



Papeles el tiempo de los derechos

CONSUMIDOR ALIMENTARIO VULNERABLE COMO SUJETO DE DERECHO

Ivette Urquijo Burgos

Abogada de la Universidad de Cartagena (Cartagena de Indias, Colombia)

Maestrante en Derecho de la Universidad de Cartagena

Investigadora del Grupo de Investigación Conflicto y Sociedad de la Universidad de Cartagena, Categoría A, Colciencias.

iveurquijob@gmail.com

Palabras clave: discapacidad, consumidores, vulnerabilidad, alimentación, derechos

Número: 9

Año: 2018

ISSN: 1989-8797

Comité Evaluador de los Working Papers “El Tiempo de los Derechos”

María José Añón (Universidad de Valencia)
María del Carmen Barranco (Universidad Carlos III)
María José Bernuz (Universidad de Zaragoza)
Manuel Calvo García (Universidad de Zaragoza)
Rafael de Asís (Universidad Carlos III)
Eusebio Fernández (Universidad Carlos III)
Andrés García Inda (Universidad de Zaragoza)
Cristina García Pascual (Universidad de Valencia)
Isabel Garrido (Universidad de Alcalá)
María José González Ordovás (Universidad de Zaragoza)
Jesús Ignacio Martínez García (Universidad of Cantabria)
Antonio E Pérez Luño (Universidad de Sevilla)
Miguel Revenga (Universidad de Cádiz)
Maria Eugenia Rodríguez Palop (Universidad Carlos III)
Eduardo Ruiz Vieytes (Universidad de Deusto)
Jaume Saura (Instituto de Derechos Humanos de Cataluña)

CONSUMIDOR ALIMENTARIO VULNERABLE COMO SUJETO DE DERECHO

Ivette Urquijo Burgos

Abogada de la Universidad de Cartagena (Cartagena de Indias, Colombia)

Maestrante en Derecho de la Universidad de Cartagena

Investigadora del Grupo de Investigación Conflicto y Sociedad de la Universidad de Cartagena, Categoría A, Colciencias.

iveurquijob@gmail.com

Introducción: perspectiva vulnerable de la discapacidad

Deseamos evidenciar que existe la necesidad conceptual de un sDOHA discapacitado, invisible para el orden jurídico, frente a la alimentación servida que consume en el comercio de la restauración, el cual requiere para salvar su déficit una mayor información sobre los ingredientes y componentes del plato, que le permita ejercer su autonomía para desarrollar las capacidades de nutrirse bien y evitar la morbilidad y la mortalidad. Nuestra intención es elaborar desde lo académico una propuesta que contribuya a establecer cómo algunas discapacidades físicas generan una vulnerabilidad alimentaria, la cual debe combatirse desde diversos ámbitos, incluyendo el jurídico.

Lo anterior lo realizamos desde la revisión de los diferentes enfoques del concepto de discapacidad, desde las teorías de *discapacidades ampliadas* o *emergentes*, y específicamente desde la “*Teoría de las Capacidades de Amartya Sen*”, que propone la consecución de la felicidad y la dignidad humana a partir de “*la capacidad de ser lo que uno valora*”. Nos proponemos explorar si los sujetos Diabéticos, Obesos, Hipertensos, y Alérgicos (sDOHA) pueden ser considerados

como discapacitados en relación con la comida servida en el comercio de la restauración, que no brinda la información sobre los componentes o ingredientes de los platos ofrecidos a sus comensales.

Reconocemos desde esta perspectiva, la utilidad normativa supranacional del concepto de discapacidad de la OMS (2001) adoptado en la “*Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*” (CIF), pues en dicho modelo se analiza la discapacidad desde una visión *bio-psico-social*, relacionándola con la vulnerabilidad¹ frente al consumo de alimentos, lo cual debería reflejarse en los ordenamientos normativos internos de los países miembros de dicha organización: leyes, reglamentos y políticas públicas.

Entendemos que la discapacidad surge de la aplicación de variables internas del cuerpo humano, y externas relacionadas con el contexto social, fijando la atención en las personas que poseen déficit o alteraciones de sus funciones estructurales que les impiden realizar actividades relacionadas con la alimentación; o que poseen barreras para participar del entorno social en el mismo campo, generando inseguridad para la salud y la vida; encontramos a los sDOHA como vulnerables en potencia.

La discapacidad per-sé no constituye una vulnerabilidad, no obstante una persona discapacitada se considera vulnerable en potencia, ya que eventualmente puede ver limitado su desarrollo, su autonomía y sobre todo el derecho de igualdad para desarrollar actividades, que cualquiera otra persona desarrollaría sin ninguna carga adicional².

Concepto de discapacidad

¹ Se excluye del presente trabajo la vulnerabilidad social relacionada con la ausencia de recursos, la condición socio-económica, entre otros, pues el ordenamiento jurídico colombiano desde las leyes, las políticas públicas y la jurisprudencia, distingue claramente la vulnerabilidad alimentaria relacionada con el “acceso a los alimentos”, privilegiando normativamente esa discapacidad, por la amplia y arraigada inequidad y desigualdad social que adolece el país.

² Uribe y González (2007) citados por Pérez-Castro (2014), afirman que, “*Las personas con discapacidad se consideran vulnerables específicos, porque de manera temporal o permanente encuentran limitaciones para alcanzar su desarrollo pleno y porque potencial o efectivamente son agraviados en su valor y dignidad*” (p. 263).

Actualmente encontramos diversos enfoques para acercarnos a la problemática de la discapacidad, sin embargo, como señala Pérez Castro (2014), la construcción del concepto de discapacidad ha sido un proceso largo y complejo: “*En la antigüedad, culturas como la mesopotámica, la egipcia y la china ya disponían de prácticas médicas para tratar las enfermedades y limitaciones físicas, y aun cuando las soluciones dadas se basaban en ideas mágico-religiosas, en estas sociedades la discapacidad no siempre significó la exclusión o eliminación de las personas afectadas, por el contrario, en códices y textos antiguos es posible encontrar ciertas evidencias de los cuidados y del trato social que se recomendaba dar a estos individuos*”.

La noción de discapacidad explicada a través de ideas mágicas, falta de higiene, maldiciones generacionales, religión e incluso como “categoría de personas”, como los pobres o los delincuentes, predominó más en Occidente, donde se asumió como solución social a la diferencia, el exterminio, la reclusión y la segregación. Según Pérez Castro (2014), autores como Barnes (1998), Braddock y Parish (2001), Palacios (2008) ubican los orígenes de estas prácticas segregacionistas de la discapacidad, que tienden hacia la eliminación o la marginación de las personas, en la tradición greco-romana y en la cultura judeocristiana³.

Ya en tiempo más cercanos, en los años setenta del siglo XX, predominó un enfoque médico-rehabilitador que otorga a la discapacidad un trato individualista y normalizador, pues las personas que sufrían limitaciones en sus estructuras, órganos, y/o funciones, debían sobrellevar a sus espaldas la búsqueda de la cura y la normalización. *En este sistema se privilegiaban las discapacidades físicas y su tratamiento es médico, sin tener en cuenta el entorno social.* (Pérez-Castro, 2014)

Posteriormente al final del siglo XX, se contrapone al modelo individualista un modelo social de la discapacidad, en el cual la responsabilidad de la solución se encuentra en la sociedad y no en la persona con discapacidad. Es decir se

³ En Europa, el estigma y la asociación de la discapacidad con el pecado o la intervención de entidades demoniacas, especialmente aquellas derivadas de afecciones psicosociales o deficiencias cognitivas, prevaleció durante muchos siglos. Esta visión se extendería hasta la Edad Media, período en el que como resultado de los avances médicos y el afianzamiento de los valores del cristianismo, comienza a generarse una perspectiva médica-rehabilitadora, que trajo consigo el aparecimiento de los primeros hospitales y asilo para el cuidado y ayuda de los discapacitados (Pérez-Castro, 2014)

considera que la sociedad es quien crea las condiciones que generan la discapacidad en el sujeto con un déficit en el funcionamiento de su estructura o de sus órganos, “...ubicándolas en una situación de desventaja, como resultado de la propia organización social” (Pérez-Castro, 2014, p.254).

Otro enfoque utilizado para revisar la discapacidad es el universal, que plantea la discapacidad no como un atributo que diferencia a las personas con discapacidad del resto de la población, sino como una característica inherente a la condición humana: un hecho universal, en el que toda la población está en situación de riesgo de adquirir una discapacidad. Por lo tanto, las iniciativas públicas deben dirigirse a toda la población. (Conpes, 2013, p.14)

En el año 2001, la OMS, elaboró la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF, que trata de fundir estos tres enfoques, generando un “modelo biopsicosocial”, de conformidad con el cual “...es posible establecer un lazo entre los distintos niveles (biológico, personal y social) que sustentan la discapacidad y desarrollar políticas y actuaciones dirigidas a incidir de manera equilibrada y complementaria sobre cada uno de ellos. Se facilita además, gracias a esta visión integradora, el establecimiento de una diferenciación entre los distintos componentes de la discapacidad, por ejemplo entre las deficiencias, las actividades personales y la participación en la sociedad” (OMS, 2001, p. 8).

El enfoque biopsicosocial de la discapacidad no solo aspira a brindar a la persona con discapacidad una protección individual, su finalidad es que se implementen políticas centrándose en los derechos, lo cual implica que se reconozca que todas las personas son titulares de derechos que obligan, y que por tanto deben eliminarse las prácticas y las barreras que conlleven marginación y exclusión, bajo un enfoque diferencial.

Discapacidades emergentes en sDOHA

Además de los conceptos de discapacidad referenciados se impone desde la teoría un concepto de discapacidad más amplio, que desdibuja los límites tradicionales,

haciendo las veces de un paraguas que protege al individuo, de la lluvia de problemas sobre el funcionamiento humano. (Gómez y Cuervo, 2007, p.24)

Entre los autores que han desarrollado el concepto de discapacidades amplias o emergentes, se encuentran, Sen, 1998, Mitra, 2006; Fox y Kim, 2004; Schalock, 2004; quienes fundamentan sus teorías en las relaciones entre los factores contextuales o ambientales y el individuo, evidenciando como discapacitantes la existencia de condiciones no convencionales. Las posturas amplias de discapacidad consideran a los humanos, como seres inacabados, propicios a sufrir cambios que los pongan en situaciones de vulnerabilidad, lo cual exige el apoyo de la sociedad y de las instituciones. (Gómez y Cuervo, 2007)

Amartya Sen (2000), aporta al concepto de discapacidad el principio de las “capacidades”, que deben tenerse en cuenta como una expresión de la libertad, por tanto lo recomendable para el sistema según Sen, es evaluar de lo que es capaz un individuo para lograr lo que valora, y desde allí tratar de garantizar la mayor cantidad posible de capacidades, a través de la autodeterminación (Urquijo, 2014) “(...). *la capacidad es un tipo de libertad: la libertad fundamental para conseguir distintas cosas que una persona puede valorar hacer o ser, la libertad para lograr diferentes estilos de vida*” (Sen, 2000, pp. 97).

En Sen (2000) citado por Urquijo la “capacidad” es una expresión de libertad, y posee un componente de “funcionamientos” constitutivos del estado de una persona. El bienestar del individuo pende de las capacidades y funcionamientos, es decir lo que la persona logra realizar con lo que tiene. (2014, p. 68): “*Las características de los bienes no dicen nada de lo que la persona puede hacer con esas propiedades, es decir, si una persona presenta una enfermedad parasitaria que le dificulta la absorción de los nutrientes, en consecuencia la persona podría sufrir desnutrición, aunque consuma la misma cantidad de alimentos que otra persona para la cual esta es más que suficiente.*” (Sen, 1985, citado por Urquijo M., 2014, p. 69).

La teoría de Sen al diferenciar “bien” de “capacidad”, y colocar los bienes al servicio de las capacidades, incluyendo además el concepto de las “funciones” como medida del bienestar; amplia el concepto de discapacidad, permitiendo que emergan

otras discapacidades diferentes a las tradicionales, como son las que proceden de determinadas circunstancias fisiológicas o físicas, que no se perciben fácilmente. Por ejemplo, aún si consideramos que los sDOHA cuentan con el “bien-comida”, y que la actividad de comer tampoco está afectada, se debe en Sen diferenciar la posesión del bien de las capacidades y de las funciones de estar bien nutridos y de evitar la enfermedad y la muerte. Las funciones en estos sujetos, como medida de bienestar, se afecta por la capacidad de auto-determinarse, al no conocer, los ingredientes y componentes de la comida servida que pretenden ingerir en el comercio de la restauración.

Por otra parte Fox y Kim (2004), citados por Gómez y Cuervo (2007), definen la perspectiva amplia como “*discapacidades emergentes las cuales son resultantes de causas o enfermedades recientemente conocidas o definiciones ampliadas de discapacidad*” (p. 19). Consideran las discapacidades emergentes como de difícil identificación, contrapuestas a las discapacidades tradicionales relacionadas con condiciones de fácil identificación. Tal hecho es precisamente una de las dificultades que experimentan las personas con una condición emergente “...que con frecuencia se deben enfrentar con barreras en el acceso a los servicios o a los beneficios sociales, porque el sistema político solo está preparado para atender las discapacidades tradicionales” (p.20).

El trabajo de Fox y Kim (2004) citado por Gómez y Cuervo (2007), estableció que las discapacidades emergentes son difíciles de diagnosticar medicamente, porque no son consideradas discapacidades, porque son desconocidas, o porque las personas que las padecen no se ven como discapacitados; concluyendo que esta invisibilidad genera condiciones de vida menos dignas en la medida en que los sujetos experimentan barreras para el goce de sus derechos o actividades, o quedan excluidos de los servicios, o de la vida pública (p.25)

Menciona Schalock (2004) en Gómez y Cuervo (2007), que el concepto de discapacidad sufrió cambios en la última parte del siglo XX, ampliándose a las discapacidades emergentes e incluyendo la identificación de limitaciones funcionales, relacionadas con aspectos de deficiencia corporal. “*En este caso, existen condiciones corporales que no han sido consideradas como discapacitantes, por ejemplo la*

enfermedad crónica o la diabetes” (p.49), que pueden llevar a restringir actividades, y son influenciadas por factores contextuales que involucran a la persona y el ambiente.

Al relacionar la diabetes, alergias, obesidades y problemas cardiovasculares, con discapacidad emergente, teniendo en cuenta que según las estadísticas colombianas un alto porcentaje de la población padece de estas condiciones y que además dichos sujetos no son considerados discapacitados ni por la sociedad, ni por el sistema jurídico interno, se encuentra un camino que los conduce a niveles de riesgo mayor, pues la falta de conceptualización sirve de sustento a las barreras sociales y jurídicas para acceder al derecho de información sobre los alimentos servidos que consumen, y que de una u otra forma afectan o agudizan su condición física, poniendo en peligro su seguridad y su vida. Aspectos como por ejemplo no poseer una política clara de discapacidad, o vacíos normativos acerca de la información que debe brindarse a los comensales de platos servidos, impide a los sDOHA llevar a cabo acciones relacionadas con esta actividad.

Concepto de discapacidad en la ONU

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1980 expidió una primera clasificación “Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías” (CIDDM), la cual fue mejorada con una segunda edición realizada en 2001, bajo el título “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIF, 2001).

La segunda edición de la clasificación de discapacidades, abarca no solo los aspectos de la salud, sino también algunos componentes del “bienestar” relevantes para la salud, y los describe en términos de “dominios de salud y dominios relacionados con la salud” (p. 8), sin desconocer asuntos personales, tales como la edad y los estilos de vida; pero sin ahondar en los aspectos socioeconómicos que originan restricciones a la capacidad de ejecutar determinadas tareas debido a la raza, sexo, religión, situación económica.

Con el fin de brindar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social, la CIF (2001) integra los modelos médico y social de la discapacidad, en un enfoque biopsicosocial,

definiendo la discapacidad como : “*Un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)*” . (OMS, 2001, p. 215)

Desde la integración de los enfoques, la CIF (2001) concibe el modelo de discapacidad como la interacción de varios componentes: (i) “funciones y estructuras” y (ii)“actividades y participación”; influenciadas por los (w) “factores personales” y (z) “factores ambientales”. “*El funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.), y los factores contextuales. Como se ha indicado anteriormente, los Factores Contextuales incluyen tanto factores personales como factores ambientales*” . (p.12)

Las (i) FUNCIONES O ESTRUCTURAS: Se relacionan con el cuerpo y, “...constan de dos clasificaciones, una para las funciones de los sistemas corporales, y otra para las estructuras del cuerpo” (p.11). Los componentes (ii) “*ACTIVIDADES Y PARTICIPACION, indican aspectos relacionados con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social*”(p.11).

Por otra parte la CIF cataloga como Deficiencias, los problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una “pérdida” (OMS, 2001. p. 14). “*Las deficiencias representan una desviación de la “norma” generalmente aceptada en relación al estado biomédico del cuerpo y sus funciones. Las deficiencias pueden ser temporales o permanentes; progresivas, regresivas o estáticas; intermitentes o continuas. La desviación de la norma puede ser leve o grave y puede fluctuar en el tiempo, principalmente en los códigos, mediante calificadores colocados tras el punto*”(p.17).

Como se mencionó el modelo de clasificación establece las funciones y actividades en clave de “*dominios de salud*” o “*dominios relacionados con la salud*”, los cuales se ven afectados por factores contextuales de enfoque social, referidos a la vida de un individuo, como su estilo de vida. Los factores contextuales incluyen los Factores

Ambientales y los Factores Personales, que pueden tener un efecto en la persona con una condición de salud y sobre la salud y los estados “relacionados con la salud”.

Según la CIF (2001) los (w) “FACTORES PERSONALES, están conformados características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud, pero que la influyen”. Es relevante resaltar que entre dichos factores se ubica “...la edad y los estilos de vida” (p.27), las cuales juntas o separadas pueden desempeñar un papel preponderante para una o varias discapacidades. Estos factores personales no se clasifican en la CIF debido a su variedad, sin embargo, están considerados para mostrar el factor de contribución, en la determinación de una discapacidad. Los (z) FACTORES AMBIENTALES, son externos a la persona. “Los constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas”. (p. 26). Los Factores Ambientales están organizados en la clasificación en dos niveles distintos: “*Individual – en el contexto/entorno inmediato del individuo, incluyendo espacios tales como el hogar, el lugar de trabajo o la escuela. En este nivel están incluidas las propiedades físicas y materiales del ambiente con las que un individuo tiene que enfrentarse, así como el contacto directo con otras personas tales como la familia, amigos, compañeros y desconocidos. Social – estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o la cultura, que tienen un efecto en los individuos. Este nivel incluye organizaciones y servicios relacionados con el entorno laboral, actividades comunitarias, agencias gubernamentales, servicios de comunicación y transporte, redes sociales informales y también leyes, regulaciones, reglas formales e informales, actitudes e ideologías*” . (p. 27)

Los Factores Ambientales interactúan con los componentes de “Estructuras y Funciones Corporales”, y “Actividades y Participación”, generando consecuencias distintas en los individuos con una condición de salud. “*Un entorno con barreras, o sin facilitadores, restringirá el desempeño/realización del individuo; mientras que otros entornos que sean más facilitadores pueden incrementarlo. La sociedad puede dificultar el desempeño/realización de un individuo tanto porque cree barreras (ej. edificios inaccesibles) o porque no proporcione elementos facilitadores (ej. baja disponibilidad de dispositivos de ayuda)*” (p.27).

Acerca de las barreras vs elementos facilitadores, se resalta en los factores ambientales de la CIF la categoría de Productos y Tecnología, que atendiendo la Technical aids for disabled persons- Classification (second version); ISO/TC 173/SC 2; ISO/DIS 9999, define como “cualquier producto, instrumento, equipo o tecnología adaptada o diseñada específicamente para mejorar el funcionamiento de una persona con discapacidad”(p.176). La primera clase de esta categoría la constituyen los “Productos para el consumo personal”, donde se incluye la “comida, natural o fabricada por el hombre, recogida, procesada o manufacturada para la ingesta”. (Productos y tecnología e110, p.176). Es decir que para la CIF (2001) la comida es un producto que puede ser un elemento barrera o un elemento facilitador, de actividades de participación (alimentarse y todas las actividades relacionadas), influenciada por las funciones y estructuras corporales y el contexto.

Los sDOHA en la CIF

Al encuadrar condiciones personales como son la diabetes, la hipertensión, la obesidad, y las alergias; y relacionarlas con la alimentación, se encuentra en la CIF (2001) dentro del catalogo de funciones y estructuras del cuerpo distinguidas con la letra (b) y un código único, las siguientes funciones:

- *Función de metabolizar los carbohidratos del sistema endocrino (b540, p.103);*
- *Funciones relacionadas con la dinámica de la circulación cardiaca, y las deficiencias de dicha función, tales como fallo cardiaco del sistema cardiovascular (b410, p.93), y Funciones relacionadas con la presión arterial y su déficit generando un aumento de la presión (b420, p.94).*
- *Respuestas inmunes, hipersensibilidades, deficiencias como autoinmunidad y reacciones alérgicas, todas del sistema inmunológico (b435, p. 435);*
- *Deficiencias como sobrepeso relacionadas con la función de mantenimiento del peso corporal del sistema digestivo y metabólico (b530, p.101).*

Por otro lado en el catalogo de “actividades de participación” vinculadas con el funcionamiento de las “funciones y estructuras” antes relacionadas, se encuentra que la CIF (2001) distingue con la letra (d) y un código único, algunas actividades que pueden verse afectadas por déficit y funcionamiento de dichas estructuras corporales, así:

Los déficit en la “metabolización de los carbohidratos” y las “hipersensibilidades y reacciones alérgicas del sistema inmune”, pueden generar un déficit en la actividad de “participar de cenas y banquetes” (Actividad d530 comer. p.153); y también con la actividad de “Decidir el menú, seleccionar alimentos y bebidas, reunir los alimentos para preparar comida y bebidas” (Actividad d630 preparar comida. p.154). El déficit en mantener el peso corporal generando sobrepeso se relaciona con la actividad “mantener una dieta equilibrada, evitando daño para la salud” (Actividad d570 cuidado de la propia salud. p.154). Todas las “funciones y estructuras” mencionadas a título de ejemplo, por ser útiles para la presente investigación trabajo, se relacionan con la actividad de “Disfrutar de los derechos de autodeterminación o autonomía”, y con el “derecho de controlar el propio destino, así como las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidades” (Actividad d940 derechos humanos p.171)

Además de lo anterior, la CIF (2001) en la categoría de los “Productos y tecnología para la comunicación” (e125), ubica, el equipamiento, productos y tecnología utilizados por las personas para transmitir y recibir información, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente, para la persona que vaya a utilizarlos. Proponiéndose en esta ponencia que la carta o menú de los restaurantes y cafeterías con las especificaciones sobre los ingredientes y componentes alimentarios, como sal, azúcar, grasas saturadas y alérgenos; generadores de alergias, sobrepeso, diabetes e hipertensión, se valore desde esta categoría como un producto que brinda la información requerida para que los comensales ejerzan su derecho a elegir informadamente los alimentos servidos no empacados, ofreciendo por tanto un elemento facilitador que disminuya las barreras para que las personas con déficit en las estructuras y funciones corporales antes mencionadas, ejerzan plenamente la “participación en actividades” vinculadas a una alimentación segura.

A contrario sensu, la ausencia de especificación en el menú de los componentes e ingredientes aludidos, se convierte en una barrera para que los **sDOHA** ejerzan en forma libre y segura la actividad de alimentarse.

El ejercicio anterior tiene por objeto significar que en la CIF(2001) los componentes enlistados y codificados se relacionan desde múltiples perspectivas

creando “un idioma que otorga al usuario de la clasificación, piezas que pueden crear textos según las necesidades” (OMS, 2001. p.29), entendiendo el funcionamiento de un individuo como una relación compleja de interacción entre la condición de salud y los factores ambientales y personales (OMS. 2001. p.30), de tal forma que se infiere la existencia de una discapacidad cuando se genera una limitación en la capacidad de los dominios de salud, si:

- *Están presentes uno o más déficits, que afectan el desempeño/realización de las funciones y/o actividades*
- *Están presentes una o más restricciones en el desempeño/realización de las funciones y/o actividades por una o más limitaciones.*

Otro de los factores a resaltar, tenidos en cuenta en la CIF en el “componente ambiental” que afecta los dominios de salud o los dominios relacionados con la salud, es el referido a “Servicios, sistemas y políticas”, en el que se encuentran los servicios, los sistemas y las políticas, diseñados para satisfacer las necesidades de los individuos en lo publico y en lo privado, desde lo estatal hasta lo provincial; por tanto llamados todos a organizar, controlar y supervisar los servicios que promocionan los diferentes sectores de la sociedad, así como su estructura y funcionamiento.

Los discapacitados y el derecho de información en la Convención 2006

Paralelamente a la expedición de la CIF (2001), la Organización de Naciones Unidas en el año 2006 expidió la primera Convención del siglo XXI sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, como resultado del fuerte interés sobre el tema desarrollado al interior de esa organización desde la década de los 80⁴. La Organización de Naciones Unidas persigue con esta nueva Convención (2006), modificar la visión proyectada sobre el tema en “Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad” (1993), que otorgaban a la discapacidad un trato paternalista y asistencialista en busca de cura y normalización, ubicando la solución en el individuo. En tanto la convención (2006)

⁴ En la década de los años ochenta se expidieron cuatro manifestaciones sobre personas con discapacidad: Declaración de Derechos del Retardado Mental de 1971, la Declaración de los Derechos de los Impedidos de 1975, la Declaración sobre las Personas Sordo-ciegas de 1979 y la Declaración Sundberg de 1981(Parra-Dussan, 2010. p. 351).

imprime a la discapacidad una dialéctica desde los derechos, por tanto en este nuevo modelo acorde con la CIF (2001), prima el ejercicio de la autonomía y la eliminación de barreras a la participación, a través de la solidaridad como obligación de todos los miembros de la sociedad. Es decir la Convención adopta un modelo biopsicosocial que reconoce los déficit corporales pero involucra a la sociedad y sus barreras en la obtención las soluciones, liderada por un sistemas políticos de reconocimiento de derechos. (Parra-Dussan, 2010, p.358)

La Convención (ONU, 2006) determina en el artículo primero que las personas con discapacidad “...*incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás*” (p. 7)

En cuanto al derecho de información el artículo 21 de la Convención (ONU, 2006) insta a los estados parte a adoptar las medidas para que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho de recabar, recibir y facilitar información en igualdad de condiciones con las demás. Cuando se refiere al derecho de información de las personas discapacitadas, lo vincula a cualquier forma de comunicación elegida, según lo define el artículo segundo ibídem, el concepto de comunicación, incluye “la visualización de textos, el lenguaje escrito, el lenguaje sencillo, y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso”. (p. 5)

Entre las medidas que la convención solicita que los países adopten, se encuentran, entre otras:

“a) *Facilitar a las personas con discapacidad información dirigida al público en general, de manera oportuna y sin costo adicional, en formato accesible y con las tecnologías adecuadas a los diferentes tipos de discapacidad;*

...

c) *Alentar a las entidades privadas que presten servicios al público en general, incluso mediante Internet, a que proporcionen información y servicios en formatos que las personas con discapacidad puedan utilizar y a los que tengan acceso;*

...” (ONU, 2006, p 13-14)

Es decir que la normativa internacional reconoce que para las discapacidades en general se requiere un esfuerzo informativo superior para eliminar barreras sociales. Lo anterior fundamenta la idea de la presente ponencia, en la medida en que el menú o carta de platos en los establecimientos dedicados a la venta de alimentos servidos, requiere un nivel de información mayor relacionado con la sal, azúcar, grasas saturadas y alérgenos, que permita a los sDOHA ejercer su derecho a auto-determinarse y a decidir informadamente lo que ingieren, para proteger su salud y su vida, o incluso para simplemente llevar un estilo de vida sano.

Concepto de un sDOHA consumidor de alimentos discapacitado y vulnerable

EN Colombia se ha adoptado por parte de la Política de Protección Integral en Salud (MSPS, 2016) y por el sistema integral de seguridad colombiano (Ley 100 de 1993), un enfoque diferencial de la discapacidad, definido como “*...la estrategia que permite a la política de atención reconocer y organizarse frente a las diferencias de las personas y colectivos frente a los determinantes sociales*”. (p. 44). Según dicha Política (MSPS, 2016), las diferencias de las personas determinan vulnerabilidad asociadas a diversos factores, “*físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales económicos, ambientales, entre otros*”; pues cada persona tiene su tipo de vulnerabilidad en función de situaciones socioeconómicas, culturales, políticas, religiosas, de género y personales.

En este principio diferencial la vulnerabilidad es entendida como, “*(...)la probabilidad de ser afectado diferencialmente por un riesgo de cualquier naturaleza y, en este sentido, está vinculada con la capacidad de enfrentarlo. La vulnerabilidad puede originarse en condiciones permanentes, como la ancianidad, la discapacidad o la pobreza estructural, la discriminación por pertenecer a algún grupo poblacional (grupos étnicos) o deberse a condiciones transitorias, como la dependencia durante la niñez, la juventud, la ancianidad, el desplazamiento forzoso o victimización por el conflicto, los grupos étnicos, población privada de la libertad o la caída drástica de ingresos por crisis económica*” (MSPS, 2016, p. 45)

Según la Política (MSPS, 2016) Existen poblaciones vulneradas y vulnerables; asimilando la población vulnerada a la pobre por carencia económica, que posee

una imposibilidad de sostenimiento y desarrollo. En tanto las personas vulnerables futuras “ (...)son aquellas para las cuales el deterioro de sus condiciones de vida no se ha materializado aún, sino que aparece como una situación de gran probabilidad en un futuro inmediato a partir de las condiciones de fragilidad que los afecta. (p.46)

Por otro lado en Colombia la población sensible a determinados componentes o ingredientes alimentarios como alérgenos, sal, grasas y azúcar, es cada vez más alta. Esta población como consecuencia del consumo de alimentos e ingredientes sufre reacciones adversas, como alergias o intolerancias alimentarias; o enfermedades cardiovasculares, como infarto, trombosis e hipertensión, y diabetes, lo cual hace que para estos sujetos la información sobre los ingredientes y la composición alimentaria sea imprescindible⁵.

Por su lado la diabetes gana terreno entre la población mundial y en Colombia la enfermedad cobra vida en 20.000 personas cada año. Según el Ministerio de Salud (MSPS, 2016) se ha convertido en un grave problema de salud pública, pues se cuenta con 3.3 millones de personas que sufren de diabetes, de las cuales 2.2 millones están diagnosticadas y más de 1 millón de personas, no sabe que sufren la enfermedad⁶.

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares infarto, trombosis, hipertensión (ECV), es posible afirmar que se encuentran en la lista de las 10 principales causas de mortalidad en Colombia (MSPS, 2014). Las ECV se caracterizan por una aparición gradual de los síntomas, una larga duración de la enfermedad y varias causas de origen, en las cuales podemos ubicar, predisposición genética y hábitos de vida no saludables como sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol y sal, así como sobrepeso y obesidad.

⁵ Los datos epidemiológicos de la Asociación Nacional de Epidemiología (ASOCEPI, 2016), muestran que los Colombianos adultos poseen sensibilizaciones por alergias e intolerancias alimenticias, de la siguiente forma: Leche (20%), Frutos secos (20%), Huevo (20%), Frutas (18%), Gluten (15%), Pescado y mariscos (14%).

⁶ Conforme a la Encuesta Nacional de Salud (MSPS, ENS, 2007) su prevalencia en Colombia en la población entre 18 a 69 años era de 3,5%. Según el Ministerio el mayor impacto se observa en la población entre los 20 y 75 años, con costos altos para el Gobierno (2014) en donde el número de casos de diabetes en Colombia era de dos millones de personas, con proyecciones al alza para los próximos años, sin atender que el mayor costo que representa para la salud de quienes la padecen.

En el caso de individuos genéticamente predispuestos, la obesidad y el sedentarismo conducen a la resistencia de la insulina, estado que precede a la diabetes tipo dos, y que suele acompañarse de otros factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión y factores pro - trombóticos. La evidencia clínica de resistencia a la insulina incluye la obesidad abdominal, hipertensión arterial leve, elevación ligera de los triglicéridos, disminución del colesterol bueno (HDL), elevación del colesterol malo (LDL) y, en algunos casos, hiperglucemia. La frecuente asociación en un mismo individuo de estos factores de riesgo es lo que se denomina el síndrome metabólico (Laclaustra, Bergua, Pascual y Casasnovas, 2005).

Por tanto, según los datos estadísticos, infra, resulta relevante para los sDOHA que la ley regule la información, sobre los alérgenos y con algunos ingredientes presentes en los alimentos finales como sal, azúcar y grasas; perjudiciales para la salud, por estar asociada dicha información con la seguridad y calidad del producto y por tanto al derecho a la salud y a la vida.⁷

No obstante para Colombia, la condición inhabilitante de dichos sujetos es invisible al sistema, pues las afecciones mencionadas no son reconocidas como discapacidad o vulnerabilidad, muy a pesar de que en el enfoque diferencial de la definición de vulnerabilidad del MSPS (2016) los sDOHA caben con total holgura, pues por su déficit no solo se ven despojados de una o varias oportunidades prácticas, sino que por sus características personales de fragilidad existe probabilidad de que puedan sufrir deterioro en sus condiciones de vida.

Los sujetos discapacitados invisibles al sistema, se convierten entonces en vulnerables, pues las discapacidades invisibles “...no son menos problemáticas que aquellas que pueden ser más visibles al observador casual, y en algunas formas pueden ser aun más. El dualismo entre parecer discapacitado o capacitado constituye un problema para estas personas porque no pueden entrar en ninguna categoría predefinida” (Stone, 2005; citados por Gómez y Cuervo. p. 58).

⁷ Según la OMS (2001) la diabetes, la hipertensión, la obesidad y las afecciones del sistema inmune no solo consideran como generadoras de discapacidad, sino que además consideran que los sDOHA pueden en determinadas condiciones considerarse discapacitados, ampliándose el universo de situaciones inhabilitantes. (CIF, 2001)

Por ello apostamos a que se aplique a sDOHA el modelo de las discapacidades emergentes, que busca que los déficits o enfermedades de reciente descubrimiento sean considerados como incapacitantes, para poder encontrar un punto de inflexión entre la calidad de vida de dichos sujetos y el ambiente social adaptado, de tal forma que la sociedad responda mejor a las necesidades especiales de estos individuos y no solo se exija que se adapten al sistema pre-establecido. Es decir, la apuesta es porque los derechos fundamentales de los sDOHA, como consumidores de alimentos, se vinculen al reconocimiento de una situación personal incapacitante, que enarbole el derecho a acceder a una información detallada de los componentes e ingredientes como sal, azúcar, grasas y alérgenos, en los platos servidos, para eliminar las barreras sociales que les impiden la capacidad y el funcionamiento de un buen estado nutricional, cuando participan de actividades relacionadas con el comercio de la restauración, poniendo en peligro su salud, su seguridad y su vida.

Esta aproximación, se relaciona con la Teoría de las capacidades de Sen, por que hace énfasis en la vida que las personas son capaces de vivir según sus intereses, llevándola hasta el funcionamiento como medida optima de bienestar deseable; como ejemplo para el caso, el estado nutricional, y de la idea de sanidad corporal en virtud de la comida que se ingiere. En igual medida la discapacidad emergente se acerca al Modelo de la CIF (2001) en cuanto aborda variables ambientales determinantes de la condición de discapacidad, es decir que se reconoce que el logro de una capacidad por parte del individuo puede depender de variables externas a él, incluyendo los soportes de la sociedad en la cual vive.

Conclusión

La discapacidad de los sDOHA puede ser explicada desde la teorías emergentes de la discapacidad, como un fenómeno complejo que encierra múltiples dimensiones: estructurales, de actividades, de características individuales y de factores ambientales

La OMS ha intentado construir un modelo de discapacidad, en clave de las capacidades y funciones del sistema corporal, que permite establecer que los déficits

o alteraciones en funciones relacionadas con metabolización de carbohidratos (diabéticos), respuestas hipersensibles o alérgicas del sistema inmune (alérgicos), presión arterial aumentada, problemas relacionados con el sistema cardiovascular (hipertensos), e imposibilidad de regular el peso corporal (sobrepeso), constituyen discapacidades o son generadores de discapacidades, en mayor o menor grado, según los factores ambientales y personales que rodeen al sujeto que las padece.

Estas discapacidades proveen un sustento para una vulnerabilidad, en la medida en que una persona discapacitada es más propensa a ser vulnerable, no obstante solo la OMS a través de la CIF es quien trata de presentar un listado de actividades que se relacionan con los diferentes déficit mencionados, pero no los ha desarrollado a profundidad, en la medida en que evidencia que es necesario que se legisle internamente por parte de los estados.

Por tanto los factores ambientales y personales que amplían las discapacidades, deben ser pensados desde las consecuencias jurídicas y prácticas que para los individuos que padecen de diabetes, alergias, problemas cardiovasculares y obesidad, posee la actividad de alimentarse en el comercio de la restauración.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF: versión abreviada en español. Recuperada:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spn.pdf (2 de Junio de 2017)

Asamblea General de Naciones Unidas (2006) Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Recuperada de
https://www.mssi.gob.es/ssi/discapacidad/docs/2009_convention_onu_discapacidad_13_12.pdf (15 de junio de 2017)

Asamblea General de Naciones Unidas (2001) Resolución aprobada por la Asamblea General 56/168. Convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad [sobre la base del informe de la Tercera Comisión (A/56/583/Add.2)] recuperada de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/disA56168s1.htm> (30 de junio de 2017)

Parra-Dussan, C. (Enero-Junio 2010). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: antecedentes y sus nuevos enfoques, En Revista Colombiana de Derecho Internacional Law. (16), p. 347-380

Pérez-Castro, J. (10 de Diciembre de 2014) Elementos para el análisis de la discapacidad desde la perspectiva de la vulnerabilidad social. Revista Internacional de Educación para la Justicia Social (RIEJS), 3 (2),p. 251-268.

Gómez Acosta, C. y Cuervo Echeverry, C. (2007) Conceptualización de discapacidad : reflexiones para Colombia. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Consejo Nacional de Política Económica y Social de la República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación (2013), Documento CONPES 166 sobre Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social. Recuperado en <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/CONP ES166.pdf>.(Julio 20 de 2017)

Urquijo Angarita, M. (27 de Junio de 2014) La teoría de las capacidades en Amartya Sen. En Edetanía, Universidad del Valle (46), p. 63-80.

Sen, A. (2000). Desarrollo y libertad. Bogotá, Colombia: Planeta, citado en Urquijo Angarita, M. (27 de Junio de 2014) La teoría de las capacidades en Amartya Sen. En Edetanía, Universidad del Valle (46), p. 63-80.

Shakespeare, T. y Watson, N. (2002). The social model of disability: an outdated ideology, citado en Pérez-Castro, J. (10 de Diciembre de 2014) Elementos para el análisis de la discapacidad desde la perspectiva de la vulnerabilidad social. Revista Internacional de Educación para la Justicia Social (RIEJS), 3 (2),p. 251-268.

Fox, M. y Kim, K. 2004. Understanding emerging disabilities. Disability and Society, citados en Gómez Acosta, C. y Cuervo Echeverry, C. (2007) Conceptualización de discapacidad : reflexiones para Colombia. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Laclaustra, M., Bergua, C., Pascual, I., Casasnovas, J. (2005). Síndrome Metabólico: Concepto y Fisiopatología. Revista Española de Cardiología, 5(D), 3-10. Recuperado de: <http://www.revespcardiol.org/es/content/articulo/13083442/> (29 de Marzo de 2016)

Ministerio de Salud y Protección Social.(2014). Colombia enfrenta epidemia de enfermedades cardiovasculares y diabetes, Boletín de Prensa No 077. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-enfrenta-epidemia-de-enfermedades-cardiovasculares-y-diabetes.aspx> (15 de marzo de 2016)