni par l'OFCOM) qui est utilisé pour définir le système d'information nutritionnel (mesure n°2) et pour calculer la taxe/subvention (mesure n°4). Le calcul du score de qualité nutritionnelle est le même pour tous les aliments, et le seuil pour autoriser ou non à la publicité un aliment donné sera fixé par un comité ad hoc.

- *Régulation de la publicité télévisuelle pour les aliments*

Entre 7h et 22h, la publicité télévisuelle sera autorisée exclusivement pour les aliments ayant un score nutritionnel considéré comme suffisamment favorable (score nutritionnel en dessous d'un seuil fixé par une commission ad hoc). Entre 22h et 7h du matin, la publicité pour un aliment donné devra obligatoirement indiquer de façon claire et visible sa place sur l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS (couleur et lettre).

- *Régulation de la publicité à la radio pour les aliments*

Un court message audio, à la fin du spot publicitaire, indiquera clairement la situation de l'aliment (ou du plat) en regard de l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS).

- *Régulation de la publicité pour les aliments sur des supports papiers (affiches, journaux)*

L'apposition visible de l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS correspondant à l'aliment faisant l'objet de la publicité sera obligatoire sur tous les supports papier (affiches, journaux, magazines,...).

- *Régulation de la publicité pour les aliments sur Internet*

Seules seront autorisées les publicités, bannières et autres formes de promotion pour les aliments autorisés à la publicité télévisuelle (score de qualité nutritionnelle inférieur au seuil fixé par le comité ad hoc). De plus, la régulation pour les publicités alimentaires télévisuelles s'appliquera aux messages d'annonce précédant certaines vidéos sur Internet (YouTube, Dailymotion,...). Les bannières et toute autre forme de publicité sur le web faisant la promotion des aliments dont la qualité nutritionnelle ne permet pas la publicité télévisuelle entre 7 et 22h seront interdites. Seule est autorisée la publicité sur les sites professionnels des entreprises produisant les aliments (avec apposition obligatoire de l'échelle de qualité nutritionnelle du PNNS correspondant aux aliments cités).

- *Régulation de la publicité pour les compléments et suppléments nutritionnels*

La publicité pour les compléments et suppléments nutritionnels sera interdite sur tout support destiné au grand public ou aux professionnels (télévision, radio, affiches, journaux, internet).

- *Régulation de la publicité pour les produits de régime amaigrissant*

La publicité pour les produits de régime amaigrissant sur tous supports (TV, radio, presse écrite, internet,...), que ce soit pour des suppléments/compléments, dispositifs, livres, méthodes,... sera totalement interdite sur tout support destiné au grand public ou aux professionnels (TV, radio, presse écrite, affiches, internet...).

Mesure n°4

Mettre en place une taxe/subvention (réduction de la TVA) en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments

Résumé (voir texte complet page 64)

Mise en place d'un système de taxation conditionnelle et proportionnelle pour les aliments dont la qualité nutritionnelle est la moins favorable couplée à une réduction de la TVA pour ceux dont la qualité nutritionnelle est la plus favorable. Cette mesure est destinée à :

- e) faciliter l'accessibilité et inciter l'achat d'aliments de meilleure qualité nutritionnelle,
- f) limiter la consommation des aliments dont la qualité nutritionnelle est la moins favorable sur le plan nutritionnel,
- g) inciter les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments pour bénéficier d'une réduction de taxe proportionnelle à leur effort,
- h) lever des fonds permettant de financer diverses mesures de santé publique et leur évaluation.

La taxe sera calculée en fonction du score nutritionnel global des aliments (estimé selon la méthode développée au Royaume-Uni par l'OFCOM) utilisé pour le système d'information nutritionnelle (mesure n°2) et pour la régulation de la publicité (mesure n°3) mais utilisée de façon continue et non par classes (comme ceci est fait dans le système d'information nutritionnelle). La taxe sera affectée aux aliments ayant un score nutritionnel supérieur à un certain seuil qui devra être fixé par une commission ad hoc. Au-dessus de ce seuil, la taxe sera continue de façon non linéaire mais exponentielle: elle sera donc particulièrement élevée pour les aliments dont le score est le plus élevé (dont la composition nutritionnelle est la plus défavorable).

Les aliments dont la qualité nutritionnelle est la plus favorable (score nutritionnel en dessous d'un seuil qui sera fixé par une commission ad hoc), non seulement ne seront pas taxés mais bénéficieront d'une TVA «super-réduite» de 2,1 % permettant une meilleure accessibilité économique aux populations les plus défavorisées.

La taxe est d'autant plus élevée que l'aliment a un profil nutritionnel défavorable. Mais le calcul de la taxe, à partir du score nutritionnel continu et exponentiel, permet de répercuter toute amélioration nutritionnelle, même faible et limitée à un élément négatif, par une réduction significative et d'autant plus ample que l'aliment a un score initial élevé (compte tenu de la fonction exponentielle utilisée pour calculer la taxe).

Une décote de la taxe est envisageable en fonction d'un indicateur environnemental intégrant diverses données dans le domaine de la durabilité. Le pourcentage de décote et les critères à prendre en compte dans l'indicateur de durabilité permettant la décote devront être fixés par un Comité ad hoc.

Seront exemptés de la taxe (comme pour le système d'information nutritionnelle), les aliments produits par les traiteurs et les artisans (définitions à préciser).

C. Onze mesures spécifiques complémentaires (mesures n°5 à 15) visant particulièrement à impacter l'état nutritionnel et l'état de santé des populations fragiles et ainsi contribuer à lutter contre les inégalités sociales de santé.

Mesure n°5

Offrir à tous (et notamment aux populations défavorisées) les conditions favorables pour pratiquer une activité physique et sportive

Résumé (voir texte complet page 81)

- *favoriser par des dispositifs financiers l'accessibilité à la pratique d'activité physique dans la vie quotidienne et à l'activité sportive encadrée*
 - Tickets sport permettant la prise en charge des inscriptions à des clubs sportifs pour les enfants et adolescents de familles défavorisées (voir mesure n°9)
 - Déduction fiscale nationale, du coût de la licence, pour les populations défavorisées
 - Favoriser la dimension familiale de la pratique en incitant les associations et clubs à la prendre en compte pour leurs tarifs d'inscription et en créant une licence familiale
 - Prise en charge complète de l'abonnement vélo dans les villes pour les populations défavorisées (allocataires des minimas sociaux) et à hauteur de 50 % pour les étudiants de moins de 26 ans
 - Défiscalisation à hauteur de 200 euros par an, pour favoriser les déplacements professionnels à vélo des personnes qui résident dans un rayon de 10km de leur lieu de travail
 - Mécanismes de financement favorables aux déplacements de courtes distances
 - Rendre accessibles les équipements sportifs de quartiers hors temps scolaire, avec un encadrement par du personnel formé (contrats emplois-jeunes, service civique...)

- *actions sur l'environnement, promotion des transports actifs*
 - Développer une offre adaptée aux transports actifs : pistes cyclables et parcs à vélo sécurisés, trottoirs adaptés, bancs, réseaux denses de zones piétonnes, partage de la voirie, normes de stationnement avec des exigences concernant le parcage des vélos. La réalisation d'abris à vélos doit être introduite pour les nouveaux bâtiments de logements, pour les équipements publics, les surfaces commerciales, les entreprises,...
 - Intégrer dans les critères de subventionnement d'ouvrages et d'équipements la prise en compte des effets du projet sur les transports actifs
 - Conditionner l'obtention des permis de construire des bâtiments publics à la mise en place et à l'accessibilité des escaliers (décorés et plaisants), des abris à vélos ainsi qu'au « prolongement d'extérieur » favorisant les activités physiques de proximité
 - Obligation d'un volet « transports actifs » dans les documents de planification urbaine et dans le cahier des charges des commandes publiques (projets d'urbanisation, révision de PLU, aménagements routiers, espaces publics...)
 - Modification des normes de construction et de réfection des routes pour que les mobilités douces soient systématiquement prises en compte
 - Parcours sécurisés pour la marche et le vélo combinés à une signalétique de jalonnements piétons (temps de parcours à pieds)

- Mise en œuvre des plans de mobilité scolaire : accessibilité sécurisée à l'école pour les piétons (« Pédibus », « Car à pattes », « Car à cycles »)
- Obligation, pour toute implantation d'entreprise de plus de 20 employés, d'établir un « plan de mobilité d'entreprise » comprenant un volet « vélo ».

Mesure n°6

Améliorer l'accessibilité à l'eau pour tous, dans les lieux publics et en alternative de proximité près des distributeurs automatiques proposant des boissons sucrées (ou au goût sucré)

Résumé (voir texte complet page 84)

- Mettre en place dans tous les lieux publics accueillant du public (notamment les enfants et les adolescents) des fontaines d'eau réfrigérée offrant une eau saine, de bonne qualité gustative, facilement accessible et gratuite.
- Tout distributeur automatique offrant à la vente des produits alimentaires (notamment des boissons sucrées ou au goût sucré) devra être couplé à une fontaine d'eau réfrigérée attenante, intégrée dans le distributeur ou à proximité (installation et maintenance à la charge de la société gérant les distributeurs automatiques).

Mesure n°7

Améliorer l'offre alimentaire dans les distributeurs automatiques de produits alimentaires

Résumé (voir texte complet page 85)

Les distributeurs automatiques payant devront obligatoirement contenir au moins 30 % de leur offre de boissons et 30 % de leur offre d'aliments solides appartenant à la gamme des produits alimentaires de bonne qualité nutritionnelle porteurs du logo Vert (A) ou Jaune (B).

Mesure n°8

Réglementer la teneur en sel et en fibres du pain et des produits de panification

Résumé (voir texte complet page 86)

Réglementer la composition de la farine de base qui devra contenir pour toute utilisation dans le pain et les produits de panification :

- *pour la teneur en sel :*
 - à échéance d'un an, moins de 18 g de sel/kg de farine
 - à échéance de 3 ans, moins de 16 g de sel/kg de farine
- *pour la teneur en fibres :*
 - à échéance d'un an : farine au moins type 75
 - à échéance de 3 ans : farine au moins type 80

Les modifications de composition en sel et fibres ne devront s'accompagner d'aucune augmentation de prix des pains courants.

Mesure n°9

Distribuer des coupons « fruits et légumes » et « tickets sport » aux populations défavorisées

Résumé (voir texte complet page 90)

Instaurer pour les personnes particulièrement défavorisées sur le plan économique (par exemple, les familles mono-parentales allocataires des minimas sociaux avec des enfants de moins de 5 ans), la distribution de coupons exclusifs (et non échangeables) de fruits et légumes (qui pourraient être de l'ordre de 2 coupons de 5 € par mois, soit 10 € par personne et 40 € pour une famille de 4 personnes) permettant l'achat de tout type de fruits et légumes bruts dans les lieux de vente.

Pour les étudiants en situation précaire (définition à prévoir), fourniture de coupons exclusifs (et non échangeables) de fruits et légumes, correspondant à 10 euros par mois, délivrés par le CROUS, et permettant l'achat de tout type de fruits et légumes bruts dans les lieux de vente.

Distribution pour les familles défavorisées (allocataires des minimas sociaux avec des enfants de 6 à 17 ans), de tickets « sport » d'une valeur de 50 euros par an et par enfant exclusivement utilisables pour couvrir les droits d'inscription des enfants dans des clubs sportifs.

Les coupons fruits et légumes et les tickets sport pourraient être financés par les fonds collectés dans le cadre de la taxe nutritionnelle.

Mesure n°10

Planter des marchés alimentaires et des jardins communautaires dans les zones défavorisées. Favoriser par des soutiens fiscaux (subventions, déductions fiscales, réduction des charges...), l'implantation dans les zones urbaines sensibles de chaînes de supermarché s'engageant à fournir une offre favorable sur le plan nutritionnel

Résumé (voir texte complet page 94)

- Favoriser l'implantation de marchés dans des zones défavorisées par une politique d'exonération des droits payés par les vendeurs de produits alimentaires pour les emplacements et en apportant une aide matérielle pour faciliter leur installation (prime ou fourniture de l'équipement...). Les marchés devront nécessairement comprendre au moins un emplacement fruits et légumes. Les communes pourront choisir de soutenir les circuits courts. Les lieux d'implantation seront discutés par les communes avec les habitants et les emplois créés pourront s'inscrire dans les politiques d'aide au retour à l'emploi.
- Favoriser par des soutiens fiscaux (subventions, déductions fiscales, réduction des charges...), l'implantation dans les zones urbaines sensibles de chaînes de supermarchés de proximité s'engageant, au travers de la signature de chartes (type chartes d'engagement de progrès nutritionnel), à fournir un pourcentage (à définir) de leur offre alimentaire

favorable sur le plan nutritionnel ainsi qu'une politique de placement des aliments en linéaire et en tête de gondole favorisant la promotion les aliments de bonne qualité nutritionnelle (et à un coût raisonnable).

- Favoriser l'implantation de jardins communautaires au niveau des communes par la mise à disposition de terrains communaux à des associations d'aide aux personnes en difficultés pour développer des jardins communautaires dédiés à la culture des fruits et légumes sous réserve que l'entretien soit assuré par les bénéficiaires.

Mesure n°11

Interdire les promotions au volume pour des aliments et boissons dont la qualité nutritionnelle est considérée comme défavorable à la santé

Résumé (voir texte complet page 96)

Interdire pour tous les aliments dont le score nutritionnel amène à une limitation pour la publicité télévisuelle (mesure n°3) toute forme de promotion au volume : par exemple service à volonté pour le prix d'achat d'une boisson sucrée (free refill), deux items pour le prix d'un, 20 % de plus pour le même prix... Ces promotions seront permises pour tous les autres produits alimentaires autorisés à la publicité.

Ce cadre s'appliquera aux « Happy Hours pour les boissons alcoolisées » qui seront interdites avec la possibilité de les remplacer, sur le même principe par la promotion des aliments et boissons considérés comme ayant une qualité nutritionnelle favorable à la santé (produits autorisés à la publicité).

Mesure n°12

Utiliser le temps périscolaire, dans le cadre de la réforme des rythmes scolaires, pour faire de l'activité physique, promouvoir l'éveil au goût et éduquer à la lecture du système d'information nutritionnelle (échelle de qualité nutritionnelle du PNNS)

Résumé (voir texte complet page 96)

- Consacrer 50 % des ateliers en temps périscolaire à des activités physiques ludiques diverses dans des cours de récréation ou des lieux adaptés et aménagés, avec du personnel formé : ateliers de sports (tous types), de danse, de jeux (ballon prisonnier...).
- Consacrer 15 à 30 % des ateliers en temps périscolaire à des activités dans le champ alimentaire : éveil au goût, éducation alimentaire, connaissance du système d'information nutritionnelle.

Mesure n°13

Promouvoir la diversité de l'image du corps (interdiction des retouches de photo dans les magazines et journaux et de faire défiler des mannequins avec IMC < 19) et donner un cadre juridique de protection des personnes obèses (pénalisation de la discrimination)

Résumé (voir texte complet page 97)

- Promouvoir la variabilité des images corporelles dans les photographies de mode et la publicité avec une interdiction des retouches de photos dans les magazines et journaux (notamment destinés à la jeunesse).
- Améliorer le critère de diversité d'image corporelle dans les défilés de mannequins et interdire de faire défiler des mannequins dont l'Index de Masse Corporelle (IMC) < 19.
- Lutter contre les discriminations des sujets obèses au travers d'un cadre juridique assurant la pénalisation de toute forme de stigmatisation et garantissant la protection des personnes obèses (en terme matériel et professionnel et du traitement dans les médias de l'image des personnes obèses).

Mesure n°14

Permettre des campagnes de communication gratuites pour l'INPES sur les chaînes de TV publiques et privées

Résumé (voir texte complet page 97)

Exonérer l'INPES du prix d'achat d'espace sur les chaînes de télévision publiques et privées, à des tranches horaires de grande écoute, pour développer 3 campagnes de communication sur le système d'information nutritionnelle (échelle de qualité nutritionnelle) dans l'année de sa mise en place.

Mesure n° 15

Fournir les moyens aux structures concernées de mettre en place l'évaluation des mesures mises en place et l'atteinte des objectifs du PNNS

Résumé (voir texte complet page 98)

- Mettre en place les indicateurs pertinents permettant de suivre l'impact des mesures mises en place : indicateurs de processus, efficacité, coût, atteinte des populations cibles, effets collatéraux... Ces indicateurs seront définis par un comité de spécialistes.
- Développer des études macro et micro-économiques, des exploitations des données issues de panel de consommateurs, des mesures d'exposition (aux différentes formes de publicité et aux messages nutritionnels), et des évaluations ex-ante des mesures proposées basées sur des simulations pour orienter les politiques publiques.
- Les évaluations pourront se faire au travers d'un renforcement des moyens donné à l'OQALI, l'InVS, l'INPES et l'ANSES et aux équipes de recherche des organismes nationaux de recherche.
- Les moyens nécessaires pourraient être fournis par une partie du revenu de la Taxe nutritionnelle.

COMMENT FAIRE MIEUX ?


L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité

Résumé



PLATEFORME D'ÉVALUATION
EN PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ
EVALUATION PLATFORM ON
OBESITY PREVENTION

Institut national
de santé publique

Québec 



Yann Le Bodo
Chantal Blouin
Nathalie Dumas
Philippe De Wals
Johanne Laguë

Comment faire mieux?

L'Expérience québécoise
en promotion des saines habitudes de vie
et en prévention de l'obésité

RÉSUMÉ

Auteurs

Yann Le Bodo, M. Sc., Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité

Chantal Blouin, Ph. D., Institut national de santé publique du Québec

Nathalie Dumas, M. Sc., Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité

Philippe De Wals, M. D., Ph. D., Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité

Johanne Laguë, M. D., M. Sc., FRCPC, Institut national de santé publique du Québec

Collaborateurs à la réalisation du projet

François-Pierre Gauvin, Ph. D., McMaster Health Forum

Daniel Godon, Ph. D., Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité

Marianne Dubé, Technicienne de recherche, Institut national de santé publique du Québec

Maude Dionne, M. Sc., Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité

Guylaine Chabot, Ph. D., Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité

Marie-Claude Paquette, Ph. D., Institut national de santé publique du Québec

Comment faire mieux?

L'Expérience québécoise
en promotion des saines habitudes de vie
et en prévention de l'obésité

RÉSUMÉ

YANN LE BODO

CHANTAL BLOUIN

NATHALIE DUMAS

PHILIPPE DE WALS

JOHANNE LAGUÈ



Presses de
l'Université Laval



PLATEFORME D'ÉVALUATION
EN PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ
EVALUATION PLATFORM ON
OBESITY PREVENTION

*Institut national
de santé publique*
Québec



CENTRE DE RECHERCHE
INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



UNIVERSITÉ
LAVAL

Mise en pages : Diane Trottier

Maquette de couverture : Laurie Patry

ISBN 978-2-923250-46-5

PDF 9782923250472

© Yann Le Bodo, Nathalie Dumas, Philippe De Wals
et l'Institut national de santé publique du Québec.
Tous droits réservés.

Dépôt légal 4^e trimestre 2015
www.pulaval.com

Toute reproduction ou diffusion en tout ou en partie de ce livre par quelque moyen que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite des titulaires des droits.

Table des matières

Remerciements	VII
Introduction	1
Comment «mieux promouvoir» une saine alimentation?	5
Incontournable n° 1.....	6
Incontournable n° 2.....	8
Incontournable n° 3.....	10
Comment «mieux promouvoir» l'activité physique?	13
Incontournable n° 4.....	14
Incontournable n° 5.....	15
Incontournable n° 6.....	17
Incontournable n° 7.....	19
Comment «mieux déployer» l'Expérience québécoise?	23
Incontournable n° 8.....	23
Incontournable n° 9.....	25
Incontournable n° 10.....	27
Incontournable n° 11.....	29
Incontournable n° 12.....	31
Méthodologie du projet «Comment faire mieux?» (CFM)	33
Objectif 1: Synthèse de connaissances	35
Objectif 2: Processus délibératif.....	40
Synthèse: 50 pistes pour «faire mieux» dont 12 incontournables	42

Conclusion	45
50 pistes à privilégier pour «faire mieux» en promotion d'une saine alimentation, de l'activité physique et en prévention de l'obésité au Québec	47

Remerciements

Aux membres du Comité scientifique québécois sur la prévention de l'obésité, pour leurs nombreux avis et commentaires sur la planification et la mise en œuvre du projet « *Comment faire mieux ?* » : Carole Després, Jean-Pierre Després, Jean-Claude Dufour, France Gagnon, Lise Gauvin, Martin Juneau, Guy Lacroix, Jordan Lebel, Pascale Morin, Véronique Provencher et Angelo Tremblay.

À tous les participants du forum délibératif : Natalie Alméras, Luc Berghmans, Marie-France Boudreault, Michel Chauliac, Sylvain Deschênes, Carole Després, Guy Desrosiers, André Dontigny, Monique Dubuc, Richard Flibotte, France Gagnon, Lucie Granger, Serge Herberg, Judith Lapierre, Suzanne Lemire, Évangéline Lévesque, Lyne Mongeau, Pascale Morin, Réal Morin, Jean Perrault, Véronique Provencher, Marie Rochette et Corinne Voyer.

À l'organisation *Québec en Forme*, pour les échanges et le partage d'informations utiles à l'élaboration de cet ouvrage, en particulier Marie Rochette et Rémi Coderre.

À nos collègues de la PEPO, de l'Université Laval et de l'INSPQ pour leurs conseils et contributions à la réalisation de ce projet : Frédéric Bergeron, Benoît Lalonde, Patricia Lamontagne, Judith Lapierre, Alexandre Lebel, Marc Lemire et Alain Poirier.

Aux membres du Comité scientifique des ateliers et conférences organisés par la PEPO en 2013 : Lyne Mongeau et Alain Poirier.

Au Réseau de recherche en santé cardiométabolique, santé et obésité (CMDO), pour sa contribution à l'organisation du forum délibératif des 15 et 16 décembre 2014.

Ce projet a été financé par la Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité (PEPO), avec le soutien de la Fondation Lucie et André Chagnon, l'Université Laval et le Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (CRIUCPQ).

Citation suggérée

Le Bodo, Y., C. Blouin, N. Dumas, P. De Wals et J. Laguë (2015). *L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité: COMMENT FAIRE MIEUX?* Québec, Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité (PEPO) et Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Les Presses de l'Université Laval, 2015, 64 p.

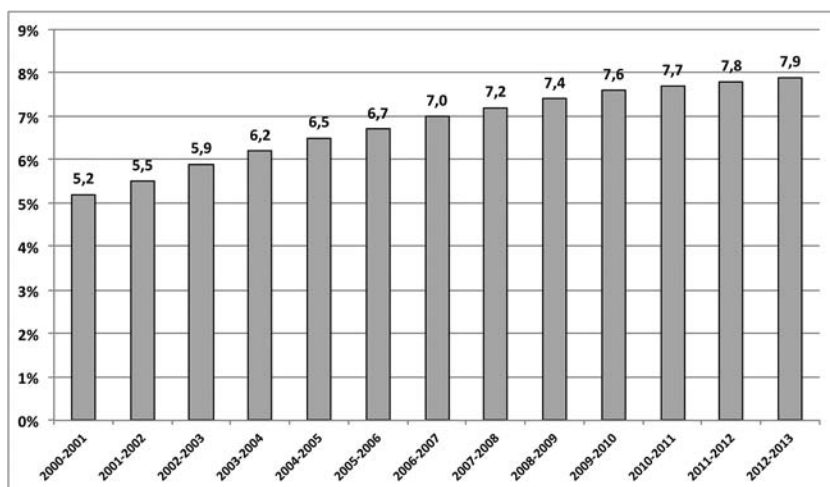
Introduction

Devant l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, de l'embonpoint¹ et de l'obésité² (voir figures 1 et 2), le Québec a déployé de nombreux efforts au cours des huit dernières années. Deux leviers de grande envergure ont notamment été activés : (1) en 2006, un Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids a été adopté ; (2) en 2007, un partenariat entre le gouvernement du Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon a été rehaussé et a conduit à l'établissement de *Québec en Forme*, organisation dotée d'un budget de 480 millions de dollars sur dix ans, avec le mandat de faire la promotion d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif auprès des jeunes de 0 à 17 ans. Par ailleurs, la promotion des saines habitudes de vie, comme mesure de prévention des maladies chroniques incluant l'obésité, représente un domaine d'intervention prioritaire dans le Programme national de santé publique (PNSP, 2003-2012, mise à jour en 2008).

1. Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 et < 30 .

2. IMC ≥ 30 .

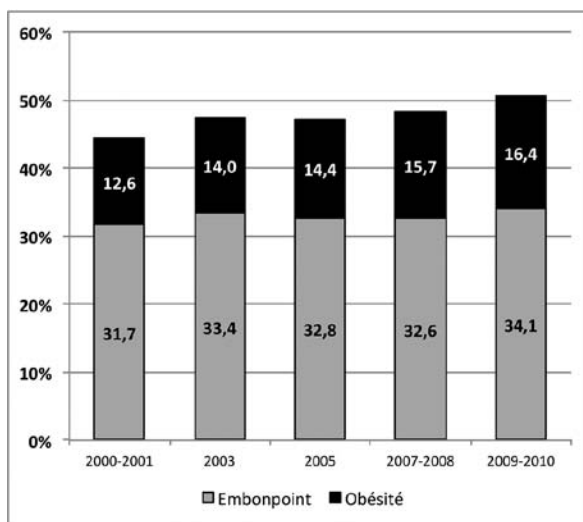
FIGURE 1 : ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DU DIABÈTE AJUSTÉE POUR L'ÂGE* CHEZ LES 20 ANS ET PLUS, ENSEMBLE DU QUÉBEC, DE 2000-2001 À 2012-2013



* Prévalence ajustée selon la structure par âge (20 à 49, 50 à 59, 60 à 69, 70 ans et plus), sexes réunis

Source : Infocentre de santé publique du Québec (2006). Rapport de l'onglet *Plan national de surveillance*, [En ligne] [<https://www.infocentre.inspq.rtsq.qc.ca/>] (Consulté le 18 septembre 2015). Données issues du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ).

FIGURE 2 : ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DE L'EMBOINPOINT ET DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES 18 ANS ET PLUS, QUÉBEC, DE 2000-2001 À 2009-2010



Source : Adapté de Lamontagne et Hamel (2013), **Données autodéclarées** issues de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*

Alors que le PAG est arrivé à son terme en 2012, que le partenariat de *Québec en Forme* arrive à échéance en 2017 et qu'un nouveau PNSP est en préparation, nous nous trouvons à un moment charnière. *Comment le Québec pourrait-il faire mieux?* est la question fondamentale que se posent actuellement de nombreux intervenants et experts.

Pour tenter d'éclairer les décideurs et les parties prenantes, une démarche d'analyse systématique et de réflexion a été proposée conjointement par la Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité (PEPO) de l'Université Laval – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Cette démarche rejoint la mission de la PEPO, visant notamment à porter un regard critique sur les initiatives québécoises dans le domaine de la prévention de l'obésité chez les jeunes, et à soutenir les prises de décisions auprès des instances gouvernementales et des acteurs concernés sur le terrain. Elle rejoint également la mission de l'INSPQ, visant notamment à proposer des stratégies ainsi que des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population.

Le projet «COMMENT FAIRE MIEUX» (CFM) visait à dresser un portrait macroscopique de l'*Expérience québécoise*³ en promotion des saines habitudes alimentaires, de l'activité physique et en prévention de l'obésité (2006-2014), et à le comparer aux recommandations issues des écrits scientifiques et des publications d'organismes de réputation internationale. Les conclusions de cette analyse, inspirée par une pratique de la santé publique fondée sur les données probantes, ont été discutées lors d'un forum délibératif

3. L'*Expérience québécoise* est ici définie comme l'ensemble des politiques, des programmes et des interventions publiques (possiblement en collaboration avec les secteurs associatifs et/ou privés) ayant notamment pour objectif la promotion de saines habitudes de vie en matière d'alimentation, d'activité physique, d'image corporelle et/ou la prévention de l'obésité

réunissant des acteurs impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'*Expérience québécoise* ainsi que des experts dans le domaine de la prévention de l'obésité et des maladies chroniques. Le contexte québécois a ainsi été placé au cœur de la réflexion. Les méthodes utilisées lors de ces différentes étapes sont résumées en page 33 de ce document.

Ces travaux ont permis de faire émerger «**50 pistes pour faire mieux**» (page 47). Dans ce résumé, nous mettons l'accent sur **12 d'entre elles** qui apparaissent, à la lumière des travaux scientifiques et des particularités propres au contexte québécois, comme **incontournables** afin d'optimiser les efforts en promotion de saines habitudes alimentaires et de l'activité physique ainsi qu'en prévention de l'obésité. Ces 12 pistes ont été fortement appuyées lors du forum délibératif. Pour chacune d'entre elles, nous évoquons quelques données faisant état du problème, les recommandations scientifiques en la matière, les interventions en cours au Québec, et les leviers possibles pour optimiser la situation.

NB : Le contenu de ce résumé se trouve intégralement dans l'ouvrage *COMMENT FAIRE MIEUX?, L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité* (chapitre 5), dans lequel les mêmes textes sont accompagnés de toutes les **références bibliographiques** utilisées.

L'ouvrage complet, le résumé et la liste des 166 interventions québécoises répertoriées sont disponibles au lien suivant : <http://iucpq.qc.ca/comment-faire-mieux>

Comment « mieux promouvoir » une saine alimentation ?



INCONTOURNABLE N° 1

Investir dans la surveillance de la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons afin de favoriser la reformulation des aliments transformés

Les données de surveillance des habitudes alimentaires des Québécois sont fragmentaires. Selon les résultats du volet nutritionnel de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC 2.2) menée en 2004, la consommation de matières grasses totales et saturées semble avoir diminué depuis 1990. Notons toutefois qu'en 2004 les apports en sodium restaient excessifs pour 87 % des Québécois et que près du quart des apports énergétiques se faisaient par l'intermédiaire d'aliments de faible valeur nutritive et de haute densité énergétique, notamment lors des collations. À cet égard, notons également que la veille de l'enquête de 2004, 49 % des adultes québécois (notamment les plus jeunes) avaient consommé des aliments préparés à l'extérieur de la maison. Chez les jeunes, l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire* (EQSJS, 2010-2011) révèle que près du tiers des élèves consomment des aliments gras, sucrés ou salés dans un restaurant ou un casse-croûte au moins trois fois au cours d'une semaine d'école.

Par conséquent, s'il est recommandé d'améliorer la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons offerts dans les différents milieux de vie, il convient également d'agir directement auprès des distributeurs et des fabricants, afin de les inciter à reformuler certains de leurs produits. Par exemple, les transformateurs agro-alimentaires sont fréquemment interpellés afin de réduire les teneurs en graisses saturées, en sucres et en sel dans leurs produits, de réduire la taille des portions, et de mettre au point des produits plus sains et nutritifs. En effet, la reformulation des aliments transformés pourrait avoir des impacts à grande échelle sur les apports

alimentaires et nutritionnels en faveur de la prévention des maladies chroniques, notamment pour les grands consommateurs de produits gras, sucrés ou salés. Les gouvernements préfèrent généralement les mesures incitatives (ex. signature de chartes d'engagements volontaires) aux mesures prescriptives (ex. lois et règlements d'application). Toutefois, des réglementations sont parfois préconisées dans les écrits scientifiques (ex. teneurs maximales en acides gras *trans*, en sel) en raison de leur ratio coût-efficacité. De telles restrictions pourraient, dans certains cas, permettre d'aller au-delà des engagements volontaires de moindre portée pris par le secteur privé, étant donné que ceux-ci ne concernent qu'un nombre limité de fabricants et n'occasionnent l'amélioration nutritionnelle que d'une proportion limitée des produits consommés.

Au Québec, deux mesures ont été mises en œuvre afin d'inciter les transformateurs à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs produits. Le programme *Mélior* est basé sur des engagements volontaires de progrès nutritionnel et le programme *DUX* récompense les entreprises qui se démarquent par leurs initiatives visant à améliorer l'alimentation des Québécois.

La surveillance nutritionnelle des aliments et des boissons commercialisés au Québec permettrait de mesurer l'impact de ces mesures, de mieux informer la population de la qualité nutritionnelle de différents produits transformés et, à l'avenir, de mieux cibler d'autres actions favorisant la reformulation nutritionnelle. Des initiatives dans ce sens sont en démarrage dans les milieux universitaires, avec le soutien des acteurs publics. Les résultats de telles évaluations devraient aussi être activement communiqués aux autorités fédérales, compte tenu de leurs mandats en matière de définition et de mise en œuvre de politiques et de normes concernant la valeur nutritive des aliments.

INCONTOURNABLE N° 2

Réaménager les infrastructures des milieux scolaires et des services de garde éducatifs à l'enfance afin d'offrir des espaces propices aux repas conviviaux

Dans un contexte de ressources limitées, les participants au forum délibératif CFM ont identifié des milieux d'intervention prioritaires. Parmi ceux-ci figure le milieu scolaire, parce qu'il permet de joindre la majorité des jeunes, et que ceux-ci doivent continuer à faire l'objet d'efforts spécifiques. L'environnement physique constitue également une composante importante de ces milieux : selon certains participants, il y a « beaucoup à faire » de ce côté, « beaucoup de choses possibles ». De plus, l'amélioration des caractéristiques de l'environnement bâti dans les écoles et autour de celles-ci permet de toucher un grand nombre d'individus à long terme.

À la croisée de ces deux orientations, le réaménagement des espaces réservés à la prise des repas en milieu scolaire et dans les milieux de garde a émergé comme une priorité lors du forum. Dans les écrits, bien que l'accent soit souvent mis sur l'importance d'une offre alimentaire de qualité dans ces milieux, il est également préconisé de soutenir financièrement et techniquement les écoles afin qu'elles soient en mesure de proposer aux élèves un temps de repas et des horaires appropriés, des locaux propres, un niveau sonore adapté, et un espace adéquat.

Cette réflexion semble particulièrement justifiée au Québec. D'une part, la majorité des élèves du primaire (70 %) et du secondaire (76 %) mangent à l'école le midi. D'autre part, tandis que certains pays tels que la Finlande et la France ont mis en place une offre de repas scolaires subventionnés, au Québec, la situation est

différente. Bien que les proportions d'élèves consommant un repas offert par l'établissement ou apporté depuis la maison demeurent inconnues à l'échelle de la province, une enquête menée en 2008 dans la région de Sherbrooke auprès de 8 612 parents d'élèves du primaire et de 5 250 élèves du secondaire indique que la plupart des jeunes apportent leur repas du midi tous les jours ou plusieurs fois par semaine. Selon cette même enquête, dans près du tiers des 29 écoles primaires enquêtées, le temps moyen pour manger était inférieur aux 20 minutes suggérées par la Politique-cadre *Pour un virage santé à l'école* en raison d'un manque d'espace pour accueillir de grands groupes. Au secondaire, le rapport d'enquête recommande d'augmenter la disponibilité de microondes afin de réduire le temps d'attente et d'inciter les jeunes à apporter des repas qui peuvent être réchauffés. Si la propreté des lieux de repas et des comptoirs a impressionné les enquêteurs, les observations relatives à l'ambiance, à la convivialité, au bruit et à la fluidité de la circulation étaient mitigées. Ces enseignements convergent avec les résultats du forum CFM qui suggèrent de favoriser la prise de dîners de « style familial » dans un espace convivial et sur un temps suffisamment long.

Mieux cerner les besoins des établissements et des familles semble donc incontournable et devrait permettre de planifier des actions ciblées. Le fait que la majorité des écoles du Québec devront être rénovées dans les prochaines années constitue une bonne occasion à cet égard. Ces efforts devraient faire l'objet d'une réflexion plus globale en cas d'expansion de l'offre de repas scolaires subventionnés visant à favoriser la saine alimentation des jeunes.

INCONTOURNABLE N° 3

Organiser une campagne de sensibilisation de masse véhiculant une série de repères simples et positifs sur la saine alimentation

Au Québec, selon les résultats du volet nutritionnel de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC 2.2) réalisée en 2004, un grand nombre d'adultes (entre un tiers et plus de trois quarts) ne se conforment pas aux recommandations du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, selon qu'il s'agisse de la consommation de fruits et de légumes, de produits céréaliers, de produits laitiers, de sodium ou encore de produits sucrés. Chez les jeunes, l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire* (EQSJS, 2010-2011) révèle que seulement le tiers (33 %) des élèves du secondaire consomment en moyenne le nombre minimum de portions de fruits et de légumes recommandé par le *Guide alimentaire canadien*. Ils sont à peine la moitié (48 %) à consommer en moyenne le nombre minimum recommandé de 3 portions de produits laitiers par jour. L'enquête révèle aussi qu'environ 31 % des jeunes consomment habituellement des boissons sucrées, des grignotines ou des sucreries au moins une fois par jour.

Au regard de la situation, les effets bénéfiques des campagnes médiatiques et éducatives s'appuyant sur de multiples canaux (impressions, radio, télévision, Internet et autres outils promotionnels) pour promouvoir la consommation d'aliments favorables à la santé ont été clairement démontrés. L'amplitude des effets à l'échelle des individus reste toutefois modeste (ex. moins d'une portion de fruits et de légumes par jour en plus), mais il s'agit d'un élément à inclure dans un portefeuille de mesures visant à promouvoir de saines habitudes de vie.

Il est généralement conseillé de mettre en place des campagnes intensives, à long terme, culturellement appropriées et axées sur

des changements de comportements clairement identifiés au moyen de messages simples : consommer moins de boissons sucrées ou initier les enfants au goût des fruits et des légumes, par exemple.

Au Québec, nous avons connu quelques campagnes de sensibilisation sur les saines habitudes de vie : le portrait CFM a permis d'identifier deux campagnes régionales et cinq campagnes provinciales. Peu d'évaluations ont toutefois été recensées. Par exemple, la campagne médiatique « Vas-y, Fais-le pour toi! », menée entre 2004 et 2008, a été évaluée par une équipe d'universitaires afin de mesurer si elle influait sur les intentions de changements de comportements relatifs à l'activité physique et à la saine alimentation. Des 603 enfants interrogés, 78 % connaissaient la campagne, ce qui suggère une campagne très visible. De plus, un tiers des jeunes connaissant la campagne indiquaient leurs intentions de changer un ou deux des comportements visés. Les plus jeunes étaient les plus réceptifs.

Cependant, il s'agit de mesures relativement coûteuses. Les participants au forum délibératif CFM ont suggéré de miser le plus possible sur les médias novateurs qui permettent de joindre les individus à un coût moindre que par l'intermédiaire des médias écrits et télévisuels classiques.

Comment « mieux promouvoir » l'activité physique ?



INCONTOURNABLE N° 4

Élaborer une politique d'aménagement du territoire favorisant une mixité d'utilisation des sols raisonnée

Plusieurs éléments d'une politique d'aménagement urbain peuvent faciliter l'activité physique. En s'assurant que les routes soient propices à la marche, que les quartiers aient une densité d'habitation modérée et qu'une grande diversité de services et de commerces se trouvent à proximité du domicile ou du lieu de travail, on augmente la propension des individus à être physiquement actifs au quotidien.

Dans les villes du Québec, plusieurs quartiers centraux ont déjà un bon potentiel piétonnier mais une majorité de Québécois résident, travaillent et étudient dans des quartiers où les écoles, les garderies, les épiceries, et les autres services et commerces sont trop loin ou mal connectés pour s'y rendre à pied. Au Québec, les gouvernements régionaux et municipaux sont en position de modifier et d'adopter des politiques d'aménagement du territoire, de même que des règlements qui mettent en œuvre ces politiques. Ainsi, les administrations des municipalités régionales de comté (MRC) et des deux communautés métropolitaines (Montréal et Québec) sont tenues de préparer des schémas et des plans d'aménagements. Cependant, on constate que moins du quart de ces politiques incluent des critères de densité, de mixité ou de connectivité pour l'aménagement des quartiers.

Plusieurs initiatives ont été déployées dans les dernières années afin d'informer et de mieux outiller les acteurs municipaux quant à l'impact de l'aménagement urbain sur l'activité physique. Un changement sur le plan des politiques publiques touchant à l'aménagement viendrait épauler ce travail. Le ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire est responsable de

vérifier que les schémas et les plans sont conformes aux objectifs poursuivis par le gouvernement provincial en matière d'aménagement du territoire. Présentement, les orientations gouvernementales sur l'aménagement soulèvent certains des problèmes liés à l'étalement urbain, mais elles datent de 1994 et sont en processus de renouvellement. Afin de mieux accompagner les autorités municipales dans l'adoption de politiques favorisant une mixité d'utilisation des sols raisonnée, ces orientations gouvernementales pourraient être mise à jour de manière à rendre incontournables les critères de densité, de mixité et de connectivité.

INCONTOURNABLE N° 5

Inciter les municipalités à capitaliser davantage sur leurs politiques familiales, schémas d'aménagement et de développement et plans d'urbanisme pour accroître l'offre d'activités physiques sportives et récréatives, le transport actif, les parcs, les aires de jeux et les espaces verts

D'après les écrits scientifiques, à l'échelle d'un quartier, l'activité physique des jeunes et des adultes est solidement associée à l'accessibilité des parcs, des aires de jeux, des sentiers et des centres sportifs et récréatifs. Par conséquent, il est fréquemment recommandé aux municipalités d'installer ce type d'infrastructures à distance raisonnable des résidences et des logements, avec une attention particulière pour les quartiers défavorisés. De plus, il est généralement recommandé de faciliter l'accès aux transports en commun (stimule la marche), d'améliorer la fréquence, la qualité et la sécurité des trottoirs et des pistes cyclables, et de faciliter le stationnement des vélos en tous lieux.

Au Québec, la distance moyenne entre la résidence et une infrastructure de loisirs est de 2,21 kilomètres. La distance moyenne

entre la résidence et un parc ou un espace vert, quant à elle, est de 1,6 km. Ces moyennes se situent au-dessus du seuil de 1 kilomètre généralement utilisé par les chercheurs afin de mesurer l'accessibilité aux services. On note d'importantes variations de ces distances entre les milieux urbains et ruraux ainsi que selon les régions du Québec. Par exemple, la distance à parcourir pour se rendre à une infrastructure de services est en moyenne de moins de 800 mètres à Laval, mais de plus de six kilomètres en Abitibi-Témiscamingue.

À l'échelon municipal, les politiques familiales, les schémas d'aménagement et de développement et les plans d'urbanisme offrent des occasions d'action. Les objectifs de santé associés à ces mesures rejoignent ceux de la protection de l'environnement, du développement durable et responsable. Selon notre portrait de l'*Expérience québécoise*, beaucoup de municipalités capitalisent déjà sur ces dispositifs, par exemple par l'aménagement de parcs, de pistes cyclables et de sentiers piétonniers ; par des exigences d'aménagement de parcs, de terrains de jeux ou d'espaces nature dans les projets résidentiels ; par des installations et des ententes de prêts en matière d'infrastructures de loisirs ; par des politiques tarifaires et des horaires adaptés ; par une offre d'activités d'apprentissage, etc. Mais la marge de progression est importante.

Afin de soutenir le travail des municipalités en matière d'infrastructures facilitant l'activité physique, une modification de la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme pourrait être envisagée. Cette modification pourrait exiger que la modification ou le remplacement d'un plan d'urbanisme soient non seulement accompagnés d'une analyse des impacts anticipés sur l'environnement, comme le proposait le gouvernement en 2011, mais aussi d'une évaluation d'impact sur la santé. À l'échelle provinciale, des mesures pourraient être envisagées pour stimuler l'usage des transports en commun, par exemple, en réduisant plutôt qu'en tarifant davantage les frais

de transport. De plus, les municipalités pourraient se doter d'indicateurs pour suivre l'impact de la mise en œuvre de leur plan d'urbanisme sur les saines habitudes de vie. Les orientations gouvernementales en aménagement pourraient aussi offrir des balises en matière d'accès aux infrastructures de loisirs.

Encadré 1 : *L'hiver comme obstacle à l'activité physique?*

Les conditions climatiques que l'on trouve au Québec sont parfois moins propices aux activités extérieures ; la rigueur de l'hiver est souvent mentionnée comme obstacle à l'activité physique. Ainsi, les chercheurs ont remarqué que les Canadiens, comme les Québécois, tendent à être plus sédentaires en hiver que durant les autres saisons.

Les participants au forum délibératif ont soulevé cette particularité du contexte québécois et ont proposé que les parcs et autres installations extérieures favorisant l'activité physique soient réaménagés et déneigés afin de réduire la sédentarité saisonnière, car ils sont souvent sous-utilisés durant l'hiver.

INCONTOURNABLE N° 6

Réaménager les infrastructures et renforcer l'offre d'animations, d'équipements et de matériel afin de stimuler l'activité physique dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance

Au Québec, selon différentes enquêtes, on estime qu'environ six enfants âgés de 6 à 11 ans sur dix et quatre adolescents âgés de 12 à 17 ans sur dix atteignent le niveau d'activité physique de loisir hebdomadaire recommandé. Les niveaux moyens enregistrés sont généralement plus élevés chez les garçons que chez les filles. On relève toutefois des améliorations significatives chez les jeunes filles québécoises de 12 à 17 ans au cours des dernières années (plus particulièrement entre 1995 et 2005). Toujours selon différentes enquêtes mesurant l'activité physique de loisir, notons qu'une proportion importante de jeunes se classent dans les catégories

«peu actifs» ou «sédentaires». Par exemple, selon une enquête menée en 2009-2010 chez les jeunes Québécois âgés de 5 à 12 ans, un sur cinq n'atteignait pas la moitié du niveau minimal d'activité physique journalière recommandé. Globalement, ces données suggèrent une marge de progression significative.

Les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance constituent une bonne perspective à cet égard. De nombreuses recommandations soulignent l'intérêt de mettre à la disposition des jeunes des gymnases, des terrains de sport, des équipements et du matériel stimulant l'activité physique sur le temps scolaire et périscolaire. Dans les classes, le mobilier peut aussi favoriser des postures dynamiques. Lors des pauses, les effets bénéfiques de l'aménagement des cours d'école sur l'activité physique ont été démontrés : marquages au sol, espaces de jeux variés et régulièrement renouvelés.

Au Québec, de nombreux efforts vont d'ores et déjà en ce sens. Par exemple, selon *Québec en Forme*, une part importante du financement attribué aux regroupements locaux de partenaires lors de l'année financière 2014-2015 (plus de 26 millions de dollars) était consacrée aux écoles primaires (33 %); aux écoles secondaires (8 %) et à la petite enfance (11 %). Cela inclut des actions visant à augmenter les occasions d'être actif, à former des intervenants, et à améliorer des infrastructures sportives et de plein air. Ces efforts doivent être poursuivis. Par ailleurs, la campagne de communication sociétale WIXX, encourageant les jeunes de 9 à 13 ans à être physiquement plus actifs, inclut de nombreuses animations à l'échelle de la province. Soulignons également les efforts menés dans le cadre de l'approche *École en Santé*, dont l'évaluation révèle toutefois un besoin de renforcement en matière de formation des acteurs locaux.

Lors du forum délibératif CFM, le réaménagement des écoles est une proposition à laquelle la plupart des participants ont accordé la priorité. Il fut notamment souligné qu'au Québec, la majorité des écoles ont été construites il y a plusieurs décennies et doivent donc être rénovées dans les prochaines années puisque certaines infrastructures arrivent à la fin de leur cycle de vie : il s'agit d'une occasion à saisir. Les commissions scolaires et le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ont en main les leviers afin de financer ces rénovations. Chaque commission scolaire pourrait maximiser ces investissements en s'assurant, autant que possible, que les nouveaux aménagements intérieurs et extérieurs favorisent l'activité physique dans le quotidien des enfants et des adolescents. Afin de soutenir les commissions scolaires, un comité-conseil pourrait être mis à la disposition des équipes responsables de ces réaménagements. Ce comité pourrait faire des suggestions quant aux meilleures stratégies à adopter pour stimuler l'activité physique compte tenu des contraintes propres à chaque école.

INCONTOURNABLE N° 7

Instaurer une politique renforçant le temps d'activité physique sur le temps scolaire, périscolaire, et dans les milieux de garde

L'une des mesures les plus souvent recommandées dans les écrits internationaux portant sur la promotion de l'activité physique est l'augmentation du nombre de leçons d'éducation physique et, plus globalement, du temps d'activité physique dans le programme scolaire (en dehors des cours d'éducation physique). Par exemple, aux États-Unis, l'*Institute of Medicine* recommande que les enfants soient encouragés à pratiquer 60 minutes d'activité physique modérée et/ou soutenue par jour dans les écoles primaires et

secondaires, dont au moins la moitié pendant les heures de classe. En corollaire, il est préconisé de former les enseignants, incluant les titulaires de classe et non seulement les professeurs spécialisés en éducation physique, afin qu'ils soient en mesure de proposer une activité physique de qualité et adaptée à l'âge des élèves et à la disponibilité du matériel. Au Québec, la comparaison des résultats en matière d'activité physique de loisir issus de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC, 2011-2012) et de l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire* (EQSJS, 2010-2011) confirme l'importance de cette piste. En effet, selon l'ESCC, la proportion de jeunes de 12 à 17 ans «sédentaires» était de 7% tandis que, selon l'EQSJS, qui exclut explicitement le temps d'éducation physique à l'école, la proportion de «sédentaires» s'élevait à 34%.

L'éducation physique fait partie des matières obligatoires dans les écoles primaires et secondaires du Québec. Cependant, le *Régime pédagogique de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire* figurant dans la *Loi sur l'instruction publique* ne prescrit pas un nombre d'heures minimum d'éducation physique par semaine. À titre indicatif, il y figure que l'on devrait y consacrer deux heures par semaine au primaire, 100 heures par année au premier cycle du secondaire et 50 heures par année durant les trois dernières années du secondaire⁴. Pour ce qui est des services de garde éducatifs à l'enfance, le cadre de référence *Gazelle et Potiron* pour le jeu libre et le développement moteur est d'ores et déjà utilisé.

Lors du forum délibératif CFM, l'augmentation du temps consacré à l'activité physique en milieu scolaire est une proposition qui a clairement été jugée prioritaire, mais les avis étaient partagés

4. Conséquemment, un horaire type dans les écoles du Québec est de deux périodes de 60 minutes par semaine au primaire et de 2 périodes de 75 minutes par 9 jours au secondaire.

quant au niveau de flexibilité à accorder aux écoles et aux commissions scolaires dans son application. Une première étape pourrait être de modifier les articles 22, 23 et 23.1 du *Régime pédagogique de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire* afin d'augmenter le temps d'enseignement en éducation physique présenté à titre indicatif et, ce faisant, inciter les décideurs des milieux scolaires à réviser les programmes dans leur école. Cette étape pourrait aussi inclure une enquête destinée à mesurer le temps réel accordé à l'éducation et à l'activité physiques dans les programmes scolaires, afin de vérifier dans quelles mesures les nouvelles indications ont influencé les pratiques dans les écoles. La révision du *Régime pédagogique* serait aussi l'occasion de discuter de la pertinence d'inclure des indications quant au temps consacré à l'activité physique dans le cadre de l'enseignement préscolaire (à la maternelle et à la prématernelle). Dans la mise en œuvre de telles dispositions, il conviendra de capitaliser sur les nombreux efforts déjà déployés par les professionnels et éducateurs physiques des milieux scolaires ainsi que par les parents bénévoles actifs dans les loisirs municipaux et communautaires.

Comment « mieux déployer » *l'Expérience québécoise?*

INCONTOURNABLE N° 8

Renforcer l'approche systémique québécoise en promotion des saines habitudes de vie, reposant sur la combinaison de multiples stratégies et canaux d'interventions

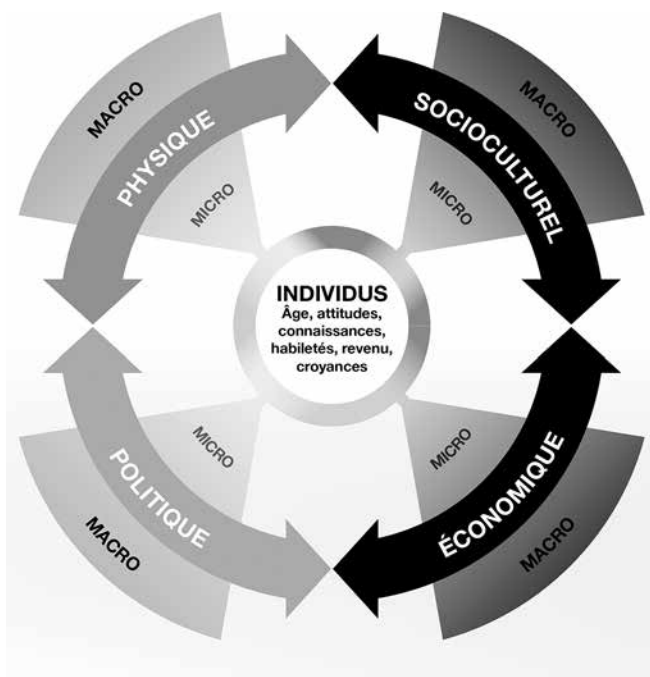
Agir efficacement pour prévenir les maladies chroniques et l'obésité, cela ne passe pas par une solution unique. Les organisations de référence qui examinent comment atteindre des résultats probants en la matière soulignent la nécessité d'investir dans une diversité d'actions dans de nombreux secteurs. Que ce soit l'Organisation mondiale de la Santé, l'*Institute of Medicine* aux États-Unis ou la firme internationale de consultants McKinsey, le message-clé demeure le même : il est essentiel de se doter d'un portefeuille de mesures qui travaillent simultanément à sensibiliser les individus et à modifier les milieux de vies, afin que ces derniers deviennent plus propices à la saine alimentation et à l'activité physique. Des interventions ne conduisant qu'à des effets de petite taille lorsqu'elles sont considérées isolément peuvent toutefois

constituer des composantes importantes d'une stratégie plus globale. Cette stratégie doit permettre de toucher une « masse critique » de la population afin d'espérer infléchir puis inverser les courbes de prévalence de l'embonpoint, de l'obésité et de leurs comorbidités.

Depuis de nombreuses années, la nécessité d'instaurer une approche globale et systémique en promotion des saines habitudes de vie s'est imposée au Québec, comme l'illustrent les travaux du Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (2003, 2005), le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (2006) et, plus récemment, la Vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids, élaborée par le MSSS en collaboration avec *Québec en Forme* et l'INSPQ (2012, voir figure 3).

L'approche adoptée interpelle un grand nombre d'acteurs à plusieurs paliers (provincial, régional, local) dans une diversité de secteurs et de milieux de vie (gouvernements, écoles, commissions scolaires, milieux de garde, milieux de travail, milieux communautaires et associatifs, milieux sportifs et récréatifs, médias, secteurs agroalimentaires, de la santé, des transports, de l'aménagement, etc.). Elle permet ainsi de déployer une combinaison de stratégies et de canaux d'interventions ciblant à la fois les individus et leurs environnements physiques, socioculturels, économiques et politiques. Pour « faire mieux » et avoir des répercussions à l'échelle populationnelle à moyen et à long terme, il convient de renforcer cette approche et d'intensifier les efforts.

FIGURE 3 : REPRÉSENTATION DE LA VISION COMMUNE DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SAINE ALIMENTATION, À UN MODE DE VIE PHYSIQUEMENT ACTIF ET À LA PRÉVENTION DES PROBLÈMES RELIÉS AU POIDS



© Gouvernement du Québec, 2012

Source: Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes liés au poids. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec, 24 pages. Hyperlien : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-03.pdf>

INCONTOURNABLE N° 9

L'action intersectorielle devrait s'inscrire dans le cadre d'une Politique de prévention implantée sous l'égide du plus haut palier gouvernemental (c'est-à-dire par le premier ministre du Québec)

Les comportements alimentaires et l'activité physique sont conditionnés par une grande diversité de facteurs à l'échelle de l'individu et de ses environnements (voir INCONTOURNABLE

no 8). Il est donc préconisé de s'appuyer sur les ressources et compétences de nombreux secteurs d'activités. Pour y parvenir, un leadership politique de haut niveau à l'échelle de l'État comme à l'échelle locale est clairement présenté comme une condition de succès dans les recommandations scientifiques. En effet, l'action intersectorielle pour la création d'environnements favorables à la saine alimentation et à l'activité physique demande souvent aux organisations extérieures au secteur de la santé d'aller au-delà de leur mandat premier. Par conséquent, les organisations de santé publique (ministères, agences, directions), et plus particulièrement leurs directeurs, sont invités à jouer un rôle majeur dans la création et la mise en œuvre de partenariats.

Dans notre portrait de l'*Expérience québécoise*, 11 interventions sur les 166 recensées favorisent explicitement une approche intersectorielle et intégrée en promotion des saines habitudes de vie à l'échelle du Québec (ex. le PAG, la Table de concertation nationale sur le mode de vie physiquement actif) ainsi qu'à l'échelle des régions (ex. les Tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie) et à l'échelle locale (ex. les Regroupements locaux de partenaires de *Québec en Forme*). Conformément à la littérature scientifique, plusieurs rapports d'évaluation indiquent que cette approche est cruciale mais difficile à mettre en œuvre au Québec. Six éléments favorables à l'action intersectorielle sont toutefois soulignés : 1) un signal clair des leaders politiques ; 2) une définition très claire des rôles et responsabilités de chacun ; 3) la stabilité des acteurs impliqués ; 4) l'atteinte de résultats tangibles et concrets à court terme ; 5) le leadership du directeur national de santé publique et des directeurs régionaux ; 6) la nécessité de trouver des points de convergence entre les objectifs des différents partenaires.

En corollaire, les participants au forum délibératif CFM ont très clairement exprimé qu'un signal fort, provenant du premier

ministre lui-même et incarné dans une politique structurante (comme l'a été le PAG), est un préalable afin que les organisations interpellées par l'action intersectorielle s'investissent durablement dans une telle démarche.

INCONTOURNABLE N° 10

Créer une structure de coordination pour la promotion des saines habitudes de vie, incluant les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux

Les causes multiples de l'embonpoint et de l'obésité appellent une responsabilité partagée et une participation de tous les secteurs de la société dans la mise en œuvre de solutions (voir INCONTOURNABLE no 9). Notre portrait de l'*Expérience québécoise* s'est uniquement penché sur les interventions des autorités publiques ou celles que les organisations de la société civile ont mises en œuvre en partenariat avec les autorités publiques. Notre portrait exclut donc un grand nombre d'initiatives que les organisations non gouvernementales ont déployées au Québec depuis plusieurs années. Il convient de souligner que ces organisations sont des acteurs-clés dans une approche systémique de promotion des saines habitudes de vie. Les tables et comités régionaux et locaux auxquels elles prennent part se révèlent d'ailleurs être des structures de concertation et de coordination essentielles à la mise en œuvre d'interventions.

À l'échelle du Québec, dans une certaine mesure, il existe une coordination conjointe des activités du MSSS et de *Québec en Forme*. Néanmoins, l'ensemble des acteurs non gouvernementaux agissant pour la promotion des saines habitudes alimentaires et de l'activité physique n'y est pas officiellement associé. La *Table de concertation nationale sur le mode de vie physiquement actif* amène toutefois une

diversité d'acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux à se concerter, mais l'équivalent n'existe pas en matière de saine alimentation. Il ressort également des rapports d'évaluation consultés dans le cadre du portrait de *l'Expérience québécoise* un besoin d'harmonisation entre les trois grands cadres de référence qui orientent les acteurs publics dans leur travail sur les saines habitudes de vie et la prévention de l'obésité : le Plan d'action gouvernementale (PAG), les orientations de *Québec en Forme* et le *Programme national de santé publique* (PNSP) décliné en plans d'action régionaux et locaux.

Une structure de planification et de coordination plus inclusive à l'échelle du Québec permettrait de renforcer la concertation des parties prenantes ainsi que la cohérence et la synergie des actions mises en œuvre sur le terrain en promotion des saines habitudes alimentaires et de l'activité physique. Il ne s'agit pas de créer des structures lourdes ou de créer un carcan limitant la créativité et la diversité des initiatives de la société civile. L'objectif est plutôt de maximiser l'impact de ces initiatives en les considérant dans leur ensemble. Il s'agit d'une proposition formulée et appuyée par les participants au forum délibératif CFM.

Encadré 2 : *Le cas français*

Le forum délibératif CFM a permis un partage d'expériences entre les participants Québécois et trois experts internationaux. Ce fut notamment l'occasion de discuter du fonctionnement du comité de pilotage et du comité de suivi du Programme national nutrition santé (PNNS) français. Le comité de pilotage, restreint et décisionnel, est placé sous l'égide du ministère de la Santé et est composé de représentants des nombreux ministères et agences / instituts publics ayant une expertise dans les domaines suivants : social, sanitaire, alimentaire, nutritionnel ainsi qu'en matière d'activité physique et d'urbanisme. Il compte environ 25 membres selon les configurations ministérielles. Le comité de suivi est étendu à de nombreux représentants d'organisations à but non lucratif à l'œuvre dans le domaine de l'alimentation, de la restauration, de la santé, du sport et des loisirs, des affaires sociales et municipales, de la consommation, des médias ainsi qu'à des

associations d'élus, des représentants de l'industrie et quelques experts dans des champs spécifiques (santé publique, pédiatrie, activité physique, obésité, nutrition...): c'est un lieu d'expression, d'échange et de partage d'informations visant à préparer et à proposer des actions pour le comité de pilotage et à coordonner les efforts. À raison d'une rencontre tous les deux mois, ces comités ont survécu à l'alternance politique et sont devenus incontournables. Ce cas de figure ainsi que d'autres pourraient être approfondis afin d'étudier dans quelle mesure certains mécanismes qui se sont révélés efficaces pourraient s'appliquer au contexte québécois.

INCONTOURNABLE N° 11

Assurer la pérennité des stratégies, des mécanismes de travail, et de la capacité d'intervention des parties prenantes qui ont été créés et développés depuis une dizaine d'années au Québec au prix d'une mobilisation de ressources sans précédent

La nature même des maladies chroniques et de l'obésité, qui tendent à se développer dans la durée au niveau individuel et populationnel, requiert la mise en œuvre de plans, de stratégies et d'interventions combinées sur le long terme. Pourtant les effets des interventions, lorsqu'ils sont mesurés, le sont bien souvent à court ou moyen terme, mettant en évidence des changements dont on ignore la durabilité ou, inversement, ne montrant aucun changement là où des effets n'apparaîtront peut-être que bien plus tard. La durabilité des interventions et, en corolaire, la pérennité des ressources qui sont allouées à leur mise en œuvre et à leur évaluation sont ainsi fréquemment présentées dans les recommandations scientifiques comme des facteurs de succès.

Le portrait de l'*Expérience québécoise* ainsi que le forum délibératif CFM ont permis de soulever plusieurs préoccupations à cet égard. D'une part, le Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids, arrivé à son terme en 2012, n'a pas été reconduit. Qui

plus est, rappelons qu'aucune ressource financière additionnelle n'avait été allouée à la mise en œuvre du PAG outre celles déjà investies par les ministères et les organismes publics concernés, avec des différences notables d'une région à l'autre. Plusieurs évaluations soulignent cette limite. Par exemple, l'évaluation du *Programme de soutien aux fédérations sportives québécoises* indique qu'étant donné les montants accordés, les fédérations ne sont pas en mesure d'augmenter leur travail et leur résultat dans les sphères de l'initiation à la pratique sportive et récréative, et se concentrent plutôt sur le sport compétitif et d'élite. De même, l'évaluation de *Fruits et légumes en vedette*, programme d'accompagnement et de communication pour encourager les restaurateurs à améliorer leur offre de fruits et de légumes, note que les restaurateurs requièrent le soutien d'une nutritionniste pour la conception de leurs menus. Autre exemple, l'évaluation du déploiement des agents de *Kino-Québec* au niveau local dans les CSSS met en évidence un manque de ressources humaines (et d'expertise) afin de pouvoir travailler sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie. Enfin, l'évaluation du déploiement de l'approche *École en santé* indique que l'allocation de ressources durables permettrait non seulement d'envoyer un signal de soutien explicite aux écoles mais aussi de former davantage les acteurs locaux.

En parallèle, la création en 2007 du *Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie* réservé à *Québec en Forme*, doté d'un budget de 480 millions sur 10 ans, a permis la mise en œuvre d'un pan important de l'*Expérience québécoise* et a clairement facilité la mise en œuvre du PAG. Toutefois, l'entente de financement entre le gouvernement du Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon prendra fin en 2017 et, à ce jour, aucune annonce officielle n'a été faite quant à la pérennisation du fonds.

INCONTOURNABLE N° 12

Renforcer les capacités d'évaluation des parties prenantes de l'*Expérience québécoise* et favoriser une évaluation plus systématique des processus et des effets des interventions mises en œuvre

Les recommandations transversales relatives à la recherche, à la surveillance et à l'évaluation des interventions en promotion de saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité sont celles qui sont le plus fréquemment trouvées dans la littérature scientifique.

Il est notamment recommandé de soutenir la recherche en lien avec des interventions concrètes, intenses et durables menées sur le terrain, d'autant plus que les acteurs locaux ne disposent souvent pas des ressources et/ou de l'expérience suffisantes pour mener à bien l'évaluation de leurs interventions.

En matière de surveillance des habitudes de vie, de nombreux documents interpellent les acteurs gouvernementaux afin que des systèmes d'information robustes soient prioritairement mis en place et/ou renforcés. Il est notamment préconisé de mobiliser de nombreuses parties prenantes en capitalisant sur les dispositifs de collecte d'information déjà en place et de renforcer les volets nutrition et activité physique des enquêtes populationnelles (exhaustivité, précision, validité et standardisation des indicateurs collectés). Idéalement, ces enquêtes devraient être longitudinales et faire l'objet de collectes de données à intervalles de temps réguliers.

Enfin, il est fortement recommandé de systématiser et de renforcer l'évaluation des interventions. Pour ce faire, il conviendrait de rendre l'évaluation incontournable (ex. lors des demandes de financement); de s'appuyer sur toutes les parties prenantes; d'optimiser les pratiques évaluatives (ex. formulation d'objectifs, utilisation de modèles logiques, recours à des méthodes aussi

robustes que possible); d'évaluer le processus de mise en œuvre des interventions (financement, planification, concertation, production d'outils, organisation d'activités, participation du public); d'évaluer les impacts des interventions, et d'assurer la diffusion des résultats de l'évaluation auprès des parties prenantes.

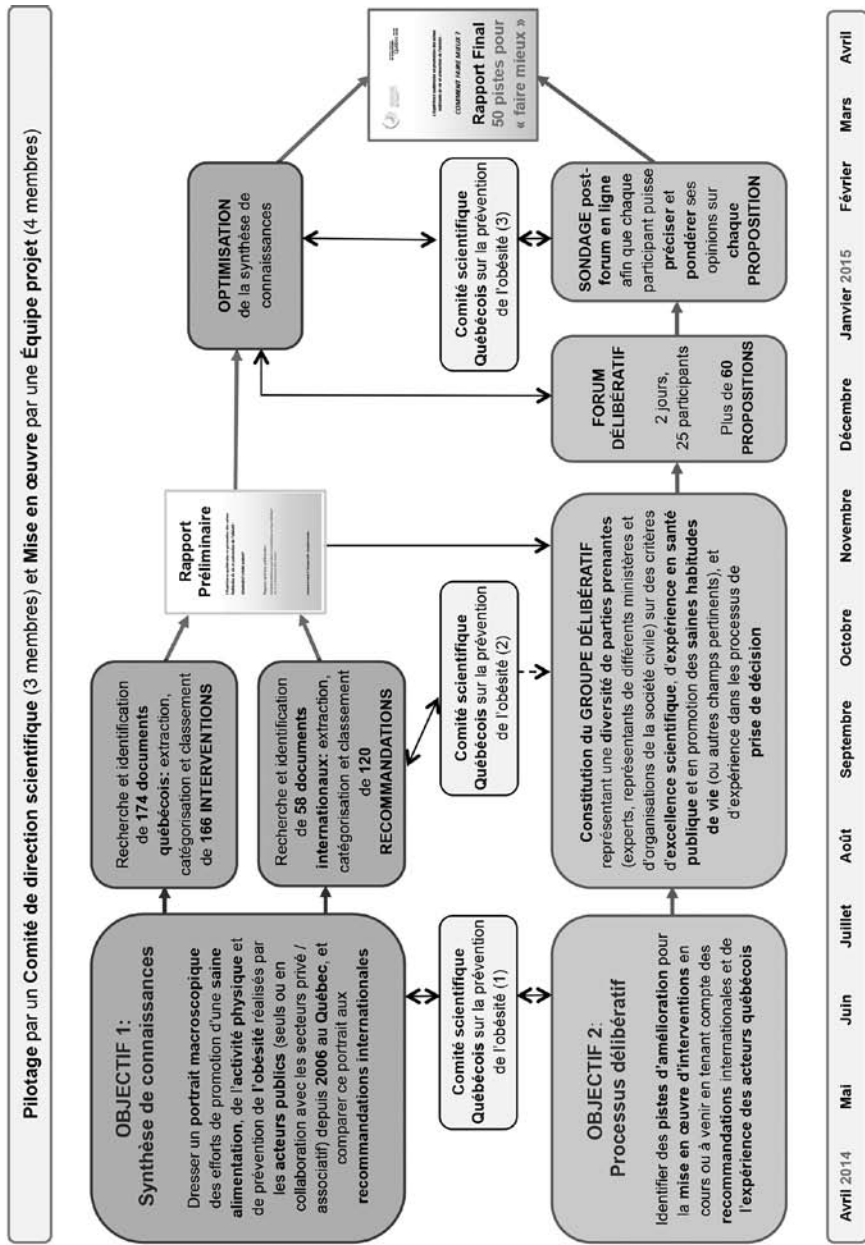
Cependant, selon les documents consultés pour établir le portrait de l'*Expérience québécoise*, seule une minorité des mesures recensées (36 sur 166) ont été sujettes à une évaluation. De plus, il s'agit principalement d'évaluations du processus de mise en œuvre des interventions et non pas de leurs impacts sur l'environnement des individus, leurs comportements ou leur santé. Le rapport du Vérificateur général du Québec paru au printemps 2015 recommande d'ailleurs la mise en place d'un système d'évaluation de l'impact des interventions de promotion d'une saine alimentation afin «*de mesurer l'atteinte des objectifs et d'apporter les ajustements nécessaires*».

À la lumière de ce constat, les membres du Comité scientifique sur la prévention de l'obésité encouragent le développement d'une culture d'évaluation dans les organisations travaillant pour la promotion des saines habitudes de vie. Par exemple, cela implique d'allouer systématiquement à l'évaluation une partie des ressources financières consacrées aux interventions. Lors du forum délibératif CFM, les participants ont ajouté à cette proposition qu'il était aussi nécessaire d'évaluer l'impact de la combinaison de l'ensemble des interventions de l'*Expérience québécoise* et de ne pas seulement se limiter aux devis évaluatifs inspirés du modèle biomédical cherchant à isoler les effets d'interventions spécifiques. Il s'agit, par exemple, d'élaborer des indicateurs suivant l'évolution des environnements et des comportements à l'échelle populationnelle, afin de mesurer l'effet combiné des mesures individuelles et environnementales mises en œuvre.

Méthodologie du projet « Comment faire mieux ? » (CFM)

Les activités du projet CFM se sont déroulées entre avril 2014 et avril 2015. Elles ont été axées sur deux principaux objectifs : (1) dresser un portrait de l'*Expérience québécoise* en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité puis le comparer aux recommandations et aux bonnes pratiques identifiées à l'échelle internationale ; (2) faire émerger des pistes d'amélioration pour la mise en œuvre des interventions en cours ou à venir. La séquence méthodologique qui nous a permis d'aboutir à 50 pistes d'amélioration, parmi lesquelles 12 ont été jugées incontournables, est schématisée (figure 4) et explicitée ci-dessous. À titre consultatif, le Comité scientifique sur la prévention de l'obésité a accompagné et conseillé l'équipe CFM tout au long du projet (voir encadré 3, page 40).

FIGURE 4: VUE D'ENSEMBLE DE LA MÉTHODOLOGIE DU PROJET « COMMENT FAIRE MIEUX »

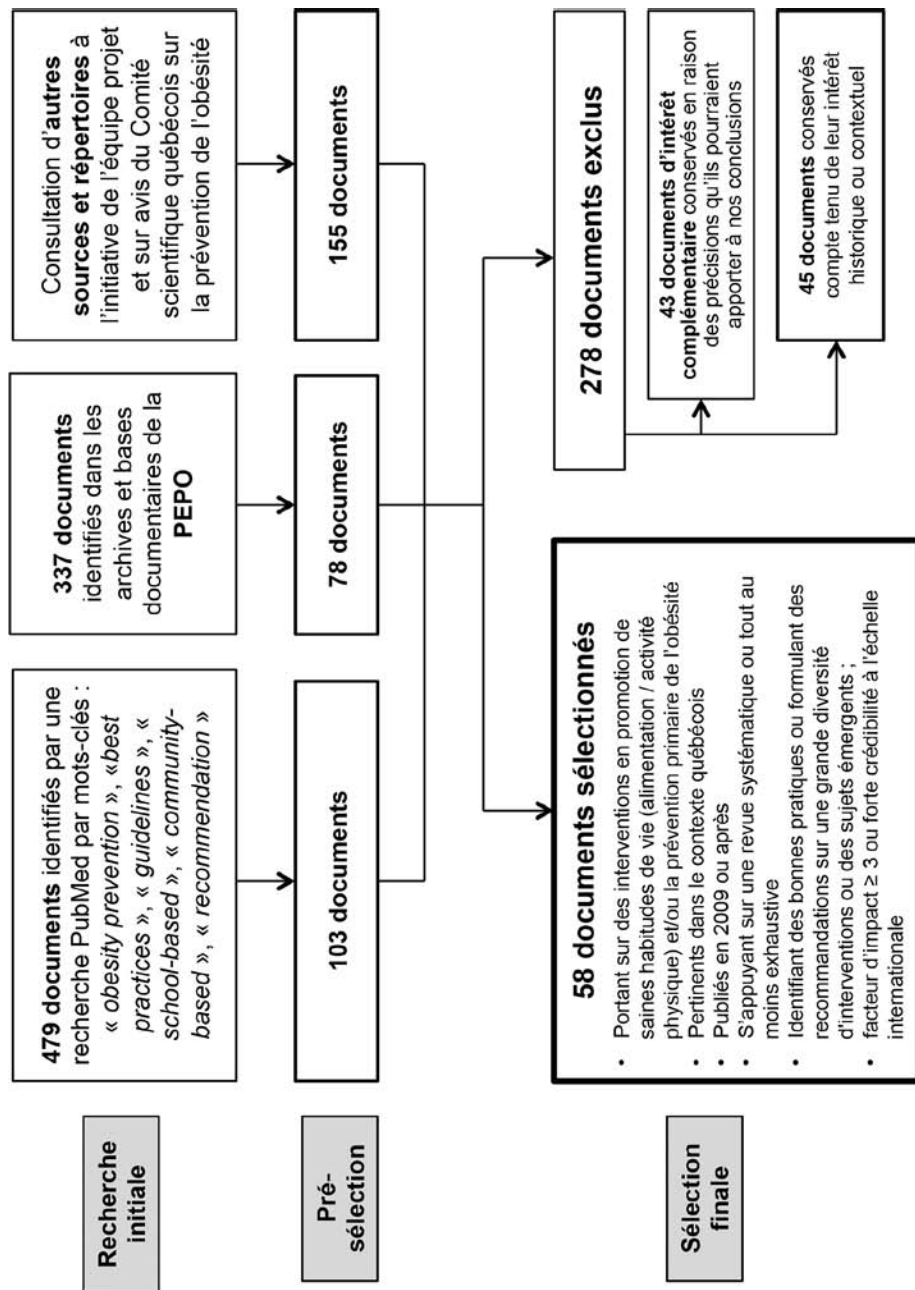


OBJECTIF 1 : SYNTHÈSE DE CONNAISSANCES

Synthèse des recommandations scientifiques internationales

L'une des finalités du projet était de comparer l'*Expérience québécoise* à ce qui a été identifié, dans la littérature scientifique internationale, comme étant les pratiques les plus efficaces ou les plus prometteuses en matière de promotion de saines habitudes alimentaires, d'une pratique régulière d'activité physique, du développement d'une saine image corporelle et/ou en matière de prévention de l'obésité. À cette fin, nous avons entrepris une revue ciblée des publications internationales les plus récentes, pertinentes, fiables et exhaustives en la matière. Notre recherche documentaire (voir figure 5) a mené à la sélection de 58 documents. Nous avons analysé ces publications à l'aide d'une grille de codage nous permettant de classer les recommandations que l'on y trouvait par type de cible: les individus ou leurs environnements (physique, socioculturel, politique ou économique). Nous avons identifié 38 recommandations portant sur la saine alimentation, 36 portant sur l'activité physique et 31 de type transversal. Nous avons attribué une cotation indicative de **A** à **E** à chaque recommandation afin d'aiguiller le lecteur. Une cote **A** se réfère à une recommandation très fréquente et/ou soutenue par des données probantes convaincantes alors qu'une cote **E** se réfère à une recommandation peu fréquente et/ou soutenue par peu de données probantes.

FIGURE 5: PROCESSUS DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE RELATIF AUX RECOMMANDATIONS SCIENTIFIQUES INTERNATIONALES



Portrait de l'Expérience québécoise

Afin de dresser un inventaire le plus exhaustif possible des interventions publiques mises en œuvre depuis 2006 au Québec en promotion d'une saine alimentation, d'une pratique régulière d'activité physique, du développement d'une saine image corporelle et en prévention de l'obésité, nous avons sélectionné puis analysé 276 documents (voir figure 6).

Lors de la sélection documentaire, nous avons écarté les documents traitant spécifiquement d'interventions mises en œuvre par des organisations du secteur associatif ou du secteur privé sans la participation du secteur public. Ce choix a été motivé par l'objectif de guider les acteurs publics qui doivent décider des orientations à prendre pour les prochaines phases de l'action sur la prévention de l'obésité et la promotion des saines habitudes de vie. Le secteur associatif et le secteur privé mettent en œuvre une multitude de projets qui contribuent à la promotion des saines habitudes de vie. Idéalement, ils auraient dû être inclus dans un inventaire exhaustif des initiatives québécoises. Seules des contraintes de temps et de coût nous ont amenés à les exclure du présent projet. Les actions qui relèvent du gouvernement fédéral, mais qui sont mises en œuvre au Québec ont aussi été exclues, pour les mêmes raisons de temps et de coût.

Au final, les documents analysés nous ont permis de recenser 166 mesures publiques, au niveau provincial (73 %) et régional (27 %). Nous avons appliqué à ces 166 mesures une grille de codage similaire à celle utilisée pour caractériser les recommandations internationales, afin de faciliter la comparaison (voir figure 7).

FIGURE 6: PROCESSUS DE RECHERCHE ET DE SÉLECTION DOCUMENTAIRE RELATIF AU PORTRAIT DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE

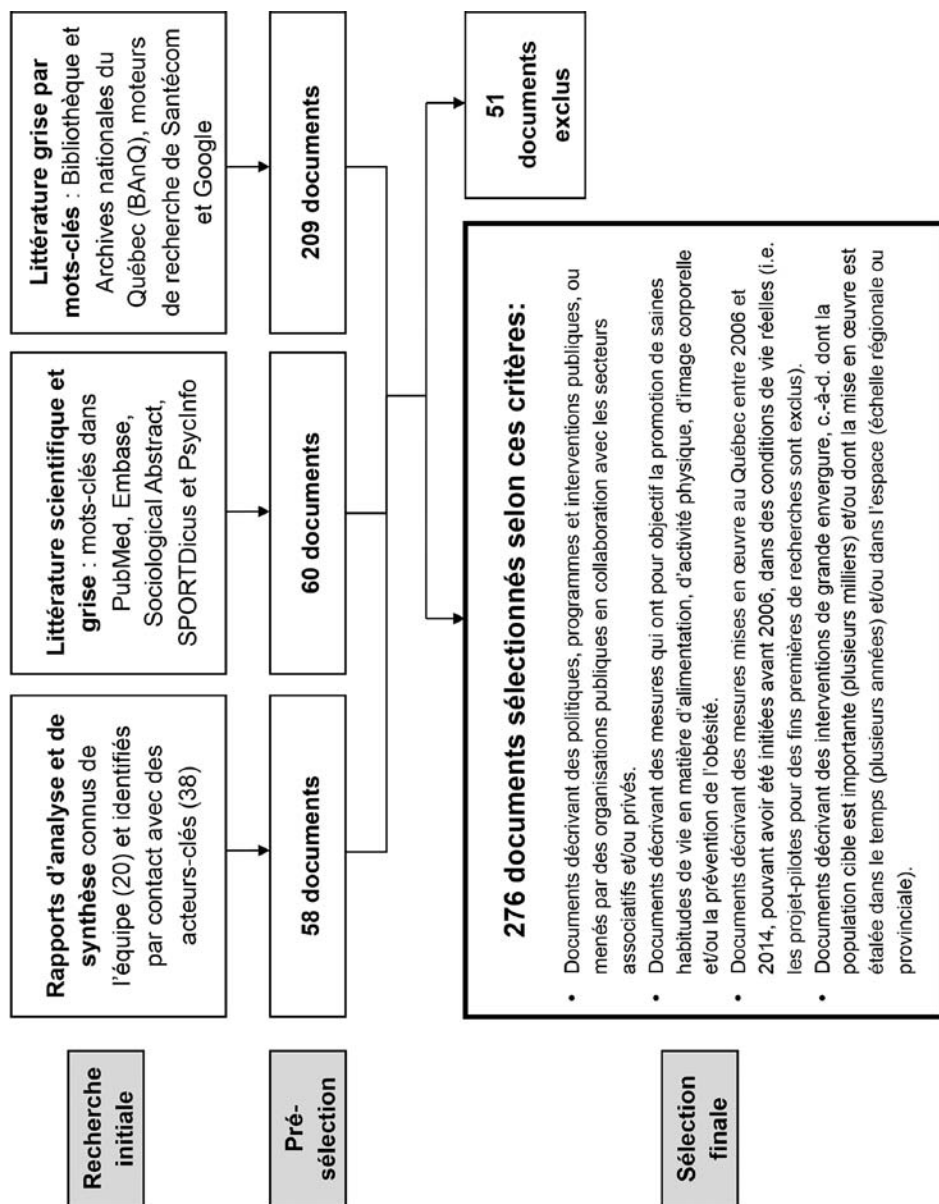
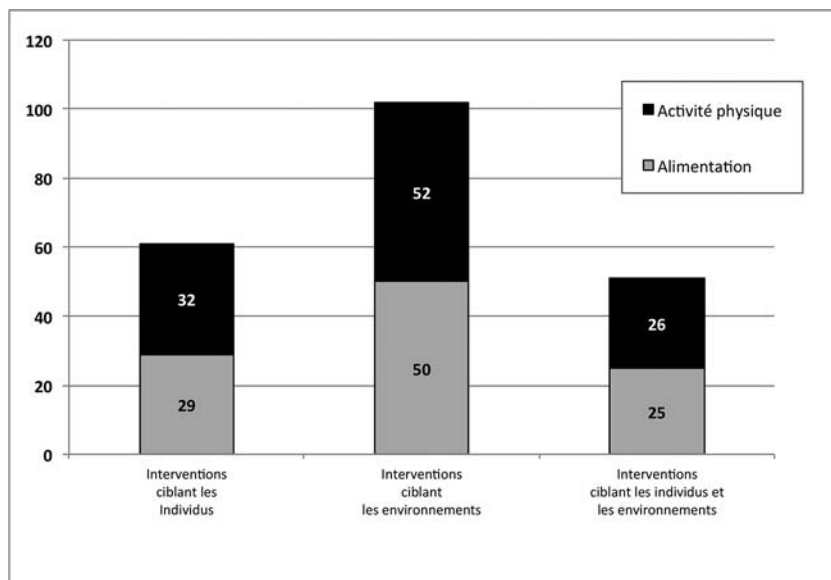


FIGURE 7: FRÉQUENCE ABSOLUE DES INTERVENTIONS VISANT DES CHANGEMENTS CHEZ LES INDIVIDUS ET/OU DANS LEURS ENVIRONNEMENTS (N = 166 INTERVENTIONS RECENSÉES)*



* Le nombre d'interventions visant l'image corporelle étant très faible comparativement à celles visant l'alimentation et l'activité physique, elles n'ont pas été représentées sur ce graphique

Rapport synthèse préliminaire

L'analyse comparative du Portrait de l'*Expérience québécoise* et des recommandations internationales nous a permis de rédiger un rapport synthèse préliminaire en novembre 2014. Ce rapport visait à mettre en lumière les points forts de l'*Expérience québécoise* et à identifier des zones d'amélioration potentielles. Il a permis de structurer et d'alimenter les discussions lors du forum délibératif CFM organisé le mois suivant (voir objectif 2). Ce rapport a été transmis à chaque participant en amont de l'évènement, accompagné d'une version abrégée.

Encadré 3 : *rôle joué par le Comité scientifique sur la prévention de l'obésité dans CFM*

Le Comité scientifique québécois sur la prévention de l'obésité a été mis en place par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) à l'automne 2013. Il a pour mandat de «conseiller les acteurs du réseau de la santé publique pour soutenir leur action et les aider à déterminer les mesures à adopter pour la prévention des maladies chroniques et la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie». Il s'agit d'un comité interdisciplinaire comptant des experts en nutrition, en sciences de l'alimentation, en activité physique, en kinésiologie, en cardiologie, en économie, en sciences politiques, en marketing et en architecture. Son profil et son mandat en faisaient un interlocuteur des plus avisés dans le cadre du projet CFM : il a été consulté à trois reprises. Le Comité a notamment porté un regard critique lors de la planification stratégique du projet. Il a contribué à identifier des références bibliographiques utiles à la revue de recommandations scientifiques et au portrait de *l'Expérience québécoise*. Il a également conseillé l'équipe du projet CFM lors de la constitution du groupe délibératif afin d'assurer une diversité de perspectives et d'expériences. Par ailleurs, il a été proposé aux membres du Comité de participer au forum. Quatre d'entre eux ont pu y prendre part. Les résultats préliminaires du projet lui ont été présentés en février 2015 pour avis et commentaires.

OBJECTIF 2 : PROCESSUS DÉLIBÉRATIF

Le contexte propre à chaque pays et à chaque population peut influencer l'efficacité d'une intervention en santé publique et ainsi limiter la possibilité de transférer des recommandations provenant de résultats de recherche issus d'autres pays. Nous avons donc été confrontés au défi de faire émerger des propositions pour «faire mieux» qui tiennent compte à la fois des données probantes à l'échelle internationale, des pratiques actuelles et du contexte québécois. Les processus délibératifs sont proposés comme une stratégie prometteuse afin de relever ce défi.

Un processus délibératif permet «à un groupe d'acteurs de recevoir et d'échanger de l'information, de faire l'examen critique d'un enjeu et d'en venir à une entente qui guidera la prise de

décision». De ce fait, ces échanges entre partie prenantes et experts permettent une coproduction et une cointerprétation des résultats de la recherche.

Lors de la constitution d'un groupe délibératif, il est recommandé de favoriser la participation d'une diversité de milieux, d'organisations, et d'expertises en lien avec le champ d'action à l'étude. Nos critères de sélection incluaient l'excellence scientifique, l'expérience en santé publique et en promotion des saines habitudes de vie (ou autres champs pertinents), ainsi que l'expérience dans les processus de prise de décision. Étant donné que le nombre maximum de participants à un forum délibératif est limité, cet exercice ne prétend pas être exhaustif quant à la représentation des différents types de parties prenantes pouvant avoir une influence sur la promotion des saines habitudes de vie. Au final, notre processus délibératif a sollicité 25 participants parmi lesquels 9 experts scientifiques issus de différentes disciplines; 5 professionnels du réseau de santé publique et d'autres ministères; 2 représentants de *Québec en Forme*; 4 représentants d'organisations sans but lucratifs; 1 représentant de la Fédération des commissions scolaires, 1 ancien maire et 3 experts internationaux.

Le processus s'est tenu en deux moments. Le premier moment a pris la forme d'un forum organisé à l'Université Laval les 15 et 16 décembre 2014. Ces deux journées furent consacrées à des échanges et dialogues visant à faire émerger des propositions quant aux actions à ajouter, à renforcer, à modifier ou à abandonner dans le cadre de l'*Expérience québécoise*. À l'issue de ces deux journées d'échanges, le recouplement et l'analyse thématique des notes exhaustives prises par trois rapporteurs a permis de faire ressortir plus de 60 propositions. Quelques semaines plus tard, une consultation supplémentaire, sous la forme d'un sondage en ligne, a été menée afin que chacun des participants puisse préciser

qualitativement et pondérer quantitativement ses opinions sur les différentes propositions énoncées. Nous leur avons suggéré d'utiliser huit critères afin de guider leur choix : efficacité, effets indésirables, équité, coûts, faisabilité, acceptabilité, pérennité et évaluabilité. Vingt participants (80 %) ont répondu au sondage, soit complètement, soit partiellement. Le compte rendu du processus délibératif et de ses résultats a été partagé avec l'ensemble des participants. Ces derniers étaient invités à faire part de commentaires éventuels afin que l'équipe du projet CFM puisse procéder à d'éventuelles corrections et ajustements. À ce stade, le libellé des propositions ne pouvait plus être modifié et de nouvelles propositions ne pouvaient plus être formulées, afin de respecter l'intégrité du processus délibératif.

SYNTHÈSE : 50 PISTES POUR « FAIRE MIEUX » DONT 12 INCONTOURNABLES

Afin de proposer des pistes d'action pouvant permettre d'optimiser les pratiques en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité au Québec, la synthèse effectuée par l'équipe du projet CFM s'est appuyée sur trois catégories de résultats : (1) les recommandations internationales les plus fréquentes et/ou soutenues par les données probantes les plus convaincantes ou prometteuses, celles qui se classaient aux niveaux **A** et **B** dans notre cotation ; (2) le portrait actuel de l'*Expérience québécoise*, incluant ses points forts et les zones d'améliorations potentielles ; (3) les propositions issues du forum délibératif et du sondage subséquent les plus largement soutenues par les participants, compte tenu de leur pertinence dans le contexte québécois.

À la croisée de ces trois catégories de résultats, l'équipe du projet CFM a identifié et formulé 50 pistes pour « faire mieux »

(voir page 47). Nous avons attribué un niveau de priorité à chacune de ces pistes au cas par cas selon le raisonnement suivant :

- Certaines recommandations internationales apparaissant d'ores et déjà bien mises en œuvre au Québec n'ont pas été remises en causes lors du forum, et ont parfois été plébiscitées. Dans ce cas, il a été considéré **essentiel de maintenir les efforts engagés**. Le symbole suivant permet d'identifier ce cas de figure : ➔.
- Certaines recommandations, en revanche, ne semblent pas ou semblent peu mises en œuvre au Québec. Dans ce cas, à moins que cela ne s'explique par une faible pertinence contextuelle⁵, il a été considéré **essentiel de renforcer les efforts existants et/ou de mettre en place de nouvelles actions**. Le symbole suivant permet d'identifier ce cas de figure : ↗.
- Parmi les efforts à renforcer et les nouvelles actions à mettre en place, **12 pistes** ont été fortement appuyées lors du forum délibératif. À la lumière des travaux scientifiques et des particularités propres au contexte québécois, l'équipe CFM les a **jugées incontournables** afin d'optimiser les efforts en promotion de saines habitudes alimentaires, de l'activité physique et en prévention de l'obésité. Le symbole suivant permet de les identifier : ↗↗. Ce sont **ces pistes sur lesquelles l'accent a été mis dans le présent résumé**.

5. Il est ponctuellement arrivé que certaines propositions issues du forum ne convergent pas tout à fait avec les recommandations internationales ou avec le portrait de l'*Expérience québécoise*. Lorsque cela est arrivé, nous l'avons signalé dans les annexes de l'ouvrage complet mais n'avons pas accordé la priorité à ces pistes d'action dans nos conclusions. Il serait utile de poursuivre la réflexion sur ces sujets.

Conclusion

Prendre du recul pour avoir une vue d'ensemble des initiatives gouvernementales ou menées de concert avec des organisations publiques a permis de voir que le Québec est engagé sur la bonne voie.

L'approche adoptée tient compte du fait qu'il n'y pas véritablement de solution unique et qu'un ensemble d'interventions et de politiques publiques doivent être mise en œuvre simultanément.

L'approche adoptée au Québec tient aussi compte du fait que la transformation des environnements nécessite l'action d'une multitude d'organisations : des organisations provenant de secteurs très variés pour qui l'amélioration de la santé de la population n'apparaît pas traditionnellement comme partie intégrante de leur mandat ou de leur mission. Il s'agit là de l'ultime défi.

Pour que les décideurs de tous les horizons puissent contribuer à cette transformation, il faut élargir la vision au-delà des mandats ou des missions spécifiques de chaque organisation. De la même manière que le développement durable est devenu une préoccupation autant des organisations à vocation économique que des gouvernements municipaux, la création d'environnements favorables à la santé devra faire partie des objectifs à atteindre pour un grand nombre d'organisations publiques et privées. Pour y arriver, il faudra non seulement du leadership, mais aussi une nouvelle manière de penser la coexistence des multiples objectifs

sociétaux de prospérité, de sécurité, d'équité, de développement durable et de santé.

Pour en savoir plus :

Le contenu de ce résumé se trouve intégralement dans l'ouvrage *COMMENT FAIRE MIEUX?, L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité* (chapitre 5), dans lequel les mêmes textes sont accompagnés de toutes les **références bibliographiques** utilisées.




L'ouvrage complet, le résumé et la liste des 166 interventions québécoises répertoriées sont disponibles au lien suivant : <http://iucpq.qc.ca/comment-faire-mieux>.

50 pistes à privilégier

POUR « FAIRE MIEUX » EN PROMOTION D'UNE SAINTE ALIMENTATION, DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET EN PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ AU QUÉBEC

Dans un contexte où les ressources sont limitées mais où de nombreux progrès restent à accomplir en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité au Québec, le projet CFM a permis d'aboutir à des pistes visant parfois à renforcer la sensibilisation et l'éducation du public, mais aussi et surtout à se tourner vers des actions plus structurelles, parfois réglementaires, touchant une large part de la population sur le long terme et à un coût raisonnable. Ces pistes visent à créer des environnements favorables à une saine alimentation et à un mode de vie physiquement actif, notamment en matière d'offre alimentaire et d'aménagement du territoire. Voici le détail des 50 pistes retenues pour « faire mieux ».

LÉGENDE

-  Essentiel de maintenir les efforts engagés
-  Essentiel de renforcer les efforts existants et/ou de mettre en place de nouvelles actions
-  Incontournable de renforcer les efforts existants et/ou de mettre en place de nouvelles actions

POPULATIONS À CIBLER

1. Conserver une approche préventive qui cible l'ensemble de la population ➔.
2. Inclure des efforts spécifiques en direction des jeunes et des groupes de population vulnérables et défavorisés sur le plan socioéconomique ➔.

MILIEUX D'INTERVENTION À PRIORISER

3. La promotion des saines habitudes alimentaires et de l'activité physique requiert l'implication d'une grande diversité de parties prenantes à tous les niveaux (national, régional, municipal). Au Québec, un grande variété d'interventions touchent déjà le milieu scolaire et la communauté dans son ensemble : cela doit rester une priorité ➔.
4. En revanche, il convient d'accroître spécifiquement les efforts en matière d'aménagement et de développement du territoire favorable à l'activité physique, en matière d'offre alimentaire saine (en incluant la participation du secteur privé) et en intervenant davantage dans l'environnement socioculturel ➔.

PROMOTION DE SAINES HABITUDES ALIMENTAIRES

À l'échelle de l'individu

5. Maintenir les efforts existants en matière de promotion de l'allaitement maternel ➔.
6. Maintenir les efforts existants en matière d'éducation alimentaire, sensorielle, culinaire et nutritionnelle chez les jeunes ➔.

7. Renforcer les efforts engagés par le gouvernement provincial auprès de ses employés en matière d'information et de sensibilisation sur les saines habitudes de vie ↗.
8. Renforcer les actions de promotion d'une saine alimentation en milieux de soins, notamment par l'extension du counseling sur la saine alimentation à toute la province ↗.

Environnement physique

9. Maintenir les efforts visant à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments et boissons offerts dans les écoles et les milieux de garde, notamment en limitant la disponibilité de produits au profil nutritionnel peu favorable à la santé (forte teneur en graisses et/ou en sucres ajoutés et/ou en sel) →.
10. Réaménager les infrastructures des milieux scolaires et des services de garde éducatifs à l'enfance afin d'offrir des espaces propices aux repas conviviaux ↗↗.
11. Investir dans la surveillance de la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons afin de favoriser la reformulation des aliments transformés ↗↗.
12. Maintenir les efforts existants en matière d'aménagement d'espaces privatifs réservés à l'allaitement maternel dans les lieux publics →.
13. Accroître les efforts visant à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments et boissons offerts dans les lieux publics et les établissements gouvernementaux, notamment en limitant la disponibilité de produits au profil nutritionnel peu favorable à la santé (forte teneur en graisses et/ou en sucres ajoutés et/ou en sel) ↗.

14. Modifier la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme afin d'y inclure des critères favorisant la saine alimentation dans le processus d'élaboration des schémas d'aménagement et de développement (SAD) ↗.

Environnement socioculturel

15. Organiser une campagne de sensibilisation de masse véhiculant une série de repères simples et positifs sur la saine alimentation, en misant dans la mesure du possible sur des médias novateurs et moins coûteux ↗ ↗.
16. Renforcer l'application de la Loi sur la publicité ciblant les enfants afin de tenir compte des nouveaux médias et de contrer certaines nouvelles techniques de marketing ↗.

Environnement politique

17. Renforcer les politiques incitatives en matière d'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre d'aliments et de boissons dans les écoles ↗.
18. Instaurer une politique réaménageant les horaires d'écoles afin de favoriser un temps de repas suffisamment long et convivial ↗.

Environnement économique

19. Renforcer la qualité nutritionnelle dans les programmes d'aide alimentaire et les efforts visant à assurer l'accès économique à une saine alimentation pour les groupes de la population défavorisés sur le plan socioéconomique ↗.
20. Instaurer une taxe sur les boissons sucrées dont les recettes seront réinvesties en promotion de la santé ↗.

PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

À l'échelle de l'individu

21. Maintenir les efforts de promotion d'un mode de vie physiquement actif, du jeu actif et de réduction de la sédentarité à l'échelle individuelle dans toute la population ➡.
22. Renforcer les actions de promotion de l'activité physique en milieux de soins, notamment par l'extension du counseling sur l'activité physique à toute la province ↗.

Environnement physique

23. Élaborer une politique d'aménagement du territoire favorisant une mixité d'utilisation des sols raisonnée (densité d'habitation modérée, potentiel piétonnier satisfaisant, implantation de bureaux, d'écoles, de garderies, d'épiceries, de supermarchés et d'autres commerces et services de proximité) ↗↗.
24. Réaménager les infrastructures et renforcer l'offre d'animations, d'équipement et de matériel afin de stimuler l'activité physique dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance ↗↗.
25. Inciter les municipalités à capitaliser davantage sur leurs politiques familiales, schémas d'aménagement et de développement (SAD) et plans d'urbanisme pour développer l'offre d'activités physiques sportives et récréatives, le transport actif, les parcs, les aires de jeux et les espaces verts ↗↗.
26. Inciter les commissions scolaires à mettre moins d'accent sur le transport scolaire et davantage sur le transport public afin de favoriser le déplacement actif des écoliers ↗.

Environnement socioculturel

- 27.** Maintenir les efforts de sensibilisation de masse faisant la promotion de l'activité physique, en privilégiant des repères simples et positifs, et en misant dans la mesure du possible sur des médias novateurs et moins coûteux ➔.

Environnement politique

- 28.** Instaurer une politique renforçant le temps d'activité physique sur le temps scolaire, périscolaire, et dans les milieux de garde ↗↗.
- 29.** Renforcer les ententes municipalités – commissions scolaires, afin de favoriser la mutualisation des ressources en matière d'infrastructures de sports et loisirs ↗.
- 30.** Instaurer une politique réaménageant les horaires d'écoles afin d'encourager l'activité physique de loisirs sur le temps périscolaire, et afin de stimuler le transport actif ↗.
- 31.** Réviser les cadres normatifs qu'utilisent les urbanistes et architectes dans la planification des villes et des bâtiments publics afin de favoriser l'activité physique, le transport actif et le transport public ↗.

Environnement économique

- 32.** Maintenir l'accès à des activités physiques et/ou sportives de loisirs gratuites ou à prix abordable dans les municipalités ➔.

PROMOTION D'UNE SAINTE IMAGE CORPORELLE

- 33.** Les efforts d'intervention focalisés sur l'image corporelle et les préoccupations excessives à l'égard du poids doivent être maintenus au Québec. Néanmoins, une réflexion spécifique

devrait être engagée afin de savoir si ces efforts sont tous pertinents et suffisants ➔.

DIMENSIONS TRANSVERSALES DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE

Approche globale et systémique

34. Renforcer l'approche systémique québécoise en promotion des saines habitudes de vie, reposant sur la combinaison de multiples stratégies et canaux d'interventions ↗↗.
35. Capitaliser sur les synergies potentielles entre la promotion des saines habitudes de vie et d'autres domaines d'intervention politique tels que la réussite et la persévérance scolaire, le transport en remplacement de l'automobile et le développement durable ↗.

Approche intersectorielle et intégrée

36. L'action intersectorielle devrait s'inscrire dans le cadre d'une politique de prévention implantée sous l'égide du plus haut palier gouvernemental (c'est-à-dire par le premier ministre du Québec) ↗↗.
37. Reconduire l'approche et les structures de concertation intersectorielles existantes à tous les paliers en promotion des saines habitudes de vie (comités interministériels, tables intersectorielles régionales, regroupements locaux de partenaires) ↗.
38. Privilégier une animation des structures ou des comités intersectoriels par un coordonnateur neutre extérieur au réseau de santé publique ↗.

Leadership, gouvernance et transparence

39. Créer une structure de coordination pour la promotion des saines habitudes de vie, incluant les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, afin de renforcer la concertation des parties prenantes ainsi que la cohérence et la synergie des actions mises en œuvre ↗ ↗.
40. Faire des municipalités des partenaires incontournables pour intervenir en promotion des saines habitudes de vie →.

Contextualisation et priorisation

41. Fixer des objectifs de santé publique en lien avec la saine alimentation et l'activité physique qui soient chiffrés, ambitieux mais atteignables et mesurables, afin de guider l'action et mesurer les progrès accomplis ↗.
42. Faire adopter par les structures intersectorielles des objectifs tangibles, à court terme et tenant compte des besoins exprimés sur le terrain afin d'interpeler et mobiliser les partenaires les plus pertinents ↗.

Équité et inclusion

43. Maintenir les efforts de prévention et de promotion existants en faveur de groupes de population vulnérables et défavorisés sur le plan socioéconomique →.
44. Cibler prioritairement les groupes de population défavorisés sur le plan socioéconomique dans le cadre d'interventions où des inégalités sociales significatives ont été documentées (ex. offre alimentaire dans les écoles) ↗.

Mobilisation de ressources

45. Élaborer une stratégie de communication soulignant, statistiques à l'appui, l'importance d'investir davantage en prévention des maladies chroniques au Québec ↗.
46. S'assurer qu'une partie importante des revenus de la taxation du tabac est investie en prévention et en promotion de la santé →.

Renforcement de la capacité des parties prenantes

47. Poursuivre les efforts de formation des acteurs de terrain sur les environnements favorables à la santé, en optimisant les actions de formation et d'accompagnement de l'ensemble des parties prenantes à l'échelle régionale afin de ne pas sur-solliciter les acteurs municipaux ↻.

Vision à long terme et pérennisation

48. Assurer la pérennité des stratégies, des mécanismes de travail, et de la capacité d'intervention des parties prenantes qui ont été mis en place et développés depuis une dizaine d'années au Québec au prix d'une mobilisation de ressources sans précédent ↗↗.

Recherche, surveillance et évaluation

49. Renforcer les capacités d'évaluation des parties prenantes de l'*Expérience québécoise* et favoriser une évaluation plus systématique des processus et des effets des interventions mises en œuvre ↗↗.
50. Mettre en œuvre des projets pilotes et des études d'impact prospectives sur la santé avant de déployer des interventions novatrices à grande échelle ↗.

Devant l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, de l'embonpoint et de l'obésité, le Québec a déployé de nombreux efforts au cours des dernières années. Alors que le Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids est arrivé à son terme en 2012, que le partenariat de *Québec en Forme* arrive à échéance en 2017 et qu'un nouveau Programme national de santé publique (PNSP) est en préparation, nous nous trouvons à un moment charnière. *Comment le Québec pourrait-il faire mieux ?* est la question fondamentale que se posent actuellement de nombreux intervenants et experts.

Pour tenter d'éclairer les décideurs et les parties prenantes, une démarche d'analyse systématique et de réflexion a été proposée conjointement par la Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité (PEPO) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Le projet « COMMENT FAIRE MIEUX ? » (CFM) visait à dresser un portrait macroscopique de l'*Expérience québécoise* en promotion des saines habitudes alimentaires, de l'activité physique et en prévention de l'obésité (2006-2014), et à le comparer à ce qui est recommandé dans les écrits scientifiques et par des organisations de réputation internationale. Les conclusions de cette analyse ont été discutées lors d'un forum délibératif réunissant des acteurs impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'*Expérience québécoise* ainsi que des experts dans le domaine de la prévention de l'obésité et des maladies chroniques.

Ces travaux ont permis de faire émerger « 50 pistes pour faire mieux ». Dans ce résumé, nous mettons l'accent sur 12 d'entre elles qui apparaissent incontournables à la lumière des travaux scientifiques et des particularités propres au contexte québécois.



CENTRE DE RECHERCHE
INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



UNIVERSITÉ
LAVAL

ISBN 978-2-923250-46-5



9 782923 250465



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

DICTAMEN N° 718/2017

OBJETO: Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía.

SOLICITANTE: Consejería de Salud.

Presidente:

Cano Bueso, Juan B.

Consejeras y Consejeros:

Álvarez Civantos, Begoña
Cañizares Laso, Ana
Escuredo Rodríguez, Rafael
Fernández Ortega, Juan Manuel
Gutiérrez Melgarejo, Marcos J.
Gutiérrez Rodríguez Francisco J.
Jiménez López, Jesús
Martínez Pérez, María Dolores
Oya Amate, Vicente Alfonso
Román Vaca, Eduardo.
Sánchez Galiana, José Antonio
Tárrago Ruíz, Ana

Secretaria:

Linares Rojas, María Angustias

El expediente referenciado en el objeto ha sido dictaminado por el Pleno del Consejo Consultivo de Andalucía, en sesión celebrada el día 12 de diciembre de 2017, con asistencia de los miembros que al margen se expresan.

ANTECEDENTES DE HECHO

Con fecha 6 de noviembre de 2017 tuvo entrada en este Consejo Consultivo solicitud de dictamen realizada por la Excm. Sra. Consejera, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 17.2 y al amparo del artículo 22, párrafo primero, de la Ley 4/2005, de 8 de abril, del Consejo Consultivo de Andalucía.

FIRMADO POR

JUAN BAUTISTA CANO BUESO

14/12/2017

PÁGINA 1/92

MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS

VERIFICACIÓN

Pk2jm671LOHV6WCONVr92IJJGgf9F

<https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

En aplicación de lo dispuesto en el artículo 20, párrafo segundo, de la citada Ley, la competencia para la emisión del dictamen solicitado corresponde al Pleno, y de acuerdo con lo establecido en su artículo 25, párrafo primero, de la misma Ley el plazo es de treinta días.

Del expediente remitido se desprenden los siguientes antecedentes fácticos:

1.- Con fecha 29 de septiembre de 2016, el entonces Consejero de Salud acuerda iniciar el procedimiento de elaboración del Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía.

Dicho acuerdo se acompañada de la siguiente documentación elaborada, con igual fecha, por la Secretaría General de Salud Pública y Consumo:

- **Borrador núm. 1** del Anteproyecto de Ley (versión 13 de "29/09/2016").

- Informe sobre el impacto de género, en el que se indica que la disposición tendrá un impacto positivo desde esta óptica.

- Memoria económica, en la que se indica que la implantación de la Ley supondrá una progresiva reducción de los costes sanitarios.

- Informe sobre las cargas administrativas.

- Informe de evaluación del impacto sobre la infancia, en el que se pone de manifiesto que la aplicación de la norma tendrá influencia positiva para la infancia.

- Relación de entidades a las que se considera conveniente conceder trámite de audiencia.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 2/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONvr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

2.- Seguidamente figura nueva redacción de la disposición proyectada [referencia: borrador 1 (17/10/16)].

3.- Con fecha 18 de octubre de 2016 formulan observaciones las Consejerías de Igualdad y Políticas Sociales, de Turismo y Deporte y de Fomento y Vivienda. Tras las mismas se redacta un nuevo texto [referencia: borrador 2 (18/10/16)].

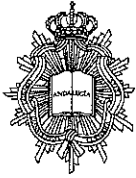
4.- Con igual fecha, el Servicio del Secretariado del Consejo de Gobierno formula observaciones al texto del Anteproyecto de Ley. A continuación se redacta una nueva versión de la norma [referencia: borrador 3 (19/10/16)].

5.- Mediante correos electrónicos de 19 de octubre de 2016 presentan observaciones las Consejerías de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural y de Igualdad y Políticas Sociales. Tras lo cual se redacta un nuevo texto [referencia: borrador 4 (21/10/16)].

6.- A continuación figura nuevo borrador (versión de 25/10/16) para su presentación al Consejo de Gobierno.

7.- Seguidamente consta certificación de 2 de noviembre de 2016, relativa al acuerdo adoptado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, en sesión de 25 de octubre, sobre consultas, dictámenes e informes que deben recabarse, así como sobre la continuación de la tramitación preceptiva del Anteproyecto de Ley hasta su definitivo análisis como Proyecto de Ley.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 3/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJJGg9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

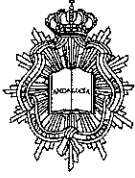
8.- Con fecha 2 de noviembre de 2016, la Secretaría General de Salud Pública y Consumo redacta memoria en la que se indica que el Anteproyecto de Ley en estudio no establece restricciones ni a la libertad de establecimiento, ni a la libre prestación de servicios.

Asimismo cumplimenta el formulario relativo al informe preceptivo previsto en el artículo 3.1) de la ley 6/2007, de 26 de junio, de Promoción y Defensa de la Competencia de Andalucía.

9.- Con fecha 4 de noviembre de 2016 el Secretario General Técnico acuerda la apertura del trámite de audiencia, por plazo de quince días, así como el sometimiento del Anteproyecto de Ley a información pública.

10.- Mediante escritos de 4 de noviembre de 2016, el Secretario General Técnico de la Consejería procede a conceder trámite de audiencia, por un periodo de 15 días, a las siguientes entidades: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria; Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria-Andalucía; Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia-Andalucía; Sociedad Andaluza de Medicina Interna; Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición; Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética; Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía; Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura; Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental; Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria; Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial; Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia; Sociedad Andaluza de Medicina Física y Rehabilitación; Sociedad de Hipertensión y Riesgo Vascular; Estudio Multicéntrico Predimed; Sociedad Española de

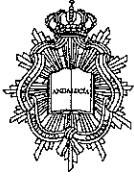
FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 4/92
VERIFICACIÓN	PK2jm671LOHV6WCONvr02IJJG6gf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

Odontopediatría; Asociación Andaluza de Matronas; Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia; Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad; Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Médicos; Consejo Andaluz de Enfermería; Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos; Colegio Profesional de Dietistas Nutricionistas de Andalucía; Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos; Colegio Profesional de Periodistas de Andalucía; Asociación de Pacientes con Síndrome Prader Willi; Federación de Asociaciones de Diabéticos de Andalucía Saint Vincent; Asociación Nacional de Personas Obesas; Asociación Nacional de Obesidad y Sobrepeso; Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual; Asociación Cardíaca de Cádiz "Trébol de Corazones"; Asociación de Pacientes Cardíacos de Granada y Provincia; Asociación de Usuarios de la Comunicación; Asociación de Mujeres Cineastas y de Medios Audiovisuales; Confederación Andaluza de Asociaciones de Padres y Madres del Alumnado; Asociación Vías Verdes de Andalucía; Consumidores en Acción; Unión de Consumidores de Andalucía; Federación Andaluza de Consumidores y Amas de Casa Al Andalus; ADICAE; todas las Universidades Públicas de Andalucía; Confederación de Empresarios de Andalucía; Comisiones Obreras; Unión General de Trabajadores; Federación Española de Industrias de la Alimentación y Bebidas; Federación de Empresas de Bebidas Espirituosas; Asociación de Empresas de Producción Audiovisual y Productores Independientes de Andalucía; Asociación Carta Malacitana; Horeca Andalucía; Asociación Empresarial Marcas de Restauración; ASAJA-Andalucía; Unión de Agricultores y Ganaderos de Andalucía; UPA-Andalucía; Quesandaluz; Landaluz; Asemesa; Azucarera; Cooperativas Agro-Alimentarias de Andalucía; DCOOP; Federación Onubense de Empresarios; Asociación de Bebidas Refrescantes; Famadesa; Ángel

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 5/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONvr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

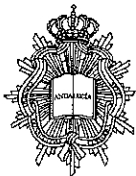
Camacho Alimentación; Adame Productos Congelados; Coca-Cola España; COVAP; MIGASA y PROCAVI.

Igualmente, el mismo día, solicita la emisión de informe a todas las Consejerías y a los siguientes órganos y entidades: Dirección General de Infancia y Familias; Secretaría General para la Administración Pública; Servicio Andaluz de Salud; Consejo Audiovisual de Andalucía; Consejo de la Juventud de Andalucía; Consejo Andaluz de Universidades; Consejo Andaluz de Gobiernos Locales; Consejo Andaluz de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación; Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía y Dirección General de Planificación y Evaluación.

11.- En cumplimiento del acuerdo del Consejo de Gobierno, la Secretaría General Técnica resuelve, con fecha 9 de noviembre de 2016, someter a información pública el Anteproyecto de Ley por plazo de quince días hábiles, a contar desde el día siguiente a la publicación de la resolución en el BOJA; publicación que se produce en el BOJA núm. 219, de 15 de noviembre. El mismo acuerdo prevé la consulta del texto en las dependencias de la citada Secretaría General y en la página web de la Consejería.

12.- Durante el trámite de audiencia e información pública se han recibido alegaciones con la siguiente procedencia: Consejo Andaluz de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación (23 de noviembre de 2016); Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial (23 de noviembre de 2016); Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (28 de noviembre de 2016); Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (29 de noviembre de 2016); Federación Española de Industrias de Alimentación y Bebidas (29 de

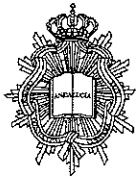
FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 6/92
VERIFICACIÓN	PK2jm671LOHV6WCONVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

noviembre de 2016); Confederación de Empresarios de Andalucía (28 de noviembre de 2016); Consejo Andaluz de Colegios de Enfermería (25 de noviembre de 2016); Federación de Empresarios de Hostelería de Andalucía (30 de noviembre de 2016); Azucarrera (30 de noviembre de 2016); Consumidores en Acción (5 de diciembre de 2016); Unión de Consumidores de Andalucía (2 de diciembre de 2016); Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2 de diciembre de 2016); don Francisco Sánchez Jiménez (12 de diciembre de 2016); COVAP (7 de diciembre de 2016); Asociación Nacional Española de Distribuidores Automáticos (7 de diciembre de 2016); Sociedad Española de Odontopediatría (2 de diciembre de 2016); Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Andalucía (5 de diciembre de 2016); Asociación Empresarial de Marcas de Restauración (7 de diciembre de 2016); Asociación de Bebidas Refrescantes (9 de diciembre de 2016); Coca-Cola Iberia (9 de diciembre de 2016); Ayuntamiento de Málaga (12 de diciembre de 2016); Federación Española de Hostelería (13 de diciembre de 2016); Universidad de Sevilla (14 de diciembre de 2016); Unión General de Trabajadores (19 de diciembre de 2016); Ángel Camacho Alimentación (20 de diciembre de 2016); Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (22 de diciembre de 2016); Lactalis Iberia (14 de diciembre de 2016); Comisiones Obreras (1 de febrero de 2017); doña Rosario Reina Escalante (6 de febrero de 2017); Asociación de Vías Verdes de Andalucía (24 de noviembre de 2016); Asociación Andaluza de Matronas; Asociación de Cadenas Españolas de Supermercados (14 de noviembre de 2016); Sociedad Andaluza de Cancerología; doña Irina Casablanca (2 de diciembre de 2016); don Fran F. (6 de febrero de 2017); Asociación General de Fabricantes de Azúcar de España (2 de diciembre de 2016); FAMPA Alhambra; Colegio Oficial de Licenciados en Edu-

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 7/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

cación Física y en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte de Andalucía (7 de diciembre de 2016); Fundación Internacional de la Dieta Mediterránea (6 de diciembre de 2016); don César Nombela (5 de diciembre de 2016); doña María Sanchidrián Lavado (6 de febrero de 2017); Asociación Nacional de Aguas de Bebida Envasada (7 y 16 de diciembre de 2016); doña María Asunción Martínez Brocca (6 de febrero de 2017); Confederación Andaluza de Empresarios de Alimentación y Perfumería y Marcas de Restauración (7 de diciembre de 2016).

Por otra parte, en lo que respecta al informe solicitado a las Consejerías, constan observaciones con la siguiente procedencia: Consejería de Igualdad y Políticas Sociales (28 de noviembre de 2016); Consejería de Empleo, Empresa y Comercio (29 de noviembre de 2016); Consejería de Educación (30 de noviembre y 16 de diciembre de 2016); Consejería de la Presidencia y Administración Local (7 de diciembre de 2016); Consejería de Turismo y Deporte (25 de enero de 2017); Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural (2 de febrero de 2017). La Consejería de Fomento y Vivienda comunica que no formula alegaciones (5 de enero de 2017).

13.- Constan a continuación emitidos los siguientes informes preceptivos:

- De la Dirección General de Infancia y Familias (15 de noviembre de 2016).

- Del Consejo de las Personas Consumidoras y Usuarías de Andalucía (15 de noviembre de 2016).

- De la Unidad de Igualdad de Género (23 de noviembre de 2016).

- De la Dirección General de Planificación y Evaluación (24 de noviembre de 2016).

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 8/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

- Del Consejo Audiovisual de Andalucía (5 de diciembre de 2016).

- Del Consejo Andaluz de Gobiernos Locales (15 de diciembre de 2016).

14.- El 15 de diciembre de 2016 la Secretaría General Técnica elabora memoria funcional y económica del Anteproyecto de Ley, en la que se recoge que la incidencia económica del citado anteproyecto, tiene como resultado un valor económico igual a cero en todos los apartados de los Anexos I a IV citados en la Disposición Transitoria Segunda del Decreto 162/2006, de 12 de septiembre.

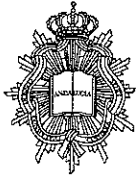
15.- Con fecha 2 de marzo de 2017 consta que las Consejerías de Igualdad y Políticas Sociales, de Fomento y Vivienda y de Turismo y Deporte elaboran memorias recogiendo las valoraciones económicas que les supone la entrada en vigor de la Ley. Del mismo modo, la Consejería de Economía y Conocimiento emite su valoración el día 10 de marzo.

16.- Figura a continuación un nuevo borrador del Anteproyecto de Ley, al que se incorporan las alegaciones aceptadas; texto que fue remitido a la Secretaría General Técnica con fecha 7 de marzo de 2017 (referencia "Presentación CG").

17.- La Secretaría General de Salud Pública y Consumo valora, con fecha 29 de marzo de 2017, las alegaciones presentadas en trámite de audiencia e información pública.

A continuación se redacta **el borrador 3** (versión "29/03/2017").

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 9/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONvr02IJGg9f9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

18.- El Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía emite su informe en relación con el Anteproyecto de Ley (nº 8/2017), con fecha 6 de abril de 2017.

19.- Con fecha 10 de abril de 2017, la Secretaría General Técnica emite su preceptivo informe, de conformidad con lo previsto en el artículo 43.4 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma.

20.- El 1 de junio de 2017 la Secretaría General Técnica redacta nueva memoria funcional y económica, la cual se remite el día 2 de junio a la Dirección General de Presupuestos.

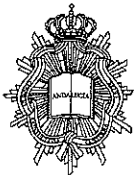
21.- El Gabinete Jurídico emitió su preceptivo informe con fecha 22 de junio de 2017.

22.- Con fecha 19 de julio de 2017, la Secretaría General de Salud Pública y Consumo redacta memoria en relación con la motivación del trámite de audiencia, de acuerdo con lo previsto en los artículos 43.5 y 45.1.c) de la Ley 6/2006.

23.- Con fecha 24 de julio de 2017 la Comisión Consultiva del Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía emite su informe en relación al Anteproyecto de Ley en estudio.

24.- Mediante diligencia de 1 de agosto de 2017 se pone de manifiesto que, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía, la documentación obrante en el expediente se en-

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 10/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WCONVr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

cuentra publicada en la Sección de Transparencia del Portal de la Junta de Andalucía.

25.- Constan a continuación, sin datar, informes de la Secretaría General de Salud Pública y Consumo en los que se valoran los informes emitidos por el Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía, por el Gabinete Jurídico y por el Consejo Andaluz de Gobiernos Locales, redactándose a continuación el **borrador 4** del Anteproyecto de Ley (versión "02/08/2017").

26.- La Dirección General de Presupuestos emite, con fecha 2 de agosto de 2017, su preceptivo informe.

27.- Figura, a continuación, el **borrador 5** del Anteproyecto de Ley, adaptado a las observaciones del Gabinete Jurídico y del Consejo de la Competencia (versión "25/08/2017").

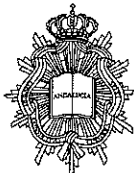
28.- Con fecha 29 de agosto de 2017, la Secretaría General de Salud Pública y Consumo redacta memoria justificativa del cumplimiento de los principios de buena regulación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 129 de la Ley 39/2015.

Igualmente, el 1 de septiembre, valora el informe emitido por el Consejo de la Competencia de Andalucía.

29.- El Consejo Económico y Social emite dictamen sobre el Anteproyecto el 2 de octubre de 2017; dictamen que fue valorado por la Secretaría General de Salud Pública y Consumo, con fecha 10 de octubre.

30.- Mediante nueva diligencia de 20 de octubre de 2017 del responsable de la Unidad de Transparencia de la Viceconsejería

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 11/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WCONVr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

de Salud, se pone de manifiesto que, el texto del Anteproyecto de Ley, las memorias e informes del expediente han sido objeto de la publicidad establecida en el artículo 13.1.b) de la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía. Asimismo consta certificación del Secretario General Técnico sobre el cumplimiento del artículo 13.1.b) de la Ley 1/2014 citada, y que por Resolución de 9 de noviembre de 2016 se acordó someter a información pública el texto del Anteproyecto de Ley (BOJA núm. 216 de 15 de noviembre de 2016), siendo publicado en la dirección electrónica del portal de la Transparencia de la Junta de Andalucía.

31.- Seguidamente se incorpora el **borrador núm. 6** del Anteproyecto de Ley.

32.- A continuación, consta que la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales formula observaciones al texto del Anteproyecto de Ley mediante correo electrónico. A la vista de las mismas, se redacta el **borrador núm. 7**.

33.- Con fecha 10 de octubre de 2017, el Servicio del Secretariado del Consejo de Gobierno formula diversas observaciones al texto del Anteproyecto de Ley.

34.- Asimismo, mediante correos electrónicos de 10 y 11 de octubre de 2017, formulan observaciones las Consejerías de Hacienda y Administración Pública; Turismo y Deporte; Educación e Igualdad y Políticas Sociales. Tras estas observaciones se redacta el **borrador núm. 8** (referencia: borrador 3).

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 12/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr92IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

35.- A continuación, consta que, mediante correos electrónicos de 11 y 18 de octubre de 2017, formulan observaciones la Consejería de Educación y la Agencia de Defensa de la Competencia. Tras las mismas se redacta el **borrador núm. 9**.

36.- Del mismo modo, a través de correos electrónicos fechados el 18 de octubre de 2017, formulan nuevas alegaciones la Agencia de Defensa de la Competencia y la Consejería de Turismo y Deporte. Seguidamente se redacta el **borrador núm. 10** del Anteproyecto de Ley.

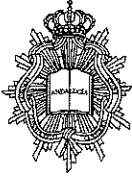
37.- Constan nuevas observaciones formuladas por el Gabinete Jurídico y por la Consejería la Presidencia, Administración Local y Memoria Democrática, con fecha 20 de octubre de 2017. A continuación se redacta el **borrador núm. 11**, en formato "decisión" (referencia: borrador 6).

38.- El Gabinete Jurídico formula nuevas observaciones al texto con fecha 30 de octubre de 2017. En esta misma fecha, la Secretaría General de Salud Pública y Consumo elabora memoria en relación con la proporcionalidad de las medidas recogidas en el Anteproyecto de Ley.

39.- La norma proyectada fue objeto de estudio por la Comisión General de Viceconsejeros y Viceconsejeras en su reunión del día 30 de octubre de 2017, en la que se acordó solicitar el dictamen del Consejo Consultivo de Andalucía.

40.- A continuación figura el **borrador núm. 12** del Anteproyecto de Ley en formato "Decisión" (referencia borrador 7 para CCA).

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 13/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WC0NVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

41.- El texto sometido a dictamen de este Órgano Consultivo (en formato "decisión" y en limpio) consta de exposición de motivos, cincuenta y cuatro artículos (distribuidos en un título preliminar y siete títulos), tres disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria, tres disposiciones finales y un anexo.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

I

Se somete a dictamen de este Consejo Consultivo el "Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía".

La disposición legal proyectada pretende regular las acciones necesarias para la promoción de la actividad física y de una alimentación saludable y equilibrada entre la población y la atención integral a las personas que padecen sobrepeso y la obesidad y promoción de la salud (art. 1).

En este sentido, tras concretar el objeto, fines, ámbito de aplicación, definiciones y principios de actuación (título preliminar), el Anteproyecto de Ley se ocupa de establecer los derechos y garantías en este ámbito (título I). Seguidamente, establece las medidas para la lucha contra el sobrepeso y la obesidad, que incluyen: las estrategias para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable; la promoción de los entornos y espacios saludables; los incentivos y ayudas

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 14/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

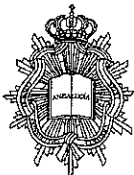
públicas; las "alianzas" con dicha finalidad para el fomento de la actividad física y la alimentación saludable; y la atención sanitaria a las personas que padecen sobrepeso y obesidad (capítulos I, II, III, IV y V, respectivamente, del título II). En este plano destaca la regulación del "Plan Andaluz para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable", así como las prescripciones referidas a centros docentes, centros de personas mayores, de personas con discapacidad y de acogimiento residencial a las personas menores de edad en situación de guarda y tutela por la Junta de Andalucía, y Universidades.

Las medidas relativas a los trastornos de la conducta alimentaria se concretan en el título III del Anteproyecto de Ley.

El título IV se destina a regular la publicidad y comercialización de alimentos y bebidas no alcohólicas, y el título V a la "organización, coordinación y gobernanza" en esta materia, concretando las competencias de las Administraciones Públicas en Andalucía en la materia, así como determinados instrumentos al servicio de las finalidades perseguidas (Mapa andaluz de la situación de sobrepeso y obesidad y Sistema de Información de calidad nutricional de los alimentos en Andalucía), al mismo tiempo que crea un órgano de participación y un órgano de asesoramiento.

Finalmente, el título VI se ocupa de la formación, investigación e innovación en este ámbito y el título VII establece el régimen sancionador.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 15/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJJGg9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

Efectuada esta somera descripción del Anteproyecto de Ley, examinamos, en primer lugar, los derechos y principios que deben presidir la regulación, así como la coherencia de la misma con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Unión Europea, para referirnos después a los títulos competenciales con que cuenta la Comunidad Autónoma para la aprobación de la futura Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía. También nos referiremos a las competencias municipales en este ámbito.

1. Principios y derechos que han de ser considerados en la futura Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía.

Destinamos este apartado a examinar los principios y derechos concernidos por la regulación, refiriéndonos en particular al derecho a la protección de la salud, que es el hilo conductor de la disposición proyectada, así como al derecho al deporte, y a la libertad de empresa, sin perder de vista la prohibición de discriminación por circunstancias personales.

1.1. Vinculación del Anteproyecto de Ley con el derecho a la protección de la salud.

Ante todo, cabe afirmar que el Anteproyecto de Ley está directamente relacionado con el derecho a la protección de la salud, sobre el que pivota el conjunto de la disposición sometida a dictamen.

Dicho derecho se reconoce en el artículo 43 de la Constitución Española (apartado 1), que atribuye a los poderes públicos la responsabilidad de organizar y tutelar la salud pública



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

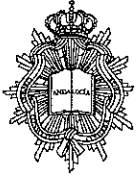
a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (apdo. 2).

Lo anterior debe ponerse en conexión con el *"derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"*, reconocido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (a su vez ligado al art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos), según el cual, entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad del mismo (apartado 2) figurarán las necesarias para el sano desarrollo de los niños; la prevención y el tratamiento de las enfermedades y la lucha contra ellas; y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

A su vez, la Convención sobre los Derechos del Niño dispone en su artículo 24 que los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, y están obligados a adoptar las medidas apropiadas para lograr los objetivos previstos en su apartado 2, cuyo párrafo e) se refiere en concreto al de *"asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna"*.

En este mismo contexto damos por reproducido el artículo 35 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea relativo al derecho de toda persona a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 17/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WCONvr02IJJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

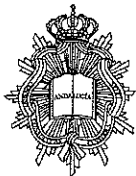
Por su parte, el Estatuto de Autonomía para Andalucía dispone en su artículo 22.1 que el referido derecho constitucional se garantiza mediante un sistema sanitario público de carácter universal, con el alcance referido en ese mismo artículo. Tal y como este Consejo Consultivo expone en su dictamen 118/2017, en la concreta formulación de dicho derecho han de tenerse en cuenta la prohibición de discriminación contenida en el artículo 14 del Estatuto de Autonomía (en relación con el artículo 14 de la Constitución) y los objetivos básicos que éste establece en el artículo 10, apartados 2 y 3, párrafos 14º y 19º. Asimismo, hay que recordar que el propio artículo 22 contempla que *"las personas que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes"* (apartado 3).

A su vez, el artículo 37 del Estatuto de Autonomía (al enunciar los principios rectores que deben orientar las políticas públicas de la Comunidad Autónoma) se refiere al consumo responsable, solidario, sostenible y de calidad, particularmente en el ámbito alimentario (apartado 1.19.º) y el apartado 2 del mismo artículo dispone que los principios rectores enunciados en su apartado 1 se orientarán además a superar las situaciones de desigualdad y discriminación de las personas y grupos que puedan derivarse de sus circunstancias personales o sociales o de cualquier otra forma de marginación o exclusión.

1.2. Actividad física saludable y deporte.

Por otro lado, el examen del Anteproyecto de Ley en lo que respecta a la regulación de la actividad física saludable,

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 18/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6wCONvr02IJJGg9f9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

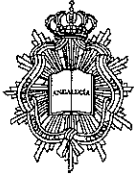
lleva a recordar que el artículo 43.3 de la Constitución Española mandata a los poderes públicos a fomentar la educación sanitaria, la educación física y el deporte.

La redacción y ubicación del precepto parte de la conexión entre deporte y salud, que se reconoce expresamente en la legislación estatal y autonómica que desarrolla este derecho constitucional. Así, la Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte, que consagra el principio de que la práctica del deporte es libre y voluntaria, subraya en su exposición de motivos que el deporte constituye un elemento fundamental del sistema educativo y su práctica es importante en el mantenimiento de la salud y un elemento determinante de la calidad de vida.

Esta faceta de la práctica deportiva es asumida por la Ley 5/2016, de 19 de julio, del Deporte de Andalucía, que reconoce el derecho de todas las personas a la práctica deportiva y destaca su papel en la prevención y promoción de la salud al regular la función y los valores del deporte (art. 4), recogiendo como principio rector "la formulación de la práctica deportiva como un factor esencial para la salud, una mayor calidad de vida, el bienestar social y el desarrollo integral de la persona".

Desde este planteamiento debe entenderse la afirmación que se realiza en la exposición de motivos del Anteproyecto de Ley sobre la sinergia que se pretende establecer entre el mismo y la Ley del Deporte de Andalucía.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 19/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONvr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



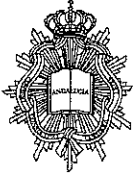
1.3. Derecho a la libertad de empresa.

Desde otro ángulo, en lo que atañe a determinadas medidas del Anteproyecto de Ley con incidencia en la libertad de empresa, hay que recordar que el artículo 38 de la Constitución Española *"reconoce la libertad de empresa en el marco de la economía de mercado"*, añadiendo que *"los poderes públicos garantizan y protegen su ejercicio, de acuerdo con las exigencias de la economía general y, en su caso, de la planificación"*. A su vez, el artículo 139.2 de la Constitución asegura *"la libre circulación de mercancías y personas en todo el territorio español"*.

La jurisprudencia del Tribunal Constitucional recuerda que el derecho fundamental a la libertad de empresa se ejerce *«dentro de un marco general configurado por las reglas, tanto estatales como autonómicas, que ordenan la economía de mercado y, entre ellas, las que tutelan los derechos de los consumidores...»* [STC 227/1993, de 9 de julio, FJ 4 e), cuya doctrina se reitera en la STC 89/2017, de 4 de julio, FJ 14, entre otras]. Todo ello, sin perjuicio del respeto de la *«doble garantía constitucionalmente establecida»*, esto es, la de la reserva de ley y la que obliga a respetar el núcleo esencial del derecho, *«del que ni siquiera el legislador puede disponer»*.

En este sentido, el Tribunal Constitucional ha precisado que cuando se trata de regulaciones que afectan al ejercicio de una actividad empresarial y no al propio acceso a la misma (en las que el canon de constitucionalidad es más incisivo), el juicio de constitucionalidad sobre las condiciones o limita-

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 20/92
VERIFICACIÓN	PK2jm671LOHV6WCONVr02IJJGg9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

ciones en cuestión «permite verificar si esas medidas son "constitucionalmente adecuadas", esto es, si la medida cuestionada constituye una medida adecuada para la consecución de un fin constitucionalmente legítimo» (SSTC 53/2014, de 10 de abril, FJ 7, y 35/2016, de 3 de marzo). Desde esta óptica, el Tribunal Constitucional subraya que las medidas «deben ajustarse a un canon de razonabilidad en el sentido de que respondan a un objetivo constitucionalmente legítimo y sean idóneas o adecuadas para conseguirlo sin que su intensidad llegue al punto de suponer un impedimento práctico del libre ejercicio de la actividad económica» [STC 111/2017, de 5 de octubre, FJ 4.a), entre otras].

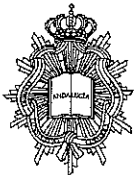
2. Actividad física, alimentación saludable y lucha contra el sobrepeso y obesidad. Recomendaciones y estrategias de la OMS, del Consejo de Europa y de la Unión Europea

La exposición que se realiza en este apartado permite verificar que el Anteproyecto de Ley ha sido elaborado en sintonía con las recomendaciones y estrategias de la OMS, del Consejo de Europa y de la Unión Europea.

2.1. Sobrepeso y obesidad como problemas de salud pública.

El problema de salud pública del sobrepeso y la obesidad está clasificado entre los más graves del siglo XXI. En línea con lo que se indica en la exposición de motivos del Anteproyecto de Ley, los estudios científicos consideran que la obesidad se ha convertido en una "epidemia global".

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 21/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



2.1.1. Recomendaciones de la OMS.

Tal y como se deduce de la exposición de motivos del Anteproyecto de Ley, el problema al que nos referimos se ha abordado desde hace más de una década en diversos documentos de la OMS. Así, la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, aprobada por la quincuagésima séptima reunión de la Asamblea Mundial de la Salud (17 al 22 de mayo de 2004), está concebida con el propósito de reducir sustancialmente la mortalidad y la morbilidad mundiales mejorando la alimentación y promoviendo la actividad física. En este sentido, la Estrategia Mundial señala que deben impulsarse las políticas, estrategias y planes de acción, destacando la importancia de la "implicación de los gobiernos" y de "la colaboración entre el sector de la salud y otros sectores fundamentales, como los de la agricultura, la educación, la planificación urbana, los transportes y la comunicación".

Entre otros aspectos, la citada Estrategia se refiere a la información educación, comunicación y concienciación de la población y concienciación del público, a la promoción de productos alimenticios acordes con una dieta saludable y la importancia de desalentar los mensajes que promuevan prácticas alimentarias malsanas o la inactividad física y a la colaboración entre los gobiernos, los grupos de consumidores y el sector privado (incluido el de la publicidad) a fin de formular criterios multisectoriales apropiados para la comercialización de los alimentos dirigida a los niños, abordando cuestiones como la del patrocinio, la promoción y la publicidad.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 22/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WC0NVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



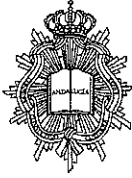
CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

En 2007, la Oficina Regional de la OMS publicó el estudio titulado "El reto de la obesidad en la región europea de la OMS y las estrategias de respuesta", en el que se abordan diferentes recomendaciones relacionadas con la prevención de la obesidad mediante una alimentación adecuada, y ello sobre la base de las conclusiones alcanzadas por los expertos en la materia.

En esta dirección apunta el "Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020", adoptado en la sexagésima sexta reunión de la Asamblea Mundial de la Salud (20-28 de mayo de 2013), en la que se fijan determinadas recomendaciones y metas relacionadas con la regulación sometida a dictamen, entre ellas detener el aumento de la obesidad y reducir la prevalencia de la inactividad física.

En la declaración final de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN2), organizada conjuntamente por la FAO y la OMS (celebrada en Roma del 19 al 21 de noviembre de 2014), los Ministros y representantes de los Estados miembros se refieren a la malnutrición en todas sus formas, con inclusión de las manifestaciones que provocan sobrepeso y la obesidad, para señalar que no sólo afecta a la salud, sino que también supone una pesada carga en forma de consecuencias sociales y económicas negativas para las personas, las familias y las comunidades. La declaración incorpora determinados datos sobre el rápido aumento del sobrepeso y la obesidad entre niños y adultos en todas las regiones ("en 2013 había 42 millones de niños menores de cinco años afectados por el sobrepeso y en 2010, más de 500 millones de adultos afectados por la

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 23/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6wCONvr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

obesidad"). En este sentido precisa que "los factores de riesgo dietético, junto con una actividad física inadecuada, explican casi el 10% de la carga mundial de la morbilidad y la discapacidad". Por tales motivos la declaración reafirma la necesidad de proyecto de acción mundial para poner fin a todas las formas de malnutrición, considerando que se trata de un imperativo por razones sanitarias, éticas, políticas, sociales y económicas. Entre otras recomendaciones, la declaración destaca que deberían fomentarse dietas saludables en los centros preescolares y escolares, las instituciones públicas, los lugares de trabajo y los hogares, así como una alimentación sana por parte de las familias.

En mayo de 2015 la Oficina Regional de la OMS para Europa presentó un nuevo estudio con una proyección de los datos de obesidad, hecho público en el Congreso Europeo de Obesidad celebrado en Praga, en el que alerta de que Europa podría enfrentarse a una crisis de obesidad de enormes proporciones hacia el año 2030, y se destaca la urgencia en la adopción de medidas para revertir esta tendencia actuando sobre los alimentos no saludables. Según dicho estudio, en España la obesidad en los hombres podría afectar al 36%, frente al 19% en 2010.

Más allá de las concretas cifras sobre la preocupante tendencia apuntada, los estudios ponen de manifiesto la necesidad de actuar y de hacerlo con una visión sistemática. En el Boletín de la OMS de 1 de julio de 2015 (volumen 93, número 7, 437-512) se subraya la necesidad de hacer frente a dicho problema de salud mediante un enfoque multidisciplinar mediante una combinación de políticas, incluyendo una restricción de la

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 24/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WC0NVr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

comercialización de alimentos que no sean sanos para los niños, etiquetas nutricionales suplementarias, estrategias en el precio de los alimentos y una mejora de la calidad nutricional de los alimentos en las escuelas y otros establecimientos del sector público. El Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS ha expresado que los países tienen que prestar atención a cómo guían el sistema alimenticio, trabajando con varios sectores, "incluyendo la agricultura, la producción de alimentos, las industrias de distribución y minoristas, la salud, la asistencia social y la educación".

2.1.2. Estrategia Europea.

En el Libro Blanco "Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad" [COM (2007) 279 final, de 30 de mayo de 2007], la Comisión señala la importancia de la información a los consumidores en este ámbito, precisando que la publicidad y el marketing de alimentos influyen en la alimentación, especialmente de los niños. En este plano, la Comisión alude también al fomento de los regímenes correguladores y autorreguladores a nivel nacional que cuenten con la aceptación de los agentes interesados.

El Libro Blanco reconoce que la infancia es un periodo determinante para inculcar comportamientos saludables y los conocimientos vitales necesarios para adoptar un estilo de vida saludable, de modo que las escuelas desempeñan un papel fundamental en esa tarea.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 25/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WC0Nvr02IJJG6gf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

Del mismo modo, la Comisión señala que los agentes privados deben asumir un papel destacado en el desarrollo de una opción saludable para los consumidores y de su capacitación para adoptar estilos de vida saludables, subrayando que sus acciones en este ámbito pueden complementar la política de las autoridades públicas y las iniciativas legislativas a nivel europeo y nacional.

En el marco de la Política Agraria Común (PAC), la Comisión se compromete a promover objetivos de salud pública (inclusión de frutas y hortalizas en la dieta de los niños, promoviendo su consumo en lugares específicos como las escuelas). Asimismo se refiere al fomento de la actividad física, abarcando desde los deportes organizados a los desplazamientos activos entre el domicilio y el trabajo o las actividades al aire libre. En este sentido, la Comisión considera que los Estados miembros y la UE deben adoptar medidas proactivas para invertir la tendencia a la disminución de la actividad física en las últimas décadas, y precisa que el apoyo de un entorno físico y social favorable debe acompañar al esfuerzo personal por aumentar la actividad física.

El Libro Blanco advierte, asimismo, que el aumento de la obesidad entre los niños europeos afecta desproporcionadamente a los "grupos socioeconómicos bajos", por lo que propone programas orientados a las zonas urbanas y medidas destinadas a regenerar los espacios públicos, que pueden incluir infraestructuras en zonas social y económicamente desfavorecidas, que podrían convertirse en lugares propicios a la actividad física.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 26/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCQNVr92IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

Pues bien, la lectura del Anteproyecto de Ley permite comprobar, como ya se apuntó, que las medidas que se pretenden adoptar son concordantes con las propuestas de acción en la Unión Europea.

En el contexto de la libre circulación de alimentos seguros y saludables y la protección de los consumidores, la exposición de motivos del Anteproyecto de Ley se refiere asimismo al Reglamento (CE) nº 178/2002 del Parlamento y del Consejo, de 28 de enero de 2002, que determina que la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EESA) es referencia en nutrición, así como al Reglamento (CE) nº 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de diciembre de 2006, relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos y al Reglamento (UE) nº 1169/2011 del Parlamento y del Consejo, de 25 de octubre de 2011, sobre información alimentaria facilitada al consumidor y que modifica diversos reglamentos.

2.1.3. Estrategia española.

La exposición de motivos del Anteproyecto de Ley alude también a la "Estrategia NAOS" impulsada en febrero de 2005 por el Ministerio de Sanidad con el objetivo de fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física.

En efecto, la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) se desarrolla por la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición con el objetivo de invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad, con el fin de reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 27/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WC0Nvr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

Partiendo de la consideración de que la obesidad, en sí misma, constituye una enfermedad y un factor de riesgo para otras enfermedades de mayor gravedad, la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, consolida dicha "Estrategia" para fomentar una alimentación saludable y promover la práctica de actividad física, disponiendo en su artículo 36 que en ella se establecerán los objetivos nutricionales y de actividad física para la población y los de reducción de la prevalencia de obesidad, así como los principios generales que han de regir las actuaciones en este ámbito.

La exposición de motivos del Anteproyecto de Ley subraya que la regulación ha sido concebida en línea con la referida Estrategia, si bien "da un paso más asumiendo las observaciones de las instituciones internacionales en las que se recomienda la regulación de diferentes ámbitos en los que se sitúan los factores determinantes de esta epidemia mundial para hacer más eficaces las acciones". En este sentido, se destaca que la Consejería de Salud ha venido desarrollando diferentes iniciativas para combatir este problema, como el Plan Andaluz de Actividad Física y Alimentación Equilibrada, puesto en marcha en el año 2004, y el Plan de Obesidad Infantil desde el 2007. Sin embargo, la exposición de motivos afirma que "la tendencia de la epidemia de exceso de peso en Andalucía es creciente" y así lo evidencian los datos que ofrece sobre prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta mayor de dieciséis años y en la población infantil comprendida entre los seis y los nueve años. Por tal motivo se apunta que "esos esfuerzos no han sido suficientes para obtener los resultados deseados", de modo que se viene a justificar la necesidad de la regulación legal proyectada.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 28/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONvr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

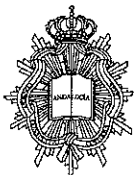
2.2. Actividad física saludable. Recomendaciones de la OMS y del Consejo de Europa, y propuestas de la Unión Europea.

El abordaje del sobrepeso y la obesidad como un grave problema de salud pública, no puede prescindir de la consideración de la actividad física como medio para mejorar la salud. Este planteamiento concuerda con el del Consejo de Europa y la Unión Europea sobre el papel que puede tener la práctica del deporte con tal finalidad.

En este plano, las recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud publicadas por la OMS en 2010 destacan la conexión entre la inactividad física y determinadas enfermedades no transmisibles, hasta el punto de que constituye el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo. Las recomendaciones ofrecen directrices sobre frecuencia, duración, intensidad, tipo y cantidad total de actividad física necesaria para mejorar la salud y prevenir las enfermedades no transmisibles. Asimismo, la OMS señala la importancia de las directrices nacionales y regionales sobre actividad física necesaria para mejorar la salud, subrayando que dichas recomendaciones constituyen una información esencial para los responsables de políticas que se interesan por la actividad física a nivel de la población y que participan en la elaboración de directrices y políticas de alcance regional y nacional sobre la prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

En el mismo sentido, subrayamos que la contribución del deporte a la preservación o mejora de la salud se refleja en la definición contenida en la Carta Europea del Deporte de 1992,

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 29/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

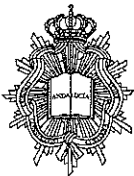
auspiciada por el Consejo de Europa, al aludir a la actividad física encaminada a "la expresión o mejora de la condición física y psíquica" [art. II.1.a)].

La Carta parte de la premisa de que el ejercicio físico contribuye al equilibrio fisiológico y psicológico y reconoce la importancia de la promoción del deporte para la salud (considerando 8 y artículo II). En este plano, la Carta se refiere a la puesta a disposición de instalaciones adecuadas y programas diversificados (artículo VI) y contempla la necesidad de coordinación de las políticas de promoción del deporte (artículo XIII), teniendo en cuenta su relación con otros campos (entre ellos, educación, salud, servicios sociales y ordenación urbana).

La Unión Europea parte de este mismo planteamiento. Así, en el "Libro Blanco sobre el deporte Bruselas COM (2007) 391 final", la Comisión reconoce el papel que desempeña el deporte en la sociedad europea en cuestión de salud, educación, integración social y cultura. Su apartado 2.1 se destina a la mejora de la salud pública a través de la actividad física y en él se indica que "la falta de actividad física aumenta la incidencia del sobrepeso, la obesidad y una serie de enfermedades crónicas, como las cardiovasculares o la diabetes, que disminuyen la calidad de vida, ponen en riesgo la vida de las personas y constituyen una carga para los presupuestos sanitarios y la economía".

La Comisión destaca que "el Movimiento Deportivo, como herramienta para la llamada actividad física beneficiosa para la salud tiene una influencia mayor que cualquier otro movi-

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 30/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONvr02IJJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

miento social". Por ello señala que las acciones sugeridas en el área de la actividad física se complementan con las del Libro Blanco de la Comisión «Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad», recordando las recomendaciones sobre un mínimo de actividad física diaria de la OMS.

Del mismo modo, recomienda una colaboración más estrecha entre los sectores sanitario, educativo y deportivo, al objeto de definir e implementar estrategias coherentes para reducir el sobrepeso, la obesidad y otros riesgos para la salud.

En la misma dirección, la Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones denominada "Desarrollo de la dimensión europea en el deporte" [COM (2011) 12 final, de 18 de enero de 2011] subraya los efectos positivos del deporte sobre la salud pública, señalando su contribución a la mejora de la calidad de vida y a la contención del gasto en salud y seguridad social. En su apartado 2.4 ("mejora de la salud a través del deporte"), la Comisión destaca la estrecha relación entre la salud y la actividad física y hace notar que ésta es uno de los principales determinantes de la salud en la sociedad moderna y puede contribuir en gran medida a reducir el sobrepeso y la obesidad y a prevenir algunas enfermedades graves. A la vista de las consideraciones que se formulan en la Comunicación, puede afirmarse que el planteamiento del que parte el Anteproyecto de Ley concuerda con el de la referida Comunicación, en la que se advierte que en las políticas públicas relativas a la actividad física saludable "están implicados sectores tan diversos como el deporte, la salud, la edu-

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 31/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONvr02IJJGg9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

cación, el transporte, la planificación urbana, la seguridad pública y el entorno de trabajo”.

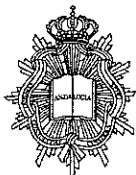
3. Títulos competenciales.

Dado que el Anteproyecto de Ley pretende fomentar la actividad física y la alimentación saludable, y opera en el terreno preventivo y asistencial para hacer frente al grave problema de salud pública antes referido, resulta claro que la regulación proyectada se incardina, fundamentalmente, en las competencias sobre salud previstas en el artículo 55 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, cuyo apartado 2 establece que la Comunidad Autónoma tiene competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular, sobre la ordenación y ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos.

Dicha competencia debe ajustarse a la normativa dictada por el Estado al amparo del artículo 149.1.16.^a de la Constitución Española, que le atribuye la competencia exclusiva sobre “bases y coordinación general de la sanidad”, entendida como «sanidad interior», teniendo en cuenta que el mismo apartado atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre “sanidad exterior” (STC 32/1983, de 28 de abril, FJ 2).

El Consejo Consultivo se ha referido en numerosas ocasiones a las competencias de la Comunidad Autónoma y del Estado en materia de sanidad interior (dictámenes 32/1995, 48/1996, 51/1997, 483/2011 y 118/2017, entre otros), por lo que no es necesario detenerse en el análisis del alcance de dichos títulos competenciales. Basta con señalar -como se hace en dichos

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 32/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

dictámenes- que las bases procuran una regulación uniforme y de vigencia en todo el territorio nacional, con la que se asegura, en aras de intereses generales superiores a los de cada Comunidad Autónoma, un común denominador, a partir del cual cada Comunidad, en defensa del propio interés general, podrá establecer las peculiaridades que estime convenientes en el marco de sus competencias.

En efecto, como indica la sentencia del Tribunal Constitucional 204/2013, de 5 de diciembre (FJ 5), lo básico *«es lo esencial, lo nuclear, o lo imprescindible de una materia, en aras de una unidad mínima de posiciones jurídicas que delimita lo que es competencia estatal y determina, al tiempo, el punto de partida y el límite a partir del cual puede ejercer la Comunidad Autónoma, en defensa del propio interés general, la competencia asumida en su Estatuto»*.

Con esa delimitación material de lo básico -según subraya la STC 204/2013 en el mismo fundamento jurídico- *«se evita que puedan dejarse sin contenido o cercenarse las competencias autonómicas, ya que el Estado no puede, en el ejercicio de una competencia básica, agotar la regulación de la materia, sino que debe dejar un margen normativo propio a la Comunidad Autónoma (SSTC 1/1982, de 28 de enero, FJ 1; 6, de 19 de abril, FJ 5; 102/1995, de 26 de junio, FFJJ 8 y 9; 197/1996, de 28 de noviembre, FJ 5; 223/2000, de 21 de septiembre, FJ 6; 188/2001, de 20 de septiembre, FJ 8; 126/2002, de 23 de mayo, FJ 7; 24/2002, de 31 de enero, FJ 6; 37/2002, de 14 de febrero, FJ 9; y 1/2003, de 16 de enero, FJ 8, en torno al concepto de lo "básico")»*.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 33/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	PK2jm671L0HV6WC0NVr02IJGGgF9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



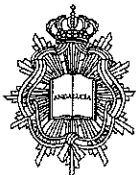
CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

De este modo, la sentencia 204/2013 (FJ 5) recuerda una línea jurisprudencial reiterada, en el sentido de que «la fijación de las bases no debe llegar a tal grado de desarrollo que deje vacías de contenido las correspondientes competencias que las Comunidades Autónomas hayan asumido en la materia (STC 32/1983, de 28 de abril, FJ 2) y (STC 98/2004, de 25 de mayo, FJ 6)». Asimismo, el Tribunal Constitucional precisa (ibidem) que tampoco la coordinación general a la que también se refiere la regla 16.ª del art. 149.1 CE, permitiría al Estado llegar a tal extremo, ya que la misma «persigue la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones, y reduciendo disfunciones, según las SSTC 32/1983, de 28 de abril, FJ 2; 42/1983, de 20 de mayo, FJ 3; y 80/1985, de 4 de julio, FJ 2».

En este contexto, como bien indica el informe del Gabinete Jurídico, es obligado tener en cuenta los preceptos de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que guardan relación con el Anteproyecto de Ley, dado que ésta establece “las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva.

Como ya se adelantó, el contenido de las medidas proyectadas en el Anteproyecto de Ley se inserta sin dificultad en el concepto de la salud pública, entendida como el conjunto de acti-

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 34/92
VERIFICACIÓN	PK2jm671L0HV6WCONVr02IJJGgF9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

vidades organizadas por las Administraciones Públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales (art. 1 de la Ley 33/2011).

Siendo indiscutible que la alimentación y la actividad física son factores determinantes de la salud, resulta obligado considerar, de modo particular, que la regulación del Anteproyecto de Ley está llamada a operar en el marco de la prevención de problemas de salud y sus determinantes, así como de la protección de la salud de la población, tal y como ambas actuaciones se conciben en la Ley 33/2011.

En este sentido, como recuerda el informe del Gabinete Jurídico, debe tenerse en cuenta que el artículo 19, apartado 2.a), de dicha Ley dispone que las Administraciones Públicas, en el ámbito de sus competencias, *"dirigirán las acciones y las políticas preventivas sobre los determinantes de la salud, entendiendo por tales los factores sociales, económicos, laborales, culturales, alimentarios, biológicos y ambientales que influyen en la salud de las personas"*.

Asimismo, refiriéndose como se refiere de modo específico a la alimentación, hay que hacer notar que el artículo 27.2 de la Ley 33/2011 establece que las Administraciones Públicas, en el ámbito de sus competencias, *"protegerán la salud de la población mediante actividades y servicios que actúen sobre los riesgos presentes en el medio y en los alimentos, a cuyo efecto se desarrollarán los servicios y actividades que permitan*

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 35/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	PK2jm671LOHV6WCONVr02IJJGGgF9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

la gestión de los riesgos para la salud que puedan afectar a la población”.

Sin perjuicio de lo anterior, hay que precisar que el capítulo II del título IV de la Ley 33/2011, destinado a la investigación en el desarrollo de las políticas de salud pública, se dicta al amparo del artículo 149.1.15.^a de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de fomento y coordinación general de la investigación científica y técnica; título competencial que *«por su propia naturaleza, debe concebirse en sus términos estrictos, a fin de no desplazar y determinar el vaciamiento de otros títulos competenciales con los que concurre»* (STC 175/2003, de 30 de septiembre, FJ 6, y 177/2012, de 15 de octubre, FJ 4, entre otras).

Del mismo modo, considerando el ámbito en el que se desenvuelve el Anteproyecto de Ley objeto de dictamen, hay que hacer notar la particular relevancia de la Ley 17/2011 aprobada al amparo de la competencia estatal prevista en el artículo 149.1.16.^a de la Constitución en lo que específicamente atañe a la lucha contra la obesidad, fomentando una alimentación saludable y promoviendo la práctica de actividad física (arts. 36 y siguientes).

No obstante, en lo que respecta a la prohibición de discriminación por razón de sobrepeso u obesidad, que también se aborda en el Anteproyecto de Ley, hay que precisar que la regulación contenida en el artículo 37 de la Ley 17/2011 se ampara en el artículo 149.1.1^a de la Constitución, que atribuye al Estado *“la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de*

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 36/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales”.

Al configurar la regulación examinada, hay que tener en cuenta que la Ley 17/2011 ha regulado con carácter básico determinados principios de actuación que deben ser respetados. Dichos principios deben ser puestos en relación con lo que antes se expuso sobre el canon de proporcionalidad y razonabilidad de las condiciones o limitaciones sobre el ejercicio del derecho a la libertad de empresa. En concreto, del artículo 4.1 de la Ley 17/2011 se desprende que, en el supuesto de que las medidas preventivas y de gestión que adopten las Administraciones Públicas para el cumplimiento de los fines previstos en dicha Ley afecten a la libre circulación de personas y bienes y a la libertad de empresa, las mismas deberán atender a los principios de necesidad, proporcionalidad, no discriminación y mínima afección a la competencia.

Por lo demás, aun destacando nuevamente que el título competencial previsto en el artículo 55 del Estatuto de Autonomía constituye el título más específico, no puede dejarse de señalar la concurrencia de otros títulos competenciales complementarios, como consecuencia de la transversalidad de las medidas que se pretenden adoptar para combatir el sobrepeso y la obesidad, fomentando la actividad física.

En este sentido, determinadas previsiones del Anteproyecto de Ley se encuentran conectadas con las competencias que el Estatuto de Autonomía reconoce a la Comunidad Autónoma en materia de fomento (art. 50), educación (art. 52), urbanismo (artículo 56.3), defensa de los derechos de los consumidores,

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 37/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WCONVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

fomento de la información y educación en el consumo (art. 58.2.4º del EAA), servicios sociales, voluntariado, menores y familias (art. 61), empleo (art. 63), publicidad (art. 70), deportes (art. 72.1) y asociaciones (art. 79).

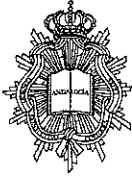
Además, comoquiera que se crean nuevos órganos y se disciplinan aspectos procedimentales, cabe recordar que el artículo 47.1.1ª del Estatuto de Autonomía atribuye a la Comunidad Autónoma la competencia sobre el procedimiento administrativo derivado de las especialidades de la organización propia de la Comunidad Autónoma, la estructura y regulación de los órganos administrativos públicos de Andalucía y de sus organismos autónomos.

4. Competencias de los municipios en este ámbito.

Al abordar la regulación para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía, debe tenerse en cuenta que el artículo 92.2 del Estatuto de Autonomía enumera entre las competencias propias de los municipios la ordenación, gestión, ejecución y disciplina urbanística [párrafo a)], la cooperación con otras Administraciones Públicas para la promoción, defensa y protección del medio ambiente y de la salud pública [párrafo h)], la defensa de usuarios y consumidores [párrafo j)] y la promoción del deporte y gestión de equipamientos deportivos de uso público [párrafo m)].

Asimismo, nos remitimos a lo dispuesto sobre estas competencias en el artículo 9 de la Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía (en concordancia con lo previsto en el artículo 25.2 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 38/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	PK2jm671LOHV6WC0NVr02IJJGgF9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

de las Bases del Régimen Local), incluyendo en su apartado 13 la relativa a la Promoción, defensa y protección de la salud pública.

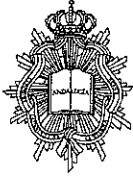
En consecuencia con todo lo expuesto en este fundamento jurídico, cabe concluir que la Comunidad Autónoma ostenta competencias suficientes para adoptar la disposición legal proyectada, sin perjuicio del obligado acomodo a las disposiciones básicas dictadas por el Estado sobre la materia objeto de regulación.

II

Sentado lo anterior, procede examinar la tramitación seguida para la elaboración del Anteproyecto de Ley, sujeta a las prescripciones contenidas en el artículo 43 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y a las disposiciones legales y reglamentarias concordantes.

En este plano, hay que precisar que la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, no resulta de aplicación al procedimiento examinado [*ratione temporis*, de conformidad con la disposición derogatoria única.2.c)]. No obstante, hay que señalar que los "principios de buena regulación" que la misma establece (título VI, "De la iniciativa legislativa y de la potestad para dictar reglamentos y otras disposiciones") se han configurado siguiendo lo dispuesto en los artículos 4 a 7 de la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible (capítulo I del

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 39/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

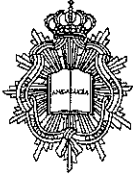
título I, intitulado "Mejora de la calidad de la regulación", vigente hasta el 2 de octubre de 2016).

A la luz del expediente remitido a este Consejo Consultivo, puede concluirse que el Anteproyecto de Ley se ha elaborado, en términos generales, de manera acorde con las disposiciones citadas.

En efecto, el procedimiento se inició por acuerdo del Excmo. Sr. Consejero de Salud de fecha 29 de septiembre de 2016. A dicho acuerdo se adjunta la documentación que se determina en el artículo 43.2 de la Ley 6/2006: primer borrador de la disposición proyectada, memoria económica, elaborada de conformidad con lo establecido en el Decreto 162/2006, de 12 de septiembre, por el que en la actualidad se regulan la memoria económica y el informe en las actuaciones con incidencia económico-financiera, y el informe sobre las cargas administrativas para la ciudadanía y las empresas derivadas del Anteproyecto de Ley, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 43.2 de la Ley 6/2006.

Hay que precisar que la memoria funcional y económica ha sido completada el 15 de diciembre de 2016 y 1 de junio de 2017, en respuesta a requerimientos de la Dirección General de Presupuestos. En este punto, el Consejo Consultivo debe insistir en la necesidad de que la memoria económica se elabore desde el inicio con el mayor rigor posible, detallando los costes derivados de la entrada en vigor de la norma y su financiación, así como la estimación de los ingresos que, en su caso, puedan generarse, salvo que existan circunstancias que justifiquen la provisionalidad de la información que suministra di-

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 40/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

cha memoria, a la espera de una ulterior concreción mediante memorias complementarias.

El Consejo de Gobierno en sesión de fecha 25 de octubre de 2016, acordó, a propuesta de la Consejera de Salud, continuar con la tramitación preceptiva hasta su definitivo análisis como Proyecto de Ley, concretando las consultas, dictámenes e informes legalmente preceptivos, de acuerdo con lo que prescribe el artículo 43.3 de la Ley 6/2006.

Han emitido sus informes preceptivos los siguientes órganos: Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía (22 de junio de 2017), elaborado de conformidad con lo previsto en los artículos 43.4 de la Ley 6/2006 y 78.2.a) del Reglamento de Organización y Funciones del Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía y del Cuerpo de Letrados, aprobado por Decreto 450/2000, de 26 de diciembre; Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud (10 de abril de 2017), en cumplimiento de lo establecido en el artículo 43.4 de la citada Ley 6/2006; Dirección General de Presupuestos de la Consejería de Hacienda y Administración Pública (2 de agosto de 2017), de conformidad con lo previsto en el artículo 2.3 del citado Decreto 162/2006; Dirección General de Planificación y Evaluación de la Consejería de Hacienda y Administración Pública (24 de noviembre de 2016), según lo dispuesto en el artículo 2.c) del Decreto 260/1988, de 2 de agosto, por el que se desarrollan atribuciones para la racionalización administrativa de la Junta de Andalucía; Consejo de Consumidores y Usuarios de Andalucía (15 de noviembre de 2016), de conformidad con lo establecido en el artículo 10 del Decreto 58/2006, de 14 de marzo, por el que se regula el Consejo de los Consumidores y

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 41/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJJGg9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

Usuarios de Andalucía, y Consejo de Defensa de la Competencia, que emite su informe con fecha 6 de abril de 2017, de conformidad con lo establecido en el artículo 3.i) de la Ley 6/2007, de 26 de junio, de Promoción y Defensa de la Competencia de Andalucía.

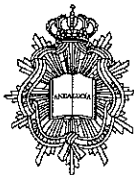
El Consejo Andaluz de Gobiernos Locales ha emitido su informe con fecha 15 de diciembre de 2016, de conformidad con lo previsto en el artículo 57.2 de la Ley 5/2010.

Asimismo, consta que con fecha 29 de agosto de 2017, la Secretaría General de Salud Pública y Consumo redacta memoria justificativa sobre el cumplimiento de los principios de buena regulación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 129 de la Ley 39/2015 (aunque este precepto no resulta aplicable por razones temporales y sí los principios establecidos en la Ley de Economía Sostenible).

El Pleno del Consejo Económico y Social de Andalucía, en sesión celebrada el 2 de octubre de 2017, emitió su preceptivo dictamen, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 4.1 de la Ley 5/1997, de 27 de noviembre, del Consejo Económico y Social de Andalucía.

Del mismo modo, consta el preceptivo informe sobre evaluación de impacto de género de la disposición en trámite, cumpliéndose lo dispuesto en los artículos 6.2 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía, y 43.4 de la Ley 6/2006, así como lo previsto en el Decreto 17/2012, de 7 de febrero, que regula su elaboración. A este respecto, consta que la Unidad de Igualdad de Gé-

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 42/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WC0NVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

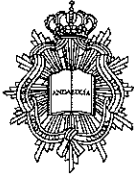
nero de la Consejería de Salud formula diversas observaciones al citado informe. De igual modo, figura el informe sobre el enfoque de derechos de la infancia, de conformidad con lo establecido en el artículo 7 del Decreto 103/2005, de 19 de abril, que lo regula.

Al sentar puntualmente algunas reglas sobre transparencia, la Comisión Consultiva del Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía ha emitido informe preceptivo sobre el Anteproyecto de Ley (24 de julio de 2017), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1.d) de los Estatutos del Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía, aprobados por el Decreto 434/2015, de 29 de septiembre.

Expuesto lo anterior, hay que destacar positivamente la amplitud con la que ha sido concebido el trámite de audiencia a los interesados, en línea con lo prescrito en el artículo 43.5 de la Ley 6/2006. En este plano, la documentación examinada permite apreciar el esfuerzo realizado para garantizar la audiencia de las organizaciones y asociaciones cuyos fines guardan relación directa con el objeto de la disposición.

Asimismo, hay que subrayar que el Anteproyecto de Ley ha sido sometido al trámite de información pública (BOJA núm. 219, de 15 de noviembre de 2016), fruto del cual son las observaciones que figuran entre la documentación remitida a este Consejo Consultivo. Consta que los órganos, entidades y ciudadanos interesados en formular alegaciones han podido consultar el texto en las dependencias de la Secretaría General Técnica, en el Portal de la Administración de la Junta de Andalucía y en la página web de la Consejería de Salud.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 43/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

Por su parte, el Secretariado del Consejo de Gobierno ha realizado diversas observaciones al texto en su informe de 10 de octubre de 2017, antes de que éste fuese remitido a la Comisión General de Viceconsejeros y Viceconsejeras.

Expuestas estas consideraciones, cabe señalar que la disposición proyectada se ha sometido al conocimiento de la Comisión General de Viceconsejeros y Viceconsejeras (30 de octubre de 2017), de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 36 de la Ley 6/2006, en relación con el artículo 1 del Decreto 155/1988, de 19 de abril, por el que se establecen normas reguladoras de determinados órganos colegiados de la Junta de Andalucía.

Señalando lo antes dicho, hay que constatar que, mediante diligencia de fecha 20 de octubre de 2017, el responsable de la Unidad de Transparencia da cuenta de la publicación de la disposición proyectada en el Portal de la Junta de Andalucía (Sección de Transparencia), así como de las memorias e informes que conformaban el expediente en el momento de su remisión al Consejo de Gobierno, de conformidad con lo previsto en el artículo 13 de la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía. Posteriormente, mediante nueva diligencia, el responsable de la referida Unidad hace constar la publicación del borrador, memorias e informes contenidos en el expediente remitido al Consejo Económico y Social para su dictamen. Asimismo, este Consejo Consultivo ha podido comprobar que se ha procedido a la publicación prevista en el artículo 13.1.b) de la citada Ley, en concordancia con lo que establece el artículo 7.b) de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, acceso a la información pública y buen gobier-

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 44/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WC0NVr02IJJGg9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



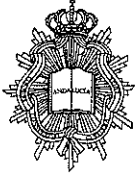
CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

no, que se refiere a la publicación del Anteproyecto de Ley cuando se soliciten los dictámenes a los órganos consultivos correspondientes. Aunque dicha publicación no se pueda acreditar en el preciso momento de solicitar el dictamen de este Consejo Consultivo, sería conveniente que se produjera en los días siguientes, mediante la remisión del correspondiente documento justificativo, para su incorporación al expediente obrante en este Consejo Consultivo. Asimismo, se recuerda que la publicidad activa prevista en el artículo 13.1.b) de la Ley 1/2014 se completa con la publicación del correspondiente Proyecto de Ley tras su aprobación por el Consejo de Gobierno.

Finalmente, este Consejo Consultivo debe destacar la tarea desarrollada por el Centro Directivo responsable de la tramitación al valorar las observaciones y sugerencias formuladas durante la tramitación de la norma, motivando su aceptación o rechazo. De este modo, como viene subrayando el Consejo Consultivo, cobran verdadero sentido los trámites desarrollados.

Sin perjuicio de lo anterior, procede formular varias observaciones. La primera relativa a la visibilidad del Punto de Acceso al trámite de información pública y a su conexión con la Sección de Transparencia, a cuyo efecto nos remitimos a lo expuesto en el dictamen 694/2017, observación que realizamos aunque el procedimiento examinado no está regido por la Ley 39/2015 (tal y como hemos afirmado en dos ocasiones) y el trámite de información pública es anterior al "Acuerdo del Consejo de Gobierno de 27 de diciembre de 2016, del Consejo de Gobierno, por el que se adoptan medidas para habilitar la participación pública en el procedimiento de elaboración normativa a través del portal de la Junta de Andalucía".

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 45/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJJGg9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

Por otro lado, como ya hicimos en el dictamen antes mencionado, reiteramos que la participación de los ciudadanos en la elaboración de las normas puede reforzarse mediante canales adicionales a los actualmente previstos. En este sentido, el Consejo Consultivo ha destacado la incorporación al correspondiente expediente de los resultados de foros de diálogo u otros instrumentos similares que obsequian el principio democrático y los mandatos para que la participación efectiva sea una realidad. En esta línea, el dictamen 718/2016 subraya la adopción de prescripciones coherentes con el objetivo de participación individual y asociada en los ámbitos cívico, social, cultural, económico y político, en aras de una democracia social avanzada y participativa (art. 10.19. del Estatuto de Autonomía, antes referido, y preámbulo de la Constitución Española) y con la interpretación del derecho de participación en el sentido más favorable para su plena efectividad. Con este designio, que pasa por el fortalecimiento de la sociedad civil y el asociacionismo, como indica el propio Estatuto de Autonomía, este Órgano Consultivo ha venido aconsejando que se dé la mayor difusión posible a las normas en tramitación, y en este sentido, más allá de la publicación de los textos en una dirección electrónica, sería deseable su difusión por medio de canales electrónicos, sistemas de suscripción y alertas, y redes sociales, de manera acorde con el signo de los tiempos.

III

El examen del Anteproyecto de Ley lleva a formular las siguientes observaciones generales y particulares.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 46/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJJGg9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

1.- Observación general sobre la densidad del Anteproyecto de Ley y el carácter excesivamente programático de algunos preceptos.

Durante la tramitación se han puesto de manifiesto diferentes pareceres sobre el efectivo alcance del Anteproyecto de Ley, sin perjuicio de la valoración positiva que merece la iniciativa, en tanto que se identifica con claridad un problema y se justifica la urgencia en la adopción de medidas para hacerle frente.

El marco de referencia, extensamente expuesto en el primer fundamento de este dictamen, no deja lugar a dudas. Si la inactividad física y la obesidad se han convertido en un grave problema de salud pública (calificado por la memoria justificativa del Anteproyecto de Ley como el primer problema de esta índole en el mundo desarrollado), resulta claro que es necesario afrontarlo adoptando medidas eficaces con la mayor celeridad posible.

La exposición de motivos señala que la Consejería de Salud ha venido desarrollando diferentes iniciativas para combatir este problema, entre ellas el Plan Andaluz de Actividad Física y Alimentación Equilibrada, puesto en marcha en el año 2004, y el Plan de Obesidad Infantil, desde el 2007. Sin embargo, reconoce que esos esfuerzos no han sido suficientes para obtener los resultados deseados.

Bajo estas premisas, parece haberse cuestionado la necesidad de una Ley que regule "la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía". La necesidad de

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 47/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WCONvr02IJJGg9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

una norma es el primer interrogante que debe despejarse antes de dar comienzo al procedimiento para su elaboración.

El artículo 4.2 de la Ley de Economía Sostenible, vigente cuando se inició el procedimiento para la elaboración del Anteproyecto de Ley, señala que en virtud del principio de necesidad, la iniciativa normativa debe estar justificada por una razón de interés general. A su vez, el apartado 8 del mismo artículo dispone que *"en aplicación del principio de eficacia, la iniciativa normativa debe partir de una identificación clara de los fines perseguidos, estableciendo unos objetivos directos y evitando cargas innecesarias y accesorias para la consecución de esos objetivos finales"*.

Actualmente, el artículo 129.2 de la Ley 39/2015 enuncia conjuntamente los principios de necesidad y eficacia, señalando, en el mismo sentido la Ley de Economía Sostenible, que *"la iniciativa normativa debe estar justificada por una razón de interés general, basarse en una identificación clara de los fines perseguidos y ser el instrumento más adecuado para garantizar su consecución"*.

En este caso, podría cuestionarse si está justificada la promulgación de una Ley con este objeto, en vez de introducir las medidas precisas en la Ley de Salud de Andalucía, en la Ley de Salud Pública de Andalucía y en la normativa sectorial que se ocupa de los ámbitos materiales sobre los que incide el Anteproyecto de Ley (educación, consumo, urbanismo, servicios sociales, etc.). La dificultad para abordar una problemática compleja como la referida con detalle en las recomendaciones, declaraciones, planes de acción y estrategias a las que aludi-

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 48/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONvr02IJJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

mos en el primer fundamento jurídico, plantea diversos interrogantes a la hora de decantarse por una u otra opción, con ventajas e inconvenientes desde el punto de vista de la técnica legislativa.

Sin embargo, el Consejo Consultivo considera que la trascendencia del problema y la relevancia de los derechos afectados, así como la reserva legal que recae sobre determinados extremos de la regulación, justifican la tramitación de una iniciativa legislativa separada, que permite visualizar un conjunto de acciones sistemáticas con las que la Comunidad Autónoma exterioriza su firme decisión de combatir el sobrepeso y la obesidad. La unidad de objeto, así como la claridad de los fines y objetivos de la disposición proyectada, coadyuva a la toma de conciencia sobre un grave problema de salud pública, cuya solución no es posible sin la movilización de la sociedad en su conjunto y de los más directos destinatarios de la regulación legal.

Es más, en el primer fundamento jurídico de este dictamen, hemos subrayado que las recomendaciones en la materia ponen de relieve la necesidad de hacer frente a dicho problema de salud mediante un enfoque integral o multidisciplinar que combine las diferentes políticas concernidas. A partir de este planteamiento transversal, cobra sentido la opción de política legislativa que se plasma en el Anteproyecto de Ley, aunque el referido enfoque no sea incompatible con la otra alternativa, esto es, con la introducción de las medidas que se proponen (concebidas de manera coordinada) en las disposiciones legales sectoriales que son su sede natural.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 49/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WCONVr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

En cualquier caso, la iniciativa legislativa debería responder a los principios de simplificación y eficacia y, desde esta óptica, hemos de considerar la densidad de la regulación y el alcance real y efectivo de sus prescripciones.

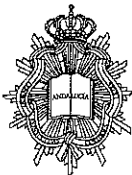
En este sentido, algunas alegaciones plantean que las medidas que se articulan resultan "poco ambiciosas" porque reiteran previsiones recogidas en la legislación estatal y autonómica o bien presentan "poca contundencia para poder conseguir una influencia real y eficaz" en su ámbito de actuación.

La lectura del articulado del Anteproyecto de Ley permite apreciar que en numerosas ocasiones se llama a las Administraciones Públicas o a una en particular a propiciar, promover, favorecer, facilitar o fomentar determinados objetivos o comportamientos. En este contexto traemos a colación la doctrina de este Consejo Consultivo a la que alude el informe del Gabinete Jurídico en este punto; una doctrina sentada en relación con disposiciones legales programáticas, en ocasiones reiterativas e innecesarias, con escaso grado de concreción.

Así, en el dictamen 718/2016 se realizan las siguientes consideraciones:

«Efectivamente, el Consejo Consultivo viene observando desde hace años que las disposiciones legales y reglamentarias incorporan enunciados que, en puridad, no responden al concepto del Derecho expresado a través de normas jurídicas. En tales disposiciones no sólo se establecen principios y fines, reglas que facultan o prohíben; preceptos que habilitan o impiden de-

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 50/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJJG6gf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

terminados comportamientos; reglas que reconocen derechos e instrumentos para su exigibilidad; presupuestos y consecuencias, cauces de actuación, prohibiciones y sanciones para la defensa de los bienes jurídicos tutelados, sino que en muchas ocasiones, bajo moldes "normativos", se incorporan explicaciones sobre lo que en cada caso se pretende, más propias de la parte expositiva de las leyes y reglamentos, o de sus antecedentes (memorias justificativas).

»Se trata de una práctica generalizada que afecta a disposiciones estatales, autonómicas y locales, y a las emanadas de otras entidades con potestades normativas, pero no por ello es menos censurable y en esta dirección ha venido actuando el Consejo Consultivo. Así, ya en el dictamen 573/2010, hizo notar este Consejo Consultivo que una parte importante del contenido del Anteproyecto de Ley entonces examinado (sobre el Olivar en Andalucía) carecía de la eficacia ordenadora propia de una disposición legal, alejándose del contenido prescriptivo que de suyo corresponde a las normas jurídicas, para situarse notablemente en la órbita de lo principiala, con un importante nivel de indeterminación. En esta línea, el dictamen señala que dicha carencia en términos de eficacia ordenadora es especialmente visible en determinados artículos en los que se llama genéricamente a la Administración de la Junta de Andalucía -o en ocasiones a la Consejería competente en la materia de agricultura- a "promover", "prestar atención", "reequilibrar", "incentivar", "facilitar", y "fomentar" [...].

»Tal y como se advertía en el dictamen 573/2010 puede afirmarse que la percepción a la que nos venimos refiriendo es más negativa cuando se trata de preceptos vacíos de contenido o

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 51/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJJG6gf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

reiterativos, con perjuicio para la economía de la disposición legal proyectada, sobre todo en la medida en que conectan con principios, fines u objetivos ya claramente enunciados en el Estatuto de Autonomía o en otras normas legales, cuya virtualidad no necesita ser revalidada o reiterada.

»Del mismo modo que se indicó en el dictamen 573/2010, también en este caso deberían eliminarse los preceptos de baja intensidad, duplicación (aunque no lo sea en sentido estricto), inclusión de cláusulas superfluas y todo aquello que no sea necesario para fijar directrices y pautas de actuación que orienten eficazmente la acción del Gobierno, pues de lo contrario no sólo se contribuirá a la inflación normativa, sino que propicia el fenómeno de desustantivación de las leyes».

En el supuesto que nos ocupa, no sería acertado concluir que estamos ante una disposición eminentemente programática, a menos que se ignore que el Anteproyecto de Ley establece obligaciones, cargas y prohibiciones, algunas de las cuales han sido criticadas por desproporcionadas al limitar la comercialización y la publicidad de determinados alimentos y bebidas e imponer cargas en el ejercicio de la actividad empresarial, obligando a ofrecer determinadas prestaciones para favorecer una alimentación saludable; obligaciones y prohibiciones que tienen su correspondiente soporte sancionador.

Sin perjuicio de lo anterior, **la doctrina expuesta en el dictamen 718/2016, invita a reflexionar sobre la necesidad de simplificar los contenidos del Anteproyecto de Ley, acotándolo a todo aquello que tenga una real eficacia ordenadora, incluyendo, en su caso, la fijación de pautas para delimitar even-**

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 52/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONvr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



tuales desarrollos reglamentarios subordinados a la disposición legal proyectada, a lo que se suma la reflexión que debe realizarse sobre la necesidad de evitar reiteraciones y desajustes, mediante la correcta articulación con otras disposiciones legales de la Comunidad Autónoma y del Estado.

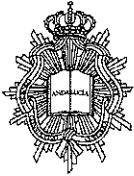
La eficacia de las leyes no es directamente proporcional a la extensión de sus contenidos. Antes al contrario, puede afirmarse que el problema de la densidad de las normas y la pérdida de su eficacia ordenadora contribuye a la inflación legislativa, que afecta negativamente a la *auctoritas* de las leyes y perjudica la estima y confianza de los ciudadanos en la legislación, en su potencial transformador de la realidad sobre la que opera. A la postre, todo ello ejerce una influencia negativa sobre la consecución de los objetivos perseguidos.

2.- Observación general sobre la estructura del Anteproyecto de Ley y la necesidad de evitar reiteraciones innecesarias.

En este aspecto, sin perjuicio de las observaciones particulares que puedan realizarse, se llama la atención sobre la necesidad de evitar reiteraciones o redundancias. Algunas de ellas se evidencian en el título de los artículos. Así, a título de ejemplo, partiendo de la denominación del capítulo I del título II, intitulado "Estrategias para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable", en el título de cada uno de los artículos no debería repetirse "promoción de la actividad física y la alimentación... en".

En cuanto a la reiteración de contenidos, una estructura repetitiva de preceptos que se aplican a distintos sujetos o en

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 53/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJJGg9f9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



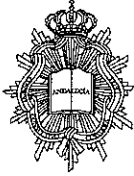
CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

distintas situaciones, podría evitarse mediante la previsión de disposiciones comunes o el juego de remisiones internas.

3.- Sobre la técnica de la *lex repetita*. Sin perjuicio de las observaciones particulares que después se harán, hay que hacer notar que este Consejo Consultivo -como bien señala el Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía en su informe- se viene refiriendo en numerosas ocasiones al problema de la *lex repetita*, subrayando los inconvenientes y peligros que derivan de esa defectuosa técnica legislativa (dictamen 815/2013, entre otros muchos).

Tal y como se indica en el dictamen 460/2017, el Tribunal Constitucional (STC 341/2005, de 21 de diciembre, FJ 9) ha señalado que: «...si la reproducción de normas estatales por Leyes autonómicas es ya una técnica peligrosamente abierta a potenciales inconstitucionalidades, esta operación se convierte en ilegítima cuando las Comunidades Autónomas carecen de toda competencia para legislar sobre una materia (STC 35/1983). En este sentido, cumple recordar lo declarado por este Tribunal en su STC 10/1982 (FJ 8) y más recientemente recogido en las SSTC 62/1991 [FJ 4, apartado b)] y 147/1993 (FJ 4) como antes citamos, la "simple reproducción por la legislación autonómica además de ser una peligrosa técnica legislativa, incurre en inconstitucionalidad por invasión de competencias en materias cuya regulación no corresponde a las Comunidades Autónomas" (ibidem). Aunque también hemos precisado que "esta proscripción de la reiteración o reproducción de normas por el legislador autonómico (*leges repetitae*) no debemos extenderla a aquellos supuestos en que la reiteración simplemente consiste en incorporar a la normativa autonómica, ejercida ésta en su

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 54/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

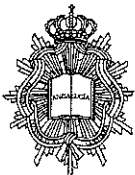
ámbito competencial, determinados preceptos del ordenamiento procesal general con la sola finalidad de dotar de sentido o inteligibilidad al texto normativo aprobado por el Parlamento autonómico» (STC 47/2004, de 29 de marzo, FJ 8).

Asimismo, el Consejo Consultivo señala que el objetivo de proporcionar un régimen jurídico completo, sin necesidad de integrar las disposiciones autonómicas con las normas básicas, no puede justificar la reproducción sistemática de normas estatales cuando con ello se da lugar a una confusión sobre la procedencia de las normas, los respectivos títulos competenciales y su ámbito de aplicación, pues en tales casos se genera desconcierto e inseguridad jurídica.

En términos generales, puede afirmarse que el Anteproyecto de Ley cita expresamente los preceptos reproducidos, utilizando la fórmula "de conformidad con" u otra similar. Sin embargo, hemos de insistir en la doctrina antes reproducida, reiterando que la *lex repetita* constituye una defectuosa técnica normativa y, en cualquier caso, su empleo está condicionado por las limitaciones que se deducen de la jurisprudencia constitucional. En particular, debe ponerse el cuidado necesario en revisar la redacción que emplean los artículos afectados, pues el peligro radica en que una pequeña variación, aunque se trate de matices o precisiones aparentemente intrascendentes, puede alterar o reducir las determinaciones que el legislador estatal ha plasmado en los preceptos que se pretenden reproducir.

4.- Observación sobre la redacción del Anteproyecto de Ley. En este punto, puede afirmarse que, en términos generales, la

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 55/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	PK2jm671LOHV6WCONVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

disposición examinada está correctamente redactada y se ve acompañada de las definiciones precisas para comprender determinados conceptos o expresiones que se utilizan en el articulado. No obstante, debería realizarse una revisión mejorando determinados aspectos gramaticales.

A este respecto, debería corregirse el empleo de los signos de puntuación, cuya omisión se echa en falta en algunos incisos explicativos.

Por otra parte, no siempre se parte de un mismo criterio en el uso de mayúsculas iniciales. Así unas veces se escribe "Administraciones Públicas", correctamente, por las razones que ha expuesto este Consejo Consultivo en numerosas ocasiones. Puede afirmarse que, con carácter general, dicha expresión se escribe con mayúscula inicial en los dos términos de la denominación. En cambio, en ocasiones se escribe "administraciones públicas" [art. 2.h)] y otras Administraciones Públicas (arts. 18.5, y 34.2, y 40.2)].

Debería evitarse el empleo de la fórmula "y/o" que se utiliza en la exposición de motivos, en las definiciones del artículo 4 y en la disposición transitoria primera. Tal y como ha expuesto este Consejo Consultivo en numerosas ocasiones, dicha fórmula -traslación del inglés "and/or"- resulta innecesaria, dado que la conjunción "o" no tiene un significado excluyente.

Por otro lado, debería suprimirse la tilde que se emplea al aludir al sustantivo "pie" (art. 6.2), ya que si se escribe "pié" no aludimos a una extremidad de la pierna sino que expresamos una acción (presente de subjuntivo del verbo "piar").

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 56/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WC0NVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

En el artículo 26.1 en vez de escribir "velarán porque", debería escribirse velarán por que.

5.- Exposición de motivos. En el párrafo quinto del expositivo I se afirma lo siguiente: "La Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, aprobada por el Estado con carácter de normativa básica al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.16.^a de la Constitución Española, establece normas en materia de seguridad alimentaria como un aspecto fundamental de la salud pública...". Sin embargo, dicha afirmación no es del todo exacta, ya que, como resulta de su disposición final primera, algunos preceptos de dicha Ley se aprueban con fundamento en otros títulos competenciales (149.1.13.^a de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación de la planificación general de la actividad económica, y 149.1.14.^a, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de Hacienda General). En lo que respecta a la prohibición de discriminación por sobrepeso, que también se plasma en el Anteproyecto de Ley, como ya se advirtió en el primer fundamento jurídico de este dictamen, hay que señalar que el artículo 37 de la 17/2011 no se aprueba al amparo del 149.1.16.^a de la Constitución, sino del artículo 149.1.1.^a, que atribuye al Estado la competencia exclusiva para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales.

Por otro lado, en el párrafo séptimo del expositivo I debería mejorarse la expresión "donde entre sus principios recto-

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 57/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONvr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

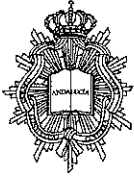
res se encuentra...”, sustituyéndola por otra igual o similar a la siguiente: “entre cuyos principios rectores se encuentra...”.

En el párrafo octavo del mismo expositivo se alude al “plan de acción de la OMS del 2013”. En relación con la sigla de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aunque sea de sobra conocida en el ámbito de la salud pública, hay que tener en cuenta que la disposición examinada se dirige también a la generalidad de los ciudadanos. Por dicho motivo, debería utilizarse la denominación completa la primera vez que se cita para después escribir la sigla entre paréntesis, utilizando la expresión “en adelante OMS”. Por otro lado, comoquiera que tampoco se ha citado con anterioridad el “Plan de Acción de 2013”, debería identificarse con mayor precisión, empleando su denominación completa. En este sentido, cabría aludir, como se hace en el primer fundamento jurídico de este dictamen, al “Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020”, adoptado en la sexagésima sexta reunión de la Asamblea Mundial de la Salud (20-28 de mayo de 2013).

Por la misma razón antes expresada, en el **párrafo noveno del expositivo I**, debería sustituirse el término técnico “insuficiencia ponderal” por una expresión llana y de fácil comprensión, que podría ser “la disminución del peso corporal por debajo de los niveles que se consideran saludables”, u otra similar.

El **párrafo décimo del expositivo I** se refiere a la “Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (2004)”. Dicha referencia sería más precisa y completa

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 58/92
VERIFICACIÓN	PK2jm671LOHV6wCONVr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

aludiendo a su origen: "Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, aprobada por la quincuagésima séptima reunión de la Asamblea Mundial de la Salud (17 al 22 de mayo de 2004)".

Sería aconsejable resumir el **párrafo duodécimo de este mismo expositivo** y aclarar qué significa, en este contexto, la expresión "eliminar virtualmente" referida a los ácidos grasos de tipo trans. Si con ello se quiere aludir a la práctica eliminación (casi total) de dichos ácidos, dígase de esta otra forma, ya que el adverbio "virtualmente" ligado al verbo "eliminar" podría interpretarse como un modo o técnica de eliminación, que no es lo que se pretende transmitir.

En el **párrafo decimotercero del expositivo I** debería aludirse de modo más preciso a la "Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN2), organizada conjuntamente por la FAO y la OMS (celebrada en Roma del 19 al 21 de noviembre de 2014)".

Refiriéndose a la declaración final de la Segunda Conferencia Internacional antes citada, el **párrafo decimocuarto del expositivo I** alude nuevamente a la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y la continuación de la lactancia materna hasta después de los 2 años, para continuar después con la alimentación complementaria suficiente. Recordando también que las reglas ortográficas recomiendan el empleo de letras para mencionar los números inferiores a cien ("dos" en vez de 2; observación que se extiende también al párrafo duodécimo, salvo en caso de cita literal), lo importante es señalar que debería evitarse la reiteración descrita en cuanto se refiere a la lactancia materna.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 59/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WCONvr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

Bastaría con indicar que la declaración final de la Conferencia coincide en este punto con la Estrategia Mundial antes referida.

En el **párrafo decimoquinto del expositivo I**, en vez de aludir a la "69 Asamblea de la OMS", debería aludir a la sexagésima novena reunión de la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS (o al menos emplear la representación numérica del ordinal mediante letra volada: 69.^a).

Por otro lado, en el **párrafo primero del expositivo II** debería revisarse el empleo de la preposición "entre", en el contexto de la prevalencia de sobrepeso en un sector de la población (quizá sería más apropiada la preposición "en"). Del mismo modo, la referencia a la población de "16 y más años" debería sustituirse por "mayor de dieciséis años".

El **párrafo cuarto del expositivo II** se refiere a la "Estrategia NAOS del Ministerio de Sanidad", que se cita por primera vez en el texto. Aunque el significado del acrónimo NAOS sea suficientemente conocido en el ámbito de la salud pública, presumiblemente resulta desconocido para los destinatarios últimos de la Ley. Por ese motivo, se aconseja que se indique su significado: "...Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) del Ministerio de Sanidad...". En este mismo párrafo convendría señalar que dicha Estrategia ha cobrado cuerpo legal en el artículo 36 de la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, cuya lectura permite afirmar que no es muy acertada su consideración como Estrategia "del Ministerio de Sanidad", dado el papel del Gobierno de la Nación en su configuración y su concepción como

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 60/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6wCONVr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

una Estrategia nacional en coordinación con las Comunidades Autónomas, la Administración Local y con la participación de los operadores económicos y los agentes sociales. (art. 36.1 de dicha Ley).

Por otra parte, el **párrafo primero del expositivo III** señala lo siguiente: "Esta Ley se atiende a los principios de buena regulación recogidos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas..." Aun siendo cierto que el cumplimiento de dichos principios ha sido valorado en la fase final del procedimiento, volvemos a reiterar que el artículo 129 citado no resulta de directa aplicación al procedimiento de elaboración del Anteproyecto de Ley (disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015), sin perjuicio de que los principios a los que se refiere la exposición de motivos hayan de ser respetados, al estar contenidos en la Ley de Economía Sostenible, vigente cuando se inició el procedimiento. Siendo así, para evitar equívocos podría indicarse que la regulación se ajusta a los principios de necesidad, eficacia y proporcionalidad recogidos en la Ley de Economía Sostenible, sin perjuicio de que se añadiera un inciso con la siguiente o similar redacción: "principios actualmente recogidos en el artículo 129 de la Ley 39/2015".

El **párrafo 7 del expositivo III** señala que el capítulo II del título II del Anteproyecto de Ley termina con "un conjunto de iniciativas que favorezcan el acceso al agua potable y gratuita", pero no indica en qué lugares o dependencias.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 61/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2j#671LOHV6WCONvr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

6.- Artículo 2.a). Se refiere este precepto a la nutrición adecuada mediante una "alimentación saludable en todas las personas en Andalucía". La preposición "en", ligada a las personas, no es la más apropiada para definir esta finalidad. Debería sustituirse por la preposición "de", de modo que el precepto se refiera a la "alimentación saludable de todas las personas en Andalucía".

7.- Artículo 5, párrafos a) y c). Al definir el "principio de igualdad y equidad", el párrafo a) dispone que las "acciones emprendidas tendrán en cuenta el género, la etnia, el nivel socioeconómico y el entorno donde viven las personas como causas de inequidad en la obesidad, desarrollando actuaciones que permitan mitigarlas".

Prima facie, cabe afirmar que se trata de un principio irreprochable y coherente con las exigencias constitucionales y estatutarias que obligan a los poderes públicos a promover las condiciones para incentivar la igualdad real y efectiva, superando los obstáculos que en este caso inciden sobre el derecho a la protección de la salud.

Por tanto, la norma es coherente con las recomendaciones a las que aludimos en el primer fundamento jurídico, que obligan a tomar en consideración los factores ambientales y socioeconómicos desfavorables. Sin perjuicio de lo anterior, llama la atención la referencia a la etnia, que, pese a la bondad del precepto, podría ser malinterpretada.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 62/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONvr02IJJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

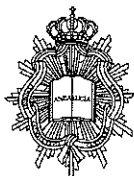
Los estudios o recomendaciones referidos en este dictamen no aluden a la etnia como factor a considerar en las políticas de lucha contra el sobrepeso y la obesidad. En última instancia, si el factor étnico opera como condicionante en el campo de la salud pública lo será por referencia a las condiciones de vida de una determinada población, pero estos factores ya están considerados en la norma (que entendemos no pretende referirse a factores genéticos). Por consiguiente, debería considerarse si es necesario mantener la referencia a la etnia.

Por otra parte, el **párrafo c)** se refiere al "principio ecológico", según el cual *"se impone un enfoque ecológico que además de las razones biológicas y personales, atienda a las influencias ambientales, sociales y culturales sobre el comportamiento humano"*.

Durante la tramitación se ha cuestionado si el calificativo ecológico es idóneo para expresar este principio. El Decreto 51/2017, de 28 de marzo, de desarrollo de los derechos y responsabilidades de la ciudadanía en relación con la salud pública, dictaminado en fase de proyecto por este Consejo Consultivo, alude también en su artículo 5 a "los planes de promoción de la salud en todos los ámbitos que tengan en cuenta desde un modelo ecológico la importancia de la mejora de los entornos de las personas como aspectos clave de la lucha contra la obesidad, factores que la condicionan y sus consecuencias para la salud".

Ciertamente, la expresión "modelo ecológico" se emplea en el ámbito de la salud pública para referirse a un planteamiento

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 63/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6wCONVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

en el que los problemas de salud son explicados a partir de una pluralidad de factores con eficacia determinante, frente a modelos monocausales, centrados en aspectos biológicos y personales.

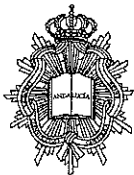
Sin embargo, en este caso, tratándose de la enunciación de un principio de actuación que parte de la interrelación entre los diversos factores que explican el problema de salud pública que se trata de combatir, debería adoptarse un término diferente. Esta observación puede hacerse extensiva al empleo de dicho término ("modelo ecológico") en la exposición de motivos (párrafo sexto del expositivo II).

8.- Artículo 6. La lectura de este artículo suscita las observaciones que seguidamente se formulan.

A) En primer lugar, hay que señalar que el artículo 6 enumera los derechos en la materia, que se atribuyen a la "población en Andalucía". Aunque la Ley de Salud Pública de Andalucía emplea la misma expresión, alternándola con la de "ciudadanos", los derechos que se regulan son derechos individuales, en el sentido previsto en el artículo 12 del Estatuto de Autonomía, de modo que el enunciado debería referirse a las personas que son titulares de tales derechos y no a "la población en Andalucía".

B) Por otro lado, la realización práctica de estos derechos depende de su grado de concreción y, en definitiva, de su grado de exigibilidad. A este problema nos hemos referido en la primera observación de este fundamento jurídico. Ejemplo de lo que se dice es el derecho del párrafo a), referido al derecho

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 64/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WC0NVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

a disponer de espacios públicos de aparcamientos de bicicletas. En primer lugar, se remite a los diferentes instrumentos de planificación de la movilidad (lo cual es lógico) para después disponer: *"fomentándose en los lugares de trabajo, especialmente en aquellos con más de cincuenta trabajadores, espacios de ocio y uso público y centros educativos o, en su defecto, en las inmediaciones"*. Como se ve en el texto transcrito, la exigibilidad del referido derecho presenta dificultades en la medida en que no está soportado en el establecimiento de una obligación nítida. Ni siquiera se concreta el sujeto al que se atribuye la acción *"fomentándolos"*. Lo mismo podría decirse en relación con los derechos contemplados en los párrafos c) y d).

C) El derecho del **apartado 3** está formulado de forma confusa y en cierto modo es reiterativo, pues la preferencia y prioridad, así como la adaptación de los servicios preventivos y asistenciales dirigidos a menores de edad, ya se desprende de las disposiciones legales que en él se citan.

Pero la confusión es mayor si se tiene en cuenta que el artículo 8, apartado 2 del Anteproyecto de Ley establece que *"las personas afectadas por este problema de salud se reconocen como grupo de riesgo sanitario"*. A su vez, el artículo 8, apartado 3, al que nos referiremos después, atribuye la consideración de grupos de intervención prioritaria no sólo a los menores de edad que padezcan obesidad, sino a todas las personas que en él se citan.

Siendo así, al menos una parte del apartado 3 es superfluo y redundante. Si se mantiene debería centrarse en la adaptación

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 65/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WCONVr02IJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



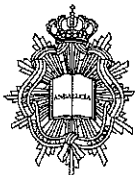
CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

de las medidas y servicios preventivos y asistenciales a las necesidades especiales de los menores; adaptación que, en el contexto de la salud pública, no sólo es exigible con respecto a los menores, sino que también se predica en relación con las personas mayores, las que se encuentren en situación de dependencia, las personas con discapacidad física, intelectual o sensorial y todas las que se mencionan en el artículo 14 de la Ley 16/2011.

La procedencia de la observación antes realizada se refuerza considerando que el propio apartado 4 del artículo 6 consagra el derecho de las personas que padecen obesidad o trastornos de la conducta alimentaria -sin distinción de edad- a una atención sanitaria integral y continuada en relación con su problema de salud. Además, cabe señalar que el inciso final de este apartado 4 es una muestra de lo que se dijo en la primera observación de este fundamento jurídico sobre la formulación de preceptos vacuos: *"...y le serán de aplicación, en relación con el Sistema Sanitario Público de Andalucía, todos los derechos que reconocen las leyes y, en particular, los reconocidos en el artículo 6 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, y en sus normas de desarrollo"*. No puede ser de otro modo, por eso deberían evitarse este tipo de enunciados estériles.

D) El apartado 5 dispone lo siguiente: *"Las personas que padecen obesidad o trastornos de la conducta alimentaria tienen derecho al pleno respeto a su dignidad personal y a la no discriminación social, laboral o sanitaria por razón de su problema de salud. Toda discriminación directa o indirecta por esta razón, está expresamente prohibida"*. Esta prohibición de discriminación debe conectarse con el artículo 37 de la Ley de

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 66/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJGg9f9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

seguridad alimentaria y nutrición, precepto que encuentra fundamento en el artículo 149.1.1ª de la Constitución, como advertimos en el primer fundamento jurídico de este dictamen.

En este caso, el **apartado 5** no emplea la fórmula "de conformidad con" u otra equivalente para indicar el origen estatal de la norma de prohibición y además no la configura en los mismos términos, pese a que no contiene remisión alguna que permita deducir que se ha pretendido completar la regulación estatal, entendida como norma de mínimos.

Hay que hacer notar, por un lado, que el precepto estatal se refiere a la prohibición de discriminación por las circunstancias de sobrepeso u obesidad, mientras que la norma proyectada se refiere a la obesidad y a "los trastornos de la conducta alimentaria", expresión que no se identifica necesariamente con el sobrepeso. Por otro lado, sin perjuicio de la mención que realiza a la dignidad, la norma comentada se refiere a la "no discriminación social, laboral o sanitaria", con ánimo de especificar el contenido de la prohibición, pero el precepto estatal comprende "cualquier discriminación" por sobrepeso u obesidad. Además, y a falta de toda mención a la norma estatal, el precepto del apartado 5 puede generar confusión, teniendo en cuenta que el artículo 37 de la Ley de seguridad alimentaria y nutrición es mucho más amplio, al definir en sus distintos apartados qué se considera discriminación directa y discriminación indirecta y establecer que los actos que incurran en uno u otro tipo de discriminación se considerarán nulos y sin efecto, a lo que añade que un mandato para que los poderes públicos adopten medidas específicas a favor de las personas con sobrepeso u obesidad, para corregir situaciones

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 67/92
VERIFICACIÓN	PK2jm671L0HV6WCONVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

patentes de desigualdad. Por consiguiente, el apartado 5 comentado debe modificarse.

9.- Artículo 7, apartado 2, párrafo a) y párrafo i).

En lo que atañe al párrafo a), la expresión "compromiso por" debería sustituirse por "compromiso con" u otra similar. Asimismo, la referencia al "Código Internacional de Comercialización de los sucedáneos de leche materna de la OMS/UNICEF, suscrito por el Gobierno de España...", podría ganar en precisión citando el "Código Internacional de Comercialización de los sucedáneos de leche materna", adoptado en 1981 por la trigésimo cuarta Asamblea Mundial de la Salud.

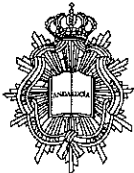
Por otro lado, en lo que respecta al párrafo i), el Consejo Consultivo considera que la medida de fomento de iniciativas informativas, educativas y de reflexión debería ampliar el círculo de entidades colaboradoras, sin limitarla a las asociaciones "más representativas en Andalucía".

10.- Artículo 8. Apartados 1 y 3. La lectura de este artículo lleva a formular dos observaciones.

A) El **apartado 1** dispone lo siguiente: *"Se declara la obesidad como un problema prioritario de salud pública en Andalucía, lo que conllevará la priorización por los poderes públicos en la Comunidad Autónoma de un conjunto de acciones coordinadas"*.

Aunque la "declaración" tiene que ver con los preceptos que seguidamente citamos, para que la misma surta efectos no se

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 68/92
VERIFICACIÓN	PK2jm671L0HV6wCONVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



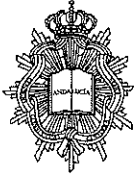
CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

requiere una formulación tan contundente como la transcrita, que podría inducir a pensar que la consideración de la obesidad como tal responde al arbitrio del legislador, cuando es fruto de un patente problema de salud pública, hasta el punto de que ha sido calificada como pandemia del siglo XXI. Siendo así, la redacción podría comenzar del siguiente modo "A los efectos previstos en el artículo 22.3 del Estatuto de Autonomía y 6.2 de la Ley de Salud de Andalucía, la obesidad se reconoce como un problema prioritario..".

B) Por otro lado, **el apartado 3** establece lo que sigue: "*La población menor de edad, las personas jóvenes, las personas mayores y las mujeres gestantes se considerarán como grupos de intervención prioritaria en relación con este problema de salud pública*".

A juicio de este Consejo Consultivo, la norma plantea un problema de delimitación y debe concordarse con lo previsto en el Estatuto de Autonomía y en la Ley de Salud de Andalucía. En primer lugar, si se refiere a las mujeres gestantes y a determinados grupos de personas en función de la edad, es porque hay personas que aun presentando obesidad no estarían entre "los grupos de intervención prioritaria" por razones de edad. En este sentido, cabe preguntarse por el rango de edad del que parte el legislador para aludir a las "personas jóvenes", teniendo en cuenta que el mismo precepto menciona a las personas menores de edad como un grupo distinto al anterior. Dicho en otras palabras, la pregunta que surge es cuál es el grupo de personas que se excluyen de la norma por no ser "población menor de edad", ni "personas jóvenes" o "personas mayores".

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 69/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	PK2j#671L0HV6WC0NVr02IJJGgF9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

La conclusión que se extrae de lo anterior plantea un problema de concordancia. En efecto, hay que hacer notar que el apartado 2 del mismo artículo reconoce a las personas afectadas por "este problema de salud" (mejor sería referirse llanamente a las personas que padezcan obesidad) como "grupo de riesgo sanitario". Pues bien, como ya se ha indicado en este dictamen, del artículo 22.3 del Estatuto de Autonomía se desprende que *"las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes"*. Por su parte, el artículo 6, apartado 2, de la Ley de Salud de Andalucía, establece que *"los niños, los ancianos, los enfermos mentales, las personas que padecen enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tienen derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes"*. En consecuencia, partiendo de la previa declaración de las personas que padezcan obesidad como "grupo de riesgo sanitario", no se entiende que el apartado 3 limite la consideración de "grupo de intervención prioritaria" a determinados grupos de personas que sufren obesidad, excluyendo, por razones de edad, a otras que también la padecen. A dicha conclusión se llega a menos que el concepto "grupos de intervención prioritaria" tuviera un significado distinto al que se anuda a los grupos de riesgo, en cuyo caso la norma está sembrando confusión.

En la primera observación de este dictamen consideramos justificada la opción de regular en la futura "Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía" las diferentes medidas que estamos analizando, en vez de hacerlo en su propia sede normativa, según su naturale-

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 70/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJJGgF9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

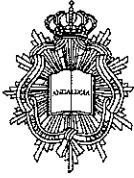
za, introduciendo diversas modificaciones en las leyes concernidas por el objeto de la regulación. Sin embargo, dicha opción legislativa pasa por asegurar el engarce sistemático de las normas proyectadas con las actualmente vigentes.

Acabamos de referirnos a una discordancia, pero la misma afecta también a normas de rango reglamentario. En esta dirección, cabe apuntar que, desde el momento en que se reconoce que las personas afectadas por la obesidad pertenecen a un grupo de riesgo sanitario, con las consecuencias antes vistas, debería revisarse el planteamiento que reserva programas y actuaciones a determinados grupos según su edad. En este sentido, el artículo 10.3 del Decreto 51/2017, de 28 de marzo, se refiere a programas y actuaciones que fomenten una alimentación saludable y completa en prevención de la obesidad infantil. Lo anterior no supone que no puedan existir programas específicos que atiendan a las particulares necesidades de la infancia y la adolescencia, sino que las consecuencias aparejadas al reconocimiento de grupo de riesgo se proyectan sobre todas las personas que padezcan obesidad, sea cual sea su edad.

11.- Artículo 10, apartado 2.c). Al mencionar los "transportes activos... especialmente a pie", debería sustituirse transporte por desplazamiento.

12.- Artículo 12. Ante todo, hay que señalar que durante la tramitación se han suscitado dudas sobre el cumplimiento de los principios de necesidad y proporcionalidad de las prohibiciones de comercialización y de promoción comercial y patrocinio que van más allá de "medidas especiales dirigidas al ambi-

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 71/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	PK2jm671L0HV6WCONVr02IJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



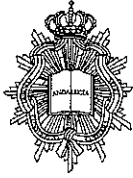
CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

to escolar" previstas por el legislador estatal en la Ley de seguridad alimentaria y nutrición.

El Centro Directivo responsable de la tramitación ha ampliado la motivación sobre el cumplimiento de los referidos principios, considerando que nos encontramos ante un problema de salud pública de primera magnitud y la población infantil resulta especialmente vulnerable, al mismo tiempo que ha concretado la base científica en la que se apoyan las medidas adoptadas.

Está fuera de toda duda que las medidas en cuestión responden a una finalidad legítima, plasmada tanto en la legislación estatal como en la autonómica. En este aspecto, hemos de recordar que, junto a las disposiciones más específicas contenidas en la Ley 17/2011, de la que nos ocupamos en este momento, la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, establece como uno de los fines del sistema educativo español la adquisición de hábitos saludables, el ejercicio físico y el deporte [art. 2.1.h), entre otros que se enumeran en este mismo párrafo]. En el mismo sentido, puede verse el art. 7.2.f) de la Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía, y el artículo 39.4 que, en el contexto de la "educación en valores", establece que el currículo contemplará la presencia de contenidos y actividades que promuevan la práctica real y efectiva de la igualdad, la adquisición de hábitos de vida saludable y deportiva y la capacitación para decidir entre las opciones que favorezcan un adecuado bienestar físico, mental y social para sí y para los demás.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 72/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	PK2jm671LOHV6WC0Nvr02IJJGg9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



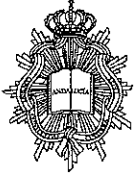
CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

En este plano, y en relación con lo que se expuso en el primer fundamento jurídico, cabe señalar que en el ejercicio de sus competencias, la Comunidad Autónoma puede adoptar sus propias opciones de política legislativa, en la medida en que las disposiciones básicas se configuren como "normas de mínimos". Todo ello sin perjuicio de la debida observancia de los mínimos ya mencionados, de manera que las medidas que se pretenden adoptar respondan a cánones de proporcionalidad y razonabilidad, sin imponer sacrificios o cargas innecesarias para alcanzar las finalidades perseguidas por la norma en el marco de la protección de la salud pública.

Expuesto lo anterior procede formular las siguientes observaciones:

A) El apartado 1 se refiere a los "criterios nutricionales" establecidos en el Anexo, que son la base de la prohibición de promoción comercial y patrocinio objeto de regulación. La misma expresión ("criterios nutricionales") se utiliza en los apartados 2 y 3, así como en los artículos 16.1.c), 19.6 y 48.2.c) y en la disposición adicional segunda del Anteproyecto de Ley). En opinión del Consejo Consultivo, sería más adecuado emplear la expresión "parámetros nutricionales", ya que, aunque en origen respondan a unos determinados criterios nutricionales con base científica, lo cierto es que, una vez que son recepcionados por la norma, operan como parámetros legales. Así se visualiza en el Anteproyecto de Ley, en cuyo Anexo se fijan unos determinados umbrales de grasa, grasas saturadas, sodio y azúcares por porción envasada o comercializada, que no deben ser rebasados, con las consecuencias jurídicas que se asocian a la superación de los parámetros establecidos

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 73/92
VERIFICACIÓN	PK2jm671L0HV6WCONVr02IJG6gf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

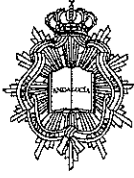
(prohibiciones y sanciones, en caso de incumplimiento de los deberes ligados a dichos parámetros).

B) El apartado 2 emplea la fórmula "de acuerdo con lo establecido en el artículo 40.6 de la Ley 17/2011", el cual, tras disponer que en las escuelas infantiles y en los centros escolares no se permitirá la venta de alimentos y bebidas con un alto contenido en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sal y azúcares, prevé que estos contenidos se establecerán reglamentariamente.

Comoquiera que dicho desarrollo reglamentario no se ha producido hasta la fecha (aunque sí existe un "Documento de Consenso sobre alimentación en los centros educativos", aprobado el 21 de julio de 2010 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud) existe la posibilidad de que la norma que ahora se adopta pueda ser desplazada en el futuro, una vez fijado el concreto alcance de la prohibición para el conjunto del territorio nacional.

C) El apartado 3 dispone que "de acuerdo con lo establecido en el artículo 40.6 de la Ley 17/2011, de 5 de julio, se prohíbe la utilización de los alimentos envasados y bebidas que no cumplan con los criterios nutricionales definidos en el Anexo, en celebraciones organizadas en el centro". Hay que hacer notar que la norma emplea el término "utilización", que se puede prestar a equívocos, como indica el informe del Gabinete Jurídico, mientras que la norma estatal referida en el precepto alude a la venta de estos alimentos y bebidas. Por tanto, el apartado debe guardar la debida concordancia con la disposición estatal que en él se menciona como norma básica.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 74/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONVr02IJJGg9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	

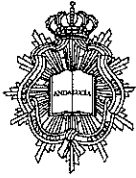


D) Los **apartados 7 y 8** no guardan la debida correspondencia con el título del artículo, que se refiere a "limitaciones de la venta y publicidad". En efecto, el apartado 7 regula la promoción y fomento de alimentos saludables, y el apartado 8, aunque si presenta una mayor conexión con los apartados 1 a 5, regula el órgano competente para el desarrollo de programas de inspección y control, de modo que se trata de una prescripción con sustantividad propia y suficiente entidad para ser regulada en un artículo distinto.

13.- Artículos 14 y 15. En los mismos se hace patente la observación general que se realizó al comienzo de este fundamento jurídico sobre la estructura repetitiva que se aprecia en determinadas partes del Anteproyecto de Ley. Así, tanto la acción de favorecer las opciones más saludables en los menús como la de promover el uso de escaleras se contemplan en ambos artículos en los mismos términos. En el primero con referencia a espacios de ocio infantil y juvenil, y en el segundo para los centros de trabajo. Como se dijo en la observación general antes referida, convendría que las prescripciones idénticas se reflejaran en una misma norma (bien mediante la elaboración de un precepto común o mediante la técnica de la remisión).

Por otro lado, debe hacerse notar que el artículo 15 se refiere a la alimentación saludable en los "centros de trabajo" (tanto en el título del artículo como en sus diversos apartados), mientras que la Ley de Salud Pública de Andalucía se refiere a la promoción de la salud en los "lugares de trabajo", cuyo significado puede tener un distinto alcance. Por ello, se recomienda adoptar la expresión "lugares de trabajo", en vez

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 75/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	PK2jm671LOHV6WCONVr02IJGg9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

de "centros de trabajo". Esta observación se hace extensiva al apartado 2 del artículo 19.

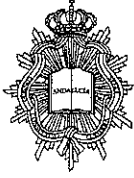
14.- Artículo 16, apartado 1. En relación con este apartado se formulan las siguientes observaciones:

A) La redacción de apertura que precede a la enunciación de las actuaciones que debe desarrollar la Consejería competente en la materia no guarda concordancia con el de los párrafos b) y c). En efecto, el precepto dispone que "la Consejería competente en materia de atención a las personas mayores, a las personas con discapacidad y en menores... desarrollará las siguientes actuaciones: b) los centros residenciales... deberán contar... c) En los centros no podrán llevarse a cabo... Como puede apreciarse los párrafos referidos no concretan una actuación de la Consejería, sino obligaciones de los centros.

B) En el párrafo c) se contempla una prohibición de poner a la venta en cafeterías y máquinas expendedoras los alimentos y bebidas a los que alude, "salvo que en su presentación se informe **de manera destacada** su composición y las recomendaciones de frecuencia de consumo". La locución adverbial que destacamos en negrita presenta un nivel de indeterminación que debe ser reducido, empleando otra más precisa. En este sentido, la locución "de manera claramente visible y comprensible" u otra similar, podría ser una alternativa.

15.- Artículo 17. Por su excesiva indeterminación, debería aclararse el significado de algunos conceptos mencionados en este artículo, como el de "estándares mínimos de espacios de convivencia" (apdo. 4). Asimismo, este artículo debería con-

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 76/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	PK2jm671L0HV6WCONVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

cordarse con el artículo 18. A este respecto, se hace notar que el apartado 3.c) del artículo 17 se refiere a los "itinerarios seguros y libres de tráfico", y el artículo 18.2 alude a los "itinerarios que permitan la realización de trayectos a pie en condiciones de seguridad".

16.- Artículo 18, apartado 4. Según esta norma, los planes municipales, provinciales o regionales que ordenen la movilidad de la población establecerán como objetivo prioritario la salud y seguridad de las personas, el fomento de estilos de vidas saludables y la mejora de la calidad de vida y el bienestar de la población, así como la lucha contra la obesidad. El empleo del singular "establecerán como objetivo prioritario" puede distorsionar lo que se pretende establecer. Es evidente que los planes de movilidad pueden y deben contemplar la salud y seguridad de las personas entre sus objetivos prioritarios, pero no como "objetivo prioritario" (no es el único al que conviene dicha calificación), teniendo en cuenta que el objetivo básico de estos planes es resolver los problemas de desplazamiento desde diversos ángulos, incluido el medioambiental y de la salud.

17.- Artículo 19, apartado 5. El apartado 5 dispone que "los medios de comunicación de Andalucía facilitarán, conforme a las recomendaciones que se establezcan en el PAFASA, la difusión de campañas publicitarias y de información institucional para la promoción de una nutrición adecuada y una alimentación saludable con base en la promoción de la dieta mediterránea". En este plano debe citarse la norma básica sobre "comunicación en salud pública" contenida en el artículo 18.4 de la Ley General de Salud Pública.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 77/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONvr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

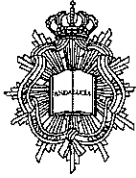
18.- Título y apartados 2 y 4 del artículo 20. La lectura de este artículo lleva a formular las observaciones que siguen.

A) En lo que al título del artículo se refiere, debería sustituirse el actual ("favorecer el acceso al agua"), por otro igual o similar al siguiente: "obligaciones sobre el acceso al agua".

B) El apartado 2 establece lo siguiente: "Las empresas responsables de la instalación o mantenimiento en centros docentes y espacios de ocio infantil públicos, de máquinas expendedoras de alimentos envasados y bebidas, si las hubiera, instalarán y mantendrán operativa, una fuente de agua potable, refrigerada y de acceso gratuito, ya sea integrada en la máquina distribuidora, ya sea en la proximidad de la misma. Las fuentes deben tener la leyenda "El agua es la bebida más saludable y sostenible".

Se trata de una medida muy debatida durante la tramitación, que ha dado lugar a diferentes alegaciones y observaciones en las que se cuestiona su adecuación al principio de proporcionalidad. La instalación de una fuente de agua refrigerada y gratuita representa una carga que incide en el ejercicio de la actividad empresarial de las empresas de máquinas expendedoras de alimentos envasados y bebidas. Ciertamente, la medida se impone por Ley y responde a una finalidad legítima, motivada en el expediente objeto de dictamen. Sin embargo, más allá de lo anterior, la jurisprudencia constitucional y la normativa básica a la que hemos aludido en el primer fundamento jurídico de este dictamen, exigen el cumplimiento del canon de proporcionalidad.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 78/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WCONVr02IJJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

Desde este punto de vista, recordamos que el artículo 6.2.b) del Anteproyecto de Ley contempla el "derecho al acceso, en los espacios de uso público, al agua potable en condiciones de gratuidad mediante una adecuada red pública de fuentes suficientes y accesibles a la ciudadanía en sus desplazamientos a pié por estos espacios". No puede ignorarse que el artículo 11.5 del Anteproyecto de Ley dispone lo siguiente: Las Consejerías competentes en materia de salud y educación, de forma coordinada con la Administración Local, elaborarán "un **programa de educación para la salud, orientado al fomento del consumo gratuito de agua potable en los entornos educativos, como primera medida de hidratación**, así como a la reducción de la ingesta de bebidas refrescantes hipercalóricas. **A tal efecto, los centros docentes dispondrán de fuentes de agua potable apropiadas y accesibles al alumnado en espacios comunes y de recreo.** Asimismo, el apartado 1 del propio artículo 20 impone a las Administraciones Públicas en Andalucía el deber de favorecer el acceso al agua, mediante la implantación en los espacios públicos y lugares de esparcimiento, ocio, zonas de deporte y recreativas, de fuentes de agua, adecuadamente señalizadas, que ofrezcan agua potable de forma gratuita.

Pues bien, teniendo en cuenta lo anterior, el cumplimiento de la carga, ya sea integrando la fuente en la propia máquina distribuidora o instalándola en la proximidad de la misma, con el añadido de mantenerla operativa, vendría a superponerse a la acción que con la misma finalidad -favorecedora de acceso al agua-, corresponde a las Administraciones Públicas y a los centros docentes, que han de instalar y mantener "fuentes de agua potable apropiadas y accesibles". La única diferencia en

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 79/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCONvr02IJGg9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

el caso de la obligación a cargo de las empresas de máquinas (que además deben mantener operativa la fuente que instalen) que se exige que el agua sea refrigerada.

Partiendo de las premisas expuestas, el Consejo Consultivo considera que no está suficientemente justificado el cumplimiento del test de necesidad y proporcionalidad, por lo que la norma debe modificarse.

C) Por otro lado, **el apartado 4** establece que *“las máquinas expendedoras podrán dispensar botellas aptas para entrar en contacto con alimentos y bebidas conforme a la normativa vigente para ser usadas como recipientes de agua”*. Comoquiera que no se parte de una prohibición al respecto, sino de un principio de libertad que en este caso no ha de verse limitado por la protección del derecho a la salud u otro bien jurídico, la norma es innecesaria en los términos en que ha sido concebida, por lo que debería suprimirse.

19.- Artículo 26, apartado 3. Debería modificarse la redacción de este apartado en su inicio (“Por la Consejería competente se establecerán acuerdos...”), sustituyéndola por otra igual o similar a la siguiente: “La Consejería competente celebrará acuerdos...”.

Por la misma razón puede extenderse esta observación al artículo 29.2 de modo que este precepto comience así: “las Administraciones Públicas en Andalucía...”.

20.- Artículo 27. Salvo que el propósito sea diferente, en vez de aludirse a las “alianzas entre las entidades públicas y

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 80/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WCONVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

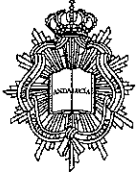
privadas", convendría referirse a los convenios entre dichas entidades.

21.- Artículo 29, apartados 1 y 6. En relación con este artículo realizamos varias observaciones.

A) El **apartado 1** dispone lo siguiente: *"La publicidad comercial de los alimentos en Andalucía se regirá por la legislación básica del Estado y sus normas básicas de desarrollo en materia de publicidad general, competencia desleal, comunicación audiovisual y defensa de las personas consumidoras y usuarias, así como por la legislación de la Comunidad Autónoma y disposiciones de desarrollo que regulen estas materias y que le sean de aplicación, y las consideraciones que aparecen en el artículo 57 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía. En particular se atenderá a las limitaciones y prohibiciones contenidas en el artículo 44 de la Ley 17/2011, de 5 de julio"*.

Ante todo, cabe señalar que debe modificarse la configuración del precepto, dado que el legislador autonómico parece colocarse en una posición de supraordenación que no le corresponde. El régimen jurídico de la publicidad comercial, en lo que respecta a la normativa básica es indisponible porque deriva de los títulos competenciales examinados en el primer fundamento jurídico de este dictamen. Distinto sería que el precepto se redactara expresando el deber de la Administración de velar por la aplicación de las normas que se citan, aunque vaya de suyo que no puede ser de otro modo.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 81/92
VERIFICACIÓN	PK2jm671LOHV6WCONVr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

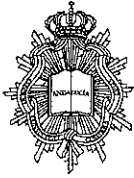
B) Por otro lado, el apartado 1 se refiere de manera inadecuada a las consideraciones que se contienen en el artículo 57 de la Ley 12/2007, cuando estamos ante un mandato dirigido a los poderes públicos para promover la transmisión de una imagen igualitaria y no estereotipada de la mujer.

C) El apartado 6 alude a los "medios audiovisuales sujetos al ámbito de actuación de la Administración de la Junta de Andalucía...". Debería sustituirse dicha redacción por otra igual o similar a la siguiente: "medios de comunicación audiovisuales sujetos al ámbito de actuación de la Comunidad Autónoma de Andalucía...".

En diferente plano, la regulación examinada debería tener en cuenta que, en estos momentos, se tramita en el Parlamento el Proyecto de Ley Audiovisual de Andalucía (expediente 10-17/PL-000004), en el que se abordan cuestiones de publicidad ilícita y de corrección y fomento de la autorregulación en materia de publicidad. Algunas de ellas se refieren, precisamente, a alimentos y bebidas no saludables. Desde esta óptica, debería asegurarse la debida concordancia entre ambas disposiciones, siendo aconsejable, además, realizar una referencia a la regulación legal proyectada en materia audiovisual, atendiendo a los principios de buena regulación previstos en el artículo 129 de la Ley 39/2015.

22.- Artículo 32, apartado 1. Este precepto dispone lo siguiente: "De conformidad con lo previsto en el artículo 3.a) y d) de la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad y el artículo 4.15 de la Ley 1/2004, de 17 de diciembre,

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 82/92
VERIFICACIÓN	PK2jm671LOHV6WCONVr02IJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

de creación del Consejo Audiovisual de Andalucía, se considerará ilícita toda publicidad que utilice a las personas con sobrepeso, obesidad o bajo peso de forma vejatoria o estigmatizante, vulnerando los derechos recogidos en el artículo 6 de la presente Ley". Hay que hacer notar que el artículo 4.15 citado no se refiere a ningún supuesto de publicidad ilícita, por lo que se su mención debería suprimirse.

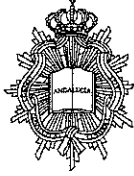
23.- Artículo 33. La expresión "velará para que la publicidad de los alimentos y bebidas no alcohólicas... se ajuste" no es correcta. El verbo velar se complementa con la preposición "por" y no con la preposición "para".

Por otro lado, debería sustituirse la expresión "y desarrollará, a este respecto..." por "y ejercerá, a este respecto...".

24.- Artículo 34. En vez de destinar el apartado 1 a realizar una declaración de reconocimiento del principio de transversalidad ("Se reconoce..."), dicho apartado debería integrarse con el apartado 2, que es la expresión de dicho principio, así como con el apartado 4, pues la "intersectorialidad" es connatural a dicho principio.

25.- Artículo 39, apartado 3. Al configurar un órgano de estas características, resulta aconsejable una mayor determinación a nivel legal. En este sentido, debería revisarse el inciso "al menos" y concretar en mayor medida la composición de un órgano tan heterogéneo y de intereses plurales, que da cabida a diversas entidades y agentes económicos y sociales, y tiene atribuidas importantes funciones. Todo ello sin perjuicio del desarrollo reglamentario previsto en los términos de la Ley

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 83/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	PK2jm671LOHV6WCONvr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía.

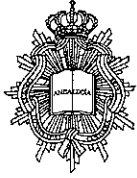
26.- Artículo 40, apartados 2 y 4.g). En lo que respecta al apartado 2 debería revisarse la expresión "que garanticen el ecosistema generador de obesidad", cuya lectura podría inducir a error.

Por otro lado, en el apartado 4.g) figura, por segunda vez en el Anteproyecto de Ley, el concepto "índice sintético nutricional global", el cual debería definirse en el artículo 4.

27.- Artículo 41, apartado 3. Debería citarse la denominación completa del Acuerdo del Consejo de Gobierno al que se refiere este apartado.

28.- Artículo 44. Bajo el título "Nuevas tecnologías, alimentación saludable y actividad física", se dispone en este artículo que las Consejerías competentes en las materias de salud e innovación "trabajarán de forma conjunta para promover el desarrollo de juegos que utilicen las nuevas tecnologías y consigan aumentar la actividad física y la alimentación saludable en los diferentes perfiles de personas usuarias y de forma inclusiva". Teniendo en cuenta el desarrollo que está experimentando el sector de las nuevas tecnologías aplicadas a la salud y a la actividad física, la norma es excesiva, parca y cerrada, dado que ni siquiera menciona el fomento del empleo del diseño o empleo de aplicaciones informáticas que ya existen en la actualidad en el preciso campo objeto de regulación.

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 84/92
VERIFICACIÓN	PK2jm671LOHV6wCONVr02IJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

29.- Artículo 46. Debería citarse expresamente el artículo 31.1 de la Ley 40/2015, empleando la fórmula "de conformidad con" u otra similar, como se hace en otros artículos de este mismo título.

30.- Artículo 47. La comprensión de este precepto mejoraría si se efectuara una revisión de sintaxis.

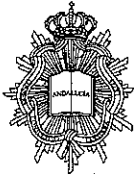
31.- Artículo 48, apartado 2.e). Parece existir un error al definir la infracción grave consistente en el incumplimiento del deber de disponer de espacios adecuados para la práctica de la lactancia materna, pues la norma se remite al artículo 19.3, que el Anteproyecto de Ley destina a los huertos urbanos.

32.- Artículo 49. El examen de esta norma lleva a realizar varias observaciones:

A) En primer lugar, en el **apartado 1**, el artículo se olvida de precisar que las sanciones que establece son multas pecuniarias, pasando directamente a concretar las cuantías sin indicar la naturaleza de la sanción. Por tanto, el precepto debe decir que las infracciones se sancionarán con multas en las cuantías que siguen.

B) Por otro lado, hay que hacer notar la importante diferencia que se produce entre la multa máxima para las infracciones graves y la que puede imponerse en casos de infracciones muy graves. En efecto, frente a la cuantía máxima de 15.000 euros para las infracciones graves, el **apartado 1.c)** establece que las sanciones muy graves se sancionan con multas

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 85/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WC0Nvr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



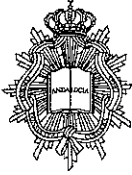
CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

desde 15.001 euros hasta 600.000 euros. Debería reconsiderarse la correlación entre las infracciones -caracterizadas según su mayor o menor gravedad- y las sanciones previstas, en consideración al principio de proporcionalidad. Desde este punto de vista, a título de ejemplo, se deja señalado que el incumplimiento del deber de ofertar a los clientes agua fresca, de forma gratuita y complementaria a la oferta del propio establecimiento, podría dar lugar a la imposición de una multa de 15.000 euros (cuantía máxima prevista), sin necesidad de reiteración ni de que concurra otra circunstancia; sanción que podría resultar excesiva a la luz del referido principio.

C) Por último, en el apartado 3 se prevé que "los órganos competentes podrán imponer la sanción accesoria de clausura temporal de los establecimientos, instalaciones o servicios por un plazo máximo de cinco años, en los supuestos de infracciones muy graves". A juicio del Consejo Consultivo esta previsión no guarda correspondencia con los supuestos de hecho de los que se parte. Si se refiere a la clausura de los centros donde se comete la infracción ello podría causar más perjuicios a terceros que al propio infractor.

33.- Artículo 50. En lo que respecta a la graduación de las sanciones, la remisión que se realiza a lo establecido reglamentariamente debe tener en cuenta las cautelas que en este orden derivan de las exigencias de reserva de ley en materia sancionadora. Damos por reproducida la doctrina de este Consejo Consultivo sobre las exigencias de taxatividad o **lex certa**, que operan asimismo en la delimitación de las sanciones (dictamen 553/2017). En este sentido se recuerda que el artículo 27.3 de la Ley 40/2015 establece que "las disposiciones regla-

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 86/92
VERIFICACIÓN	PK2jm671L0HV6WC0Nvr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

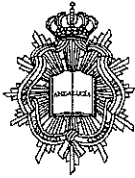
mentarias de desarrollo podrán introducir especificaciones o graduaciones al cuadro de las infracciones o sanciones establecidas legalmente que, sin constituir nuevas infracciones o sanciones, ni alterar la naturaleza o límites de las que la Ley contempla, contribuyan a la más correcta identificación de las conductas o a la más precisa determinación de las sanciones correspondientes”.

34.- Artículo 51. Siendo el precepto reproducción literal del artículo 56 de la Ley 39/2015, debería indicarse la procedencia de la norma en cada uno de sus apartados. Con tal finalidad puede emplearse la fórmula “de conformidad con” u otra similar.

35.- Artículo 53. Este precepto establece el plazo máximo para resolver y notificar los procedimientos sancionadores en nueve meses. Aunque nos encontremos ante una norma de rango legal y, en consecuencia, apta para establecer un plazo superior a seis meses, haciendo uso de la excepción contemplada en el artículo 21, apartado 2, párrafo segundo, de la Ley 39/2015, damos por reproducida, *mutatis mutandis*, la doctrina sentada en el dictamen 694/2017. La fijación del plazo máximo en los expedientes sancionadores debe estar fundamentada en estudios de trámites y tiempos, teniendo en cuenta los principios que informan la actuación administrativa, la complejidad y las singularidades que presenten cada uno de los procedimientos. En este caso, el Consejo Consultivo aprecia que no ha quedado justificada la solución que incorpora este precepto legal. (CL).

36.- Artículo 54. Aunque el artículo 30.1 de la Ley 40/2015 dispone que las infracciones y sanciones prescribirán según lo

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 87/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6wCONVr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

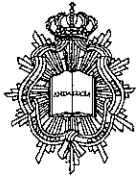
dispuesto en las leyes que las establezcan, el plazo que se establece en su defecto es un plazo de referencia sobre el que ha de pivotar un juicio de razonabilidad a la hora de contrastar si los plazos que en cada caso se establezcan, aun respetando la reserva legal, se encuentran suficientemente justificados. En este sentido no encontramos justificación al hecho de que se establezca un plazo de prescripción que iguala al que establece el Código Penal para delitos cuya pena máxima señalada por la ley sea prisión o inhabilitación igual o inferior a cinco años. Tampoco se considera debidamente motivada la fijación del plazo de prescripción de las sanciones.

37.- Disposición final segunda. Según esta norma, el desarrollo reglamentario se llevará a efecto por el Consejo de Gobierno, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 112 y 119.3 del Estatuto de Autonomía para Andalucía y 27.9 y 44 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Aunque se trata de una fórmula usual, *mutatis mutandis* traemos a colación lo expuesto por este Consejo Consultivo en el dictamen 719/2016 (al igual que hicimos en los dictámenes 285 y 482/2017, entre otros), para señalar lo siguiente:

Ha de tenerse en cuenta que, tras la entrada en vigor de la Ley 39/2015, rige con carácter básico lo dispuesto en el artículo 129 de la citada Ley, cuyo apartado 4, párrafo tercero, señala que "Las habilitaciones para el desarrollo reglamentario de una ley serán conferidas, con carácter general, al Gobierno o Consejo de Gobierno respectivo. La atribución directa a los titulares de los departamentos ministeriales o de

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 88/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WCONVr02IJGGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

las consejerías del Gobierno, o a otros órganos dependientes o subordinados de ellos, tendrá carácter excepcional y deberá justificarse en la ley habilitante”.

En el Anteproyecto de Ley se alude en varias ocasiones al desarrollo reglamentario, en alguna ocasión apelando a una Orden.

Comoquiera que los artículos 119.3 del Estatuto de Autonomía para Andalucía y 44 de la Ley 6/2006, no sólo hacen referencia a la potestad reglamentaria del Consejo de Gobierno, sino también a la que ostentan cada uno de sus miembros, en aras a la claridad de la habilitación que se está confiriendo, la disposición debe adoptar una redacción congruente con la habilitación perseguida, teniendo en cuenta lo ya dicho sobre la novedad que comporta el artículo 129 de la Ley 39/2015.

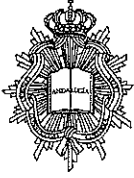
CONCLUSIONES

I.- La Comunidad Autónoma de Andalucía tiene competencia para dictar la Ley cuyo anteproyecto ha sido sometido a este Consejo Consultivo (**FJ I**).

II.- El procedimiento de elaboración de la norma se ajusta a las legalmente previstas (**FJ II**).

III.- En cuanto al contenido del anteproyecto, se formulan las siguientes observaciones, en las que se distingue:

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 89/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WCONVr02IJJGGf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

A) Deben modificarse la disposición que se relaciona, en la medida en que **pueda contravenir el ordenamiento jurídico**: **Artículo 53** (*Observación III.35*).

B) Por razones de **seguridad jurídica** se hace la siguiente observación: **Artículo 16, apartado 1** [*Observación III.14, apartado B*]).

C) Por las razones que se indican, **deben atenderse las siguientes objeciones de técnica legislativa**:

(1) **Artículo 6** [*Observación III.8, apartados A), C) y D)*].
(2) **Artículo 7, apartado 2, párrafo i)** (*Observación III.9*).
(3) **Artículo 8, apartado 3** [*Observación III.10, apartado B*]).
(4) **Artículo 12** [*Observación III.12, apartado C*]). (5) **Artículo 19, apartado 5** (*Observación III.17*). (6) **Título y apartado 2 del artículo 20** [*Observación III.18, apartado B*]). (7) **Artículo 29, apartado 1** [*Observación III.21, apartado A*]). (8) **Artículo 39, apartado 3** (*Observación III.25*). (9) **Artículo 46** (*Observación III.29*). (10) **Artículo 48, apartado 2.e)** (*Observación III.31*). (11) **Artículo 49** [*Observación III.32, apartados A) y C)*]. (12) **Artículo 50** (*Observación III.33*). (13) **Artículo 54** (*Observación III.36*). (14) **Disposición final segunda** (*Observación III.37*).

D) Por las razones expuestas en cada una de ellas **se hacen las siguientes observaciones de técnica legislativa**:

(1) **Observación general sobre la densidad del Anteproyecto de Ley y el carácter excesivamente programático de algunos preceptos** (*Observación III.1*). (2) **Observación general sobre**

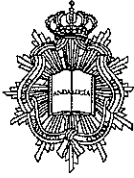
FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 90/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	Pk2jm671L0HV6WCONVr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

la estructura del Anteproyecto de Ley y la necesidad de evitar reiteraciones innecesarias (Observación III.2). (3) Sobre la técnica de la *lex repetita* (Observación III.3). (4) Observación sobre la redacción del Anteproyecto de Ley (Observación III.4). (5) Exposición de motivos (Observación III.5). (6) Artículo 2.a) (Observación III.6). (7) Artículo 5, párrafos a) y c) (Observación III.7). (8) Artículo 6 [Observación III.8, apartado B)]. (9) Artículo 7, apartado 2, párrafo a) (Observación III.9). (10) Artículo 8, apartado 1 [Observación III.10, apartado A)]. (11) Artículo 10, apartado 2.c) (Observación III.11). (12) Artículo 12 [Observación III.12, cuatro primeros párrafos y apartados A), B) y D)]. (13) Artículos 14 y 15 (Observación III.13). (14) Artículo 16, apartado 1 [Observación III.14, apartado A)]. (15) Artículo 17 (Observación III.15). (16) Artículo 18, apartado 4 (Observación III.16). (17) Título y apartado 4 del artículo 20 [Observación III.18, apartados A) y C)]. (18) Artículo 26, apartado 3 (Observación III.19). Esta misma observación se hace extensiva al artículo 29.2. (19) Artículo 27 (Observación III.20). (20) Artículo 29, apartados 1 y 6 (Observación III.21, apartados B) y C)). (21) Artículo 32, apartado 1 (Observación III.22). (22) Artículo 33 (Observación III.23). (23) Artículo 34 (Observación III.24). (24) Artículo 40, apartados 2 y 4.g) (Observación III.26). (25) Artículo 41, apartado 3 (Observación III.27). (26) Artículo 44 (Observación III.28). (27) Artículo 47 (Observación III.30). (28) Artículo 49 [Observación III.32, apartado B)]. (29) Artículo 51 (Observación III.34).

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS	14/12/2017	PÁGINA 91/92
VERIFICACIÓN	Pk2jm671LOHV6WCNVR02IJGGf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	



CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA

Es cuanto el Consejo Consultivo de Andalucía dictamina.

EL PRESIDENTE

LA SECRETARIA GENERAL

Fdo.: Juan B. Cano Bueso

Fdo.: María A. Linares Rojas

EXCMA. SRA. CONSEJERA DE SALUD.- SEVILLA

FIRMADO POR	JUAN BAUTISTA CANO BUESO	14/12/2017	PÁGINA 92/92
	MARIA ANGUSTIAS LINARES ROJAS		
VERIFICACIÓN	PK2jm671L0HV6WC0Nvr02IJJGgf9F	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma	

INFORME SOBRE EL DICTAMEN Nº 718/2017 DEL CONSEJO CONSULTIVO DE ANDALUCÍA EN RELACIÓN CON EL ANTEPROYECTO DE LEY PARA LA PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA EN ANDALUCÍA

En general se han incluido las observaciones realizadas por el Consejo Consultivo en su informe, salvo las que a continuación se indican por las razones expuestas:

1) Observación 2. Observación general sobre la estructura del Anteproyecto de Ley y la necesidad de evitar reiteraciones:

“...Así, a título de ejemplo, partiendo de la denominación del capítulo I del título II, intitulado “Estrategias para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable”, en el título de cada uno de los artículos no debería repetirse “promoción de la actividad física y la alimentación... en”.....”

No se ha incluido dicha observación debido a que si quitamos de la denominación de cada artículo la expresión dispuesta por el Consultivo, a la misma le faltaría precisión.

2) Observación 7. Sobre el artículo 5 párrafo c).

“El párrafo c) se refiere al “principio ecológico”, (...)en este caso, tratándose de la enunciación de un principio de actuación que parte de la interrelación entre los diversos factores que explican el problema de salud pública que se trata de combatir, debería adoptarse un término diferente. Esta observación puede hacerse extensiva al empleo de dicho término (“modelo ecológico”) en la exposición de motivos (párrafo sexto del expositivo II).”

Dicho principio es importante pues es el que mejor califica y define el abordaje desde el cual esta Ley ha sido elaborada y responde de un lado, a las recomendaciones de las instituciones internacionales referentes en Salud Pública, y de otro busca o pretende incluir e incidir sobre los más de los 100

factores determinantes de la aparición de la obesidad estudiados en la bibliografía científica y que afectan a ámbitos individuales y colectivos (educativos, urbanísticos, de medios de comunicación, producción de alimentos, etc...)

Por ello se considera la denominación de principio ecológico tan necesaria como el de principio de transversalidad.

3) Observación 8. Referida al artículo 6.

“B) Por otro lado, la realización práctica de estos derechos depende de su grado de concreción y, en definitiva, de su grado de exigibilidad. (...)Ejemplo de lo que se dice es el derecho del párrafo a), referido al derecho a disponer de espacios públicos de aparcamientos de bicicletas. En primer lugar, se remite a los diferentes instrumentos de planificación de la movilidad (lo cual es lógico) para después disponer: “fomentándose en los lugares de trabajo, especialmente en aquellos con más de cincuenta trabajadores, espacios de ocio y uso público y centros educativos o, en su defecto, en las inmediaciones”. Como se ve en el texto transcrito, la exigibilidad del referido derecho presenta dificultades en la medida en que no está soportado en el establecimiento de una obligación nítida. Ni siquiera se concreta el sujeto al que se atribuye la acción “fomentándolos”. Lo mismo podría decirse en relación con los derechos contemplados en los párrafos c) y d). “

En relación con ello hay que indicar que se ha establecido la obligación de que los lugares de trabajo de más de 50 trabajadores cuenten con espacios públicos de aparcamiento de bicicletas; en relación a los apartados c y d) que por las alegaciones recibidas se ha entendido que los menús de diferentes tamaños hacen referencia a poder elegir entre “tapa” y ración en las empresas restauradoras. Y poder adquirir piezas de fruta sueltas sin necesidad de adquirir un paquete de las mismas.

No obstante, estos detalles podrán ser abordados en el desarrollo del PAFASA.

4) Observación 9. Referida al artículo 7, apartado 2, párrafo a).

“Asimismo, la referencia al “Código Internacional de Comercialización de los sucedáneos de leche materna de la OMS/UNICEF, suscrito por el Gobierno de

España...”, podría ganar en precisión citando el “Código Internacional de Comercialización de los sucedáneos de leche materna”, adoptado en 1981 por la trigésimo cuarta Asamblea Mundial de la Salud. “

No se entiende necesario ya que estamos en la parte dispositiva y la observación parece apropiada para la Exposición de Motivos.

5) Observación 12. Artículo 12 apartado 1 y 2

“A) El apartado 1 se refiere a los “criterios nutricionales” establecidos en el Anexo,... En opinión del Consejo Consultivo, sería más adecuado emplear la expresión “parámetros nutricionales”...”

Se considera conveniente mantener el término de “criterios” dado que al no haber desarrollo reglamentario de la Ley de Seguridad Alimentaria, se ha establecido el término que se utiliza en el documento de consenso aprobado el 21 de julio de 2010, a propuesta de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la base de la evidencia científica y las recomendaciones de las instituciones internacionales.

“B) El apartado 2 emplea la fórmula “de acuerdo con lo establecido en el artículo 40.6 de la Ley 17/2011”, el cual, tras disponer que en las escuelas infantiles y en los centros escolares no se permitirá la venta de alimentos y bebidas con un alto contenido en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sal y azúcares, prevé que estos contenidos se establecerán reglamentariamente.

Comoquiera que dicho desarrollo reglamentario no se ha producido hasta la fecha (aunque sí existe un “Documento de Consenso sobre alimentación en los centros educativos”, aprobado el 21 de julio de 2010 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud) existe la posibilidad de que la norma que ahora se adopta pueda ser desplazada en el futuro, una vez fijado el concreto alcance de la prohibición para el conjunto del territorio nacional. “

Dicha cuestión ya se encuentra solucionada con la redacción de la disposición adicional segunda.

6) Observación 13. Artículos 14 y 15

“En los mismos se hace patente la observación general que se realizó al comienzo de este fundamento jurídico sobre la estructura repetitiva que se aprecia en determinadas partes del Anteproyecto de Ley. Así, tanto la acción de favorecer las opciones más saludables en los menús como la de promover el uso de escaleras se contemplan en ambos artículos en los mismos términos. En el primero con referencia a espacios de ocio infantil y juvenil, y en el segundo para los centros de trabajo. Como se dijo en la observación general antes referida, convendría que las prescripciones idénticas se reflejaran en una misma norma (bien mediante la elaboración de un precepto común o mediante la técnica de la remisión).”

Consideramos que resulta más claro mantener dos artículos puesto que hacen referencia a dos ámbitos diferentes, los espacios de ocio infantil por un lado y los lugares de trabajo por otro, ya que después cada uno de ellos tiene especificidades que se añaden a los respectivos artículos que no son comunes.

7) Observación 15. Artículo 17

“Por su excesiva indeterminación, debería aclararse el significado de algunos conceptos mencionados en este artículo, como el de “estándares mínimos de espacios de convivencia” (apdo. 4).

Se ha incluido en la redacción la referencia al artículo 15.3 del Decreto 51/2017, de 28 de marzo, de desarrollo de los derechos y responsabilidades de la ciudadanía en relación con la salud pública, donde se recoge que la Administración de la Junta de Andalucía pondrá a disposición de los Ayuntamientos un manual orientativo sobre estándares de calidad para que nuestras ciudades respondan a los requisitos exigidos de calidad de vida y bienestar. Estos estándares de calidad incluyen, necesariamente, los relacionados con los espacios de convivencia.

8) Observación 18. Apartados 2 y 4 del artículo 20

“A) En lo que al título del artículo se refiere, debería sustituirse el actual (“favorecer el acceso al agua”), por otro igual o similar al siguiente: “obligaciones sobre el acceso al agua”.

No se entiende necesario el cambio propuesto ya que las medidas incluidas en este artículo son sólo algunas de las muchas iniciativas que deben de configurar la promoción del agua y se pretende evitar el cariz impositivo en la misma.

Apartado 2. Es necesario resaltar que el objetivo de la Ley es evitar la venta de productos hipercalóricos en el ámbito educativo por el riesgo que suponen en el incremento de la obesidad en esta población vulnerable a la que se considera prioritario proteger ya que los hábitos que se adquirieran en esta etapa son determinantes para la salud que podrá alcanzar el resto de su vida. Por ello, al permitir, en determinados centros docentes, la instalación de estas máquinas vending, y ya que se va a obtener beneficio económico por ello, parece pertinente que a modo de "canon" por ello, sean estas empresas la que financien la instalación de fuentes de agua cercanas, de manera que se favorezca el consumo de la misma como alternativa saludable y sostenible. No obstante, si la máquina vending se coloca a menos de 2 m. de una fuente de agua existente en el centro docente, no se impondrá esta obligación a la empresa.

De otro lado, esta obligación, relativa a disponer de fuentes de agua, sólo se impone en espacios de ocio infantil o centros educativos, por los motivos anteriormente expresados, donde exclusivamente se exige dicha obligación para el supuesto que los empresarios hayan decidido instalar máquinas vending en dichos espacios.

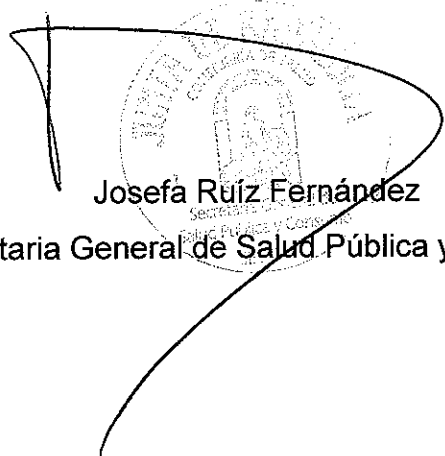
No obstante, se ha eliminado el término "refrigerada" para igualar las exigencias que se hacen a las administraciones públicas en relación con las características del agua.

Apartado 4. *"Comoquiera que no se parte de una prohibición al respecto, sino de un principio de libertad que en este caso no ha de verse limitado por la protección del derecho a la salud u otro bien jurídico, la norma es innecesaria en los términos en que ha sido concebida, por lo que debería suprimirse."*

Efectivamente, no siendo necesario, resulta muy pertinente mantener la posibilidad de que las máquinas vending expendan envases vacíos reutilizables para rellenar de agua, con objeto de estimular su consumo habitual y evitar la

utilización excesivas de envases de plásticos, con los efectos perniciosos para el medio ambiente.

Sevilla, 28 de Diciembre de 2017.



Josefa Ruiz Fernández
Secretaria General de Salud Pública y Consumo