



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XVI - N° 522

Bogotá, D. C., viernes 12 de octubre de 2007

EDICION DE 8 PAGINAS

DIRECTORES:

EMILIO RAMON OTERO DAJUD
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.co

ANGELINO LIZCANO RIVERA
SECRETARIO GENERAL DE LA CAMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

CAMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 096 2007 CAMARA

por medio de la cual se reconoce un espacio en los espectáculos públicos para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones.

Doctor

JORGE ENRIQUE ROZO RODRIGUEZ

Presidente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Ciudad

Señor Presidente:

En atención a la comunicación recibida, donde se me encarga por orden de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional a la cual pertenezco, el estudio del **Proyecto de ley número 096 2007 Cámara**, por medio de la cual se reconoce un espacio en los espectáculos públicos para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones, actuando con el usual comedido procedo a través del presente documento a rendir el respectivo informe de ponencia para primer debate, honor que aspiro a desempeñar con acierto y especial complacencia dentro de las siguientes consideraciones:

CONSIDERACIONES GENERALES

Cuando el crecimiento urbano, el desarrollo educativo, la promoción y ejecución de actividades culturales y deportivas, el sistema de transporte, la construcción de edificios públicos, etc., no tenga en cuenta la situación excepcional de los discapacitados, se tiende a excluirlos de los beneficios del progreso y su real desconocimiento de la vida comunitaria.

Los grandes desarrollos urbanos diseñados bajo el esquema de la persona en pleno goce de sus capacidades, son el prototipo de negación y discriminación para los discapacitados que, al no tenerlos en cuenta en ese desarrollo físico progresivo, ven agravada su situación de rechazo. Los espacios físicos ocupan hoy

más que nunca un rol fundamental para los seres humanos, pues son escenarios donde se les permite o no el acceso a los bienes y servicios ofrecidos por la sociedad para su pleno desarrollo e inclusión en la vida social.

En la medida en que el entorno ofrezca más complejidad, es mayor la demanda de capacidades que debe poseer la persona discapacitada y viceversa. El punto que se ha considerado en este proyecto es qué tan accesible o positivo ha sido el entorno urbano en que se desenvuelve la persona con discapacidad. Un entorno caracterizado por espacios físicos con notable accesibilidad proporciona oportunidades al discapacitado, hasta el punto de alcanzar el máximo de integración y de participación en todos los ámbitos a los que, por derecho y deber, pertenecen: la familia, la escuela, la vida social, el ocio, el trabajo, etc. Es decir, mejora su *calidad de vida*.

El autor ilustra con datos suministrados por el Dane, que la población discapacitada en nuestro país es de mayor nivel con relación a países como Venezuela, Brasil, entre otros. Así está consignado en la exposición de motivos del proyecto:

“Según información suministrada por el Dane,

“Según los datos estimativos de la Organización Mundial de la Salud (OPS) un 12% del total de la población de un país puede encontrarse en condición de discapacidad. Para Colombia, esto puede significar 5 millones de habitantes con discapacidad.

El Dane en su Boletín de mayo de 2006 sobre el Censo de 2005, informa que al realizar un análisis a los resultados arrojados por la ronda de los Censos en América Latina para el decenio del 2000, se han arrojado los siguientes resultados: Venezuela (3,9%), México (1,8%), Chile (2,2%), Ecuador (4,6%), Brasil (8,5%) y Colombia (6,4%), de estos resultados se puede observar que la población con discapacidad o deficiencias, varía entre el 1,8 y el 8,5%. Es importante destacar que un análisis comparado en términos cuantitativos y cualitativos a

nivel latinoamericano es difícil, pues existen formas disímiles de abordar la discapacidad, pues algunos países se refieren a inválido, lisiado, impedido, minusválido, entre otras.

Los datos preliminares arrojados por el Censo del 2005 en Colombia, señalan que la tasa de prevalencia de discapacidad para el total de la población es del 6,4% (2.640.000), la cual es mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,2%). Por número de limitaciones, se señala que de las personas con discapacidad, el 71,2% presenta una limitación, el 14,5% dos limitaciones, el 5,7% tres limitaciones y el 8,7% tres o más limitaciones permanentes". Fuente: Dane 2006. Dirección de Censos y Demografía.

CONTENIDO DEL PROYECTO

El proyecto de ley que se somete a nuestra consideración contiene tres artículos, dentro de los cuales el primero es el eje sobre el cual gira esta nueva propuesta legislativa que obligará a todas las personas naturales o jurídicas que organicen espectáculos públicos a reservar un espacio del 5% del aforo en los sitios donde se realice la actividad para que sean ocupados por discapacitados.

El espacio al que se refiere el artículo que se comenta debe cumplir unas especificaciones como estar claramente delimitado y señalizado, garantizar la visibilidad, la audición y el goce del espectáculo o la actividad recreativa por desarrollar, contar con una superficie acorde a la magnitud del espectáculo o la actividad recreativa de que se trate y garantizar facilidades de acceso y egreso, tanto desde la entrada como hacia las salidas; asimismo, a las zonas de emergencia y los servicios sanitarios.

El artículo 2º, apela a las competencias y funciones ya establecidas para los entes territoriales para que esta nueva ley no quede en la simple letra y su contenido en la práctica sea una realidad. Por consiguiente, las autoridades municipales de los lugares donde se realicen los espectáculos o las actividades públicas inspeccionarán, previo al otorgamiento de los permisos respectivos, el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley, y podrán denegar o suspender dichos espectáculos, con respeto al debido proceso.

El último artículo corresponde a su sanción y promulgación.

LA CONSTITUCION COLOMBIANA Y EL CONTEXTO INTERNACIONAL DE LA DISCAPACIDAD

En Colombia, 1991 fue el año en que, por primera vez en la historia, la Constitución Política Nacional reconoció a la población con discapacidad, como un grupo excepcional, que requiere especial atención del Estado y los medios para su integración a la sociedad.

Todo este reconocimiento, deviene de la dinámica impuesta por la comunidad internacional en relación con las garantías debidas por los Estados a los Derechos Humanos y de su dignidad humana, principios que además de regir el orden público internacional, son pilares fundamentales de la constitucionalidad colombiana. En este sentido, se puede tener como referentes, la Declaración de los Derechos de los Impedidos de 1975.

Este instrumento buscó que los discapacitados reciban un trato igualitario y les faciliten su integración social. En este sentido, la mencionada Declaración dispuso:

“Artículo 8. El impedido tiene derecho a que se tengan en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de la planificación económica y social. **Artículo 9º.** El impedido tiene derecho a ... participar en todas las actividades sociales, creadoras o recreativas. **Artículo 10.** El impedido debe ser protegido contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante”.

Así mismo, la “Convención sobre readaptación profesional y empleo de personas inválidas” -Ley 82 de 1988-, “Convención sobre los derechos del niño” -Ley 12 de 1991-, “Convención adicional al Protocolo de San Salvador” Ley 319. La “Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad fue suscrita, pero aún no ha sido ratificada por el Estado Colombiano, la Resolución 48/96 del 20 de diciembre de 1993 de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre “Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad”, la Recomendación 168 de la OIT, el Convenio 159 de la OIT, la Declaración de Sund Berg de Torremolinos de la Unesco en 1981, la “Declaración de las Naciones Unidas para las personas con limitación” de 1983, entre otros. (Sentencia C-896 de 2006).

Todas estas recomendaciones internacionales, fueron tenidas en cuenta por la Asamblea nacional Constituyente y han obligado no solo al Gobierno sino también al Legislativo a garantizar y lograr la efectiva igualdad de oportunidades y trato de las personas con discapacidad, por ello nos compete como Congreso establecer las normas que aún no permiten la integración social de los discapacitados, de tal suerte que la norma que se adopta por medio de este proyecto de ley se convierte en una medida concreta, capaz de garantizar su acceso, en condiciones acordes con su situación, a los lugares que les proporcionen vivienda, educación, trabajo, salud y para el caso que nos ocupa el disfrute de la recreación, aprovechamiento del tiempo libre a través de los diversos espectáculos que se programen en cada Municipio de Colombia y que les permitan disfrutar de los recursos que ofrece la vida en sociedad.

FUNDAMENTOS JURIDICO Y JURISPRUDENCIAL DEL PROYECTO

Siguiendo el referente internacional que acabamos de esbozar, en nuestra Constitución se consagraron derechos fundamentales, que en la práctica se han orientado hacia la necesidad de promover medidas a favor de grupos discriminados o marginados (artículos 13 y 47 C.P). En este sentido, la igualdad de oportunidades y el trato más favorable, son derechos fundamentales, de aplicación inmediata.

De igual manera, los discapacitados gozan de un derecho constitucional, de carácter programático, que se deduce de la obligación estatal de adoptar una política de previsión, rehabilitación e integración social. Una de esas políticas tiene que ver con la accesibilidad al entorno urbano, entendiéndola como “la condición que permite en cualquier espacio o ambiente interior o exterior, el fácil desplazamiento de la población en general y el uso en forma confiable y segura de los servicios instalados en esos ambientes”. Bajo esta definición legal las personas discapacitadas deben contar con espacios y ambientes públicos adecuados, diseñados y construidos; tales como establecimientos industriales, de trabajo, de salud, educativos, religiosos, carce-

larios, de vivienda temporal, de servicios públicos, comerciales y **de diversión o recreación pública** (complejos deportivos), de manera que se facilite su acceso y tránsito en condiciones seguras.

En desarrollo de estos derechos de rango constitucional, se han expedido un número significativo de normas legales y reglamentarias que a lo largo de estos 16 años han orientado los programas, tanto en beneficios de las personas en situación de discapacidad como de su prevención: la Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este orden tenemos la Ley 715 de 2001, sobre la Distribución de Competencias; la Ley 105 de 1993, sobre Transporte; la Ley 119 de 1994, de la Reestructuración del Sena; la Ley 115 de 1994, Ley General de Educación; la Ley 181 de 1995, de Fomento del Deporte y la Recreación, la Ley 324 de 1996, de Protección a las personas con disminución auditiva y la Ley 361 de 1997, de Protección de las personas en situación de discapacidad. Mediante el Decreto 2226 del 5 de diciembre de 1996 se asigna al Ministerio de Salud la dirección, orientación, vigilancia y ejecución de los planes y programas, que en el campo de la salud, se relacionen con la tercera edad, indigentes, minusválidos y discapacitados. Hace pocos meses se expidió la Ley 1145 de 2007 que establece el Sistema Nacional de Discapacidad.

Las disposiciones constitucionales y legales aludidas, han sido reforzadas por la Corte Constitucional a través de su jurisprudencia, en su esfuerzo por materializar el Estado Social de Derecho que promulgó la Constitución de 1991. Así pueden ser consultadas las sentencias de control de constitucional como la C-176 de 1993, M. P. Carlos Gaviria Díaz, C-531/2000 M.P. Alvaro Tafur Galvis y de fallos de tutela como las sentencias T-401, 427 y 429 de 1992; T-036, 159, 176, 200, 235, 250, 307 y 441 de 1993; T-067, 100, 174, 290, 298, 404, 430, 446 y 515 de 1994; T-049, 117, 144, 288 y 478 de 1995; T-012, 065, 224, 396 y 644 de 1996; T-060, 093, 348, 329, 376, 378 y 534 de 1997; T-236, 304 y 556 de 1998; T-207, 209, 338, 414, 513, 620, 798, 823 y 864 de 1999; T-1639 de 2000 y SU-480 de 1997, (T-519/03), (T-309/05) (C-246/02) (C-246/02) (S.C-246/02) (C-246/02) (C-401/03) (S.C-076/06) (C-381/05) (S.C-401/03). Convención interamericana para eliminación de todas las formas de discriminación contra personas con **discapacidad**- Compromisos adquiridos por el Estado se ajustan a la Constitución (S. C-401/03) (C-401/03) C-156/04) C-401/03) C-401/03); Derecho a la no discriminación de persona con **discapacidad** y derecho comparado (S. C-076/06); **Discapacidad**-Accesibilidad (S. C-410/01) **Discapacidad**-Cláusulas constitucionales y desarrollos internacionales (S. C-128/02) **discapacidad**-Instrumentos internacionales de protección (S. C-410/01, C-478/03, T-951/03, C-896/06); libertad de configuración legislativa en restricciones a personas con **discapacidad**-Imposibilidad de restringir derechos por el solo hecho de la **discapacidad** (S. C-076/06). Persona con **discapacidad** en el Estado Social de Derecho (S. T-397/04) persona con **discapacidad**-Derecho internacional de los derechos humanos como guía completa, indispensable y de obligatoria aplicación para protección de derechos (S. T-397/04); tratado internacional sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con **discapacidad**-Análisis material (S. C-401/03) (Tomado www.constitucional.gov.co).

Finalmente, son todos estos argumentos, disposiciones legales y constitucionales así como la jurisprudencia la que nos dan el sustento suficiente para seguir adoptando medidas para potenciar la conciencia social y difundir conocimientos en materia de accesibilidad. Estas medidas siguen dirigiéndose sustancialmente a los sectores implicados en el diseño y la construcción del entorno urbano para que de una vez por todas tengan en cuenta las necesidades y los problemas de accesibilidad que plantean los diferentes tipos de discapacidad permanente.

Honorables Representantes, el proyecto de ley que hoy se propone está encaminado a materializar el derecho a la accesibilidad a los espectáculos públicos y si es posible al espacio físico en general, con miras a impedir que las actuales estructuras físicas, jurídicas, culturales, sigan omitiendo y desestimando la situación especial de los discapacitados y perpetuando el trato discriminatorio al cual han estado históricamente sometidos.

Proposición:

En los términos anteriores, sin modificación alguna rindo ponencia favorable y propongo dar primer debate al **Proyecto de ley número 096 2007 Cámara**, por medio de la cual se reconozca un espacio en los espectáculos públicos para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones.

De los honorables Representantes,

Fernando Tafur Díaz,
Representante a la Cámara,
Departamento de Bolívar.

* * *

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 140 DE 2007 CAMARA

por medio de la cual se declara la obesidad como un problema de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.

Bogotá, D. C., 9 de octubre de 2007

Doctor

RIGO ARMANDO ROSERO ALVEAR

Secretario

Comisión Séptima

Honorable Cámara de Representantes

Ciudad

Respetado Secretario

Atendiendo la designación de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes, de rendir ponencia para primer debate del **Proyecto de ley número 140 de 2007 Cámara**, por medio de la cual se declara la obesidad como un problema de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención, me permito cumplir con tan honrosa tarea en los siguientes términos:

El sobrepeso en Colombia está llegando a cifras alarmantes, estudios realizados por el Instituto Colombiano de Bienestar familiar a través de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), revelan que casi la mitad de los colombianos sufren de obesidad o sobrepeso: (el 49% de mujeres entre los 14 y 64 años de edad y el 39% de los hombres en este mismo rango de edad). Los niños también están siendo visiblemente afectados por estos problemas cerca del 15% de menores de 14 años su-

fren de sobrepeso a nivel nacional. Solo en Bogotá el 11.9% de la población entre 10 y 17 años tiene sobrepeso.

La obesidad es un problema grave, teniendo en cuenta que es la causante de enfermedades cardiovasculares, diabetes, artritis, colon, hipertensión, estrés, depresión, colesterol alto, cáncer de útero, seno, próstata, etc.

La obesidad ocasiona el 58% de la diabetes insulino dependiente o incurable, el 21% de las enfermedades cardiacas y el 8% de tipos de cáncer en el mundo, Colombia se ubica en los países de Latinoamérica con mayores índices de obesidad. La obesidad en Colombia, causa más muertes que la violencia.

Es importante tener en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en los Estados Unidos (30.000 personas anuales) y en Colombia se puede convertir en la primera, si no hacemos algo al respecto.

Atender la obesidad es sumamente costoso, según la Organización Mundial de la Salud entre el 2% y el 7% de los costos de asistencia sanitaria puede imputarse al tratamiento y control del sobrepeso y obesidad en el mundo por lo tanto es importante implementar campañas educativas para prevenirlas.

Colombia requiere urgentemente una política pública de obesidad que haga frente a esta enfermedad que afecta a los ciudadanos de todas las condiciones y clases sociales, y que viene en incremento debido a la celeridad que vivimos los colombianos y que nos obliga a consumir alimentos poco saludables "Comida Chatarra".

RECHAZO SOCIAL Y CULTURAL

La obesidad no solo trae implicaciones físicas y mentales para la salud, también afecta la forma como las personas se relacionan con los demás, ellas, en su gran mayoría son estigmatizadas por su apariencia y por no cumplir con los parámetros estéticos que exige nuestra cultura como aceptables. Las personas con sobrepeso empiezan a ser rechazadas desde temprana edad en el entorno escolar, y esto se extiende también al plano familiar, laboral, médico creando inseguridad, baja autoestima, y vergüenza de aparecer en lugares públicos, dificultad para ubicarse laboralmente y para relacionarse en pareja. El entorno social y familiar de obesidad hace que cada vez más personas sufran de esta enfermedad.

DEFINICION Y CAUSAS DE LA OBESIDAD

La obesidad es un estado de exceso de masa de tejido adiposo en el cuerpo humano hasta el punto de afectar la salud del individuo. Existen múltiples causas de la obesidad, entre ellas: genéticas, metabólicas, psicológicas, socioculturales, neuroendocrinas, medicamentosas y los entornos culturales de convivencia.

Pero las causas más comunes son las malas conductas alimentarias de los colombianos, no tenemos una cultura de la adecuada nutrición, y no somos conscientes de lo que consumimos. A esto se suma el sedentarismo y el rechazo a la actividad física.

Por otra parte, los programas de nutrición tampoco han sido prioridad de los gobiernos. Aunque existen algunas iniciativas locales para la prevención de la obesidad, de la cual Bogotá es pionera a través de programas de promoción y prevención que ha implementado la Secretaría de Salud, sin embargo no se han

logrado los objetivos y el resto del país está carente de la implementación de estas políticas.

LA OBESIDAD ES UN ENEMIGO SILENCIOSO AL ASECHO QUE SE CONVIERTE EN MORTAL. La Organización Mundial de la Salud, ha definido la obesidad como la "*epidemia metabólica del siglo XXI*".

El servicio de información médica de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. y de los Institutos Nacionales de la Salud entiende como obesidad mórbida a aquellos pacientes que están desde un 50 a 100% ó 45 kg (100 libras) por encima de su peso corporal ideal.

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Para calcular el índice de masa corporal, se divide el peso de la persona (expresado en kilogramos) por la talla elevado al cuadrado en (metros). El resultado debe estar entre el número 18.5 y 24.9 es saludable. Si la cifra está entre 25.0 y 29.9 se está en situación de sobrepeso, si supera el número 30 se está en situación de obesidad.

TABLA PARA MIRAR LAS CATEGORIAS DEL SOBREPESO

INDICE DE MASA CORPORAL	CATEGORIA
Por debajo de 18.5	Por debajo del peso
18.5 a 24.9	Saludable
25.0 a 29.9	Con sobrepeso
30.0 a 39.9	Obeso
De 40 en adelante	Obesidad mórbida

EL SOBREPESO NO ES SOLO UNA CUESTION DE ESTETICA

Muchas personas a las que se les diagnostica obesidad y enfermedades derivadas de ella, no consideran necesario ir al médico porque piensan que esto es una cuestión de estética, y se preocupan más por cómo se ven y por bajar de peso para lucir mejor, que por atender la obesidad como una enfermedad grave que requiere atención profesional.

Muchas personas, con tal de bajar de peso, y ante la falta de información precisa toman cualquier producto adelgazante que se anuncia en el mercado de consumo. Los medios de comunicación ofrecen remedios milagrosos y fórmulas mágicas: cremas, fajas, aceites píldoras, que muchas veces empeoran la situación y traen consecuencias nefastas para la salud.

La Obesidad no debe verse como una situación de vanidad, sino como un problema grave que está afectando enormemente a un gran porcentaje de capital humano en nuestro país.

REGULACION

El consumo alimentos hipergrasos e hipercalóricos son causas directas de la obesidad. Dentro de un amplio listado de grasas, las más perjudiciales para el organismo son las Grasas Trans.

Las GRASAS TRANS son aceites vegetales hidrogenados, que han sufrido una serie de transformaciones mediante las cuales se aumenta el número de átomos de hidrógeno de los ácidos grasos polisaturados, cambiando su estructura natural, por una artificial tipo trans.

Estas grasas son muy utilizadas en la industria de alimentos para mejorar la perdurabilidad, sabor y textura de los productos. Este tipo de grasas son altamente perjudiciales para la salud, ya que elevan el colesterol malo y reducen el colesterol bueno, aumentan los niveles de triglicéridos en la sangre y afectan la di-

latación de las venas incrementando el riesgo de enfermedades del corazón, derrames cerebrales, bajan la calidad de la leche en las lactantes, causan retraso en el crecimiento ya que llevan al organismo a construir hormonas y paredes defectuosas y tienen efectos perjudiciales para los diabéticos.

Las grasas trans se encuentran presentes en alimentos procesados, aceites de soya, ajonjolí y girasol los cuales se venden en el mercado como 100% natural, hamburguesas, papas fritas, galletas, mezclas de sopa para preparar, maíz pira para hornear, helados, margarinas y mantecas vegetales, entre otros. Su presentación aparece en varios productos importados así: *shortening*, *partially hydrogenated vegetable oil* (aceite vegetal parcialmente hidrogenado) o *hydrogenated vegetable oil* (aceite vegetal hidrogenado). **Pero en la mayoría de las presentaciones no se hace claridad con nombre propio a los consumidores de que contienen grasas trans.**

Un paquete de **papas fritas** contiene 7 gramos de grasas trans, un pan: 0,85 gramos, una galleta, 0,8 gramos, **una cucharada de margarina:** 0,9 gramos, **una porción de papas a la francesa:** 3,4 gramos, una bola de helado: 0,27 gramos. Patatas fritas (150 g): 7 gr. de grasas Trans, un pastel de manzana 6 gr, una hamburguesa 3 gramos.

Otras fuentes enormes de calorías son las industrias de las comidas rápidas, una hamburguesa grande aporta entre el 50% y el 70% de las necesidades calóricas en un adolescente, un 3% de grasas trans y elevado porcentaje de grasas saturadas que está alrededor del 25% por ración (aun cuando la recomendación de consumo internacional dice que no se puede superar el 10% de grasa).

Multinationales como Mac Donalds y King Burger han sido altamente cuestionadas por no cumplir con los estándares internacionales de calidad nutricional, y otras como la KFC (Kentucky Fried kichen) han sido acusadas de reutilizar más de 10 veces el aceite en frituras y de utilizar sustancias cancerígenas como el “trisilicato” de magnesio para prolongar su uso.

Consumir 5 gramos diarios de grasa Trans puede llegar a ser una bomba de tiempo, por tal razón las personas tienen derecho a saber qué están consumiendo y los efectos que estos productos pueden llegar a tener sobre su organismo. Con este proyecto de ley se pretende seguir un estricto control a la comercialización de estos productos nacionales e importados, para obligar a los productores a tener claridad en las etiquetas y contenidos nutricionales, informando el verdadero contenido de los componentes y no seguir engañando a los consumidores.

GRASAS SATURADAS: Las grasas saturadas son las que contienen todos los átomos de hidrógeno posibles, se encuentran en todas las grasas y aceites posibles, pero principalmente en la grasa animal. El organismo recibe las grasas de la dieta y las descompone en ácidos grasos y luego las pasa a la sangre formando los llamados triglicéridos. Las grasas saturadas elevan el colesterol y causan enfermedades, pero el problema no está en las grasas sino en la cantidad que se consume. Uno de los peligros de las grasas saturadas es que cuando se reutilizan más de 3 veces en frituras por efecto de recalentamiento se convierten en grasas Trans.

CARBOHIDRATOS: Los carbohidratos son azúcares compuestos por carbono, hidrógeno y oxígeno. Los carbohidratos nocivos para la salud son principalmente los azúcares procesa-

dos y refinados con alto contenido calórico: presentes en gaseosas, dulces, productos de paquete etc., los cuales suministran calorías pero carecen de vitaminas, minerales y fibra por eso se les llama “**Calorías vacías**”, por lo tanto es recomendable disminuir el consumo de este tipo de azúcares y reemplazarlos por carbohidratos saludables como frutas, vegetales, granos enteros, arroz, cereales, legumbres, etc.

PROHIBICION DE COMIDA CHATARRA EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

Los niños y adolescentes son los más perjudicados con estos productos hipergrasos e hipercalóricos o comida chatarra ya que la encuentran a la orden del día en las escuelas y colegios sin que haya ningún control al respecto. Esta situación contribuye a aumentar el sobrepeso en los niños, sumado a otros factores como por ejemplo, el hecho de que el 71% de los niños y adolescentes ven más de dos horas diarias de televisión, y solo el 25% realiza una hora de actividad física por semana según la encuesta ENSIN. De igual forma, este estudio revela que el consumo de frutas y verduras es relativamente bajo, ya que estas están siendo reemplazadas por comida chatarra: hamburguesas, gaseosas, productos de paquete, etc. Resulta paradójico que la población colombiana desde temprana edad presente problemas de sobrepeso y obesidad teniendo en cuenta que nuestro país es de origen tropical y tenemos la posibilidad de producir grandes cantidades de frutas, verduras y vegetales. Otra paradoja, es que las personas más gordas son las más desnutridas.

Por lo tanto es necesario entrar a regular y prohibir la venta de este tipo de productos en los establecimientos educativos y estimular estrategias de una adecuada nutrición como las “Loncheras Tropicales”

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA

El estilo de vida y el nivel de actividad física, son esenciales para lograr un estado de salud favorable, especialmente para las personas con sobrepeso, sin embargo en nuestro país se ha disminuido la práctica de la actividad física, y por el contrario, han aumentado los hábitos que favorecen el sedentarismo, los colombianos dedican más tiempo a la televisión, las computadoras, los videojuegos y otros. Solo el 20% de la población adulta hace ejercicio.

Numerosos estudios han demostrado que el incremento de la actividad física junto con una dieta baja en calorías controla el sobrepeso y disminuye los riesgos cardiovasculares.

De ahí la importancia de posibilitar que los trabajadores de nuestro país dediquen un espacio de su tiempo laboral a la práctica del ejercicio. Está comprobado que la actividad física en los trabajadores aumenta la coordinación, el funcionamiento intestinal, la productividad, la energía y el vigor, la creatividad, la autoconfianza, el liderazgo y los niveles de concentración. A su vez disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares, riesgos psicosociales, aparición de la fatiga, niveles de estrés y tensión, accidentalidad laboral, desmotivación, enfermedades profesionales, conflictos interpersonales y el ausentismo.

CUBRIMIENTO EN SALUD

(Marco legal y Constitucional)

La Ley 100 de 1993, que instauró en Colombia un Sistema de aseguramiento en Salud y Seguridad Social (SGSS), caracterizado por tener en cuenta la capacidad de pago de los ciudada-

nos para acceder a servicios de salud, pensiones y riesgos profesionales. Esta Ley modificó el papel del Estado en la prestación de estos servicios, dando mayor participación al sector privado, transformó las fuentes de financiamiento; estableció el subsidio a la demanda, definió la focalización como estrategia de atención y reformuló la concepción de Salud Pública, restringiéndola al desarrollo de acciones de bajo costo y alto impacto, a partir de la lógica de factores de altas externalidades.

Teniendo en cuenta que el Sistema General de Seguridad Social ha sido sometido a muchos juicios críticos y cuestionamientos desde diversos sectores académicos y sociales respecto de su naturaleza y desarrollo, consideramos conveniente explorar el significado teórico de los conceptos de Derecho Fundamental con el ánimo de caracterizar desde la óptica de las Políticas de Salud, con el fin de precisar su pertinencia y su aplicabilidad en el entorno colombiano.

CONCEPTO DE SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL

En abril de 1948, en el marco del Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se consolidaron los elementos generales para definir el **Derecho a la Salud**:

“La aspiración de todos los pueblos es el goce máximo de Salud para todos los ciudadanos. La salud es el estado de absoluto bienestar físico, mental y social, sin distinción de religiones, credos políticos o clases sociales. Todo hombre tiene derecho a conservar su Salud y, en caso de que enferme, a poseer los medios para curarse. Esta protección debe abarcar no solo a él, sino también a sus familiares”.

Tan sólo unos meses más tarde, en diciembre del mismo año, las Naciones Unidas proclamaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos, redactada por la Asamblea General, que en lo referente a **Salud consignó en su artículo 25**:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos, como pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”. (Subrayado nuestro).

Así las cosas, la Calidad de Vida, expresada como Bienestar, es uno de los elementos esenciales del Derecho a la Salud. La obesidad evidentemente afecta la calidad de vida de las personas.

El Derecho a la Salud presenta dos rasgos generales delimitables: el primero, lo constituyen obligaciones tendientes a evitar que la Salud sea dañada, ya sea por la conducta de terceros, o por otros factores controlables como epidemias, a través del fomento y la prevención.

El segundo, está integrado por otras obligaciones tendientes a asegurar la asistencia médica una vez producida la afectación a la Salud, aspecto que implica, entre algunas prestaciones, la planificación y previsión de recursos necesarios para llevar a cabo la satisfacción de los requerimientos de Salud correspondientes a toda la comunidad. De esta manera se perfila con claridad el Derecho a la Salud, entendido como una norma, que integra el conjunto de obligaciones tendientes a asegurar el acceso a una

asistencia sanitaria, a cargo del Estado, y que favorece a todos los asociados sin excepción.

Universalmente el Derecho a la Salud abarca algunos elementos esenciales y niveles:

a. Elementos Esenciales:

1. Disponibilidad: Contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de Salud, así como también, de programas sanitarios.

2. Accesibilidad: En sentido de las siguientes dimensiones:

- No discriminación: Los establecimientos, bienes y Servicios de Salud deben ser accesibles a los sectores más vulnerables y marginados.

- Accesibilidad física: Se refiere a la distribución geográfica de los establecimientos sanitarios, en relación con los sectores de población más vulnerables.

- Accesibilidad económica: Exige un principio de equidad, vinculado al poder adquisitivo de cada individuo. En este sentido, la carga de los gastos de Salud no debe recaer desproporcionadamente sobre los más pobres, en comparación con los más ricos.

- Acceso a la información: Comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir la información.

3. Aceptabilidad: Los establecimientos deben ser respetuosos de la cultura de las minorías, comunidades y pueblos.

4. Calidad: Se refiere a la capacitación y adecuada remuneración del personal, al equipamiento hospitalario, la disponibilidad de medicamentos y el saneamiento básico mínimo.

A su vez, estos elementos se expresan en tres niveles de obligaciones del Estado, en términos de respetar, proteger y cumplir con:

a) Garantizar el derecho de acceso a todos los asociados, incluidos los grupos vulnerables;

b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima y adecuada;

c) Garantizar el acceso a un hogar y a condiciones sanitarias básicas;

d) Facilitar los medicamentos esenciales;

e) Velar por una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y Servicios de Salud;

f) Adoptar y aplicar un plan de acción nacional de Salud Pública contra epidemias.

A pesar de que la obesidad amenaza la vida de las personas y en gran porcentaje las estadísticas la han demostrado como una de las causas de muerte en nuestro país, no se está brindando la atención adecuada en salud a las personas con obesidad o sobrepeso, en medicamentos indispensables para su tratamiento como: Sibutramina, Orlistat, Rimonabant, no están incluidos en el POS, así mismo la consulta de medicina general y especializada, pruebas diagnósticas, educación, manejo nutricional, tratamiento farmacológico y cirugías.

La mayoría de las EPS, y la medicina prepagada se niegan a brindar tratamientos quirúrgicos en casos necesarios para algunos pacientes con obesidad (**CIRUGIA BARIATRICA**).

En noviembre del 2005, una ciudadana de 44 años de edad, vinculada al Sisbén con nivel 3, de quien presentaba desordenes

en su organismo a causa del sobrepeso, se vio obligada a instaurar una Acción de Tutela contra la Secretaría Distrital de Salud, por negarse a brindarle los tratamientos necesarios para tratar su enfermedad. El médico tratante le ordenó una cirugía bariátrica, y Posteriormente la Cirugía de Bipass Gástrico la cuales le fueron negadas por no encontrarse dichos procedimientos dentro del POS.

Al expedir sentencia sobre este caso, la Corte Constitucional Mediante Auto de fecha 26 de octubre de 2005, considerando que la accionante en esta tutela presentaba un cuadro clínico de obesidad mórbida y otras complicaciones de salud surgidas como consecuencia de su sobrepeso, ordenó a la Secretaría de Salud, realizar las cirugías en un plazo no mayor de 15 días.

“...que si bien el derecho a la salud, no es en sí mismo un derecho fundamental, sí puede llegar a ser efectivamente protegido, cuando la inescindibilidad entre el derecho y la salud y el derecho a la vida hagan necesario garantizar este último, a través de la recuperación del primero, a fin de asegurar el amparo de las personas y de su dignidad. De ahí que el Derecho a la Salud sea un derecho protegido constitucionalmente, en los eventos en que por conexidad, su perturbación pone en peligro o acarrea la vulneración de la vida u otros derechos fundamentales de las personas. Por consiguiente, la atención idónea y oportuna, los tratamientos médicos, las cirugías, la entrega de medicamentos, etc., pueden ser objeto de protección por vía de tutela, en situaciones en que la salud adquiere por conexidad con el derecho a la vida, el carácter de derecho fundamental.

(Pronunciamiento de la Corte Constitucional).

Otras sentencias de la honorable Corte Constitucional reiteran el derecho a la salud como fundamental en conexidad con el derecho a la vida, a continuación algunos apartes jurisprudenciales al respecto:

“El Derecho a la Salud conforma, en su naturaleza jurídica, un conjunto de elementos que pueden agruparse en dos grandes bloques: el primero, que lo identifica como un predicado inmediato del Derecho a la Vida, de manera que atentar contra la salud de las personas equivale a atentar contra su propia vida. Por estos aspectos, el Derecho a la Salud resulta un Derecho fundamental. El segundo bloque de elementos, sitúa el derecho a la salud con un carácter asistencial, ubicado en las referencias funcionales del denominado Estado Social de Derecho, en razón a que su reconocimiento impone acciones concretas. La frontera entre el Derecho a la Salud como fundamental y como asistencial es imprecisa y sobre todo cambiante, según las circunstancias de cada caso, pero en principio, puede afirmarse que el Derecho a la Salud es fundamental cuando está relacio-

nado con la protección a la vida. Los Derechos Fundamentales, sólo conservan esta naturaleza, en su manifestación primaria, y pueden ser objeto allí de control de Tutela”...“Aun cuando la conservación de la Salud involucra una serie de situaciones, que comprenden obligaciones y acciones tanto de las personas como del Estado mismo, que en mayor o menor grado contribuyen a la subsistencia del ser humano, el Derecho a la Salud no fue consagrado en la Constitución, salvo con respecto a los niños (artículo 44 C. P.) como un Derecho Fundamental. No obstante, la Corte ha sido reiterativa en el sentido de considerarlo como un Derecho Fundamental por conexidad, cuando en casos concretos, debidamente sopesados y analizados por el Juez de Tutela, la protección de la Salud involucre al mismo tiempo el amparo de la vida misma”. Sentencia T-484/92.

Colofón de lo anterior, se evidencia la necesidad de declarar la obesidad como una enfermedad crónica y un problema de salud pública y tomar todas las acciones de regulación, promoción, prevención y cubrimiento en salud para poder enfrentar esta peligrosa enfermedad crónica de altos costos económicos y humanos, que disminuye la calidad de vida de los individuos, su productividad, su relaciones familiares, la comunidad y la sociedad en su conjunto. **“Es mejor Prevenir que curar”.**

Proposición

Por las anteriores consideraciones, presento ponencia positiva y me permito solicitar a los honorables representantes, dese primer debate al **Proyecto de ley número 140 de 2007 Cámara, por medio de la cual se declara la obesidad como un problema de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención**, acogiendo el texto original del proyecto.

Venus Albeiro Silva Gómez,
Representante a la Cámara.

CONTENIDO

Gaceta número 522 - Viernes 12 de octubre de 2007
CAMARA DE REPRESENTANTES

Pág.

PONENCIAS

- Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 096 2007 Cámara, por medio de la cual se reconoce un espacio en los espectáculos públicos para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones..... 1
- Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 140 de 2007 Cámara, por medio de la cual se declara la obesidad como un problema de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención..... 3

