

Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo

Revista de la Asociación
Colombiana de Nutrición Clínica

Número temático: bioética y derechos humanos
en nutrición clínica



Volumen 4, suplemento 1 - 2021

ISSN 2619-564X (Impreso)

ISSN 2619-3906 (En línea)

<https://doi.org/10.35454/rncm>

www.nutriclinicacolombia.org

<https://revistanutricionclinicametabolismo.org/>



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**

Indexada en
REDIB, ROAD, Google Scholar

Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo

Revista oficial de la Asociación
Colombiana de Nutrición Clínica



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**

Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo

Editora

Diana Cárdenas, MD, PhD.

Profesora Asistente, Facultad de Medicina, Instituto de Investigación en Nutrición, Genética y Metabolismo, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C, Colombia.

Editora Asociada

Evelyn Frías Toral, MD, MSc.

Docente de Metodología de Investigación, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.

Asistente de Edición

Lorena Montealegre Páez, MD.

Investigadora Facultad de Medicina, Instituto de Investigación en Nutrición, Genética y Metabolismo, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C, Colombia.

Comité Editorial

Jorge Eliécer Botero López, MD, MSc.

Profesor, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Hospital Infantil de San Vicente Fundación de Medellín, Medellín, Colombia.

Vanessa Fuchs-Tarlovsy, ND, MD, PhD.

Jefe del Servicio de Nutrición Clínica e Investigadora en Ciencias Médicas, Hospital General de México, Ciudad de México, México.

Olga Lucía Pinzón Espitia, ND, PhD.

Docente, Facultad de Nutrición, Universidad Nacional, Universidad del Rosario, Hospital Méderi, Bogotá, D.C, Colombia.

Sonia Echeverri, RN, MSc, FASPEN.

Directora Fundación Conocimiento, Bogotá, D.C, Colombia.

Comité Asesor Científico

Abel Salvador Arroyo Sánchez, MD, MSc., PhD.

Unidad de Soporte Metabólico Nutricional y Servicio de Cuidados Intensivos e Intermedios del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Seguro Social de Salud. Docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.

Adonis Tupac Ramírez Cuellar, MD, MSc.

Servicio de Cirugía, Clínica Medilaser, Neiva, Colombia.

Ana María Menéndez, QF, PhD.

Investigadora y Profesora titular de Farmacia Hospitalaria y Clínica. Carrera de Farmacia, Universidad de Belgrano. Co-Directora Ejecutiva del Instituto Argentino de Investigación y Educación en Nutrición- IADEIN, Buenos Aires, Argentina.

Carlos Andrés Castro, QF, PhD.

Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Instituto de Investigación en Nutrición, Genética y Metabolismo, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C, Colombia.

Carlos Andrés Santacruz, MD, Especialista.

Intensivista, médico institucional, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C, Colombia.

Dan Linetzky Waitzberg, MD, PhD.

Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Director Ganep Nutrição Humana, São Paulo, Brasil.

Gil Hardy, PhD, FRSC, FASPEN.

Profesor Emérito de Nutrición Clínica. *College of Health, Massey University, Auckland, Nueva Zelanda.*

Guillermo Ortiz, MD, PhD.

Jefe de Cuidados Intensivos del Hospital Santa Clara. Director Ejecutivo del Instituto de Simulación Médica (INSIMED), Bogotá, D.C, Colombia.

María Isabel Toulson Davisson Correia, MD, PhD.

Professora de Cirurgia *Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.*

José Mario Pimiento Echeverri, MD, Especialista, FACS.

Profesor Asociado, Cirugía Oncológica Gastrointestinal, Jefe de la Sección de Oncología del tracto gastrointestinal alto, *Moffitt Cancer Center and Research Institute, Tampa, Florida, USA.*

Juan Bernardo Ochoa, MD, PhD.

Profesor de Cirugía y Cuidado Crítico, Universidad de Pittsburg, PA, USA.

Lilia Yadira Cortés Sanabria, ND, PhD.

Profesora titular, Pontificia Universidad Javeriana, Departamento de Nutrición y Bioquímica, Bogotá, D.C, Colombia.

Miguel León Sanz, MD, PhD.

Jefe, Sección de Endocrinología y Nutrición. Profesor Titular de Medicina en el Hospital Universitario Doce de Octubre, Universidad Complutense de Madrid, España.

Rafael Figueredo Grijalba, MD, MSc.

Director del Instituto Privado de Nutrición Integral, Paraguay.

Rubens Feferbaum, MD, PhD.

Professor, Instituto da Criança HC, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Sandra Paola Perdomo Velázquez, Biólogo, PhD.

Profesora Titular, Facultad de Medicina, Instituto de Investigación en Nutrición, Genética y Metabolismo, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C, Colombia.

Saúl Rugeles Quintero, MD, Especialista.

Profesor Titular de Cirugía, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C, Colombia.

William Manzanares, MD, PhD.

Profesor Agregado de Medicina Intensiva, Cátedra de Medicina Intensiva. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Charles E. Bermúdez Patiño, MD.

Servicio de cirugía, Clínica El Country, Clínica la Colina, Bogotá, Colombia

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NUTRICIÓN CLÍNICA
JUNTA DIRECTIVA 2021-2023

Presidente: Angélica María Pérez Cano, ND.
Vicepresidente: Fernando José Pereira Patermina, MD.
Secretaria ejecutiva: Sandra Milena Puentes, QF.
Tesorera: Vera Cecilia Núñez Ricardo, ENF.

Vocales

Martha Elena Muñoz Peláez, ND.
Diana María Trejos Gallego, ND.
Erika Aguirre Marulanda, ND.
Nancy Milena Bernal Camacho, MD.
Ricardo Alfonso Merchán Chaverra, ND.

Comité Expresidentes

Patricia Savino Lloreda, ND.
Jaime Escallón Mainwaring, MD.
Saúl Rugeles Quintero, MD.
Stella Moreno Vélez, ND.
Óscar Jaramillo Robledo, MD.
Álvaro Valencia, MD.
Julián Sotomayor Hernández, MD.

Mauricio Chona Chona, MD.
Arturo Vergara Gómez, MD.
Claudia Angarita Gómez, ND.
Josef Kling, MD.
Adriana Amaya, ND.
Charles E. Bermúdez Patiño, MD.

Política de ética, integridad y transparencia

La Revista se ajusta a los estándares internacionales de ética y buenas prácticas de las publicaciones. El propósito es promover una publicación transparente y ética por lo que los artículos publicados en la Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo deberán cumplir los principios éticos de las diferentes declaraciones y legislaciones sobre propiedad intelectual y derechos de autor específicos del país donde se realizó la investigación. El editor, los autores, el equipo editorial y los pares revisores seguirán las normas éticas internacionales (<http://publicationethics.org> y *Committee on Publication Ethics Code of Conduct for Journal Publishers*, y validada por el *International Committee of Medical Journal Editor*).

La Revista es financiada por la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica. Sin embargo, algunos números tendrán publicidad de empresas farmacéuticas y en ningún caso las decisiones editoriales dependerán de ellas. Se prohíben anuncios sobre productos que coincidan con el contenido editorial o que provengan de empresas multi-nivel. El Editor tiene la autoridad completa y final para aprobar la publicidad y hacer cumplir la política de ética, integridad y transparencia.

Política de acceso abierto

La Revista en su versión electrónica se publica en el sistema de gestión editorial *Open Journal System*, permitiendo el acceso gratuito a los artículos.

Licencias de uso y distribución

La Revista se publica bajo la licencia *Creative Commons* Atribución-No comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), por lo cual el usuario es libre de: compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; si remezcla, transforma o crea a partir del material, deberá difundir sus contribuciones bajo la misma licencia que el original. No se debe usar para fines comerciales.

La versión informativa y el texto legal de la licencia se pueden consultar en: Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.



Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo (RNCM - Rev. Nutr. Clin. Metab.)

Visite: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/>

Publicación semestral de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica. La presente edición consta de 500 ejemplares impresos.

Avenida 15 No. 118-03 Oficinas 512 / 514, Bogotá, D.C., Colombia
Visite: www.nutriclinicacolombia.org

Correspondencia: E-mail: editor-rmnc@nutriclinicacolombia.org

Traducción (portugués): Jessica Cadavid Sierra, ND, MSc

Traducción y corrección de estilo (inglés): Grupo Distribuna

Soporte técnico OJS: Milena Puentes, QF, MSc.

Comunicación y redes sociales: Jessika Cadavid Sierra, ND, MSc.

Corrección de estilo, diagramación e impresión: Grupo Distribuna

Los autores son responsables por todos los conceptos, declaraciones, opiniones e información presentados en los artículos, revisiones y otros escritos. El Editor y la ACNC declinan toda responsabilidad sobre estos contenidos y no garantiza, ni avala ningún producto o servicio anunciado en esta publicación, tampoco garantiza ningún reclamo hecho por el fabricante de dicho producto o servicio.

Se espera que la publicidad presentada en la Revista tenga en cuenta los estándares éticos. Sin embargo, su inclusión en la Revista no constituye una garantía de la calidad o del valor del producto o de las declaraciones hechas por el productor.

CONTENIDO / CONTENTS / CONTEÚDO

CARTA DEL PRESIDENTE / PRESIDENT'S LETTER / CARTA DO PRESIDENTE

- Gratitud y esperanza **1**
Gratitude and hope
Gratidão e esperança
Angélica María Pérez Cano

EDITORIALES / EDITORIALS / EDITORIAIS

- Alimentar a la persona enferma: un imperativo ético y un derecho humano **3**
Feeding the ill person: an ethical imperative and a human right
Alimentando os doentes: um imperativo ético e um direito humano
Diana Cárdenas, MD, PhD

- Volver a lo básico **5**
Back to the basics
Voltar ao básico
Lina María Sierra Tobón

- La investigación adecuada y ética en nutrición es un derecho humano **7**
Proper and ethical nutrition research is a human right
A investigação adequada e ética sobre nutrição é um direito humano
Maria Isabel T. D. Correia

ARTÍCULOS ORIGINALES / ORIGINAL ARTICLES / ARTIGOS ORIGINAIS

- Consideraciones breves sobre la ciencia médica actual e implicaciones éticas **10**
Brief Considerations on Current Medical Science and Ethical Implications
Breves considerações sobre a ciência médica atual e suas implicações éticas
Noé Héctor Esquivel Estrada

- Bioéticas latinoamericanas, nutrición clínica y pandemia por COVID-19 **16**
Latin American bioethics, clinical nutrition and COVID-19 pandemic
Bioética Latino-Americana, Nutrição Clínica e Pandemia por COVID-19
Camilo Manchola-Castillo

- La tricotomía preocupante en la nutrición clínica y su aplicación en los derechos humanos **23**
The troubling trichotomy in clinical nutrition and its application to human rights
A preocupante tricotomia na nutrição clínica e sua aplicação aos direitos humanos
Albert Barrocas, Diana Cardenas

El diálogo interdisciplinario para una ética armónica en la Declaración de Cartagena <i>Interdisciplinary dialogue for harmonious ethics in the Cartagena Declaration</i> <i>Diálogo interdisciplinar para uma ética harmoniosa na Declaração de Cartagena</i> Abril García Brito, José Mariano Iturbe Sánchez	40
Proceso de cuidado nutricional y desnutrición asociada a la enfermedad: ¿negligencia o injusticia? <i>Nutritional care process and disease-related malnutrition: negligence or injustice?</i> <i>Processo de cuidado nutricional e desnutrição associada à doença: negligência ou injustiça?</i> Mónica López-Talavera	45
ARTÍCULOS DE REVISIÓN / REVIEWS / ARTIGOS DE REVISÃO	
Cuidado y responsabilidad: <i>ethos</i> fundamentales para salvaguardar y ejercer el derecho al cuidado nutricional <i>Care and responsibility: fundamental ethos to safeguard and exercise the right to nutritional care</i> <i>Cuidado e responsabilidade: ethos fundamentais para salvaguardar e exercer o direito ao cuidado nutricional</i> Mónica López-Talavera	51
Comité de ética hospitalaria: una instancia ineludible para el nutricionista clínico <i>Hospital ethics committee: An unavoidable authority for the clinical nutritionist</i> <i>Comitê de ética hospitalar: uma instância inevitável para o nutricionista clínico</i> Iván Pérez	56
Gestión de conflicto de intereses en investigación y práctica clínica en nutrición <i>Managing conflict of interest in nutrition research and clinical practice</i> <i>Gestão de conflito de interesses em pesquisa e prática clínica em nutrição</i> Rafael Almendra-Pegueros, Úrsula Medina	65
Dilemas éticos en la investigación en salud y nutrición <i>Ethical dilemmas in health and nutrition research</i> <i>Dilemas éticos na pesquisa em saúde e nutrição</i> Martha Kaufer-Horwitz	78
Huelga de hambre, alimentación forzada y responsabilidad profesional: alcance y consideraciones éticas <i>Hunger strike, forced-feeding and professional responsibility: A scoping review of ethical considerations</i> <i>Greve de fome, alimentação forçada e responsabilidade profissional: alcance e considerações éticas</i> Francisca Reyes-Arellano, Josefina Razazi Fuenzalida	86
Bioética en investigación en nutrición clínica <i>Bioethics in Clinical Nutrition Research</i> <i>Bioética em Pesquisa de Nutrição Clínica</i> Claudia Patricia Maza Moscoso, Víctor Alfonso Mayen, Luis Demetrio González Patzán	94

Bioética y alimentación al final de la vida en pediatría: dos perspectivas complementarias sobre un mismo tema	99
<i>Bioethics and end of life feeding in pediatrics: Two complementary perspectives about one single topic</i>	
<i>Bioética e alimentação no final da vida em pediatria: duas perspectivas complementares sobre o mesmo tema</i>	
Jorge Jacobo Arenas-Rivera, Javier Portilla-Segura, Evelia Apolinar-Jiménez	
OTROS / OTHERS / OUTROS	
Aspectos metodológicos del código de ética del Nutricionista Clínico	106
<i>Methodologic Aspects of the Code of Ethics for the Clinical Nutritionists</i>	
<i>Aspectos metodológicos do código de ética do nutricionista clínico</i>	
Lina María Sierra Tobón, María Alejandra Texeira Panizza	
Código de ética del Nutricionista Clínico de la FELANPE	110
<i>FELANPE's Code of Ethics for the Clinical Nutritionists</i>	
<i>Código de ética do nutricionista clínico do FELANPE</i>	
Lina María Sierra Tobón, Mónica López Talavera, Angélica Pérez Cano, Claudia Maza Moscoso, Agustina Senese, Denise Van Aanholt, Janett Karla Rodríguez, Cecilia Sepúlveda, Yadira Cortes, Paula Sánchez, Martha Beatriz Pérez Santana, María Belén Andrade, Sofía Rivas, María José Sendrós, Edna Nava, Laura Joy, Gladys Panduro, Biannerys Céspedes, Gertrudis Baptista, Alejandra Texeira	
Grupo internacional de trabajo por el derecho al cuidado nutricional de los pacientes	114
<i>International Working Group for Patients' Right to Nutritional Care</i>	
<i>Grupo de trabalho internacional para o direito aos cuidados nutricionais dos doentes</i>	

Información para los autores

1. Objetivo y alcance

La Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo (RNCM) es una revista de acceso abierto y revisada por pares, cuyo objetivo es publicar artículos científicos en el campo de la nutrición clínica y del metabolismo. Por lo tanto, la Revista publica artículos sobre los distintos procesos bioquímicos, en particular sobre el metabolismo energético y las regulaciones nutricionales, la terapia nutricional (nutrición enteral, nutrición parenteral, suplementos orales, suplementos vitamínicos), la relación entre nutrición y enfermedad y demás temas relacionados.

La RNCM es publicada en marzo, junio, septiembre, y diciembre en versiones impresa y electrónica con un enfoque multidisciplinario y con un contenido de artículos originales, casos clínicos, revisiones, controversias, protocolos y otros (editoriales invitados, cartas al editor, reseñas de libros, guías o recomendaciones clínicas, artículos de opinión, etc.). El Comité Editorial de la Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo recibe para publicación escritos en español, inglés y portugués; no percibe dinero por el proceso editorial de publicación de los artículos y ofrece, *on-line* (*open access*), sin costo alguno la totalidad de su producción científica.

2. Criterios para la aceptación inicial de manuscritos

La RNCM adhiere a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Los manuscritos deberán elaborarse siguiendo sus recomendaciones, las cuales pueden encontrar en: <http://www.icmje.org>.

Sin excepción, los manuscritos serán sometidos a una evaluación completa por el editor para la validación inicial. Los criterios para esta etapa inicial incluyen originalidad, validez de los datos, claridad de redacción, autorización del Comité de Ética e Investigación del sitio donde se realizó la investigación, solidez de las conclusiones e importancia del trabajo en el campo de la nutrición clínica y metabolismo. Se verificará que se cumplan las normas de publicación *ICMJE*.

3. Proceso de revisión por pares

Recepción. El envío de artículos se debe realizar a través de la página web: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/>. El autor recibirá un correo de confirmación iniciando de este modo el proceso de revisión del manuscrito.

Diana Cárdenas, MD, PhD.

EDITORA

Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo.

Correo electrónico: editor-rmnc@nutricclinicacolombia.org

Aceptación editorial del tema. El proceso de aceptación de manuscritos se hará en dos pasos: el primero implica la aceptación editorial del tema y contenido. En un período máximo de 30 días, a partir de la recepción del artículo, se notificará al autor corresponsal, vía correo electrónico, si el artículo sometido cumple con las normas y los requisitos de la revista.

Revisión por pares. El segundo paso consiste en una revisión externa y anónima por pares (*peer review - single blind review*). Cada manuscrito será evaluado por uno o dos revisores expertos independientes para evaluar la calidad científica del documento. Un tercer dictamen podrá ser solicitado para arbitrar un artículo en particular. El artículo será enviado a especialistas en el tema investigado o revisado. Con uno, dos o tres dictámenes, el editor definirá su publicación. El autor corresponsal recibirá la respuesta en un tiempo máximo de 60 días, la cual podrá ser: aceptado, publicable con modificaciones, reenviar para revisión, no publicable.

La RNCM solo acepta escritos originales, de suerte que el envío de cualquier contribución o publicación para consideración del Comité Editorial implica que es original y que no ha sido previamente publicado ni está siendo evaluado para su publicación en otra revista. No se aceptará material previamente publicado en revistas indexadas. Las Guías o Recomendaciones clínicas nacionales o internacionales publicadas por otras revistas podrán ser publicadas previa validación del editor y una vez obtenidos los permisos correspondientes para publicar. Los autores son responsables de obtener los permisos oportunos para reproducir parcialmente el material, ya sea texto, tablas o figuras, los cuales deberá adjuntar al artículo enviado a la Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo.

El Editor es el responsable de la decisión de aceptar o rechazar los artículos enviados a la Revista para su publicación.

4. Secciones de la RNCM

La Revista consta de las siguientes secciones: Editoriales, artículos originales, casos clínicos, artículos de revisión (revisiones de tipo Controversias), protocolos y otros (cartas al editor, noticias de actividades de la ACNC, entrevistas, etc.).

5. Normas de formato y estilo

El escrito deberá enviarse en formato *Word*, en español, inglés o portugués. El texto debe tener 1,5 de interlineado; 12 puntos de tamaño, fuente Arial o Times New Roman; solo se utiliza cursiva para las palabras en inglés u otro idioma dentro del texto del escrito. Las figuras y tablas se deben colocar al final del escrito, y únicamente si es

necesario en un documento o archivo adicional. Se debe enviar un solo archivo que contenga la página de título, el texto del artículo completo y las tablas y figuras. La carta de presentación según el modelo y el formato PDF de la declaración de conflicto de intereses se envían por separado como archivo adicional. La declaración de conflicto de intereses se envía únicamente si existe algún conflicto para declarar. Orden de presentación de los documentos:

1. Carta de presentación (enviar en documento separado)
2. Texto completo del artículo con:
 - Página del título (Título del artículo en inglés y español, autores, afiliaciones institucionales para cada autor, dirección postal del autor corresponsal)
 - Resumen en inglés y en español. No es obligatorio enviar el resumen en portugués.
 - Palabras clave (3 a 6).
 - Texto (según tipo de artículo)
 - Agradecimientos
 - Financiación
 - Declaración de conflicto de intereses
 - Declaración de autoría
 - Referencias
 - Tablas y Figuras
3. Declaración de conflicto de interés (formato de la Revista si existe conflicto de intereses de algún autor).

Agregar números de línea en todo el archivo iniciando en la primera página.

Carta de presentación

La carta de presentación deberá ir dirigida al Editor y presentar la relevancia y el aporte particular que hace el trabajo propuesto. Se recomienda seguir el modelo descargable en la página web de la Revista.

Para una descripción detallada de las Normas de publicación por favor consultar la versión completa en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/about/submissions>

6. Referencias bibliográficas

Para las referencias bibliográficas se adoptarán las normas Vancouver. Se presentarán en el texto, entre paréntesis en superíndice, según el orden de aparición con la correspondiente numeración correlativa. Los nombres de las revistas deberán abreviarse de acuerdo con el estilo usado en el *Índice Medicus*, disponible en: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/>. En lo posible se evitará el empleo de expresiones como: “observaciones no publicadas” ni “comunicación personal”, pero sí pueden citarse entre paréntesis dentro del texto. La citación de artículos origina-

les aceptados y en proceso de publicación, se incluyen en las citas bibliográficas como [en prensa] (entre corchetes).

Siempre que sea posible, proporcionar DOI y direcciones URL para las referencias.

7. Política de ética, integridad y transparencia

La RNCM busca promover la publicación de artículos producto de investigaciones ajustadas a los principios éticos de la investigación, así como evitar casos de fabricación, falsificación, omisión de datos y el plagio.

La RNCM se ajusta a los estándares internacionales de ética y buenas prácticas de las publicaciones. La finalidad es promover una publicación transparente y ética por lo que los artículos publicados en la Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo deberán cumplir los principios éticos de las diferentes declaraciones y legislaciones sobre propiedad intelectual y derechos de autor específicos del país donde se realizó la investigación (<http://publicationethics.org> y *Committee on Publication Ethics Code of Conduct for Journal Publishers*, y validada por *the International Committee of Medical Journal Editor*).

8. Fuentes de financiación

Todos los artículos publicados en la Revista deberán declarar la fuente de financiación. Se trata de declarar las relaciones financieras con entidades en el ámbito biomédico que podrían percibirse como influyentes, o que sean potencialmente influyentes en los resultados y contenidos de los artículos. Se deberán informar todas las entidades públicas o privadas que patrocinaron o las instituciones que participaron en los fondos económicos que financiaron el trabajo de investigación.

9. Conflicto de Intereses

Un conflicto de interés es una vinculación económica o de otra naturaleza que pudiera afectar las opiniones, conductas o el manuscrito de un autor, o que otras personas razonablemente pudieran pensar que los afectan. Los conflictos de intereses actuales o potenciales deberán declararse al final del manuscrito y diligenciar el formulario en línea (Declaración de conflicto de intereses).

Si no existen conflictos de intereses solo se debe mencionar en la carta de presentación y no se debe anexar el formato.

10. Declaración de Autoría

Se debe elaborar una declaración que debe ir al final del artículo donde se mencionen la función o funciones de cada autor utilizando los criterios a definidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE).

Información sobre los autores

Rafael Almendra-Pegueros, BSc, MSc

Licenciado en Nutrición de la Universidad Veracruzana y maestro en Ciencias en Investigación, Clínica de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP). Profesor de asignatura en la Universidad Cuauhtémoc-UASLP y Universidad del Valle de México. Vocal del Comité Estatal de Ética en Investigación y del Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle de México (UVM). Editor de la Revista Española de Nutrición Humana y Dietética.

Evelia Apolinar Jiménez, ND, MSc

Licenciada en Nutrición y Ciencia de los Alimentos, especialista en Nutrición Clínica Pediátrica del Hospital Infantil de México Federico Gómez, cursó la maestría en Investigación Clínica, diplomado en Bioética y diplomado en Análisis de Datos en Salud Utilizando STATA. Es Investigadora en Ciencias Médicas por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

Jorge Jacobo Arenas-Rivera, Lic

Licenciado en Filosofía por el Centro de Estudios Filosóficos Tomás de Aquino. Profesor de la Licenciatura en Filosofía y de la Maestría en Desarrollo Docente de la Universidad Franciscana de México. Profesor de la Licenciatura en Filosofía del Centro de Estudios Filosóficos Tomás de Aquino. Ambas instituciones en León, Guanajuato, México. Vocal del Comité de Ética en Investigación Clínica de la Clínica Bajío, CLINBA. Presidente del Comité Hospitalario de Bioética, CLINBA. Guanajuato, Guanajuato, México.

Albert Barrocas, MD

Médico y cirujano de la Universidad Emory en Atlanta, Georgia, Estados Unidos. Docente de Morehouse School of Medicine y Tulane School of Medicine. ALMA. LLC.

Diana Cárdenas, MD, PhD

Médica cirujana, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. Diploma universitario de Dietética, Nutrición Clínica y Terapéutica, Hospital Bichat, Universidad de París Denis Diderot. Magíster en Metabolismo y Nutrición, Universidad de París Denis Diderot. Magíster en Relaciones Internacionales, Políticas Internacionales, Universidad de Lyon, Francia. Doctorado en Filosofía, Universidad Franche-Comte, Francia. Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque.

Noé Héctor Esquivel, MSc, PhD

Licenciado en Filosofía de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Universidad Gregoriana de Roma; magíster y doctor en Filosofía de la Universidad Iberoame-

ricana, de Ciudad de México. Profesor de Filosofía en la Facultad de Humanidades (Universidad Autónoma del Estado de México) desde 1983, investigador en el Instituto de Estudios Sobre la Universidad (IESU) desde 1993 y miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II. Autor, entre otros libros, de Jürgen Habermas: acción comunicativa y ética del discurso.

Abril García Brito, Lic

Licenciada en Filosofía y maestra en Humanidades por la Universidad Autónoma del Estado de México, actualmente es doctorante por la misma universidad.

Luis Demetrio González Patzán, MD, MSc

Médico y cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Posgrado en Medicina Interna, con subespecialidad en Infectología. Estudios de Micológica Médica. Jefe de la sección de infectología, Centro Médico Militar. Infectólogo del área quirúrgica, Hospital General San Juan de Dios, Guatemala. Jefe del sitio de investigación del Centro Médico Militar, Guatemala. Autor de varias publicaciones relacionadas con la especialidad. Participación como conferencista y profesor en actividades científicas a nivel nacional e internacional.

José Mariano Iturbe Sánchez, Lic

Licenciado en Filosofía y maestro en Humanidades por la Universidad Autónoma del Estado de México, Profesor de la Facultad del Artes de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Martha Kaufer, LN, NC, PhD

Nutrióloga certificada por el Colegio Nutriólogos con especialidad en Investigación en Nutrición Clínica por el Instituto Nacional de Perinatología. Maestra en Ciencias Sociomédicas y doctora en Ciencias de la Salud (Epidemiología) de la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigadora en Ciencias Médicas de la Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Mónica López Tavalera, LN, MSc

Licenciada en nutrición y maestra en humanidades con enfoque de ética social por la Universidad Autónoma del Estado de México. Nutricionista certificada en nutrición clínica por la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN). Diplomado en Nutrición Clínica en la Universidad La Salle. Diplomado en Administración de Hospitales y Servicios de Salud en la Universidad Nacional Autónoma de México. Interconsultante privada a hospitalización con servicio de nutrición clínica y consulta externa en Diätetik Nutrición Especializada.

Camilo Manchola-Catillo, PhD

Doctor en Bioética. Profesor del doctorado y la maestría en Bioética de la Universidad de Brasilia. Miembro del comité ejecutivo de la Redbioética de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Investigador de temas relacionados con la bioética narrativa y la interfaz entre bioética, educación, relaciones internacionales y salud pública en el Centro Internacional de Bioética y Humanidades, Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Brasilia, Brasil.

Víctor Alfonso Mayen, LN, MSc

Nutricionista egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con estudios de maestría en Dietética y Nutrición Humana y en Alimentación y Nutrición. Experiencia profesional de 27 años en nutrición clínica pediátrica, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) e investigación. Director de la Asociación para la Prevención y Estudio del VIH/Sida y el Centro de Atención de Urgencias Nutricionales, en el suroccidente de Guatemala. Asesor de los programas de nutrición pediátrica del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).

Claudia Patricia Maza Moscoso, LN, MSc

Licenciada en Nutrición, Universidad del Valle de Guatemala. Maestría en Nutrición y Dietética con Especialización en Nutrición Clínica. Jefe de la sección de nutrición clínica, Centro Médico Militar, Guatemala. Catedrática Universitaria. Docente del LLL Programme, Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN). Actual *Chair*, Sección Ibero-Latinoamericana/Sociedad Americana de Nutrición enteral y parenteral (ILAS/ASPEN). Autora de varias publicaciones relacionadas con terapia nutricional. Conferencista en actividades científicas a nivel nacional e internacional.

Úrsula Medina, MD, PhD

Médica cirujana y maestra en Ciencias en Investigación Clínica de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP) y doctora en Ciencias de la Universidad Complutense de Madrid, España. Profesora investigadora de tiempo completo en la UASLP; miembro del Sistema Nacional de Investigadores; vocal del Comité Estatal de Ética en Investigación; auditora clínica hospitalaria.

Iván Pérez, MD, MSc

Médico internista, magíster en Medicina Interna, magíster en Bioética, profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, presidente del Comité de Ética Asistencial de la Red de Salud UC CHRISTUS, FACP (*Fellow del American College of Physicians*).

Javier Portilla Segura, MD, MSc

Médico especialista de la Universidad Autónoma de Aguascalientes y con alta especialidad en Medicina Paliativa y Dolor por la Universidad Autónoma de México, completó su formación en el Instituto Nacional de Cancerología. Especialista en Medicina paliativa de niños y adolescentes por la Organización Médica Colegial de España. Maestro en Investigación Clínica de la Universidad de Guanajuato.

Josefina Razazi Fuenzalida, MD

Médica cirujana, titulada en la Universidad de los Andes, Chile. Diplomado en Medicina Intensiva, Pontificia Universidad Católica de Chile. Actualmente trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Metropolitano, Santiago, Chile.

Francisca Reyes Arellano, MSc, PhD(c)

Abogada, licenciada en Ciencias Jurídicas y magíster en Bioética. Actualmente se encuentra cursando un doctorado en Filosofía. Se desempeña como profesora de Ética y Filosofía del Derecho en la Universidad de los Andes (Chile) y Universidad Católica de San Pablo (Perú). También ejerce como abogada del Comité de Ética Científica y miembro del Centro de Bioética de la Universidad de los Andes, Chile.

Lina María Sierra Tobón, ND, MSc

Nutricionista-Dietista de la Universidad de Antioquia, especialista en Nutrición Clínica de la Universidad Metropolitana de Barranquilla, magíster en Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile, miembro de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica (ACNC) y del Colegio de Nutricionistas de Chile. Amplia experiencia en manejo de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Docente universitaria y tutora del internado de nefrología, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Editora invitada de la Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo. Fundadora del *Integral Clinical Nutrition* (ICN), un espacio para la nutrición clínica integral.

Alejandra Texeira, LN, MSc

Licenciada en Nutrición de la Universidad de la República de Uruguay (UDELAR), MSc en Nutrición por la Universidad de León, España. Diplomado en Diabetes de la UDELAR, Diplomado en Lactancia, técnico en Bancos de Leche Humana, técnico en Gestión de Calidad para la Industria Alimentaria, vicepresidente de la Sociedad Uruguaya de Nutrición, jefe del Banco de Leche de Salto, Uruguay.



Gratitud y esperanza

Gratitude and hope

Gratidão e esperança

Angélica María Pérez Cano*

<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.344>

Como decía Dalai Lama: “La raíz de todo bien reposa en la tierra de la gratitud”. Quiero aproximarme a ustedes para darles las gracias, gracias por la confianza depositada en mí y en la junta directiva para continuar con el gran trabajo de liderar la asociación más grande del país en nutrición (la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica [ACNC]), estamos convencidos de que tenemos todas las facultades para liderarla. Haremos lo posible por continuar enaltecendo la Asociación a nivel nacional e internacional, que la recibimos el pasado 19 de julio muy bien posicionada. Desde ese mismo día, la junta directiva inició un trabajo lleno de expectativas y de buenos deseos para la misión encomendada. Ya hace 10 años me aproximé a la ACNC esperanzada en poder contribuir con esta como miembro activo, luego como parte de la junta directiva y ahora a la cabeza de ella, especialmente en esta época tan difícil que estamos atravesando.

Nuestro plan de acción presentado en la pasada asamblea del 13 de mayo de 2021 busca cumplir con los objetivos y la misión de la ACNC, cuyo planteamiento se basa en 4 ejes: educación, investigación, vinculación y adaptación.

En el primer eje, la **educación**, se implementarán actividades acordes a las necesidades de nuestros afiliados, dirigidas a la comunidad científica, a los pacientes, sus cuidadores y a la población en general. Estamos convencidos de que la educación es la base del desarrollo de las personas y las sociedades, y por ello continuaremos trabajando con gran esfuerzo en este eje.

En el segundo eje, la **investigación**, queremos dar un mayor apoyo a los grupos de investigación regionales,

motivando a nuestros asociados a investigar y publicar en nuestra revista. La generación del conocimiento es un aspecto clave en el progreso de las ciencias, y el rol de las sociedades científicas es apoyarlo. También continuaremos con la construcción y divulgación de consensos para presentar a instancias gubernamentales.

El tercer eje es la **vinculación**, a través del cual queremos impulsar la participación de nuestros afiliados en los comités interdisciplinarios que hasta ahora no ha sido posible activar; buscaremos acercamientos con diferentes asociaciones que tengan relación directa con la terapia médica nutricional y puedan aportar para una mejor praxis. También buscaremos alianzas éticas, responsables y con la mayor transparencia con la industria farmacéutica y de alimentos con el interés de educar más a sus consumidores.

El cuarto eje es la **adaptación**, el cual implica adaptarnos al contexto actual de la pandemia de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19); para ello queremos activar nuestras actividades educativas híbridas mientras las condiciones lo permitan, aplicando las nuevas herramientas tecnológicas que demanda este momento.

Por último, queremos aportar al bienestar mental y físico de nuestros afiliados escuchándolos siempre y proponiendo actividades que precisamente les ayuden a manejar la presión y sobrecarga laboral que tenemos que vivir a causa de la atención desbordada de pacientes con COVID-19.

Hoy más que nunca la unión y el trabajo en equipo es la solución. Hago un llamado a la reintegración; los esperamos con los brazos abiertos llenos de esperanza por un mejor mañana y que pronto podamos volver a abrazarnos con el planteamiento de reiniciar activida-

*Correspondencia: Angélica María Pérez Cano.
presidencia@nutricinicolombia.org



des presenciales. Siempre recuerden que la ACNC es de todos y para todos.

Al comprender que el cuidado nutricional es un proceso y que la terapia médica nutricional se debe entender en términos de dignidad de la persona enferma, es obligatorio profundizar los principios y valores éticos. Es por eso que este suplemento pretende revisar las relaciones entre cuidado y responsabilidad, los dilemas éticos en la

investigación en salud y nutrición, y el diálogo interdisciplinario para una ética armónica de la Declaración de Cartagena, además de que se publica por primera vez el código de ética del nutricionista clínico.

Agradezco a la nutricionista Lina María Sierra por su importante contribución como editora invitada en este número. Espero que lo disfruten.



Angélica María Pérez Cano
Nutricionista Dietista, Universidad Nacional de Colombia
Especialista en Salud Ocupacional
Maestría (c) en Nutrición Clínica
Profesora certificada en el curso *Long Life Learning* (LLL) de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN)
Profesora certificada en el Curso Interdisciplinario de Nutrición Clínica (CINC) de Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE)
Experiencia en docencia universitaria
Jefe del departamento de nutrición clínica, Hospital Infantil Universitario San José, Bogotá
Coordinadora del *Nacional Nutrition Day*, Colombia
Presidente de la ACNC, 2021-2023.



Alimentar a la persona enferma: un imperativo ético y un derecho humano

Feeding the ill person: an ethical imperative and a human right

Alimentando os doentes: um imperativo ético e um direito humano

Diana Cárdenas, MD, PhD¹

<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.341>

Este número temático sobre bioética y derechos humanos en nutrición clínica surge de la necesidad de discutir acerca de las problemáticas y cuestionamientos éticos que surgen cuando se alimenta a la persona enferma. Alimentar a la persona enferma, objeto central de la disciplina de la nutrición clínica, implica una responsabilidad que debe ejercerse de acuerdo con principios y valores.

El desarrollo tecnológico y situaciones difíciles y extremas como el paciente en estado vegetativo persistente, el paciente con demencia, en cuidados intensivos, en cuidados paliativos o al final de vida requieren de manos expertas para brindar los alimentos que se ajusten a sus necesidades particulares. Frente a estas situaciones nos preguntamos qué principios y valores fundamentan la práctica de la nutrición clínica. La hipótesis que se plantea es que, al cuestionar la dimensión ética del cuidado nutricional, se están cuestionando los valores del “cuidado” y de la medicina de forma más amplia. Mi propuesta después de un trabajo de investigación y de reflexión de varios años, el cual este número de la revista intenta plasmar, es que, al afirmarse como un objeto de la ética, la nutrición clínica puede presentarse legítimamente como un cuidado en la práctica médica.

El término “cuidado” puede tener distintos sentidos. Según Frederic Worms, este término (*care* en inglés, *soins* en francés) hace referencia a “toda práctica que se inclina a atender a un ser vivo en sus necesidades materiales o sus sufrimientos vitales, y esto por consideración hacia ese mismo ser”⁽¹⁾. Esta definición implica dos elementos indisociables: primero, se “cuida” a un ser que sufre de

“algo”, una necesidad o un sufrimiento identificable y que se puede tratar (cuidado terapéutico). En el caso de la nutrición clínica se trata de atender una necesidad vital de nutrientes a la cual es posible responder con la terapia médica nutricional, en especial la nutrición artificial. Y segundo, se “cuida” o trata a “alguien”, lo que comporta una dimensión intencional y relacional (cuidado relacional).

La nutrición clínica implica la interacción del profesional de salud con el paciente, en la que el experto en nutrición determina un diagnóstico del estado nutricional y una consecuente indicación de terapia nutricional, ante la cual el consentimiento del paciente o del cuidador es primordial. Para lograr un consentimiento pleno del paciente, el profesional de la salud debe brindar la información completa y, así mismo, conocer las preferencias y los deseos del paciente, ya sea si se alimenta de manera natural o artificial. La administración de una terapia nutricional a través de una vía artificial no debe modificar el sentido de “alimentar”. Al pasar de una alimentación oral a una nutrición administrada artificialmente, se pasa de un acto puramente de cuidado (es decir, cubrir una necesidad vital) a un acto terapéutico que necesita de una indicación médica, y unos objetivos terapéuticos, con los consecuentes posibles riesgos y beneficios. Esto demuestra la dimensión relacional del cuidado en esta disciplina. De esta forma, la práctica de la nutrición clínica puede constituirse como una manifestación de la consideración por el otro que implica ir más allá de la dimensión puramente biológica e incluir el aspecto simbólico y afectivo que conlleva el acto de alimentarse⁽²⁾. Por tanto, alimentar a la persona enferma por vía natural o artificial debe ser considerado como un verdadero cuidado en su dimensión ética y un aspecto central de la práctica clínica.

¹ dianacardenasbraz@gmail.com



Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad y el compromiso de preocuparse por la alimentación de cada persona enferma. Esta preocupación necesita de una cierta atención sobre la problemática de desnutrición que puede comprometer el pronóstico del paciente. El paciente en riesgo o en estado de desnutrición debe ser considerado como una persona doblemente vulnerable⁽²⁾. Por un lado, su integridad está comprometida y es frágil por su relación de dependencia que implica la necesidad de manos expertas para cubrir sus necesidades en nutrientes. Por otro lado, la desnutrición es un problema casi invisible ante la medicina actual. Los médicos no están preparados^(3,4) ni sensibilizados con esta problemática, y la definición y los criterios diagnósticos (aunque parecen haber logrado un consenso internacional con los criterios de Liderazgo Global sobre Desnutrición [GLIM]) aún son objeto de debate en la comunidad científica⁽⁵⁾. Así las cosas, es importante reconocer que el sentido ético más profundo de vulnerabilidad implica el compromiso de responsabilidad, consideración y preocupación por los demás. De esta forma, reconocer al paciente desnutrido como vulnerable implica la responsabilidad de alimentarlo.

Además, la responsabilidad ética de alimentar a la persona enferma incluye reconocer el valor individual de cada ser; es decir, su dignidad, entendida como un principio ligado a un valor intrínseco y absoluto, más allá de cualquier precio, que solo posee el ser humano⁽⁶⁾. La dignidad es el valor fundamental de los derechos humanos, lo cual lleva a cuestionarse el lugar que ocupa la nutrición en la preservación de la dignidad humana y la defensa de los derechos humanos. Por tanto, reconocer que el acceso al cuidado nutricional es un derecho humano y darle todo el sentido tanto político, clínico y ético es reconocer un gran avance para la nutrición clínica⁽⁷⁾. Sin embargo, surge una nueva pregunta: ¿cómo este derecho puede influir en las decisiones clínicas? De lo que se trata es de entender el significado de la terapia médica nutricional, más precisamente, de considerar, además del efecto médico-biológico, las razones para alimentar a un paciente con riesgo o en estado de desnutrición. En definitiva, el reto de este cuestionamiento es evaluar el lugar que ocupa la nutrición en la preservación de la dignidad humana.

En conclusión, la práctica de la nutrición clínica a través del cuidado nutricional debe ser considerada como una expresión de humanidad. Los interrogantes arriba mencionados inspiran un cuestionamiento desde la ética y, en particular, desde la ética del cuidado, que permiten afirmar, como lo hace la filósofa francesa Corine Pelluchon en su obra *Les Nourritures*: “La ética no es

solo la dimensión de mi relación con los demás; también depende de mi relación con los alimentos”⁽⁸⁾. Es decir, más allá de considerar el punto de partida de la ética en la relación con el otro⁽⁹⁾, es posible que mi relación con los alimentos sea el lugar original de la ética⁽⁸⁾.

Quiero agradecer en nombre de todo el equipo editorial de la Revista a Lina María Sierra Tobón, nutricionista, especialista en Nutrición Clínica y magíster en Bioética, por su gran trabajo en la preparación y edición de este número. Coincidimos en varios aspectos como en una visión de la ética centrada en el valor del cuidado, la exigencia en el trabajo y el gusto por lo que hacemos. ¡Gracias, Lina!



Diana Cárdenas, MD, PhD
 Editora de la Revista de Nutrición
 Clínica y Metabolismo (ACNC).
 Profesora e investigadora del
 Instituto de Nutrición, Genética y
 Metabolismo, Facultad de Medicina,
 Universidad El Bosque, Bogotá,
 Colombia.

Referencias bibliográficas

1. Worms F. Les deux concepts du soin. En: Worms F (editor). Le moment du soin, à quoi tenons-nous? París: Presses Universitaires de France; 2010. p. 17-36.
2. Cardenas D. Nutrition en Médecine: approche épistémologique, problèmes éthiques et cas cliniques. París: L'Harmattan; 2020.
3. Crowley J, Ball L, Hiddink GJ. Nutrition in medical education: a systematic review. *Lancet Planet Health*. 2019;3(9):e379-e389. doi: 10.1016/S2542-5196(19)30171-8.
4. Cardenas D, Díaz G, Cadavid J, Lipovestky F, Canicoba M, Sánchez P, et al. Nutrition in medical education in Latin America: Results of a cross-sectional survey. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2021. doi: 10.1002/jpen.2107.
5. Cardenas D, Deutz NEP. Is the definition of malnutrition a Sisyphean task? *Clin Nutr ESPEN*. 2019;29:246-247. doi: 10.1016/j.clnesp.2018.10.005.
6. Kant E. Fondements de la Métaphysique des mœurs. Traduction et notes de Victor Delbos. París: Delagrave; 1957.
7. Cardenas D, Correia MITD, Ochoa JB, Hardy G, Rodriguez-Ventimilla D, Bermúdez CE, Papapietro K, Hankard R, Briend A, Ungpinitpong W, Zakka KM, Pounds T, Cuerda C, Barazzoni R. Clinical Nutrition and Human Rights. An International Position Paper. *Nutr Clin Pract*. 2021 Jun;36(3):534-544. doi: 10.1002/ncp.10667.
8. Pelluchon C. Les nourritures. Philosophie du corps politique. París: Seuil; 2015.
9. Levinas E. Autrement qu'être, ou, Au-delà de l'essence. La Haya: Martinus Nijhoff; 1974.



Volver a lo básico

Back to the basics

Voltar ao básico

Lina María Sierra Tobón*

<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.342>

El 30 de junio del 2000 recibí el diploma que certifica mi formación profesional como Nutricionista-Dietista, ese día brindé por lo que pensé era el final, sin comprender para entonces que apenas era el comienzo.

Han pasado 21 años y, aunque el final se ve lejano, cada vez me inquieta menos; por el contrario, el entusiasmo está centrado ahora en la posibilidad de volver a lo básico, claro está, sin comenzar de nuevo. Y es que lo básico, entendido como lo fundamental (lo primero) y no solo como lo elemental (lo más sencillo), puede dar respuesta a muchas de aquellas inquietudes que con el tiempo quedan en el tintero. Estamos de acuerdo en que lo básico para mí no necesariamente lo es para usted, pero cuando hablamos de un colectivo de personas que hemos optado por una formación profesional en nutrición, es posible encontrar un punto de convergencia que nos permita partir de un interés común.

EL CUIDADO NUTRICIONAL COMO INTERÉS COMÚN

De acuerdo con Ester Busquets⁽¹⁾, el cuidado es una característica inherente al ser humano. La autora señala que “si no cuidamos y no nos cuidan cuando lo necesitamos, si no nos sentimos responsables frente a la vulnerabilidad ajena, se quebrantan los cimientos de las profesiones de cuidado, y naturalmente también los cimientos de la humanidad”.

No en vano, a partir de la Declaración Internacional de Cartagena sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la

Lucha contra la Malnutrición⁽²⁾ se ha instaurado en diferentes espacios de formación académica el cuidado nutricional como la razón de ser de quienes compartimos el gusto por la nutrición; es así como a través de trece principios se proporciona un marco de referencia que promueve el cuidado nutricional y permite que la persona enferma reciba terapia nutricional en condición de dignidad.

Si lo extrapolamos a la situación de salud actual, en la que la pandemia nos ha permitido de alguna manera ser más reflexivos, podemos encontrar sentido al cuidado como punto de convergencia. En palabras de Busquets⁽¹⁾, “La sociedad confía en que, pase lo que pase en la vida de quienes la integran, los profesionales de la salud estarán allí para cuidarlos”; y es que eso es lo que somos: profesionales de la salud, y eso es lo que hacemos: cuidar.

Nos hemos formado para ser responsables del cuidado nutricional de nuestro paciente y nos seguimos preparando para cuidar de su alimentación de la mejor manera posible, leemos publicaciones basadas en evidencia científica, lideramos investigaciones que construyen conocimiento, participamos en seminarios académicos, asistimos a cursos de actualización e incluso realizamos posgrados que nos den la tranquilidad de saber que lo que hacemos lo estamos haciendo bien.

Hemos comprendido que el cuidado nutricional corresponde a un derecho humano emergente estrechamente ligado a derechos humanos fundamentales como el derecho a la alimentación, el derecho a la salud y, por supuesto, el derecho a la vida, asumiendo con responsabilidad y entereza un papel protagónico frente al oportuno y adecuado manejo nutricional de nuestro paciente.

No obstante, la invitación a través de esta edición especial sobre Bioética y Derechos Humanos en Nutrición

*Correspondencia: Lina María Sierra Tobón.
integralclinicalnutrition@gmail.com



Clínica pretende ir más allá de la formación académica y, como se planteó inicialmente, volver a lo básico y abordar de manera ética temas coyunturales que se encuentran en relación directa con el cuidado nutricional y que orientan las posibles respuestas ante diversas situaciones no solo desde el saber sino también desde el ser.

LA ÉTICA DEL CUIDADO

La ética, entendida como una disciplina que se ocupa de evaluar nuestras acciones, es parte fundamental de la formación profesional. De acuerdo con Valera⁽³⁾, “la ética no es arbitraria, es una disciplina racional con verdades universales, pero que se aplica de modo diverso en las distintas áreas del quehacer”.

En el ejercicio de la nutrición clínica, la ética aplicada permite proponer recomendaciones para la acción, que como se ha mencionado, está fundamentada en el cuidado nutricional de aquella persona en condición de vulnerabilidad desde el punto de vista nutricional.

Busquets señala lo siguiente⁽¹⁾: “la vulnerabilidad inherente a la naturaleza humana precisa del cuidado como respuesta ética a esa precariedad. La ética del cuidado es el esfuerzo de fundamentar la respuesta ética ante la fragilidad”.

Debido a que el cuidado nutricional se considera un punto convergente en la formación del nutricionista, es necesario que este se lleve a cabo guiado por principios y normas que permitan ejercer la profesión con rigurosidad ética y científica.

La presente edición reúne a profesionales que abordan temas de actualidad desde un enfoque ético invitándonos a cuidar de lo que somos, cuidar de lo que hacemos,

cuidar de nuestra profesión y de quienes la ejercen y, por supuesto, cuidar de nuestros pacientes cuya manifiesta vulnerabilidad no espera de nosotros una respuesta diferente al cuidado.

Finalmente, si como nutricionistas reconocemos el cuidado nutricional como la esencia de nuestro *ethos* profesional será posible volver a lo básico sin comenzar de nuevo y parafraseando una vieja reflexión en torno a la medicina: prepararnos no solo para ser buenos nutricionistas sino también para ser nutricionistas buenos.



Lina María Sierra Tobón
Facultad de Medicina, Clínica
Alemana, Universidad del
Desarrollo. Santiago, Chile. [https://
orcid.org/0000-0002-4353-6863](https://orcid.org/0000-0002-4353-6863)

Referencias bibliográficas

1. Busquets Alibés E. Ética del cuidado en ciencias de la salud: a partir de la lectura de La muerte de Iván Ilich de Lev Tolstói. Barcelona: Herder; 2019.
2. Cárdenas D, Bermúdez C, Echeverri S, Pérez A, Puentes M, López L, et al. Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición. Nutr Hosp. 2019;36(4):974-80. doi: 10.20960/nh.02701.
3. Valera L, Carrasco MA. Manual de ética aplicada: de la teoría a la práctica. Chile: Universidad Católica de Chile; 2021.



La investigación adecuada y ética en nutrición es un derecho humano

Proper and ethical nutrition research is a human right

A investigação adequada e ética sobre nutrição é um direito humano

Maria Isabel T. D. Correia*

<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.349>

La declaración de los derechos humanos, firmada el 10 de diciembre de 1948, representa el objetivo mundial de asegurar el reconocimiento y la observancia universal y efectiva de la libertad y el bienestar del ser humano. Los derechos humanos, la salud y la nutrición clínica están inextricablemente ligados, ya que la vida sin nutrición no es factible y la vida sin salud no significa buen vivir y bienestar. En este sentido, conscientes de que la malnutrición es la afección más prevalente⁽¹⁾ en el ámbito hospitalario y que repercute negativamente en la morbilidad, la mortalidad, la duración de la estancia hospitalaria, los costos y los reingresos de los pacientes⁽²⁾, el principio de los derechos humanos debe ser ampliamente debatido. Además, la malnutrición en la comunidad es también una carga asociada no solo a las condiciones de la enfermedad sino también a factores económicos. Por tanto, la prestación de una atención nutricional óptima debería ser una estrategia eficaz para reducir la carga mundial de la malnutrición. Una revisión sistemática perteneciente a los datos de América Latina, publicada en 2017, mostró que, independientemente de la herramienta de evaluación, las tasas de desnutrición estaban entre el 40 % y el 60 %⁽¹⁾. Según los epidemiólogos, una condición prevalente es aquella con una tasa superior al 10 %. A pesar de su alta prevalencia, la conciencia médica con respecto a la desnutrición es baja y la condición está subtratada, ya que menos del 10 % de los pacientes recibe algún tipo de terapia nutricional en el hospital⁽³⁾.

La nutrición clínica óptima debe basarse en el estado y la presentación de la enfermedad, la edad y el pronós-

tico del paciente; y le corresponde al equipo médico decidir sobre estos aspectos. La nutrición clínica óptima comienza en la cocina del hospital, del centro o del hogar y termina en la habitación donde se encuentra el paciente. Abarca ofrecer a los pacientes comidas adecuadas y una terapia nutricional basada en el estado de la enfermedad, que es evaluada por el equipo de terapia nutricional. Sin embargo, la práctica de la terapia nutricional, en muchas instituciones, sigue basándose en una práctica *ad hoc*⁽⁴⁾. Además, está fragmentada, lo que supone la paradoja de que una terapia que repercute en los resultados de los pacientes puede ir en contra de su bienestar. Una vez más, se justifica el principio de los derechos humanos al garantizar el derecho del paciente.

El paciente y sus derechos son el centro o el objetivo principal de una nutrición clínica óptima. Todos los profesionales deben trabajar de manera interdisciplinaria para mejorar el resultado del paciente. Por tanto, proporcionar una nutrición adecuada a las personas en situación de inseguridad alimentaria, de disminución de la ingesta de alimentos, ya sea a nivel familiar o individual, en cualquier etapa de la vida, que puede estar influenciada por cuestiones psicológicas, debería ser un fundamento de los derechos humanos⁽⁵⁾.

El derecho al cuidado nutricional está directamente relacionado con la dignidad humana y los principios éticos en los que los titulares de obligaciones como el Estado, los responsables políticos, los gestores institucionales y los cuidadores tienen un papel importante. El contenido del ámbito de aplicación es el derecho a beneficiarse de todo el proceso de cuidado nutricional, y el paciente tiene la posibilidad de beneficiarse del derecho a ser examinado y diagnosticado de desnutrición relacionada con la enfermedad, así como a recibir una

*Correspondencia: Maria Isabel T. D. Correia.
isabel_correia@uol.com.br



dieta hospitalaria regular, una dieta terapéutica y una terapia nutricional basada en la evidencia⁽⁵⁾.

El derecho al cuidado nutricional comienza en el momento del ingreso hospitalario o en el primer contacto en la atención primaria, cuando se debe examinar al paciente para detectar la desnutrición. Si está en riesgo, el paciente debe ser evaluado y tener el diagnóstico del estado nutricional, y luego, con base en el diagnóstico, la provisión de un plan de atención nutricional debe ser adaptada individualmente de acuerdo con la condición clínica del paciente. Todos estos aspectos deben estar respaldados por una buena evidencia. En este sentido, la práctica de la buena ciencia también está contemplada por las prerrogativas de los derechos humanos. De hecho, el derecho a la buena ciencia se presentó oficialmente por primera vez en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, al que se adhirieron 169 países desde hace tiempo⁽⁶⁾. Sin embargo, los países nunca lo han definido legalmente y muchos también han ignorado su práctica, por lo que no lo han aplicado.

En octubre de 2018 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas (ONU) publicó una lista de 29 preguntas relacionadas con la definición del derecho a la ciencia, entre las cuales están: ¿cuál debe ser la relación entre el derecho a beneficiarse de la ciencia y los derechos de propiedad intelectual?, ¿cómo deben diferirse las obligaciones de los gobiernos en virtud del derecho y en función de los recursos nacionales disponibles?, ¿qué es el conocimiento científico y cómo debe diferenciarse, si es posible, del conocimiento tradicional?⁽⁶⁾.

Las razones que subyacen al derecho a la ciencia son el empoderamiento de los individuos, el fortalecimiento de las comunidades y la mejoría de la calidad de vida de las personas. El derecho a la ciencia debe ponerse en práctica tal y como se pretendía cuando fue reconocido por primera vez por la ONU en 1948. Es indudable que la ciencia y los científicos han contribuido de forma valiosa a que los derechos humanos sean una realidad para todos, en particular cuando se debe garantizar la libertad de dedicarse a la investigación científica e informar sus hallazgos sin interferencias; tener conocimientos y habilidades para revelar las verdades sobre las violaciones de los derechos humanos y ayudar a los colegas atacados; llevar a cabo la exhumación forense de fosas comunes, como en Argentina, los Balcanes y Ruanda, como prueba de los crímenes de guerra y los crímenes contra la humanidad; utilizar las pruebas de ácido desoxirribonucleico (ADN) para identificar a las víctimas de los asesinatos masivos en Bosnia y liberar a

los presos condenados injustamente en Estados Unidos; introducir técnicas de gestión de la información con el fin de evidenciar las violaciones de los derechos humanos a gran escala de los ataques a la población civil en Kosovo; poner de manifiesto el abandono del virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) en Sudáfrica; utilizar imágenes por satélite para documentar la destrucción de comunidades en lugares remotos de todo el mundo, como los kurdos en Irak⁽⁷⁾. Por tanto, la justificación de los derechos humanos y la ciencia es un buen punto de partida para entender mejor los derechos humanos, no como un vago conjunto de aspiraciones, sino como obligaciones específicas de los gobiernos. Estas obligaciones incluyen los derechos sociales y económicos esenciales para el bienestar humano y los derechos a la salud, la alimentación y un medio ambiente limpio. La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece una “participación en el progreso científico y en sus beneficios”.

La investigación médica deficiente ha sido objeto de debate desde el documento pionero de Altman en 1994, titulado “El escándalo de la investigación médica deficiente”⁽⁸⁾. El autor puso de manifiesto que una ciencia médica deficiente es poco ética e inaceptable, por lo que interfiere en el bienestar de los pacientes. John Ioannidis, en 2005, también demostró que la mayoría de los resultados de las investigaciones publicadas es falsa y las razones están relacionadas con la potencia del estudio y el sesgo, ya que muchos estudios no se analizan de forma adecuada desde el punto de vista estadístico y la mayoría de ellos tiene tamaños de muestra pequeños⁽⁹⁾.

Los estudios mal realizados empañan la literatura y pueden perjudicar a los pacientes⁽¹⁰⁾. Una vez más, esto va en contra de los principios de los derechos humanos. Teniendo en cuenta la avalancha de trabajos que se publican actualmente, con un incremento del 4 % anual, lo que significa que entre 2008 y 2018 se ha pasado de 1,8 millones a 2,6 millones, toda la información anterior comentada es aún más aterradora y problemática. Para complicar más las cosas, las redes sociales impactan en la forma en que se difunden los documentos. Un estudio reciente, en el área de la cirugía cardiotorácica, evaluó el impacto de Twitter en el número de citas y altimetría de los trabajos que fueron aleatorizados para ser tuiteados o no⁽¹¹⁾. Los trabajos tuiteados tuvieron un aumento de altimetría en los percentiles y una mayor probabilidad de más citas. Los predictores según un análisis multivariante fueron los trabajos que fueron tuiteados, tenían altimetría más alta, eran de acceso abierto y estaban expuestos en cuentas de Twitter con muchos seguidores.

Van Calster y colaboradores⁽¹⁰⁾ sostienen que la calidad general de la investigación médica sigue siendo escasa. A pesar de las críticas, la empresa científica es de tipo empresarial y subestima la metodología. Aunque ha habido grandes iniciativas para mejorar la calidad, los avances son modestos. Los autores sugieren que se tomen medidas de “arriba-abajo” (*top-down*) por parte de las revistas, las agencias de financiación, las universidades y los gobiernos. El elemento clave es que la empresa científica está prestando un gran servicio a los pacientes y a la sociedad, lo que repercute en los derechos humanos.

El tema es de suma importancia y se considera pertinente debatirlo. A pesar de todos los esfuerzos y “voces”, actualmente parece que se vive un “efecto Dunning-Kruger”⁽¹²⁾, que defiende que los que son expertos son conscientes de sus limitaciones, mientras que los que no saben nada están seguros de sus conocimientos.

La salud, la ciencia y los derechos humanos son campos que se superponen, que siguen siendo contestados y que necesitan evolucionar para informar y ampliar el espacio en el que las ideas sobre la intersección pueden aventurarse en el mundo. Estos principios necesitan

ser citados y criticados, ser debatidos y discutidos y ser derribados y contruidos.

En conclusión, en mi razonamiento muy simplista, si la libertad significa la supremacía de los derechos humanos, la salud es un derecho humano y la nutrición clínica es una parte integral de la atención sanitaria, entonces también es un derecho humano. Al mismo tiempo, si el derecho a la ciencia, incorporado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, es un derecho humano (1966), la investigación nutricional adecuada y ética también es un derecho humano.



Maria Isabel T. D. Correia
Profesora de cirugía, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.
Miembro del grupo internacional por el derecho de los pacientes al cuidado nutricional.

Referencias bibliográficas

1. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr.* 2017;36(4):958-967. doi: 10.1016/j.clnu.2016.06.025
2. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr.* 2003;22(3):235-9. doi: 10.1016/s0261-5614(02)00215-7
3. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition.* 2001;17(7-8):573-80. doi: 10.1016/s0899-9007(01)00573-1
4. Howard P. Organizational aspects of starting and running an effective nutritional support service. *Clin Nutr.* 2001;20(4):367-74. doi: 10.1054/clnu.2000.0381
5. Cardenas D, Correia MITD, Ochoa JB, Hardy G, Rodriguez-Ventimilla D, Bermúdez CE, et al. Clinical Nutrition and Human Rights. An International Position Paper. *Nutr Clin Pract.* 2021;36(3):534-544. doi: 10.1002/ncp.10667
6. Wyndham JM, Vitullo MW. Define the human right to science. *Science.* 2018;362(6418):975. doi: 10.1126/science.aaw1467
7. Rubenstein L, Younis M. Scientists and human rights. *Science.* 2008;322(5906):1303. doi: 10.1126/science.1166691
8. Altman DG. The scandal of poor medical research. *BMJ.* 1994;308(6924):283-4. doi: 10.1136/bmj.308.6924.283
9. Ioannidis JP. Why most published research findings are false. *PLoS Med.* 2005;2(8):e124. doi: 10.1371/journal.pmed.0020124
10. Van Calster B, Wynants L, Riley RD, van Smeden M, Collins GS. Methodology over metrics: current scientific standards are a disservice to patients and society. *J Clin Epidemiol.* 2021:S0895-4356(21)00170-0. doi: 10.1016/j.jclinepi.2021.05.018
11. Luc JGY, Archer MA, Arora RC, Bender EM, Blitz A, Cooke DT, et al. Does Tweeting Improve Citations? One-Year Results From the TSSMN Prospective Randomized Trial. *Ann Thorac Surg.* 2021;111(1):296-300. doi: 10.1016/j.athoracsur.2020.04.065
12. Pennycook G, Ross RM, Koehler DJ, Fugelsang JA. Dunning-Kruger effects in reasoning: Theoretical implications of the failure to recognize incompetence. *Psychon Bull Rev.* 2017;24(6):1774-1784. doi: 10.3758/s13423-017-1242-7



Consideraciones breves sobre la ciencia médica actual e implicaciones éticas

Brief Considerations on Current Medical Science and Ethical Implications

Breves considerações sobre a ciência médica atual e suas implicações éticas

Noé Héctor Esquivel Estrada^{1*}.

Recibido: 10 de junio 2021. Aceptado para publicación: 3 de agosto 2021.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.309>

Resumen

Este trabajo de investigación tiene como objetivo presentar algunas reflexiones sobre el funcionamiento de la ciencia médica actual acompañadas de algunas implicaciones éticas. Está conformado por cuatro apartados que buscan diseñar el contenido del mismo, a saber: el sentido del cuerpo humano; consideraciones acerca de la salud; sobre el tratamiento médico y el diálogo con el paciente; y, por último, ética y conocimiento científico de la medicina.

Palabras clave: ciencia médica, ética, cuerpo, salud, enfermedad.

Summary

This research work aims to present some reflections on the functioning of current medical science, together with some ethical implications. The design consists of four sections, namely: the meaning of the human body; health considerations; medical treatment and discussion with the patient; and, finally, ethics and scientific knowledge.

Keywords: Medical Science; Ethics; Body; Health; Disease.

Resumo

Este trabalho de pesquisa tem como objetivo apresentar algumas reflexões sobre o funcionamento da ciência médica atual acompanhadas de algumas implicações éticas. É constituído por quatro secções que procuram delinear o seu conteúdo, a saber: o significado do corpo humano; considerações sobre a saúde, o tratamento médico e o diálogo com o paciente; a ética e o conhecimento científico da medicina.

Palavras chave: ciência médica, ética, corpo, saúde, doença.

¹ Instituto de Estudios Sobre la Universidad; Universidad Autónoma del Estado de México; profesor-investigador del Instituto de Estudios Sobre la Universidad. Toluca, México.

*Correspondencia: Noé Héctor Esquivel Estrada.
noehectoresquivel49@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En este trabajo nos hemos propuesto desarrollar algunas ideas en torno a la ciencia médica actual y sus implicaciones éticas. Como se trata de la ciencia médica, ha sido imprescindible abordar la relación médico-paciente que, necesariamente, se conecta con el campo de la nutrición y el desempeño profesional del nutricionista, en donde se generan nuevos cuestionamientos éticos con base en su ejercicio terapéutico con los pacientes. Hemos iniciado este tema tomando como

punto de referencia el sentido del cuerpo humano, con la finalidad de promover una visión más integral del mismo. Como la medicina tiene que ver con la salud y la enfermedad, también buscamos abrir ambos conceptos y relacionarlos directamente con el significado humano de tratamiento, es decir, de la relación humana médico-paciente para, finalmente, hacer algunas consideraciones sobre el conocimiento científico médico y sus implicaciones éticas. Los autores que aquí se mencionan son un referente que nos permite expresar nuestras reflexiones y consideraciones éticas.



CONSIDERACIONES BREVES SOBRE LA CIENCIA MÉDICA ACTUAL: CAMPO DE LA NUTRICIÓN CLÍNICA E IMPLICACIONES ÉTICAS

Sentido del cuerpo humano

Un referente obligado y relevante para el funcionamiento de la medicina moderna es la recuperación del sentido del cuerpo humano, el cual no puede ser reducido a la *res extensa* cartesiana (*corpus*), a una mera extensión físico-matemática. Si lo sometemos a esta orientación y tratamiento arribaremos necesariamente al concepto de *objetivación* que, indudablemente, no abarca en su integridad el sentido del cuerpo humano. Por esta razón, dice Gadamer: “El conflicto que con ello surge entre la experiencia natural del cuerpo, ese misterioso proceso de no sentir el bienestar ni el estado de salud, por un lado, y el esfuerzo por dominar ese sentirse mal por medio de la objetivación, por otro, será experimentado por cualquiera que se vea transportado a la situación de objeto, a la situación de paciente que es sometido a tratamiento por medios técnicos.”⁽¹⁾. Posiblemente, la perturbación más fuerte que provoca en el hombre esta situación sea la de sentirse y experimentarse solamente como un objeto.

Cuando la salud misma se reduce a términos de medición es indudable que la llevamos a su pleno empobrecimiento. Hay aspectos que conforman al ser humano que, precisamente, escapan a los recursos de la medición. Solamente una concepción mecánico-biológico, bajo el dominio de la técnica, deposita el “saber” en concepciones reduccionistas y carentes del espíritu vital, que es el animador de la vida misma.

Según Cristóbal Pera: “Para la mirada del médico, el cuerpo humano sigue siendo el territorio personal de la enfermedad. Los cuerpos humanos, por el hecho de ser intrínsecamente vulnerables y deteriorables (lo son incluso durante la organización de su genoma), soportan malformaciones, padecen enfermedades, son heridos, aquejan dolores inexplicables para la mirada médica... y sufren como personas.”⁽²⁾. Situaciones que generan, tarde que temprano, que el cuerpo humano sea objeto de diagnóstico, terapia o invasión quirúrgica en el tratamiento médico, con la intención de curarlo.

Se hace necesario recuperar el verdadero sentido de la visión médica que no ve el cuerpo humano como un simple objeto de exploración afectado por la enfermedad. Antes bien: “La mirada médica debe ser un mirar el cuerpo sin prisas, con fijeza, así como un esfuerzo de entendimiento crítico de lo que sucede en la geo-

grafía de su superficie, en su interioridad anatómica y, desde luego, en su comportamiento como persona.”⁽²⁾. Solamente desde la perspectiva de la contemplación del cuerpo en su integridad, exterior e interior, es posible recuperarlo como persona en su vulnerabilidad y deteriorabilidad, ambos constitutivos de su finitud y temporalidad. Desde esta mirada de entendimiento mutuo, médico-paciente, se abre el espacio para la potenciación tecnológica que contribuye a la “transparencia” de la enfermedad. “La mirada médica en el siglo XXI se ha transformado en una mirada tecnocientífica que fragmenta el cuerpo, lo desmenuza, lo despieza, lo secciona digitalmente en rodajas, hasta convertirlo en un rompecabezas que después ha de reconstruir para interpretar los hallazgos.”⁽²⁾.

Acerca de la salud

El mismo autor, Cristóbal Pera, cita la definición de la salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que dice: “... la salud debe entenderse como un ‘estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad.’”⁽³⁾. Entender y atender esta breve definición nos orienta hacia lo que, en la actualidad, se insiste en llamar *la cultura de la salud*, que se concentra más en las preocupaciones por la salud que por la enfermedad. “Una cultura centrada en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad con el propósito de vivir, individual y colectivamente, una vida lo más sana y lo más larga que sea posible.”⁽²⁾. Así surgen dos modelos recurrentes en la medicina moderna: el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial. El primero, dedicado a la atención de la enfermedad del paciente con la intención de conseguir un diagnóstico certero para la cura de esa enfermedad. El segundo, centrado más en atender al paciente integralmente y por ello busca descubrir lo que “va mal” en su vida física, psicológica y social.

En razón de esto, tendremos que plantearnos las siguientes preguntas: ¿cuáles deben ser los alcances y los límites de la medicina moderna? ¿Solo aliviar o curar la enfermedad? ¿Mejorar incesantemente la apariencia del cuerpo humano y su bienestar físico y mental? ¿No debería, más bien, poner su mirada final en la reintegración del enfermo a la normalidad de su vida social?

Gadamer hace una diferencia entre la ciencia médica y el arte de curar. A la primera le compete aplicar el conocimiento, la experiencia y el saber aprendido; podemos decir que se trata del seguimiento de las normas médicas. En cambio, en el arte de curar el médico aplica su propio juicio, toma en cuenta a cada hombre,

en su caso particular y todo cuanto puede afectarle. “En el arte de curar el médico pone para el paciente todo lo que él ha llegado a ser y es.”⁽⁴⁾ Ya Platón, en el *Fedro*, cuando habla del *kairos* acerca del conocimiento de los médicos, dice que aquel que posea todos los conocimientos médicos y las reglas de conducta, pero no sabe dónde y cuándo aplicarlos, no es un médico.

La meta del arte de la medicina es curar. La ciencia médica, dentro de esta meta, tiene una participación limitada. “La salud depende de muchos factores y no representa un fin en sí misma. El fin es la reincorporación del paciente a su primitivo lugar dentro de la vida cotidiana. Esta es la recuperación completa y suele ir mucho más allá de la competencia del médico. Se sabe, a través de lo que hoy se denomina *hospitalismo*, lo difícil que puede resultar la reincorporación a la vida, aunque la enfermedad haya desaparecido.”⁽⁵⁾ Así, lo que comúnmente llamamos *recuperación de la salud* consiste en volver al paciente al estado de armonía con el medio social y con el medio natural, y esto no se alcanza solamente con el recurso de medición aportado por la ciencia. “Pero la ciencia moderna considera todos los resultados de estas mediciones como los hechos en sí mismos, y los recopila.”⁽⁵⁾ Con lo cual no se pretende, de ninguna manera, poner en duda o negar los logros y beneficios alcanzados por la ciencia mediante este recurso de medición y su razonable aplicación, pero tampoco se puede eludir el problema de la confusión entre los fenómenos en sí y la medición.

Tratamiento médico y conversación (diálogo con el paciente)

Posiblemente la definición más adecuada y recurrente de la medicina moderna sea aquella que la reconoce como “la ciencia de la enfermedad en general” y, de manera más precisa, como “la ciencia del dominio de esa enfermedad”. Si la miramos bajo esta tónica, la enfermedad es vista como el desequilibrio físico-humano reconocido mediante el proceso de objetivación, que ha quedado a expensas de la medición matematizante. En este sentido, la medición y los resultados de laboratorio son los que determinan el estado del paciente, su enfermedad y “el tratamiento” al que debe ser sometido. El conocimiento de la medicina moderna asegura, por este procedimiento metódico, la exactitud, la precisión y la rigurosidad a la que debe ser sometida dicha enfermedad para su erradicación; este procedimiento se nos presenta con la pretensión de “verdad científica”.

Sin embargo, en otra dirección, me parece importante recuperar la idea que tiene Gadamer respecto al tratamiento: “Al hablar del tratamiento, procuraré dejar en claro lo que efectivamente se requiere del médico: Por lo pronto, tratar no significa dominar la vida de un hombre. Esto de ‘dominar algo’ constituye una de las expresiones favoritas del mundo moderno: por ejemplo, se habla de dominar un idioma extranjero o, en la medicina moderna, de dominar una enfermedad. Sin duda, la expresión está correctamente utilizada, pero siempre con una limitación. Los límites están en todas partes.”⁽⁵⁾ Nos hemos acostumbrado a dominar, manipular, controlar, y tales convicciones las hacemos extensivas a cualquier ámbito de la vida. Nos olvidamos, en este caso de la medicina, que se trata de un ser humano, no de un objeto o de un “caso” que hay que resolver. En este sentido, la disposición y colaboración del paciente son fundamentales en el tratamiento.

Según Gadamer, son fundamentales e indispensables dos aspectos o actitudes que dan razón de la experiencia médica, es decir, de la relación médico-paciente. Ellos son: el tratamiento y la conversación.

Vayamos al primero. El término alemán *behandlung* (tratamiento) tiene eminentemente una connotación de relación humana, no instrumental. Dice Gadamer: “Todo tratamiento comienza con la mano (*hand*) que recorre y examina los tejidos, que palpa (...). En el lenguaje del paciente se atribuye excesiva importancia al tratamiento, por ejemplo, cuando se dice que se está en tratamiento con alguien.”⁽⁵⁾ Se trata de una relación personal, humana. Y, estrechamente vinculado al tratamiento, está el segundo: la conversación. Conversar significa tener y tomar en cuenta al otro (como yo), y buscar entendimiento común (de interés para los dos); con ellos se rompe el distanciamiento que se da entre médico-paciente.

El diálogo es el terreno común para el médico y el paciente donde se lleva a cabo el tratamiento. En el mundo moderno, este lugar común no es nada fácil. La aproximación se hace cada día más problemática, sobre todo en las clínicas modernas, donde la “consulta” es cada vez menos propicia al diálogo. Dice Gadamer: “De todos modos, en el terreno de la medicina, el diálogo no es una simple introducción al tratamiento ni una preparación para el mismo. Constituye, ya de por sí, parte del tratamiento y prepara una segunda etapa de este que debe desembocar en la recuperación.”⁽⁵⁾ El alcance del diálogo tiene un sentido terapéutico que no puede encerrarse en el servicio que presta el médico y

en la colaboración del paciente. No se trata de un mero instrumento o recurso de comunicación instrumental, sino de este acercamiento vital que genera el diálogo.

Pero no hay que olvidar otro aspecto, de no menor importancia, que es el diagnóstico; este está vinculado al aporte de la ciencia. Así, todos estos aspectos constituyen el marco en el que el médico desarrollará su tratamiento.

El diagnóstico, con base en las contribuciones de la ciencia, aporta resultados y mediciones con una tabla de valores estándares que se han vuelto necesarios como recursos para el diagnóstico certero que pretende la ciencia moderna; sin embargo, el médico experimentado reconoce que estos son directrices que le permitirán obtener una visión conjunta del estado general del paciente, sin pretender sustituir la relación humana.

Con este procedimiento se pretende que la medicina moderna no intente resolver los problemas solo “científicamente” o de manera reductiva, de aquí la importancia del tratamiento y del diálogo.

Ética y conocimiento científico

¿Qué tiene que ver la ética con el conocimiento científico-técnico? ¿En qué medida estamos obligados éticamente a tener conocimiento de las cuestiones científicas que influyen en nuestra toma de decisiones, tocantes a la vida práctica o aplicación en una situación concreta? En atención a estas preguntas dice Gadamer: “Es más, en un sentido ético, existe la obligación de saberlo todo en la medida de lo posible, y, hoy, esto significa estar informado también por ‘la ciencia’. La célebre distinción establecida por Max Weber entre ética de la convicción y ética de la responsabilidad se decidió en favor de la segunda en el mismo momento de ser establecida.”⁽⁵⁾. El conocimiento de lo general conforma el marco teórico, que es orientador de la acción humana en sus aplicaciones concretas. Estas no solo satisfacen sus requerimientos en una ética de la convicción, sino alcanzan plenamente su nivel humano en una ética de la responsabilidad manifiesta en la toma de decisiones.

El desarrollo de la ciencia médica moderna tiene que ver directamente con el progreso científico y técnico de las ciencias exactas y la biología. Por eso habrá que tener cuidado para no menospreciar la ayuda extraordinaria que presta la ciencia médica para el tratamiento de la enfermedad. Jaspers sostiene: “La diferencia es fundamental. El saber científico y la capacidad científica se abrieron camino en su forma pura: si antes la interpretación médica de la naturaleza y del hombre dependía

de concepciones religiosas, de imágenes del mundo y del hombre, así como de estructuras de pensamiento, cuya validez se admitía sin reflexión como algo evidente, ahora se tiene libertad de tomar noticia de todas, sin depender de ninguna para hacer lo realmente eficaz.”⁽⁶⁾. Posiblemente, el gran peligro frente al desarrollo científico y técnico de la medicina moderna se hace latente cuando el médico se somete al criterio de la exactitud, en lugar de utilizarla. La exactitud no es más que un dato objetivo que debe ser utilizado; es un elemento más para el ejercicio del juicio médico, y él debe sopesarlo.

Jaspers retoma una frase del médico inglés Sydenham que podría convertirse en una regla de oro que normará la relación médico-paciente. Esta, reza así: “Nadie ha sido tratado por mí de manera distinta a la que yo quisiera ser tratado si me enfermara del mismo mal.”⁽⁶⁾. El autor comenta que esta regla se ha puesto en tela de juicio debido a los adelantos actuales. La especialización, la tecnificación y la aparatización han provocado que el médico vaya perdiendo su capacidad reflexiva y profunda de la totalidad del paciente, y se fie más en los resultados aportados por la tecnología y proceda en consecuencia con ellos. Asimismo, comenta que la terapia médica encuentra su fundamentación en dos columnas que la sustentan: el conocimiento científico y la humanidad. El primero, apoyado en los resultados aportados por la investigación objetivante, metódica y segura de la medicina moderna. En este caso, el médico realiza su función de experto y aporta su saber para el tratamiento y la cura de dicha enfermedad. El segundo, la humanidad parece que se ha ido perdiendo, pues ya no sabemos ni tenemos claridad sobre lo que ella es; dice que debemos recuperar el sentido originario de humanidad para proceder en consecuencia con él. La medicina moderna, también comenta, se preocupa por la salud biológica o del cuerpo, pero ¿qué pasa con la salud del alma? Que parece imposible reconocer y recuperar por los medios científicos.

Este desconocimiento también ha causado el distanciamiento entre médico-paciente con algunas implicaciones éticas, como descargar la responsabilidad en los “resultados seguros” de la técnica; no obstante, el paciente confía en la autoridad del médico y en su capacidad para penetrar en esa realidad humana. Los datos o resultados son medios que el médico debe aprovechar para ejercer su autoridad. Gadamer señala: “No cabe duda de que, en nuestra era científica, la superioridad que confieren los conocimientos transmitidos por la institución acumulativa que es la ciencia –importante fruto de la Ilustración moderna– constituye el fundamento de la autoridad.”⁽⁵⁾.

En la búsqueda del equilibrio entre ambas radica nuestra tarea y responsabilidad. Este es el ejercicio ético que debe normar toda la acción médica.

¿No es sorprendente que sea el filósofo el que se ocupe de estos asuntos de la salud, cuando debería ser la ciencia médica la que dé cuenta de ellos? Gadamer sostiene que: “La salud no es algo que se pueda hacer. Pero ¿qué es, en realidad, la salud? ¿Es un objeto de la investigación científica en la misma medida en que, cuando se produce una perturbación, se convierte en nuestro propio objeto? Porque, en definitiva, la meta suprema es volver a estar sano y así olvidar que uno lo está.”⁽⁵⁾. Sin embargo, el cuidado de la salud escapa a este recurso técnico-científico, concebido como medio único y definitivo para restablecer el equilibrio físico-orgánico, pues cada uno tiene que vérselas con su propia experiencia: el modo de concebir la salud, la costumbre y las prácticas alternativas propuestas por la medicina psicosomática, homeopática, la industria farmacéutica, las “técnicas naturistas”, etcétera, y en estos mismos términos debe considerarse la enfermedad. Para Gadamer, “La enfermedad no constituye, en primer lugar, esa comprobación que la ciencia médica reconoce como enfermedad. Es, ante todo, una experiencia del paciente, por medio de la cual este procura librarse de esa perturbación así como lo haría respecto de cualquier otra.”⁽¹⁾. La salud no es un hecho social, sino un hecho psicológico-moral que encuentra su respaldo tanto en el poder de convicción del médico como en la confianza del paciente; aspectos constituyentes y decisivos en el arte de la curación. El poder-hacer del médico no “hace” ni “produce” la salud, sino que contribuye con la naturaleza para que ese equilibrio retorne a su estado natural. Se exige discernimiento para conjugar y ubicar todos y cada uno de estos aspectos.

Pienso que, fundamentalmente, el núcleo de toda esta temática es la recuperación del sentido humano íntegro, pleno, no fracturado ni reducido al aspecto puramente físico y biológico; el hombre es eso y mucho más. Somos seres con sensibilidad, emociones, debilidades, ilusiones y proyectos que nos posibilitan hacernos día a día; en fin, somos seres integrados de carne y espíritu, por lo que no son suficientes los recursos tecnológicos para satisfacer esta realidad humana.

Un campo específicamente fértil para llevar a cabo toda esta práctica médica es la nutrición clínica, que no puede ser concebida o reducida a un “recetario” que se enfoque solo en la “nutrición” alimentaria, al margen de todo lo que el ser humano es. En la terapia nutricional es absolutamente indispensable el acerca-

miento a la vida, a la experiencia y al sufrimiento del paciente, por eso podemos sostener que el principio ético de la vida humana es “reconocernos en el otro”. Somos seres humanos en tanto nos vemos reflejados en la vida del otro; no podemos ser de otra manera, a no ser que perdamos nuestra dimensión humana. Por eso, habrá que reflexionar sobre ¿cómo lleva a cabo el nutriólogo su ejercicio profesional? No es suficiente con el cumplimiento de un código de ética establecido y exigido en las clínicas médicas. Transformar esta visión ética es tarea también del nutriólogo, profesional de la salud humana.

CONCLUSIONES

Las conclusiones aquí presentadas no son como las de otros campos del conocimiento: concretas, precisas y definitivas, sino que son objeto de reflexión permanente; a pesar de ello, exponemos las siguientes:

1. Los temas aquí abordados tienen como propósito llevarnos al reconocimiento del sentido plenamente humano y ético que se encuentra en cada uno de ellos.
2. No es de nuestro interés hacer una presentación o disertación acerca del carácter científico actual de la medicina moderna, cosa que dista mucho de este trabajo, sino a propósito de ello reflexionar en el carácter ético-humano del funcionamiento y práctica de la medicina actual, incluyendo la práctica médica nutricional. De aquí nace nuestro interés por la recuperación del cuerpo humano en su sentido integral, sin mutilaciones u olvidos que pueden hacerse presentes; mucho menos arribar a su restricción para hacer de él algo puramente objetual.
3. La recuperación de la salud del paciente no es el término de su tratamiento, sino uno de los pasos para conducir al enfermo a la integración de su vida en sociedad.
4. El tratamiento del médico y del nutriólogo exige que el paciente sea reconocido como otro semejante a sí mismo y entrar en esa relación dialógica de acuerdos y colaboración común.
5. Finalmente, la ética nos exige tener un conocimiento de la situación actual que nos ofrece la ciencia para actuar con sabiduría y responsabilidad. Podemos decir que se trata de una ética de responsabilidad común y solidaria.
6. ¿Será posible que la ciencia médica y la nutrición clínica vuelvan su mirada y su praxis hacia el sentido ético-humano?

PUNTOS CLAVE

- La medicina moderna debe recuperar el sentido integral del cuerpo humano, es decir, no reducirlo a una visión mecánico-biológica y así evitar el riesgo de la objetivación.
- La cultura de la salud no se limita a la ausencia o eliminación de la enfermedad, sino pretende la integración del paciente a su vida social.
- El tratamiento debe orientarse hacia un sentido más humano, es decir, hacia el camino que deben recorrer juntos médico y paciente, por lo que es imprescindible el diálogo.
- Finalmente, presento algunas implicaciones éticas que conlleva el conocimiento científico en el campo de la medicina.

Referencias bibliográficas

1. Gadamer HG. La filosofía griega y el pensamiento moderno. Salamanca: Ed. Sígueme; 2001.
2. Pera C. Desde el cuerpo. Ensayos sobre el cuerpo humano, la salud y la mirada médica. México: Editorial Cal y Arena; 2012.
3. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS; 2006. [Consultado el 5 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
4. Gadamer HG. Acotaciones hermenéuticas. Madrid: Editorial Trotta; 2002.
5. Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Barcelona: Editorial Gedisa; 1996.
6. Jaspers K. La práctica médica en la era tecnológica. Barcelona: Editorial Gedisa; 2003.



Bioéticas latinoamericanas, nutrición clínica y pandemia por COVID-19

Latin American bioethics, clinical nutrition and COVID-19 pandemic

Bioética Latino-Americana, Nutrição Clínica e Pandemia por COVID-19

Camilo Manchola-Castillo^{1*}.

Recibido: 16 de junio de 2021. Aceptado para publicación: 3 de agosto de 2021.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.312>

Resumen

Objetivo: establecer una relación entre las bioéticas latinoamericanas (BLA) y la nutrición clínica, que permita a esta última enriquecer su reflexión mediante la incorporación de categorías de reflexión moral que le hagan responder de mejor manera a los desafíos colocados por la actual pandemia.

Material y métodos: investigación cualitativa a partir de un paradigma hermenéutico, reflexivo, sociocrítico y analítico dividida en tres momentos metodológicos: breve revisión de la nutrición clínica; construcción de un cuerpo categorial para las BLA; y establecimiento de una relación entre BLA y nutrición clínica.

Resultados y discusión: tres categorías de las BLA enriquecen definitivamente la nutrición clínica (derechos humanos, compromiso social y respeto por la vulnerabilidad humana), al proveer herramientas para que los expertos en nutrición clínica defiendan decisiones morales más justas.

Conclusiones: las BLA proporcionan marcos de referencia apropiados a la nutrición clínica y una aproximación entre ambas puede enriquecer las bases epistemológicas de la última.

Palabras clave: bioética, nutrición clínica, pandemia por COVID-19.

Abstract

Objective: To establish a relationship between bioethics in Latin America (BLA) and clinical nutrition (NC), in order to allow the latter to enrich its thinking by incorporating categories of moral reflection and enhance its ability to respond to the challenges posed by the current pandemic.

Material and methods: Qualitative research based on a hermeneutical, reflective, socio-critical and analytical paradigm, divided into three methodological moments: brief review of NC; construction of a categorical body for BLA; and establishing a relationship between BLA and NC.

Results and discussion: three categories of BLA definitely enrich NC (human rights, social commitment, respect for human vulnerability), by providing experts in clinical nutrition with tools to defend more righteous moral decisions.

Conclusions: BLA provide appropriate frames of reference to NC, and an approximation between the two can enrich the epistemological bases of the latter.

Keywords: Bioethics; Clinical Nutrition; COVID-19 Pandemic.

Resumo

Objetivo: estabelecer uma relação entre as bioéticas latino-americanas (BLA) e a nutrição clínica (NC), que permita a esta última enriquecer sua reflexão ao incorporar categorias de reflexão moral que lhe permitam responder de melhor maneira aos desafios colocados pela atual pandemia.

Material e métodos: pesquisa qualitativa baseada em um paradigma hermenéutico, reflexivo, sociocrítico e analítico, dividida em três momentos metodológicos: breve revisão da NC; construção de um corpo categórico para as BLA; e estabelecimento de uma relação entre BLA e NC.

Resultados e discussão: três categorias das BLA definitivamente enriquecem a CN (direitos humanos, compromisso social, respeito à vulnerabilidade humana), ao fornecer ferramentas para especialistas em nutrição clínica defenderem decisões morais mais justas.

Conclusões: os BLA fornecem marcos de referência adequados para a NC e uma aproximação entre ambas pode enriquecer as bases epistemológicas da última.

Palavras-chave: bioética, nutrição clínica, pandemia por COVID-19.

¹ Universidad de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

*Correspondencia: Camilo Manchola-Castillo.
camilomanchola@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Uno de los efectos que ha tenido la pandemia relacionada con la COVID-19 es que cada vez más personas han tenido que depararse con conflictos morales que antes competían exclusivamente a unos pocos individuos, y estos conflictos en variados casos se relacionan con el área de la nutrición clínica⁽¹⁾. Así, la pandemia ha puesto en discusión especialmente el cuidado nutricional de grandes grupos humanos, sea por la desnutrición asociada a la enfermedad (en casos de hospitalizaciones masivas por COVID-19 en unidades de cuidados intensivos [UCI], por ejemplo), por una ingesta dietética menor a lo recomendado (en situaciones en las que las personas, por los devastadores efectos de la pandemia, pasan hambre, por ejemplo), o por ingesta dietética que conduce al sobrepeso y obesidad (en casos en los que, por las restricciones a la movilidad causadas por la pandemia, el gasto energético disminuye o la obtención de fuentes nutricionales variadas se ve comprometida).

Como pocas veces en la historia reciente, hoy se revela la enorme importancia del área de la nutrición clínica para las sociedades. De esta manera, actores, como los expertos en nutrición clínica, deben tomar puestos relevantes en la esfera nacional e internacional en órganos del gobierno decisivos para el manejo de las graves consecuencias nutricionales de la pandemia⁽¹⁾, así como en el trabajo con las comunidades, acompañándolas para que se alimenten de una mejor manera y tomen mejores decisiones relativas a situaciones límite que la pandemia ha creado en términos nutricionales. En especial, el accionar de estos actores se revela especialmente relevante en la construcción de políticas en salud pública relacionadas con una alimentación adecuada y con la atención de condiciones de desnutrición relacionadas a la enfermedad, entre otras. En este sentido, la pandemia ha mostrado claramente el papel ético y moral que expertos en nutrición clínica cumplen en la realidad de países, comunidades y organizaciones internacionales⁽²⁾.

En este sentido, debe decirse que la pandemia ha mostrado a las sociedades de todos los países, como pocas veces, los enormes impactos que la desigualdad en el acceso a una alimentación adecuada tiene sobre el bienestar de los seres humanos. Así, decididamente ha desnudado que la inequidad y la desigualdad alimentaria que forman parte de regiones como América Latina tienen un papel fundamental en las condiciones de salud y enfermedades de las poblaciones que viven en estas regiones, especialmente en la forma como la

COVID-19 ha afectado a poblaciones especialmente vulnerables⁽³⁾. De esta manera, cada vez queda más claro que invertir tiempo y recursos en el área de la nutrición clínica es esencial, pues para enfrentar problemas como los que la pandemia mencionada ha generado es importante que la reflexión en esta área se perfeccione y progrese. Las circunstancias producidas por este fenómeno han dejado claro que la nutrición clínica, un área eminentemente inter- y transdisciplinar⁽⁴⁾, necesita hoy más que nunca de elementos nuevos que le permitan responder de una mejor manera a los desafíos que encara.

El presente artículo propone establecer una relación entre las bioéticas latinoamericanas (BLA) y la nutrición clínica, que permita a esta última enriquecer su reflexión mediante la incorporación de categorías de análisis moral que le hagan responder de mejor manera a los desafíos relativos al acceso de grupos poblacionales a una alimentación adecuada, así como a conflictos morales relacionados con situaciones límite como las que experimentan quienes están en UCI por causa de la COVID-19; y busca hacerlo desde un enfoque bioético latinoamericano⁽⁵⁾ que defiende los derechos humanos, tiene compromiso social y está pautado en el respeto por la vulnerabilidad humana. El objetivo final es, pues, que el establecimiento de esa relación, a partir de un paradigma hermenéutico, reflexivo, sociocrítico y analítico revele elementos de las BLA que pueden contribuir a una mejor toma de decisiones por parte de especialistas en nutrición clínica en la actual coyuntura.

ANTECEDENTES

La nutrición clínica

La nutrición clínica es una ciencia básica interdisciplinaria y aplicada que se ocupa de las personas que necesitan cuidados nutricionales por desnutrición asociada a enfermedad o ingesta dietética, o por sobrepeso y obesidad. Su objetivo es aplicar los principios del cuidado nutricional, dentro de los que se encuentran, por ejemplo, la nutrición administrada artificialmente para garantizar un equilibrio en el estado nutricional, y para modular otras funciones biológicas, lo que impacta positivamente en el equilibrio del individuo⁽⁴⁾.

En una proporción importante, la nutrición clínica se lleva a cabo con pacientes hospitalizados; sin embargo, con más y más frecuencia la nutrición clínica lidia con pacientes ambulatorios, una vez que su área de actuación tiene que ver con variadas condiciones que

no necesariamente remiten a ambientes hospitalarios, incluyendo contextos sociales diversos. Así, esta ciencia está cada vez más presente en la vida de las personas.

Incorpora diversos campos y tiene como objetivo mantener un equilibrio energético saludable en los pacientes, mientras intenta garantizar el aporte de cantidades suficientes de nutrientes como proteínas, vitaminas, minerales. Puede decirse, en este sentido, que la nutrición clínica se ocupa de la prevención, el diagnóstico y el manejo de los cambios nutricionales y metabólicos relacionados con enfermedades agudas y crónicas, y afecciones causadas por la falta o exceso de energía y nutrientes⁽⁵⁾.

Entonces, implica estudiar qué nutrientes son necesarios para que el cuerpo humano funcione y cómo lo que los individuos comen afecta su salud. De esta forma, esta ciencia analiza si una persona está consumiendo una cantidad adecuada de nutrientes para una buena salud y se preocupa por cómo el cuerpo procesa, almacena y desecha los nutrientes de los alimentos, además de cómo lo que cada individuo come afecta su bienestar general.

La nutrición clínica evalúa necesidades nutricionales basándose en el historial médico y familiar del paciente, su estilo de vida y pruebas de laboratorio para poder hacer recomendaciones sobre su dieta y necesidades nutricionales individuales. Así, brinda consejos sobre cambios en la dieta que pueden ayudar a prevenir enfermedades. Por eso, la nutrición clínica no es exclusiva de UCI, sino que actúa en una variedad de entornos, incluidos hospitales, agencias gubernamentales, compañías farmacéuticas, compañías de alimentos, entre otros.

También puede implicar el uso de suplementos dietéticos y nutricionales como una forma de mejorar la salud y prevenir enfermedades; de hecho, esto es quizás lo que más la caracteriza a los ojos de las personas del común. De esta forma, la nutrición clínica involucra el estudio de la relación entre los alimentos ingeridos y el bienestar del organismo, identificando los nutrientes y cómo se digieren, absorben, transportan, metabolizan, almacenan y utilizan.

La nutrición clínica se ha convertido en una práctica que se incorpora cada vez más al tratamiento médico convencional, pues puede mejorar el bienestar de un paciente en diversos momentos, dentro de los cuales se puede no solo destacar cuando se somete a protocolos farmacéuticos convencionales, sino también cuando se incluye en programas para prevenir enfermedades. En este sentido, es cada vez más claro que las necesidades nutricionales de un individuo son específicas.

Pero la nutrición clínica tiene una dimensión cada vez más social y política que debe ser mencionada y que se conecta con que es un campo eminentemente inter- y transdisciplinar. Al respecto, debe mencionarse que esta se interesa en cómo el medio ambiente afecta la calidad y seguridad de los alimentos y cómo estos factores influyen en la salud y las enfermedades de los individuos; por este medio, defiende que se considere a la atención nutricional como un derecho humano en conexión con derechos de primera, segunda y tercera generación⁽⁶⁾.

Con respecto al enfoque basado en los derechos humanos, la nutrición clínica propone que la atención nutricional como derecho humano permite priorizar la nutrición y, de esa manera, luchar contra la malnutrición, defendiendo una atención nutricional óptima para todos. Así pues, la nutrición clínica propende por un desarrollo científico, social, educativo y económico que valore el cuidado nutricional y promueva el empoderamiento del paciente.

Queda claro que la nutrición clínica, lejos de ser una ciencia exclusiva de las UCI o de los pacientes gravemente enfermos, es un campo inter- y transdisciplinar que espera aportar al cuidado nutricional de diversos individuos, y que defiende que responsables políticos y gestores institucionales creen políticas públicas que contribuyan a asegurar que exista una atención nutricional óptima para todos los individuos.

En ese sentido, la nutrición clínica defiende una agenda que aboga por la dignidad, la equidad y la igualdad entre los individuos, pues es consciente de que solo a través de ellas será posible la realización del derecho a la atención nutricional, una responsabilidad que claramente atribuye a los Estados, que deben crear políticas y programas que garanticen este derecho a todos los ciudadanos, independientemente de su origen económico, social, cultural, religioso o político⁽⁷⁾.

Las bioéticas latinoamericanas

La bioética fue creada en Estados Unidos hace aproximadamente medio siglo, en la década de 1970, para responder a los potenciales conflictos morales que los avances tecnocientíficos producían en relación con la salud humana y el medio ambiente⁽⁸⁾. Ese énfasis tecnocientífico de la bioética sería desafiado decididamente con la llegada de la bioética a América Latina en la década de 1990: las llamadas bioéticas latinoamericanas (BLA) propusieron una nueva territorialización epistemológica de la disciplina, incorporando temas sociales y defendiendo que los conflictos morales no

solo son relativos a avances tecnocientíficos, sino a condiciones sociales y económicas que hacen que grandes grupos poblacionales sean vulnerados sistemáticamente en sus derechos fundamentales. De esta manera, las BLA propusieron la creación de categorías como situaciones emergentes (relacionadas con avances tecnocientíficos) y situaciones persistentes (relacionadas con vulneraciones de derechos fundamentales como el acceso a la salud, la educación y la alimentación)^(9,10).

Las BLA establecieron una conexión definitiva con los derechos humanos desde sus inicios, y eso queda muy claro dado que las BLA más reconocidas nacieron luego de la caída de dictaduras en Argentina y Brasil, claros ejemplos del irrespeto a los derechos humanos. Así, estas no solo reconocen como objeto de estudio situaciones como los dilemas relativos al uso de células madre, investigación con embriones, reproducción asistida, clonación y manipulación genética, sino falta de acceso a salud y mercantilización de la misma, desigualdad e inequidad, concentración de la riqueza, distribución de recursos, entre otros^(11,12).

Así pues, las BLA conceden un papel central a aquellos que sufren: discriminados y vulnerables, quienes son históricamente excluidos de los avances que ha dejado el proceso civilizatorio de la humanidad; al mismo tiempo, proponen la defensa, emancipación y liberación de estas personas por medio de procesos de intervención que les permitan participar, decidir y exigir que los Estados creen políticas y programas que garanticen los derechos fundamentales de los individuos. Al hacerlo, las BLA también dan un protagonismo decidido al Estado, no como detentor de legitimidad para decidir sobre conflictos morales, sino como garante de condiciones justas para todos los individuos.

Entre sus herramientas conceptuales y metodológicas, las BLA presentan tres categorías teóricas que pueden ser de utilidad para la toma de decisiones en nutrición clínica en el contexto actual. La primera ya fue mencionada y es relativa a los derechos humanos. Las BLA argumentan que en el mundo actual no es éticamente defendible la existencia de vidas humanas que valgan más que otras, tomando como base el color de la piel, el estrato socioeconómico, la condición médica, la orientación sexual, el género que la sociedad les ha atribuido o el sexo biológico con el que nacieron; de otra manera, los cuerpos que habitan⁽¹³⁾. Por lo tanto, las BLA, basándose en los derechos humanos, defienden que todos los seres humanos deben ser tratados con equidad e igualdad, pues todos son igualmente

dignos⁽¹⁴⁾. No hay espacio para que solo algunos pocos tengan acceso a alimentación, educación o salud; esta es una reivindicación que también es hecha por la Unesco a través de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos⁽¹⁵⁾.

Específicamente sobre el asunto de la dignidad humana, elemento central de los derechos humanos, las BLA han aportado para una comprensión contextual de este elemento, defendiendo que la dignidad, si bien es innata a cada ser humano, depende del reconocimiento que los otros seres humanos hagan de ella, y también es dependiente de un medio ambiente seguro y saludable. De esa manera, las BLA proponen un entendimiento de la dignidad humana que se aleje del mero antropocentrismo e individualismo al que se le ha históricamente asociado, acercándose a una visión más holística, incluyente y relacionada con el medio ambiente.

La segunda es el compromiso social⁽¹⁰⁾. Esta expresa la necesidad de promover una bioética politizada que haga frente a las constantes injusticias sociales y económicas a las que son sometidos diversos individuos. Las BLA rechazan la existencia de una bioética neutra, exclusivamente académica y alejada de las luchas sociales de los seres a los cuales debe servir, y abogan por una reflexión bioética que rechace, por ejemplo, la imposición, por parte de países ricos, de estándares morales para la conducción de investigación clínica en países pobres (realización de ensayos clínicos usando placebo y no garantizando el acceso postestudio a medicamentos) o la concentración de los beneficios de la investigación y el desarrollo científico solo en los países ricos, cuando para su alcance han sido centrales los países pobres, que en muchas ocasiones financian a través de la transferencia de dividendos de multinacionales o involucran a sus obligaciones en diversos protocolos científicos.

La tercera es el respeto por la vulnerabilidad humana, que defiende que para la deliberación moral es esencial considerar la vulnerabilidad social de diversos individuos. De esta manera, las BLA abogan por que la clásica visión de la vulnerabilidad humana apenas conectada a condiciones de salud, género o edad sea ampliada e involucre marcos contextuales en los que sean tomadas en cuenta nociones de historicidad social, política y económica. Las BLA argumentan, de esta manera, que existe un territorio epistémico necesariamente contextual e histórico que debe ser entendido para comprender la vulnerabilidad humana y, al hacerlo, revelan la importancia que tienen los factores sociales en la toma de decisiones morales⁽¹⁶⁾.

La bioética y la nutrición clínica

Existen diversos trabajos que discuten la relación entre bioética y nutrición clínica⁽⁶⁾ por la vocación multi-, inter- y transdisciplinar de ambos campos, por la definitiva cercanía de la bioética a las cuestiones de la nutrición clínica y por las implicaciones éticas que a menudo tienen las decisiones que los expertos en nutrición clínica deben tomar, comúnmente relativas a individuos vistos como vulnerables. En ese sentido, la posibilidad de alimentar a un enfermo por vía artificial (uno de los grandes avances en la medicina del siglo XX) ha traído cuestionamientos fundamentales que han sido abordados por la bioética, muy especialmente por la bioética tradicional estadounidense, pauta por cuatro principios: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Sin embargo, si existen esas conversaciones entre las dos áreas, ninguna de ellas ha aproximado las BLA, basadas en los derechos humanos (a diferencia de la bioética estadounidense), la justicia social y la vulnerabilidad humana a la nutrición clínica. Así, existe una oportunidad importante para acercar dos áreas que, aunque ya han sido aproximadas, no lo han hecho desde perspectivas latinoamericanas y tampoco a partir de aquello que la bioética puede ofrecer ante el enorme desafío que la COVID-19 ha significado para el mundo actual, en general, y el mundo del sur global, en particular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta es una investigación cualitativa a partir de un paradigma hermenéutico, reflexivo, sociocrítico y analítico⁽¹⁷⁾. Está fundamentada en la búsqueda de un conocimiento que procure encontrar respuestas posibles a realidades que desafían el bienestar social y comunitario, de modo que sea viable transformarlas. En ese sentido, esta es una investigación orgánica y comprometida socialmente⁽¹⁸⁾. La investigación adopta un diseño metodológico coherente con el paradigma citado desde el objeto de estudio de la nutrición clínica, la lectura disciplinar de la realidad y el reforzamiento de los procesos bioéticos en sus diferentes dimensiones⁽¹⁹⁾.

Según los objetivos, tres momentos metodológicos orientan la implementación de la investigación: revisión a partir de fuentes secundarias (documentales), de la naturaleza, fines y niveles organizativo y operacional e impactos sociopolíticos de las diferentes expresiones de la nutrición clínica que han emergido; construcción de un cuerpo categorial en relación con las BLA, espe-

cialmente sus categorías de derechos humanos, compromiso social y respeto por la vulnerabilidad humana; y establecimiento de una relación rigurosa, estructurada y contextual entre las BLA y la nutrición clínica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los derechos humanos defendidos por las BLA y la nutrición clínica en el contexto de la pandemia por COVID-19

Los derechos humanos defendidos por las BLA permiten a los expertos en nutrición clínica defender moralmente el cuidado nutricional como un derecho humano⁽⁷⁾, especialmente en tiempos en los que la pandemia por la COVID-19 pone cada vez en mayor riesgo este cuidado. La nutrición clínica puede, con la ayuda de las BLA, cuestionar la moralidad que está detrás de la realidad que muestra que son exactamente los países más pobres aquellos que han sufrido las peores consecuencias en términos nutricionales de sus poblaciones. Más que eso, la noción de derechos humanos de las BLA puede permitir a expertos en nutrición clínica reclamar que esto no acontezca, pues conforme a principios acordados por todos los países en diversos documentos internacionales, todos los seres humanos son iguales y, por lo tanto, se debe velar por el aseguramiento de condiciones de vida dignas que involucran claramente el derecho a gozar de salud y calidad de vida, solo posible a través de un cuidado nutricional adecuado⁽⁷⁾.

La lectura contextual, holística e incluyente que proponen las BLA para el concepto de dignidad humana, elemento central de los derechos humanos, es importante para la nutrición clínica (cuyo propósito central es alimentar a la persona enferma), porque contribuye a la defensa de que la nutrición sea vista de una manera compleja y transdisciplinar, resaltando que depende de factores sociales, económicos, ambientales y políticos. En este sentido, la comprensión de la dignidad que tienen las BLA puede contribuir a que el área de la nutrición clínica argumente que es necesario, para proteger la dignidad de las personas, considerar, por ejemplo, las profundas desigualdades sociales existentes en el mundo.

El compromiso social de las BLA y la nutrición clínica en el contexto de la pandemia por COVID-19

Las BLA revelan, a través de su compromiso social, la necesidad de que los Estados creen programas y polí-

ticas que aseguren el cuidado nutricional como derecho humano en momentos tan críticos como los que la pandemia ha producido. En este sentido, las BLA pueden contribuir a que los expertos en nutrición clínica aboguen por la importancia que tiene la proposición de acciones nacionales e internacionales que garanticen que las poblaciones más frágiles de países pobres tengan acceso a alimentos adecuados y, de esta manera, tengan mayor probabilidad de soportar las consecuencias de la infección por COVID-19 sin mayores complicaciones. A este respecto, hay diversos estudios que han demostrado esta conexión entre desigualdad social y mal pronóstico en la evolución de la enfermedad⁽²⁰⁾. El compromiso social de las BLA permite a expertos en nutrición clínica exigir que las decisiones de todos los países se basen en la dignidad universal del ser humano, no importando su origen, religión, sexo, orientación sexual o raza.

El respeto por la vulnerabilidad humana propuesto por las BLA y la nutrición clínica en el contexto de la pandemia por COVID-19

La BLA muestran, por medio de su categoría de respeto por la vulnerabilidad humana, que es necesario contextualizar cualquier decisión en nutrición clínica, no solo tomando en cuenta las tradicionales consideraciones de la vulnerabilidad relativas al género o la edad, sino aspectos sociales y económicos^(9, 10). En ese sentido, las BLA permiten que expertos en nutrición clínica defiendan la necesidad de que decisiones relativas a la priorización de recursos alimenticios y atención de enfermos de determinadas edades y condiciones de salud estén pautadas por directrices que consideren las desigualdades sociales y no apenas protocolos definidos previamente por agencias nacionales o internacionales^(21, 22). Muestra de esto sería la defensa del cuidado nutricional como un derecho humano y no como un servicio, por parte de la nutrición clínica, y también su defensa de una atención nutricional prioritaria a determinadas poblaciones, vulneradas históricamente (Tabla 1).

Tabla 1. Relación entre las BLA y la nutrición clínica

Categorías de las BLA que enriquecen la nutrición clínica
Derechos humanos
Compromiso social
Respeto por la vulnerabilidad humana

Fuente: elaboración propia.

CONSIDERACIONES FINALES

Los casos de infección y las muertes por COVID-19 no han dejado de aumentar desde que el virus fue identificado en diciembre de 2019. En consecuencia, los impactos sociales y económicos han sido también numerosos, especialmente en regiones como América Latina, en donde la pandemia ha demostrado claramente que poblaciones particularmente pobres y vulneradas socialmente son las que están siendo más afectadas, pues son aquellas que históricamente han visto sus derechos a una buena alimentación y a salud ser más irrespetados. De esta manera, es necesario defender enfoques teóricos del área de salud pública, en general, y del área de la nutrición clínica, en específico, que consideren estas inequidades y desigualdades en América Latina para que así se logre luchar contra ellas⁽²³⁾.

En ese sentido, proponer marcos de referencia alternativos, como los que presentan las BLA, para enriquecer la práctica y reflexión de la nutrición clínica es esencial y es eso lo que esta investigación ha pretendido hacer. Específicamente, las BLA, a partir de las tres categorías propuestas en este trabajo, ofrecen una justificación moral a la nutrición clínica para que defiendan la adopción de políticas y programas gubernamentales que promuevan la acción institucional del Estado y contribuyan a que las desigualdades nutricionales que hace mucho padecen diversos individuos, y que han sido empeoradas por la pandemia, sean superadas. Así, este artículo invita a que la nutrición clínica, un área tan transdisciplinar como las BLA, construya sobre el compromiso social y transdisciplinar de las BLA, su propio compromiso.

Finalmente, el establecer una relación entre BLA y nutrición clínica, a través de las categorías ya mencionadas, podría hacer que las políticas públicas en nutrición sean pensadas de forma diferente y, de esa manera, que el cuidado nutricional sea visto (y, especialmente, defendido y garantizado) como un derecho humano, enriqueciéndose así las bases epistemológicas de la nutrición clínica. Para este fin la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos de la Unesco también puede ser muy útil⁽¹⁵⁾.

Financiación

Este artículo fue financiado por la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Educación Superior/ Ministerio de Educación/Brasil (Capes/MEC).

Conflicto de intereses

Ninguno.

Referencias bibliográficas

1. Mayasari NR, Ho DKN, Lundy DJ, Skalny AV, Tinkov AA, Teng I-C, et al. Impacts of the COVID-19 Pandemic on Food Security and Diet-Related Lifestyle Behaviors: An Analytical Study of Google Trends-Based Query Volumes. *Nutrients*. 2020;12(10):3103. doi: 10.3390/nu12103103
2. Birgisdottir BE. Nutrition is key to global pandemic resilience. *BMJ Nutr Prev Health*. 2020;3(2):129-132. doi: 10.1136/bmjnph-2020-000160
3. Cárdenas J, Robles-Rivera F, Martínez-Vallejo D. Élités empresariales y desigualdad en tiempos de pandemia en América Latina. *Revista Española de Sociología*. 2020;29(3): 715-26.
4. Cardenas D. What is clinical nutrition? Understanding the epistemological foundations of a new discipline. *Clin Nutr ESPEN*. 2016;11:e63-e66. doi: 10.1016/j.clnesp.2015.10.001.
5. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr*. 2017;36(1):49-64. doi: 10.1016/j.clnu.2016.09.004.
6. Allison SP. Basics in clinical nutrition: Ethical and legal aspects. *Clin Nutr ESPEN*. 2008;3(6):e298-e302. doi: 10.1016/j.clnm.2008.07.004
7. Cardenas D, Bermudez C, Echeverri S. Is nutritional care a human right? *Clin Nutr Exp*. 2019;26:1-7. doi: 10.1016/j.cynex.2019.05.002
8. Potter VR. *Bioethics: Bridge to the future*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.; 1971.
9. Garrafa V, Porto D. Intervention Bioethics: A Proposal For Peripheral Countries in A Context of Power and Injustice. *Bioethics*. 2003;17(5-6):399-416. doi: 10.1111/1467-8519.00356
10. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética*. 2005;13(1):125-34.
11. Manchola CCH, Garrafa V, Cunha T, Hellmann F. El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017;22(7):2151-2160. doi: 10.1590/1413-81232017227.04472017
12. Garrafa V, DA Cunha TR, Manchola C. Access to Healthcare: A Central Question within Brazilian Bioethics. *Camb Q Healthc Ethics*. 2018; 27(3):431-39. doi: 10.1017/S0963180117000810
13. do Nascimento WF, Garrafa V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. *Saude soc*. 2011;20(2):287-99. doi: 10.1590/S0104-12902011000200003
14. Lander E. Ciencias Sociales: saberes coloniales y eurocéntricos. En: Lander E. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO; 1993. p. 152.
15. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* [Internet]. París: UNESCO, 2005. [Consultado el 11 de agosto de 2021]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20trata%20de%20las,dimensiones%20sociales%2C%20jur%C3%ADdicas%20y%20ambientales
16. Feitosa SF, do Nascimento WF. A Bioética de Intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. *Rev Bioét*. 2015;23(2):277-84. doi: 10.1590/1983-80422015232066
17. Cebotarev EA. El enfoque crítico: una revisión de su historia, naturaleza y algunas aplicaciones. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv*. 2003;1(1):1-27.
18. Fals BO, Rahman A. La situación actual y las perspectivas de la IAP en el mundo. En: *Análisis Político*. Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1999. p. 205-230.
19. Della PD, Keating M. Enfoques y Metodologías de las ciencias sociales. Una perspectiva pluralista. *Revista Mad*. 2014; 30:148-51.
20. Food and Agriculture Organization of the United Nations. *Update on COVID-19 and its impact on food security and nutrition, and food systems* [Internet]; 2020. [Consultado el 11 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/nd384en/nd384en.pdf>
21. Rasmussen SA, Jamieson DJ. Public Health Decision Making during Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;383(10):901-03. doi: 10.1056/NEJMp2026045
22. Martínez-Sanz J, Pérez-Molina JA, Moreno S, Zamora J, Serrano-Villar S. Understanding clinical decision-making during the COVID-19 pandemic. *EclinicalMedicine*. 2020;27:100539. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100539
23. Álvarez A, León D, Medellín M, Zambrano A, Zuleta H. El coronavirus en Colombia: vulnerabilidad y opciones de política [Internet]. Bogotá: PNUD América Latina y el Caribe, 2020. [Consultado el 11 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/library/crisis_prevention_and_recovery/el-coronavirus-en-colombia--vulnerabilidad-y-opciones-de-politic.html



La tricotomía preocupante en la nutrición clínica y su aplicación en los derechos humanos

The troubling trichotomy in clinical nutrition and its application to human rights

A preocupante tricotomia na nutrição clínica e sua aplicação aos direitos humanos

Albert Barrocas^{1*}, Diana Cardenas²

Recibido: 5 de junio de 2021. Aceptado para publicación: 3 de agosto de 2021.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.320>

Resumen

Introducción: el soporte nutricional (terapia nutricional) es un gran avance de la medicina, que ha permitido alimentar a todos los enfermos que no pueden alimentarse por vía oral. Durante el desarrollo de tecnologías como esta, la falta de previsión de las cuestiones éticas y jurídicas puede resultar problemática. El autor principal de este artículo ha bautizado este enigma como la «tricotomía problemática» (T3).

Objetivo: el objetivo de este artículo teóricamente fundamentado es ofrecer una visión general de los tres componentes de la T3 y su relación con los derechos humanos, así como realizar un análisis de los retos éticos y jurídicos, que impone la innovación en el ámbito de la nutrición clínica a través de las opiniones de algunos líderes.

Métodos: el análisis de los tres componentes de la T3 se basó en la literatura científica y en numerosas fuentes de datos, para ilustrar la relevancia de su interacción, cuando se aplica al campo de la nutrición clínica. Se dirigió una encuesta por correo electrónico a líderes de la nutrición clínica, en la que se les preguntaba por los retos éticos o legales de los futuros avances tecnológicos.

Resultados: los retos generados por los avances en el soporte nutricional deben abordarse desde el enfoque T3, que considera que los aspectos éticos y legales no pueden separarse de los avances tecnológicos. El enfoque ético en el campo de la nutrición clínica puede considerarse

Abstract

Introduction: Nutritional support is a major advance in medicine which has made it possible to feed all sick people unable to be orally fed. Failure to anticipate ethical and legal issues as part of the development of technologies such as this can be problematic. This conundrum has been dubbed «the troubling trichotomy» (T3) by the lead author.

Objective: The aim of this evidence-based theoretically informed essay is to provide an overview of the three T3 components and their relation to human rights, and to analyze the ethical and legal challenges imposed by innovation in the field of clinical nutrition in the light of selected leading opinions.

Methods: The analysis of the three T3 components was based on academic literature and numerous data sources to illustrate the relevance of their interaction when applied to the field of clinical nutrition. An e-mail survey asking about the ethical or legal challenges of future technological developments was addressed to clinical nutrition leaders.

Results: Challenges created by advances in nutritional support must be addressed from the T3 approach, according to which ethical and legal considerations cannot be separated from technological advances. In the field of clinical nutrition, the ethical approach can be considered as a systematic normative reflection based on a framework of interdependent principles (i.e., principlism), moral values (i.e., attentiveness, responsibility) and actions

Resumo

Introdução: O suporte nutricional é um grande avanço na medicina que tem permitido alimentar todos os pacientes que não podem ser alimentados por via oral. Durante o desenvolvimento de tecnologias como esta, a falta de previsão das questões éticas e legais pode ser problemática. O autor principal (T3) batizou esse enigma de «Tricotomia Problemática».

Objetivo: O objetivo deste ensaio teórico é fornecer uma visão geral dos três componentes da T3 e sua relação com os direitos humanos, bem como uma análise dos desafios éticos e legais que implica a inovação no campo da nutrição clínica através das opiniões de líderes selecionados.

Métodos: A análise dos três componentes da T3 foi baseada na literatura acadêmica e em inúmeras fontes de dados para ilustrar a relevância de sua interação quando aplicada ao campo da nutrição clínica. Uma pesquisa por e-mail foi conduzida com líderes de nutrição clínica perguntando sobre os desafios éticos ou legais de futuros desenvolvimentos tecnológicos.

Resultados: Os desafios gerados pelos avanços no suporte nutricional devem ser enfrentados a partir da abordagem T3, que considera que os aspectos éticos e legais não podem ser separados dos avanços tecnológicos. A abordagem ética no campo da nutrição clínica pode ser considerada como uma reflexão normativa sistemática baseada em um quadro de princípios interdependentes (principia-



como una reflexión normativa sistemática, basada en un marco de principios interdependientes (principalismo), valores morales (atención, responsabilidad) y acciones que pueden guiar a los profesionales de la salud y a los investigadores ante el futuro desarrollo de las tecnologías. Los aspectos jurídicos deberían tener en cuenta las diferencias nacionales, para enmarcar los retos éticos y la práctica de la disciplina.

Conclusión: la T3 debe considerarse como un enfoque integral, que puede estar en el centro de la nutrición clínica. Con la esperanzadora aceptación mundial del cuidado nutricional como derecho humano, la T3 debería ser menos problemática.

Palabras clave: bioética, principalismo, tecnología, apoyo nutricional.

that can guide healthcare professionals and researchers in the face of future technology developments. The legal aspects should consider national differences when framing the ethical challenges and the practice of the discipline.

Conclusion: The troubling trichotomy should be considered as a comprehensive approach that may be at the core of clinical nutrition. As the hope for nutritional care being globally embraced as a human right becomes a reality, the T3 should be less problematic.

Keywords: Bioethics; Principlism; Technology; Nutrition Support.

lismo), valores morais (atenção, responsabilidade) e ações que podem orientar aos profissionais de saúde e aos pesquisadores diante o futuro desenvolvimento de tecnologias. Os aspectos legais devem levar em consideração as diferenças nacionais para enquadrar os desafios éticos e a prática da disciplina.

Conclusão: A tricotomia problemática deve ser considerada como uma abordagem integral que pode estar no centro da nutrição clínica. Com a esperanzosa aceitação global do cuidado nutricional como um direito humano, a T3 deveria ser menos problemática.

Palavras-chave: Bioética, principalismo, tecnologia, suporte nutricional.

¹ Tulane School of Medicine New Orleans. Luisiana, Estados Unidos.

² Facultad de Medicina, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

*Correspondencia: Albert Barrocas.
abarroc@tulane.edu

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años, los profesionales de la salud y otras partes interesadas se enfrentaron a situaciones en las que la tecnología (lo que se puede hacer) suscitaba consideraciones éticas (lo que se debería hacer) que, en última instancia, debían aplicarse en el contexto de la ley (lo que se debe hacer)⁽¹⁾. Barrocas ha bautizado este enigma como la «tricotomía problemática» (T3) (Figura 1)^(2,3).

En este artículo se revisarán los tres componentes de la T3 y se centrará en su aplicación en la nutrición clínica, concretamente en el soporte nutricional (también llamado terapia nutricional) y su relación con los derechos humanos.

La nutrición clínica es una ciencia básica interdisciplinaria y aplicada, que se ocupa de la atención de las personas que necesitan cuidados nutricionales (pacientes con desnutrición, ingesta de dietas inadecuadas, carencias de micronutrientes, sobrepeso y obesidad). Su objetivo es aplicar los principios del cuidado nutricional, para garantizar un equilibrio en el estado de la nutrición, y modular otras funciones biológicas, para influir positivamente en la homeostasis del individuo, en cualquier tratamiento médico y en los resultados de salud^(4,5). El ejercicio de la nutrición clínica se basa en

la aplicación del soporte o terapia nutricional a través del uso de nutrientes por vía oral, enteral o parenteral.

El aspecto «preocupante» de la T3 se basa en su presentación *a posteriori*. Durante el desarrollo de la tecnología se presta poca o ninguna atención al impacto que los nuevos descubrimientos tienen en los aspectos éticos y legales de su aplicación. La falta de previsión de estos dos componentes de la tricotomía suele ser problemática o preocupante. Algunos desarrollos médicos a lo largo de los años que demuestran este concepto son:

- La definición de la muerte no se cuestionó hasta antes del desarrollo de los respiradores, los medicamentos cardíacos y de reanimación, entre otros.
- El «racionamiento» de la hemodiálisis no se cuestionó hasta el desarrollo de las máquinas de hemodiálisis.
- La selección de personas para recibir trasplantes de órganos no se cuestionó hasta antes del desarrollo de las técnicas quirúrgicas/inmunológicas.
- Los estados vegetativos no se cuestionaron hasta antes del desarrollo de las técnicas, que permiten la supervivencia de los pacientes con lesiones neurológicas graves.
- La mortalidad por desnutrición en individuos incapaces de ingerir alimentos por vía oral no se cues-

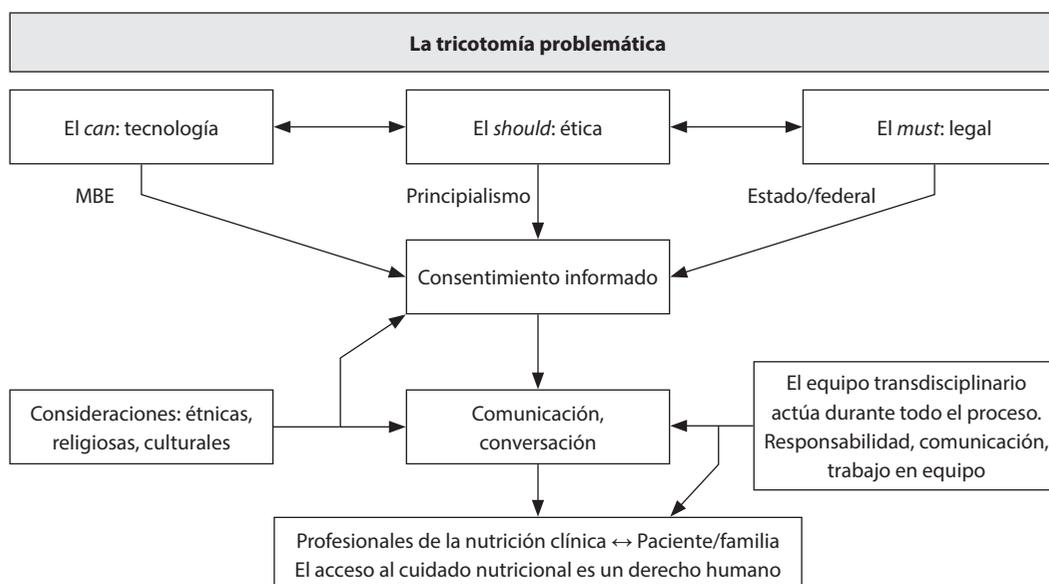


Figura 1. La tricotomía problemática. "Can": lo que se puede hacer ; "should": lo que se debería hacer; "must": lo que se debe hacer. MBE: medicina basada en evidencia. Realizada por A. Barrocas.

tionó hasta el desarrollo de la nutrición parenteral (NP) total y la nutrición enteral (NE).

La falta de anticipación es problemática, ya que los desarrollos tecnológicos se realizan sin cuestionar los límites necesarios para asegurar un uso responsable de la tecnología y el respeto de principios fundamentales, como la autonomía o el respeto de la dignidad humana. En el caso concreto de la nutrición clínica, la falta de previsión de las cuestiones éticas y jurídicas, y la ausencia de un enfoque ético de la aplicación de la tecnología de la nutrición e hidratación administrada artificialmente (NHA) ignora, entre otros, el principio de proporcionalidad en los cuidados nutricionales, el cual establece que las respuestas deben ser proporcionales al bien que se puede conseguir y al daño que se puede causar⁽⁶⁾. Este principio moral adquiere relevancia en el contexto de las cuestiones éticas, relacionadas con la asignación de recursos durante situaciones críticas de escasez, como las pandemias. Además, en lo que respecta a la ética médica, significa que las intervenciones y los riesgos médicos deben ser proporcionales a las posibles vidas salvadas⁽⁷⁾, por ejemplo, el análisis de los beneficios frente a las cargas/los riesgos.

TECNOLOGÍA

Tecnología, del griego τέχνη (tékhne, «arte») + λογία (logía, «estudio»), se refiere a la «ciencia del ofi-

cio»⁽⁸⁾. La primera idea del concepto de tecnología se encuentra en la antigua Grecia, donde filósofos, como Aristóteles, argumentaban una distinción ontológica fundamental entre «cosas naturales» y «artefactos»⁽⁹⁾. Desde entonces, la diferencia fundamental entre los productos fabricados por el hombre y las sustancias naturales ha influido en la reflexión filosófica de la tecnología hasta nuestros días, incluido el enfoque ético. Según el diccionario de Cambridge, la tecnología se define actualmente como el estudio y el conocimiento del uso práctico, especialmente industrial, de los descubrimientos científicos⁽¹⁰⁾.

En el desarrollo de la tecnología suelen ser necesarias consideraciones legales y éticas; entre ellas están las cuestiones del consentimiento informado, el tratamiento ético de las personas y los animales, el respeto y la dignidad, la veracidad de la investigación y los resultados, el análisis de los beneficios frente a la carga/riesgo, entre otros. Un triste ejemplo en la historia de Estados Unidos sobre los resultados de las experiencias no informadas fue el estudio Tuskegee sobre la sífilis no tratada, también conocido como experimento Tuskegee sobre la sífilis^(11,12).

El estudio se realizó entre 1932 y 1972 por el *United States Public Health Services*. Su objetivo era observar la historia natural de la sífilis no tratada. A los sujetos se les dijo que recibirían asistencia sanitaria gratuita del gobierno federal, pero no recibieron la atención pro-

metida. Nunca se les informó de su diagnóstico o de los métodos ineficaces, así como de los procedimientos de diagnóstico y los placebos disfrazados de tratamiento. En 1947, la penicilina, que estaba ampliamente disponible, se convirtió en el tratamiento estándar para la sífilis. Ninguno de los hombres infectados fue tratado con el antibiótico. Tras la finalización del proyecto «éticamente abusivo», después de una filtración a la prensa en 1972, se desarrollaron reglamentos y directrices, que incluyen el informe Belmont en 1979⁽¹³⁾

(debido a la Ley Nacional de Investigación de 1974), el establecimiento de la Oficina para la Protección de la Investigación en Humanos y las Juntas de Revisión Institucional⁽¹⁴⁾.

A nivel internacional, el impulso para el comportamiento ético/legal en la realización de experimentos e investigaciones fueron las conclusiones de las atrocidades del Holocausto, en relación con los abusos médicos nazis. El código de Nuremberg se estableció para proteger los derechos de los sujetos de la investigación⁽¹⁵⁾.

Tabla 1. Respuestas a la encuesta de líderes de opinión en nutrición clínica

Experto	Previsión de tecnología o avance en la investigación en el campo del soporte nutricional	Consideraciones éticas o legales
Bruce R Bistran, MD, PhD; Boston MA, EE. UU.	<p><i>Durante la fase inicial (10 días): lesión, inflamación, infección</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinación de qué, cómo, cuánto y cuándo alimentar a los pacientes críticos con ingesta inadecuada - Alimentación trófica, más allá de solo los fluidos y electrolitos - Subalimentación permisiva de composición estándar - Alimentación hipocalórica más alta en proteínas - Alimentación completa <p>- Determinación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia o presencia de desnutrición proteico-energética (normal, moderada, grave) - Ausencia o presencia de inflamación sistémica: ninguna, moderada, severa - Objetivo básico de los estudios futuros. Duración abreviada de la primera fase en aquellos casos con desnutrición preexistente o intensidad severa de la respuesta inflamatoria <p><i>Durante la segunda fase > 10 días, si aún requieren alimentación invasiva</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo de control: alimentado con base en las guías o recomendaciones de pacientes críticos, establecidas por organizaciones nacionales, por ejemplo, la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN) - Grupo experimental: las variables de resultado incorporarían diferencias en las cantidades y tipos de ingestas de energía, aminoácidos, entre otros, y manipulaciones farmacológicas <p><i>Emulsiones lipídicas, ingredientes activos de ácido eicosapentaenoico (EPA) y ácido docosahexaenoico (DHA) de aceite de pescado</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Las formulaciones actuales presentan concentraciones muy variables de EPA y DHA - Se ha demostrado que las dosis farmacológicas de hasta 4-8 g/día de EPA y DHA son preocupantes, por su supuesta capacidad de atenuar la respuesta inflamatoria sistémica - Dicha terapia tendría beneficios potenciales en ciertas condiciones hiperinflamatorias, como en los casos graves de COVID-19, o la sepsis bacteriana como componente de la NPT - La intención farmacológica adicional requeriría un aceite de pescado enriquecido en EPA o EPA + DHA, con una composición estable, definida y calificada como un fármaco, en lugar de un uso puramente nutritivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Determinación de la alimentación para el grupo de control en cada categoría - Sería necesario considerar <i>clinical equipoise</i> <p>- No hay desafío ético</p> <ul style="list-style-type: none"> - Legalmente, proceso formal de aprobación de medicamentos - Se ha estudiado como terapia independiente, o cuando se combina con la NPT - La eficacia puede verse influenciada por el estado nutricional subyacente

Tabla 1. Respuestas a la encuesta de líderes de opinión en nutrición clínica
(continuación)

Experto	Previsión de tecnología o avance en la investigación en el campo del soporte nutricional	Consideraciones éticas o legales
Kathy Gura, PharmD, BCNSP, FASHP, FPPA, FASPEN, FMSHP; Boston MA, EE. UU.	<ul style="list-style-type: none"> - Emulsiones lipídicas intravenosas mejoradas, que abordan las limitaciones de los productos actualmente disponibles <ul style="list-style-type: none"> - Menor contenido de fitoesteroles - Mejora de la proporción de omega 3 y 6 - Mayor contenido de alfa-tocoferol - Mejora de los emulsionantes: se necesita una alternativa sin huevo - Se requiere una forma de proporcionar ácidos grasos esenciales, no como una emulsión (como solución), lo que mejoraría las limitaciones asociadas con las mezclas de nutrientes totales - ¿Existen mejores fuentes de aceite, además de la soja, el pescado, la oliva o el coco? - Mejores multivitamínicos parenterales - Los productos actuales se desarrollaron hace más de 30 años - Todavía no hay un multivitamínico adecuado para los bebés prematuros - Se necesitan formas separadas de ergocalciferol, alfa-tocoferol, solo disponibles como infusión multivitamínica - Formas más seguras de hierro parenteral, todos los productos actuales tienen incidencia de reacciones anafilácticas - Revisar las formulaciones de aminoácidos - Los productos de aminoácidos pediátricos se desarrollaron hace 35 años, y no reflejan las necesidades de un bebé prematuro - Los productos actuales no pueden ser concentrados (son propensos a la precipitación); por ejemplo, no hay versiones de 15 % o 20 % de TrophAmine - Los productos convencionales actuales pueden no ser adecuados para los adultos gravemente enfermos <ul style="list-style-type: none"> - Glutamina - Arginina - Cisteína - ¿Hay otros micronutrientes que deban formar parte de la NP? <ul style="list-style-type: none"> - Colina - Molibdeno - Flúor - Yodo - Alternativa a las soluciones de dextrosa (productos actuales hechos de maíz) puede utilizarse otra fuente - ¿Existe un papel para la fructosa parenteral? - Mejorar los programas informáticos utilizados para componer las soluciones de NP <ul style="list-style-type: none"> - Mejor apoyo en la toma de decisiones - Mejora de la información sobre compatibilidad - No solo considerar el calcio y el fósforo, sino el magnesio/calcio/fósforo - Predecir la estabilidad de la mezcla total de nutrientes - Asegurarse de que está totalmente integrada en la historia clínica electrónica (HER), para reducir los errores de transcripción - Mejorar la calidad de los aditivos utilizados para componer la NP <ul style="list-style-type: none"> - Baja contaminación por/sin aluminio - Sin otras formas de contaminación por metales (cromo/manganeso) - Uso de más sales de fosfato orgánicas para disminuir los problemas de compatibilidad/precipitación 	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna de estas ideas es nueva, pero como los productos nutricionales no son fármacos de gran éxito, no se ha avanzado en este campo para lanzar nuevos productos. Es necesario que estos productos no solo se centren en la nutrición, sino que demuestren un efecto terapéutico - Es difícil que estos productos pasen por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y otras agencias reguladoras <ul style="list-style-type: none"> - El diseño de los ensayos es difícil, ya que hay demasiados factores de confusión, y su duración suele ser demasiado corta <ul style="list-style-type: none"> - Es más fácil hacer indicaciones nutricionales (el listón es muy bajo), en comparación con intentar demostrar el beneficio terapéutico (implica pruebas más invasivas en muchos casos) - Intentar determinar resultados significativos, dado que muchas de las complicaciones relacionadas con la nutrición se producen con el tiempo - Muchos productos nutricionales entran en el ámbito de la Ley de Educación y Salud de los Suplementos Dietéticos de 1994 (DSHEA), en lugar del Centro de Evaluación e Investigación de Medicamentos (CDER) de la FDA, por lo que solo deben demostrar la seguridad, no la eficacia - Existen muy pocos profesionales que suben de categoría para realizar estos estudios (no son lucrativos) - Cuestión ética: a menudo los beneficios financieros triunfan sobre la introducción de productos más nuevos y seguros en el mercado, ya que el rendimiento de la inversión es demasiado bajo

Tabla 1. Respuestas a la encuesta de líderes de opinión en nutrición clínica
(continuación)

Experto	Previsión de tecnología o avance en la investigación en el campo del soporte nutricional	Consideraciones éticas o legales
Dan Waitzberg, MD, PhD; Sao Paolo, Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicaciones amigables de evaluación nutricional, indicaciones y prescripciones de terapia nutricional, disponibles independientemente del patrocinio de la industria - Inteligencia artificial aplicada a la determinación de qué pacientes se beneficiarían: tiempo, calorías y proteínas, resultados (morbilidad, mortalidad, duración de la estancia (LOS), UCI/hospital) - Seguimiento y evaluación de la terapia nutricional, a través de grandes bancos de datos 	<ul style="list-style-type: none"> - Anonimato - Acuerdo entre diferentes hospitales en el desarrollo de un repositorio central de datos para procesar la inteligencia artificial
Gil Hardy, PhD, FRSC, FASPEN; Auckland, Nueva Zelanda	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivo de mano (¿aplicación de teléfono móvil?) que utilice la resonancia magnética, el láser o una tecnología aún por inventar, que produciría una evaluación inmediata del estado nutricional del paciente - Una aplicación complementaria a la anterior, que produzca automáticamente opciones, con una puntuación para la terapia nutricional probablemente más práctica y eficaz, para que el clínico que lo atiende pueda tomar la mejor decisión basada en la evidencia - Una tecnología mejorada para los pacientes ambulatorios de NP y NE, utilizando: <ul style="list-style-type: none"> - Estabilidad a largo plazo de mezclas de NP verdaderamente «todo en uno», que contengan todos los micronutrientes y otros nutrientes actualmente inestables - Minibombas ambulatorias de alta tecnología para la NP, como las bombas de insulina utilizadas por los diabéticos tipo 1 - Formas revolucionarias de administrar los nutrientes, por ejemplo, utilizar nanotecnología, parches cutáneos, entre otros, para evitar la contaminación al conectar las sondas de alimentación de la NE, los catéteres de la NP, los equipos de administración y al paciente - Nueva tecnología mejorada para reinfusión de quimo en caso de fallo intestinal - Impresión 3D del diseño específico para el paciente de intestinos artificiales y otros órganos, para corregir la insuficiencia intestinal 	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna
Sonia Echeverri, RN, MSc, FASPEN; Bogotá, Colombia y Portugal	<ul style="list-style-type: none"> - Fórmulas enterales y mezclas parenterales individualizadas (con mucha más especificidad hacia la patología, incluido el estado nutricional y la composición corporal, el momento metabólico, la microbiota, entre otros) - Dispositivos médicos más seguros y fáciles de usar para el paciente (sondas, tubos de alimentación, equipos, bombas de infusión) 	<ul style="list-style-type: none"> - Estos avances en sí mismo no deberían presentar desafíos éticos o legales. Lo que representará un desafío es cómo y quién puede acceder a estos avances tecnológicos (justicia distributiva) - ¿Todos los individuos que los requieran tendrán derecho a ellos? empezando por el derecho a la terapia nutricional administrada artificialmente (beneficencia) - ¿Se utilizarán con el debido criterio médico y la autonomía del paciente? (autonomía) - ¿Prevalece el criterio médico o su uso está influenciado o manipulado por la industria farmacéutica? (no maleficencia)

Tabla 1. Respuestas a la encuesta de líderes de opinión en nutrición clínica
(continuación)

Experto	Previsión de tecnología o avance en la investigación en el campo del soporte nutricional	Consideraciones éticas o legales
Denise Baird Schwartz, MS, RD, FADA, FAND, FASPEN; Studio City, CA, EE. UU.	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar cualquier opción del sustrato (nutriente) y la administración que mejore la relación beneficio frente al riesgo adverso de la nutrición e hidratación artificialmente administrada - Diseñar y publicar estudios de investigación para corroborar que la calidad de vida del individuo se puede optimizar con estas mejoras en el equipo y la administración de nutrientes - Que los clínicos conozcan los resultados de la investigación y utilicen la información en la discusión con el paciente o el responsable sustituto, con la toma de decisiones compartida en el ámbito clínico con todos los pacientes - La incorporación de los puntos anteriores permitiría abordar los cuatro principios éticos de respeto a la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia 	<ul style="list-style-type: none"> - Los aspectos éticos se abordarían para cada punto al diseñar el estudio de investigación - Los aspectos legales variarían según los distintos estados, regiones, países, entre otros

NE: nutrición enteral; NP: nutrición parental; NPT: nutrición parenteral total; UCI: unidad de cuidados intensivos.

El concepto de consentimiento informado se estableció por la Declaración de Helsinki de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1964⁽¹⁵⁾. La recientemente adoptada Declaración de Cartagena⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ y el documento de posición «Nutrición clínica y derechos humanos. Un documento de posición internacional» son una extensión de este último documento⁽⁴⁾.

Mirando hacia el futuro y centrándose en la nutrición clínica, los autores se pusieron en contacto con un grupo de líderes de opinión en el ámbito de la nutrición clínica/el apoyo a la nutrición y solicitaron su aportación en dos áreas:

1. ¿Qué tecnología/investigación preveían en el campo del soporte nutricional?
2. ¿Qué consideraciones éticas o legales suscitaría la aplicación de la investigación?

Los resultados de la encuesta se resumen en la Tabla 1.

La opinión de los líderes muestra las oportunidades de desarrollo tecnológico en el campo del soporte nutricional, la nutrición clínica y los desafíos éticos y legales. La mayoría de ellos coinciden con la necesidad de desarrollos tecnológicos en cuanto a productos y dispositivos de nutrición. La afirmación de esta necesidad de desarrollo se basa en el hecho de que los productos nutricionales han evolucionado poco en las últimas dos décadas. Los nuevos productos y dispositivos responderían a la necesidad de suministrar nutrientes a pacientes con necesidades particulares, debido a la adaptación metabólica a la enfermedad. Esto implica considerar la

respuesta metabólica a la enfermedad como adaptativa, y que el soporte nutricional no es el mero suministro de nutrientes (como puede considerarse la alimentación de una persona sana), sino que debe pensarse como un tratamiento médico. Esto significa que el suministro de nutrientes, calorías y proteínas responde a una respuesta adaptativa a la enfermedad, y no a la falta de nutrientes por simple inanición. Hay que reconocer que esta respuesta adaptativa a veces puede convertirse en «patológica»⁽¹⁹⁾. El desarrollo de los conocimientos científicos sobre el metabolismo debería ayudar a identificar dónde está el límite entre una respuesta normal y una patológica. La metabolómica y la inteligencia artificial (IA) podrían apoyar el desarrollo de estos campos, especialmente en el proceso de toma de decisiones. Los planteamientos éticos y jurídicos serían fundamentales para estos desarrollos⁽¹⁹⁾.

Dos líderes de opinión mencionaron el posible impacto ético de la industria farmacéutica en las decisiones médicas. El desarrollo y la innovación de los productos de terapia nutricional deben llevarse a cabo teniendo en cuenta los principios de justicia, beneficencia y no maleficencia, y las decisiones médicas sobre su uso deben ser independientes de cualquier influencia comercial.

Una de las opiniones considera que no es el desarrollo de productos nutricionales en sí lo que podría tener implicaciones legales o éticas, sino lo que se hace con ellos. Esto puede aplicarse a todos los desarrollos tecnológicos. De hecho, no es el desarrollo en sí mismo, sino lo que los humanos hacen con él. El reto ético sería crear

productos nutricionales rentables, que sean capaces de proporcionar la mejor relación beneficios/riesgos-perjuicios, de acuerdo con el conocimiento emergente.

La metabolómica y la IA pueden poner en peligro el manejo confidencial de los datos de los pacientes. Los desarrollos de la IA pueden aplicarse mediante el enfoque de los 4 principios, al que habría que añadir un quinto principio, la «explicabilidad», que debe entenderse como la suma de la inteligibilidad (¿cómo funciona?) y la responsabilidad (¿quién es responsable de su funcionamiento?)⁽²⁰⁾.

ÉTICA

La ética, el segundo componente de la T3, es fundamental, ya que no solo abarca el comportamiento esperado, sino los valores individuales que pueden entrar en conflicto. El término «ética» deriva de la palabra griega *ethos*, mientras que el término «moral» proviene de la palabra latina *mores*, ambas se refieren a «costumbres o comportamientos comunes»⁽²¹⁾. Debido a que originalmente tenían el mismo significado, con frecuencia ambos términos se utilizan indistintamente, aunque no

signifiquen lo mismo. La moral se refiere a un conjunto de normas y principios comunes a un grupo social. Esta se encuentra profundamente influenciada por varios factores culturales, como la religión, la historia, la tradición, la educación, las creencias, entre otros. La ética es una rama de la filosofía, que pretende realizar un análisis intelectual de la dimensión humana moral en toda su complejidad. La ética se ocupa de los principios que nos permiten tomar decisiones sobre lo que está bien y lo que está mal. En otras palabras, la ética es el estudio de lo que es moralmente correcto y lo que no. Se refiere a un juicio sobre los comportamientos, buenos o malos.

Cuando se aplica a las ciencias biomédicas, la ética se enfrenta a una ambigüedad, ya que abarca indistintamente la ética médica y la bioética, a la que se puede añadir la tecnoética (Tabla 2).

La ética médica, la bioética y la tecnoética, concebidas como subcampos de la ética, tienen ámbitos de aplicación cercanos, pero también comparten algunos principios y enfoques, que se pueden aplicar en el análisis de ciertas disciplinas, como para la nutrición clínica.

Cuando se trata de analizar la práctica de la nutrición clínica a través del enfoque ético hay que desta-

Tabla 2. Subcampos de la ética

Subcampos	Definición	Enfoques y teorías morales
Ética médica	Se ocupa de las cuestiones éticas relacionadas con la práctica médica. Desde la antigüedad, la profesión médica ha suscrito un conjunto de principios y declaraciones éticas, desarrolladas principalmente en beneficio del paciente. Estos principios, integrados en los códigos deontológicos, no son leyes, sino normas de conducta, que definen lo esencial del comportamiento honorable del médico ⁽²²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Enfoque principialista: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia - Enfoque basado en los derechos humanos - Teorías de la justicia distributiva (utilitarismo) - Teoría moral deontológica - Ética de la virtud
Bioética	Se ocupa específicamente de las cuestiones éticas, que han surgido en el ámbito de los organismos vivos con el progreso médico y científico. El término «bioética», procedente de las palabras griegas <i>bios</i> y <i>ethos</i> , se utilizó por primera vez en 1927, por el teólogo protestante Fritz Jahr; pero no fue hasta 1970 cuando el término se desarrolló por Van Rensselaer Potter en el libro <i>Bioethics, a bridge to the future</i> ⁽²³⁾ . Llamó la atención sobre el hecho de que los rápidos avances de la ciencia se habían producido sin prestar la debida atención a los valores. Potter concibió esta nueva disciplina como un «puente» entre los hechos y los valores	<ul style="list-style-type: none"> - Enfoques culturales y políticos - La responsabilidad - Según Hans Jonas, la tecnología requiere una ética en la que la responsabilidad es el imperativo central porque «por primera vez en la historia podemos destruir la Tierra y la humanidad»⁽²⁶⁾
Tecnoética	También conocida como ética de la tecnología. Se considera como un área de investigación interdisciplinaria, que se basa en teorías y métodos de múltiples dominios del conocimiento (como las comunicaciones, los estudios de ciencias sociales de la información, los estudios de la tecnología, la ética aplicada y la filosofía) para proporcionar ideas sobre las dimensiones éticas de los sistemas tecnológicos y las prácticas para el avance de una sociedad tecnológica ⁽²⁴⁾ . Se centra en la reflexión sobre los usos éticos de la tecnología y la protección contra el mal uso de la misma ^(24, 25)	<ul style="list-style-type: none"> - Enfoques culturales y políticos - La responsabilidad - Según Hans Jonas, la tecnología requiere una ética en la que la responsabilidad es el imperativo central porque «por primera vez en la historia podemos destruir la Tierra y la humanidad»⁽²⁶⁾

car que la nutrición es capaz de presentarse como una forma legítima de cuidado en la práctica médica⁽¹⁹⁾. La alimentación de los pacientes se convierte en una forma de cuidado, pero también de tratamiento, lo que plantea nuevas cuestiones éticas cuando se aplica a situaciones concretas. La cuestión relevante aquí es saber qué características éticas son fundamentales para el desarrollo tecnológico del soporte nutricional, y su aplicación en la práctica clínica.

MARCO ÉTICO EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS NUTRICIONALES

El principio de respeto a la vulnerabilidad humana y a la integridad personal del paciente desnutrido

El principio de respeto a la vulnerabilidad humana expresa la preocupación por la fragilidad del ser humano. La palabra vulnerable procede del latín *vulnerabilis*, formada por *vulnus* (herida) y el sufijo *abilis* (capaz, que indica posibilidad); por tanto, una persona vulnerable es un individuo que puede ser fácilmente herido y no puede defenderse fácilmente. La vulnerabilidad es una dimensión ineludible de la vida de las personas y de la configuración de las relaciones humanas⁽²⁷⁾. De este modo, la ley considera que las personas vulnerables deben ser protegidas para que no sean objeto inadecuado de investigación o de cualquier coacción. La cuestión del respeto y el acompañamiento de la persona vulnerable va más allá de la protección de una categoría de individuos y del problema del consentimiento informado. Esta cuestión no se refiere exclusivamente a la dimensión jurídica, ni siquiera esencialmente, sino a una dimensión ética.

En el campo de la ética, la noción de la vulnerabilidad no es solo una descripción neutra de la condición humana, sino una prescripción normativa, que implica ocuparse de la vulnerabilidad. En el ámbito de la nutrición clínica se considera que el paciente desnutrido o con riesgo de desnutrición tiene una «vulnerabilidad especial», esto significa que la persona es frágil y necesita a otras personas para satisfacer sus necesidades materiales básicas^(19,27).

Un paciente desnutrido o con riesgo de desnutrición es vulnerable porque su integridad física y psicológica está comprometida, así como su calidad de vida. La persona es frágil por su situación de dependencia. Esto se explica porque se encuentra debilitada y necesita los conocimientos de los demás, especialmente de los profesionales sanitarios, para mejorar. Esta vulnerabilidad

se ve agravada por el hecho de que la malnutrición o las enfermedades y afecciones relacionadas con la malnutrición carecen de reconocimiento y sensibilización por parte de los profesionales de la salud de forma más general. Esto puede explicarse, en parte, por la falta de educación nutricional, tanto a nivel de grado como de posgrado^(28,29). Así, la desnutrición implica una «doble vulnerabilidad» para el paciente: la primera, la del detrimento físico o mental; mientras que la segunda se da por el alto desconocimiento y la falta de educación sobre la nutrición clínica entre los profesionales sanitarios⁽¹⁹⁾.

El reconocimiento de esta particular vulnerabilidad del paciente desnutrido conlleva el reconocimiento de la responsabilidad del profesional de salud, y sirve para la elaboración de políticas públicas sobre la necesidad de poner más recursos a su disposición. En este sentido, el compromiso con el respeto a la vulnerabilidad humana y a la integridad personal es un componente obligatorio de las responsabilidades de políticos, legisladores, reguladores, administradores y profesionales sanitarios.

Responsabilidad del profesional de la salud ante el paciente desnutrido

El sentido ético más profundo de la vulnerabilidad implica un compromiso de responsabilidad hacia los demás⁽³⁰⁾. La responsabilidad no debe concebirse, en su estrecha dimensión jurídica, como una obligación de cuidar a los demás y, en consecuencia, de ser objeto de sanciones si no se garantiza ese cuidado. Por el contrario, según Emanuel Levinas, la relación ética comienza con la respuesta al otro. Así, la relación con el otro es el punto de partida de la ética. Ser responsable del otro es esencialmente ser una «sustitución» de este⁽³¹⁾. Según este filósofo francés, esto significa ponerme en el lugar del otro, no subordinarlo según mis deseos, sino ofrecerle lo que necesita, empezando por las necesidades materiales básicas. Además, la sustitución significa que los profesionales de la salud deben transmitir la voluntad del paciente⁽³¹⁾.

En el caso de los cuidados nutricionales, la desnutrición puede llevar a la necesidad de soporte nutricional, y esta debe considerarse como una intervención médica, que requiere una indicación para alcanzar un objetivo de tratamiento y del consentimiento informado del paciente⁽³²⁾. Esto significa, en primer lugar, que además de considerar al paciente por su capacidad de autonomía (para tomar decisiones sobre la terapia nutricional) es necesario tener en cuenta su doble vulnerabilidad; en segundo lugar, esto indica que no debe ser el miedo al

castigo lo que guíe a los profesionales en su práctica del cuidado nutricional, sino la responsabilidad ética de tratar y dar las necesidades nutricionales básicas⁽¹⁹⁾.

La responsabilidad de proporcionar las necesidades nutricionales individuales y específicas de cada paciente recae en los profesionales de la salud. El reto para estos últimos es, en primer lugar, garantizar una evaluación y un diagnóstico adecuados de la desnutrición y, a continuación, asegurar este tratamiento y satisfacer esta necesidad vital. El conflicto puede surgir cuando los pacientes o las familias no están de acuerdo con la retención o la retirada de la terapia nutricional en algunas situaciones particulares. La terapia nutricional médica se encuentra en constante tensión entre el «cuidado» (*care*) y la «cura» (*cure*). El origen del problema está en la forma en que se concibe la terapia nutricional médica: como parte de un tratamiento médico o como un cuidado (comida y agua). Para comprender mejor esta dualidad es necesario entender qué es un «nutriente artificial», más allá de su dimensión bioquímica, y cómo el desarrollo tecnológico de la nutrición artificial ha permitido alimentar a cualquier paciente en la actualidad⁽⁵⁾.

La cuestión relevante aquí es saber cómo deben actuar los profesionales de salud a la hora de alimentar al paciente enfermo. ¿Cuál es la mejor manera de atender a un paciente concreto en un momento determinado? La teoría de la ética del cuidado (*ethics of care*) de Joan Tronto⁽³³⁾ es un enfoque que puede ayudar a responder estas preguntas.

LA ÉTICA DEL CUIDADO

El proceso de cuidado nutricional y las fases del cuidado

La ética del cuidado es una teoría normativa, que sitúa el fenómeno del cuidado en el centro de la reflexión ética. Se desarrolla a partir de la comprensión del ser humano como un ser relacional vulnerable e interdependiente. Mientras que las teorías morales tradicionales, es decir, el utilitarismo, la deontología, la teoría de la justicia y la ética de la virtud, se basan en la primacía de la autonomía, la ética del cuidado, más contextualizada y concreta, hace hincapié en la noción de vulnerabilidad, que considera una de las características esenciales de la condición humana. La ética del cuidado destaca la importancia de la respuesta, por lo que la pregunta ética es ¿Cómo responder?⁽³³⁾.

La ética del cuidado, definida por Tronto como una práctica y una disposición, es un proceso continuo, que

consta de 5 fases del cuidado y sus características morales⁽³³⁾. Estos elementos morales son actitudes y habilidades específicas, necesarias para un cuidado eficaz. Esta teoría normativa es útil para definir algunas características éticas, necesarias para un buen cuidado nutricional. Así, las fases del cuidado pueden corresponder a los 7 pasos del proceso de cuidado nutricional, como se propone en la Figura 2.

Según las guías de la ESPEN sobre las definiciones y la terminología de la nutrición clínica, la atención nutricional debe proporcionarse en una secuencia sistemática, que incluye 7 pasos distintos interrelacionados. Esta secuencia sistemática se denomina proceso de atención nutricional⁽³⁴⁾.

El primer y el segundo paso son el tamizaje del riesgo de desnutrición y la evaluación nutricional, que pueden concebirse como la fase de «preocuparse por» (*caring about*) de la ética del cuidado. Esta primera fase requiere un elemento ético: el de la atención, es decir, una consideración justa y afectuosa de una realidad individual⁽³³⁾. De forma práctica, esto significa que los profesionales de la salud reconocen la necesidad de cuidado nutricional mediante la identificación de los sujetos desnutridos o en riesgo nutricional, por medio del uso de una herramienta adecuada y validada en todos los sujetos que entran en contacto con los servicios de salud, y al evaluar el estado nutricional del paciente⁽¹⁹⁾. En este sentido, la necesidad de un consenso en la comunidad científica sobre los criterios diagnósticos⁽³⁵⁾ y la naturaleza de la desnutrición asociada con la enfermedad⁽³⁶⁾ son fundamentales para asegurar un adecuado cuidado nutricional.

La atención a la desnutrición lleva a establecer una respuesta adecuada, que se consolida en la fase de «encargarse de» (*taking care of*). En esta fase, los profesionales de la salud reconocen su responsabilidad para responder al riesgo de desnutrición de un paciente, o a cualquier grado de desnutrición, y llegan a un diagnóstico. Esta responsabilidad es compartida y concierne a todos los actores implicados en la atención. El profesional sanitario, mediante la elaboración de un plan nutricional, se asegurará de que existen todas las condiciones necesarias para satisfacer las necesidades nutricionales del paciente. En esta fase, las acciones tienen principalmente dos propósitos específicos: combatir la desnutrición y limitar la pérdida de calidad de vida mediante el soporte nutricional. Cabe destacar que la responsabilidad es una responsabilidad desde la ética y no debe concebirse como una responsabilidad basada en la obligación legal (*deber*)⁽¹⁹⁾.

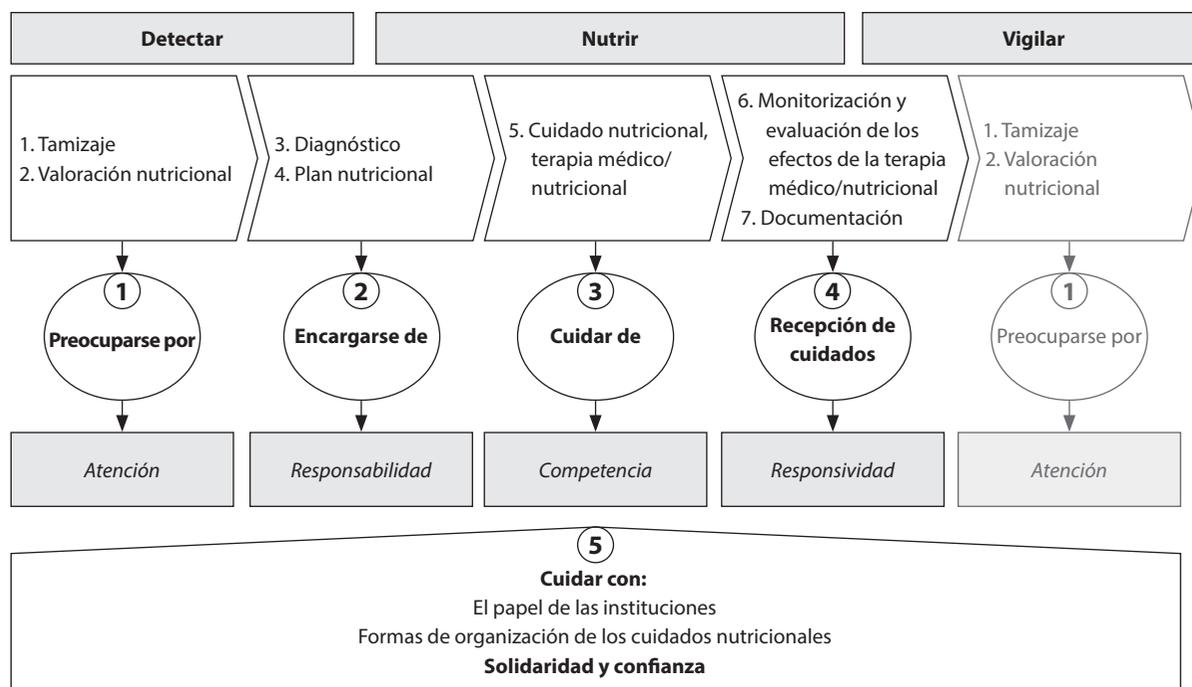


Figura 2. Las 5 fases de la ética del cuidado y sus elementos éticos, integrados en el proceso de cuidado nutricional. Las palabras resaltadas en negrita en los círculos representan las fases de la atención, mientras que las cursivas son los elementos éticos requeridos en cada fase.

La tercera fase de la ética del cuidado es «cuidar de» (*care giving*), que implica la actividad directa de contacto con el paciente. Los profesionales de la salud deben ser capaces de responder de la mejor manera posible a las necesidades nutricionales del paciente, aportando nutrientes por vía oral, por sonda enteral o por NP, para prevenir o tratar la desnutrición e impactar en los desenlaces clínicos de forma individualizada. En esta fase, la competencia se considera un elemento ético. No se puede simplemente reconocer la necesidad de cuidar, aceptar la responsabilidad y seguir adelante sin la suficiente competencia o habilidad adecuada. Esa falta de competencia haría que no se cubrieran las necesidades de cuidado o atención, o que aumentara el riesgo de complicaciones; por tanto, los profesionales de salud deben comprometerse con el aprendizaje continuo y permanente, para garantizar la competencia en la práctica de los cuidados nutricionales⁽¹⁹⁾.

Por último, en la cuarta fase «recepción de los cuidados» (*care receiving*), los profesionales de la salud evalúan el éxito del soporte nutricional con el paciente y documentan este proceso. Esta fase es esencial para preservar

la relación entre el paciente y el profesional de la salud. El elemento ético de esta fase es la capacidad de respuesta, o responsividad (*responsiveness*), que se refiere a la capacidad de respuesta del receptor de los cuidados; es decir, a la forma en que el paciente o la familia perciben los cuidados⁽¹⁹⁾. Según la ética del cuidado, la realización de un proceso completo de cuidado nutricional por parte del profesional de salud significa que este está respondiendo a la vulnerabilidad del paciente.

La ética de los cuidados destaca dos consideraciones fundamentales: en primer lugar, los cuidados se refieren a un ser que sufre una condición patológica que podemos tratar o prevenir; en segundo lugar, cuando cuidamos a alguien, a un individuo o un ser, esto significa que nos preocupamos por las dimensiones emocional, social y psicológica. En consecuencia, el cuidado no es solo una cuestión de suministrar un tratamiento para aliviar o curar, sino que es una cuestión de humanidad. En ese sentido, la terapia nutricional, como terapia médica, es capaz de curar o prevenir la desnutrición, impactar en los desenlaces clínicos y ayudar en la recuperación de la enfermedad, pero también es un apoyo a la alimentación nutricional básica.

ASPECTOS LEGALES

A pesar de lo que se puede y se debe hacer, en última instancia, nuestro comportamiento se rige por lo que se debe o lo que se nos permite hacer según las leyes. La práctica de los profesionales de la salud está regulada por leyes y normas, que se encuentran en diferentes documentos normativos (constitución, leyes, normas, reglas, reglamentos, códigos).

La bioética o ética médica presupone un sistema normativo, que inicialmente no pertenece al derecho, sino a la moral o a la ética⁽³⁷⁾. En particular, la bioética surge como un enfoque para analizar y reflexionar sobre los retos sociales y éticos, que imponen el desarrollo médico y tecnológico, como es la nutrición artificial. A través de la reflexión bioética pueden evolucionar los pensamientos y las legislaciones. Así, la bioética se considera una forma de influir en las legislaciones relativas a estos avances. La reflexión bioética «tiende a su consagración jurídica»⁽³⁷⁾. El proceso de generación de la norma se inicia en un marco ético, lo que solo se convierte en norma jurídica mediante su consagración con la adopción de la ley. Esta es la primera fuente jurídica a la que hay que añadir otras fuentes, como las extra-legales, es decir, fuentes constitucionales, de derecho internacional y reglamentarias, así como otras específicas de la bioética, como las que emanan de los comités de bioética⁽³⁵⁾.

El marco jurídico normativo de la práctica de la asistencia nutricional varía de un país a otro; por ejemplo, en Francia, la primera ley de bioética se promulgó en 1994 y ha ido evolucionando hasta la actual de Claeys-Léonetti, en 2016 (actualmente en revisión). El estado de la nutrición artificial ha ido evolucionando a través de la legislación, para finalmente reconocer que alimentar a los pacientes por cualquier medio (NE o NP) es un tratamiento médico. Esto ha llevado a considerar que las cuestiones relativas a la introducción o la retención/retirada (renuncia) de la nutrición artificial siguen el mismo enfoque que para otros tratamientos de soporte vital.

En Latinoamérica, las leyes basadas en la bioética son escasas. Algunos países, como Argentina, Colombia, Uruguay y Chile, cuentan con leyes y regulaciones sobre cuidados paliativos. Por ejemplo, en Colombia, la Ley 1733 de 2014 y la Resolución 1216 de 2015 reconocen el derecho del paciente a rechazar tratamientos extraordinarios, entre ellos, la nutrición artificial.

Por otra parte, según un estudio reciente existe una alta heterogeneidad en la normativa del cuidado nutricional⁽³⁸⁾. La Tabla 3 muestra las legislaciones y regulaciones nacionales en materia de atención nutricional en 17 países latinoamericanos. En consecuencia, en Latinoamérica existe una importante ambigüedad sobre el estado de los productos nutricionales para la terapia nutricional y una escasez de leyes basadas en la bioética, que podría conducir a dilemas éticos en la práctica del soporte nutricional.

El sistema jurídico estadounidense se resume en la Figura 3. Publicaciones previas ofrecen un análisis más detallado^(39, 40). Aunque no existen legislaciones específicas que regulen la nutrición clínica en sí, se espera que se preste una atención en salud adecuada. Una atención inadecuada puede dar lugar a litigios penales y, con mayor frecuencia, a civiles. Bajo los auspicios de la negligencia, una persona que no reciba una nutrición adecuada, y que esto provoque un resultado adverso, puede presentar cargos legales basados en la regla ABCD, que abarca: aceptación (relación establecida entre el paciente y los profesionales sanitarios); incumplimiento (el deber de proporcionar el estándar de atención); causa (la etiología del evento adverso; y daño (resultante del evento adverso)⁽⁴⁰⁾.

En otro orden de ideas, como ocurre en otros países, la nutrición artificial se considera un tratamiento médico, como los respiradores y la hemodiálisis, que puede retenerse o retirarse (renunciar) en determinadas circunstancias, respetando la autonomía y la dignidad del paciente o del responsable sustituto; sin embargo, a raíz del caso Terri Schiavo⁽⁴¹⁾, varios estados establecieron un requisito más rígido en lo que respecta a la nutrición artificial. A menos que se indique específicamente en una directiva anticipada, no se puede renunciar a la nutrición artificial sin pruebas claras y convincentes.

Además de las leyes federales y estatales, los organismos reguladores y las aseguradoras, por ejemplo, la Comisión Conjunta, el *Medicare* y el *Medicaid*, exigen intervenciones nutricionales específicas, que incluyan la detección, la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento no solo en el hospital, sino en entornos sanitarios alternativos, como el hogar, las residencias de ancianos, los hospitales de cuidados agudos a largo plazo, entre otros. Más que un recurso legal, aquel que infringe estas normas se enfrenta a una posible denegación o reducción del reembolso (Tabla 4).

Tabla 3. Legislaciones y regulaciones nacionales latinoamericanas en materia de atención nutricional

País	Categorías de nutrición clínica								
	NP	NE	SNO	APME	ETN	DM	DM	NAD	PCN
Argentina	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Bolivia	No	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No
Brasil	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Chile	Sí	No	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No
Colombia	No	No	Sí	Sí	No	Sí	No	No	No
Costa Rica	No	No	Sí	No	No	No	Sí	No	No
Ecuador	No	No	Sí	No	No	No	Sí	No	No
El Salvador	No	No	Sí	No	No	No	Sí	No	No
Guatemala	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No	No
México	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Panamá	No	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	No
Paraguay	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Perú	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No
República Dominicana	Sí	No	Sí	No	No	No	No	No	No
Uruguay	No	No	Sí	No	No	No	Sí	No	No
Venezuela	No	No	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	No

APME: alimentos para propósitos médicos especiales; CM: central de mezclas; DM: dispositivos médicos; ETN: equipos de terapia nutricional; NAD: nutrición a domicilio; NE: nutrición enteral; NP: nutrición parenteral; PCN: proceso de cuidado nutricional (tamizaje, diagnóstico, terapia nutricional, monitorización); SNO: suplementos nutricionales orales. Modificado de ⁽³⁶⁾.

APLICACIÓN DE LA T3 A LOS DERECHOS HUMANOS

Bajo el liderazgo y el estímulo de la Federación Latinoamericana de Nutrición Clínica, Terapia Nutricional y Metabolismo (FELANPE) se ha logrado un esfuerzo global para establecer el acceso a la nutrición como un derecho humano⁽⁴⁾. Existe tecnología para proporcionar nutrición a todos los individuos, incluidos aquellos que no pueden ingerir ningún nutriente o uno suficiente por la vía oral. Las preocupaciones legales se centrarían en el desarrollo de estatutos, que dictarían cómo lograr el objetivo del acceso universal a la atención nutricional, a pesar de los limitados recursos financieros y otros logísticos.

El cuidado nutricional debe considerarse un derecho humano fundamental, intrínsecamente vinculado al

derecho a la alimentación, así como al derecho a la salud. El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, de calidad y asequible. Este análisis puede contribuir a la construcción de una perspectiva moral, política y jurídica, a nivel mundial, del concepto de cuidado nutricional. Además, puede ser la piedra angular de los fundamentos de los instrumentos políticos y jurídicos en el ámbito de la nutrición clínica.

Reconocer que el cuidado nutricional es un derecho humano no implica que exista la obligación de alimentar a todos los pacientes en cualquier etapa de la vida y a cualquier costo. Por el contrario, este derecho implica, desde un punto de vista ético, que se debe tomar la mejor decisión para el paciente, esto puede incluir, en algunas circunstancias, la decisión de no alimentarlo.

Los derechos humanos y la ética están estrechamente relacionados, ya que se apoyan y complementan

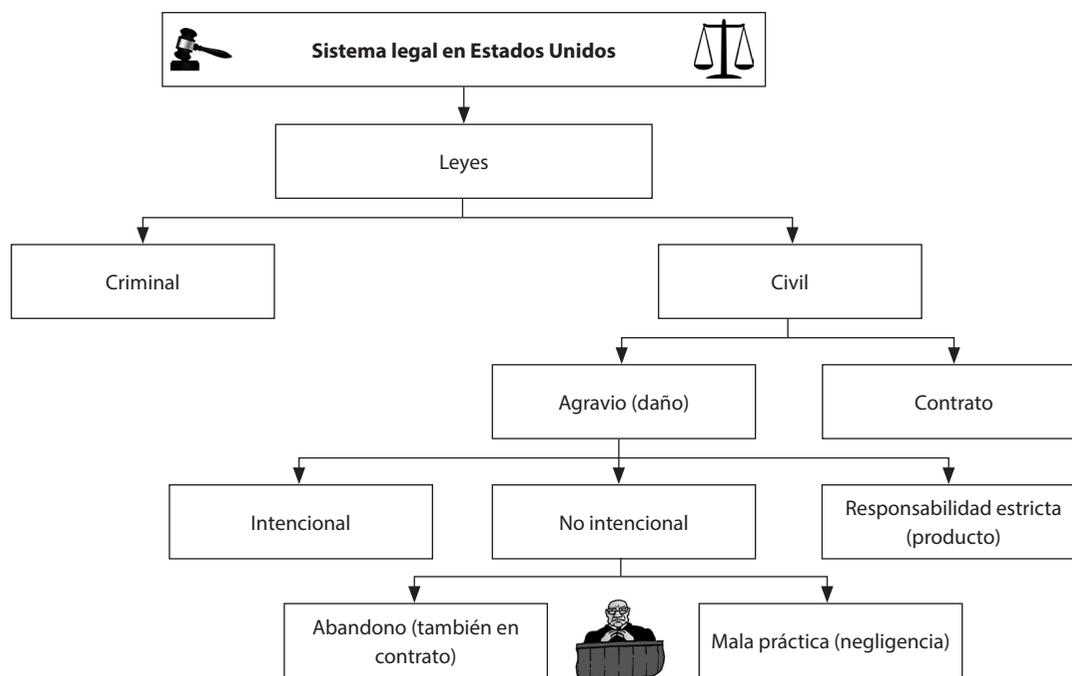


Figura 3. Sistema jurídico estadounidense. Realizado por A. Barrocas.

Tabla 4. Resumen de los fundamentos éticos de la práctica del apoyo nutricional y ejemplos de fuentes legales y deontológicas para el desarrollo tecnológico y la innovación en la nutrición clínica

Tecnología	Principios éticos y valores morales	Fuentes legales y deontológicas
Práctica de la nutrición clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Atención médica competente - Compasión y respeto por la dignidad y los derechos humanos - Principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia - Dignidad, integridad y vulnerabilidad - Responsabilidad ética - Valores morales: atención, responsabilidad, competencia - Capacidad de respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Código de ética - Juramento hipocrático - Declaración de Cartagena - Leyes y reglamentos nacionales/ federales relativos a la nutrición artificial
Innovación en nutrición clínica y desarrollo de nutrición administrada artificialmente	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad - Principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia - Principio de explicabilidad - Relación costo-eficacia, mejor relación beneficios/riesgos-perjuicios y desarrollo basados en la evidencia - Respeto del principio de la confidencialidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Declaración de Helsinki - Recomendaciones de la UNESCO sobre la ética en la inteligencia artificial

cuando se aplican conjuntamente. Los conceptos de derechos humanos, según Hirsch, caracterizan e iluminan las cuestiones de una exigencia ética en los ámbitos de la asistencia y la investigación⁽⁴²⁾. En el contexto de los cuidados nutricionales, el respeto de los derechos humanos y la dignidad no son valores abstractos, sino que adquieren una dimensión práctica «que definen un orden social y nos sitúan en obligaciones mutuas

entre nosotros»⁽⁴²⁾. Además, la ética y los derechos humanos son valores que guían a los profesionales de la nutrición clínica, lo que asegura un enfoque centrado en el paciente, donde las necesidades y los derechos de los pacientes son de mayor importancia.

Reconocer el cuidado nutricional como un derecho humano establece un compromiso, con una responsabilidad ética muy importante, que debe basarse en el res-

peto de los 4 principios éticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia)⁽⁴³⁾, así como en otros principios, como la vulnerabilidad, la igualdad, la justicia y la equidad⁽⁴⁴⁾. Asimismo, siguiendo el concepto de justicia distributiva, los cuidados nutricionales se deben proporcionar de forma equitativa a todos los individuos desnutridos o en riesgo de desnutrición, pero no iguales en el sentido de que, dependiendo de diversos factores, por ejemplo, regionales, culturales, entre otros, estos pueden variar, logrando objetivos similares.

Otro aspecto que engloba los derechos humanos de la justicia distributiva y la T3 se refiere a la prestación de cuidado nutricional cuando los recursos son limitados. Aquí se plantean dos áreas de preocupación: en primer lugar, el concepto de autonomía puede, en algunos casos, considerarse supeditado a las necesidades del estado o de la población en general. Así, el principio del mayor bien para el mayor número prevalece sobre el interés del individuo. En segundo lugar, corresponde a las instituciones de salud desarrollar el marco y los protocolos que rigen la asignación de recursos, mucho antes de que aparezca la escasez⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾.

Con la esperanzadora aceptación mundial del cuidado nutricional como un derecho humano por parte de gobiernos, legisladores, reguladores y otros interesados, la T3 debería ser menos problemática. Todos los profesionales de la salud deberían conocer la T3 y sus componentes específicos. Estos deben ser embajadores que lleven el mensaje de la T3 y del cuidado nutricional como un derecho humano a los grupos de interés fuera del ámbito de la atención sanitaria. Para ello se necesita tiempo, compromiso y recordar que «primero hay que entender y luego ser entendido»⁽⁴⁹⁾.

CONCLUSIÓN

La tricotomía problemática, definida como el enigma que surge, en gran medida, por la falta de previsión en los aspectos éticos y legales de la aplicación de la tecnología, puede considerarse como un enfoque integral, que debería estar en el centro de la nutrición clínica. Con la esperanzadora aceptación mundial de la atención nutricional como derecho humano, la T3 debería ser menos problemática.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a los siguientes líderes de opinión sus respectivas contribuciones a la Tabla 1: Bruce Bistran, Kathy Gura, Dan Waitzberg, Gil Hardy, Sonia Echeverri y Denise Baird Schwartz.

Financiación

El presente estudio no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Declaración de autoría

A. Barrocas y D. Cárdenas contribuyeron igualmente a la concepción y diseño del artículo; A. Barrocas contribuyó en la adquisición y análisis de las preguntas a los expertos. A. Barrocas y D. Cárdenas contribuyeron en la interpretación de la información; A. Barrocas y D. Cárdenas redactaron el manuscrito. Todos los autores revisaron el manuscrito, acuerdan ser plenamente responsables de garantizar la integridad y precisión del trabajo, y leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Referencias bibliográficas

1. Barrocas A, Yarbrough G, Becnel PA 3rd, Nelson JE. Ethical and legal issues in nutrition support of the geriatric patient: The can, should, and must of nutrition support. *Nutr Clin Pract*. 2003;18(1):37-47. doi: 10.1177/011542650301800137
2. Barrocas A. Nutrition support and the troubling trichotomy: A call to action. *Nutr Clin Pract*. 2006;21(2):109-12. doi: 10.1177/0115426506021002109
3. Barrocas A. The troubling trichotomy 10 years later: Where are we now? *Nutr Clin Pract*. 2016;31(3):295-304. doi: 10.1177/0884533616629631
4. Cárdenas D, Correia MITD, Ochoa JB, Hardy G, Rodríguez-Ventimilla D, Bermúdez CE, et al. Clinical nutrition and human rights. An international position paper. *Nutr Clin Pract*. 2021;36(3):534-44. doi: 10.1002/ncp.10667
5. Cárdenas D. What is clinical nutrition? Understanding the epistemological foundations of a new discipline. *Clin Nutr ESPEN*. 2016;11:e63-6. doi: 10.1016/j.clnesp.2015.10.001
6. Gewirth A. Reason and morality. University of Chicago Press. 1981.
7. Jackson-Meyer K. The principle of proportionality: An ethical approach to resource allocation during the COVID-19 pandemic [Internet]. *Bioethics.net*. 2020. Consultado el 11 de junio de 2021. Disponible en: <https://www.bioethics.net/2020/04/the-principle-of-proportionality-an-ethical-approach-to-resource-allocation-during-the-covid-19-pandemic/>
8. Liddell HG, Scott R. A Greek-English lexicon. 7ª edición. New York: Oxford University Press. 1982.
9. Franssen M, Lokhorst GJ, de Poel IV. Philosophy of technology [Internet]. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. 2018. Consultado el 7 de junio de 2021. Disponible en: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2018/entries/technology>

10. Technology [Internet]. Cambridge Dictionary. Consultado el 7 de junio de 2021. Disponible en: <https://dictionary.cambridge.org/es-LA/dictionary/english/technology>
11. Corbie-Smith G. The continuing legacy of the Tuskegee syphilis study: Considerations for clinical investigation. *Am J Med Sci.* 1999;317(1):5-8. doi: 10.1097/0000441-199901000-00002
12. Brandt AM. Racism and research: The case of the Tuskegee syphilis study. *Hastings Cent Rep.* 1978;8(6):21-9.
13. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research [Internet]. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Consultado el 10 de junio de 2021. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>
14. Rice TW. The historical, ethical, and legal background of human-subjects research. *Respir Care.* 2008; 53(10):1325-9.
15. Grodin MA. Historical origins of the Nuremberg code. En: Annas GJ, Grodin MA (editores). *The Nazi doctors and the Nuremberg code: Human rights in human experimentation.* Oxford: Oxford University Press. 1992. p. 121-44.
16. WMA Declaration of Helsinki-Ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. World Medical Association. 2018. Consultado el 14 de junio de 2021. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
17. Cárdenas D, Bermúdez CE, Echeverri S, Pérez A, Puentes M, López L, et al. Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición. *Nutr Hosp.* 2019;36(4):974-80. doi: 10.20960/nh.02701
18. Cárdenas D, Bermúdez C, Barazzoni R. The Cartagena Declaration: A call for global commitment to fight for the right to nutritional care. *Clin Nutr.* 2019;38(5):2458-9. doi: 10.1016/j.clnu.2019.07.015
19. Cárdenas D. La nutrición en medicina: approche épistémologique, problèmes éthiques et cas cliniques. Paris: L'Harmattan. 2020.
20. Floridi L, Cowls J. A unified framework of five principles for AI in society. *Harvard Data Science Review.* 2019;1(1). doi: 10.1162/99608f92.8cd550d1
21. Sicard D. *L'éthique médicale et la bioéthique.* Paris: Presses Universitaires de France. 2009.
22. AMA principles of medical ethics [Internet]. American Medical Association. 2001. Consultado el 1 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.ama-assn.org/about/publications-newsletters/ama-principles-medical-ethics>
23. Potter VR. *Bioethics: Bridge to the future.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Pub. 1971.
24. Luppigini R. *Technoethics and the Evolving Knowledge Society: Ethical issues in technological design, research, development, and innovation.* Estados Unidos: IGI Global. 2010.
25. Heidegger M. *The question concerning technology and other essays.* New York: Harper and Row. 1977.
26. Jonas H. [edición en inglés] *The imperative of responsibility: In search of an ethics for the technological age.* Chicago/London: University of Chicago Press. 1984.
27. Maillard N. *La vulnérabilité: une nouvelle catégorie morale?* Genève: Labor et Fides. 2011.
28. Cárdenas D, Díaz G, Cadavid J, Lipovestky F, Canicoba M, Sánchez P, et al. Nutrition in medical education in Latin America: Results of cross-sectional survey. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2021;1-9. doi: 10.1002/jpen.2107
29. Crowley J, Ball L, Hiddink GJ. Nutrition in medical education: A systematic review. *Lancet Planet Health.* 2019;3(9):e379-89. doi: 10.1016/S2542-5196(19)30171-8
30. Pelluchon C. *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité. Les hommes, les animaux, la nature.* Paris: CERF. 2011.
31. Levinas E. *Totalité et infini.* Paris: Biblio essais. 1971.
32. Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr.* 2016;35(3):545-56. doi: 10.1016/j.clnu.2016.02.006
33. Tronto J. *Un monde vulnérable, pour une politique du care.* Paris: Editions La Découverte. 2009.
34. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.* 2017;36(1):49-64. doi: 10.1016/j.clnu.2016.09.004
35. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, González MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr.* 2019;38(1):1-9. doi: 10.1016/j.clnu.2018.08.002
36. Cárdenas D, Deutz NEP. Is the definition of malnutrition a Sisyphean task? *Clin Nutr ESPEN.* 2019;29:246-7. doi: 10.1016/j.clnesp.2018.10.005
37. Binet JR. *Droit de la bioéthique.* Lextenso: Issy les Moulineux. 2017.
38. ASPEN Nutrition Science & Practice Conference. Poster abstracts. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2021;45:S44-S240. Consultado en abril de 2021. doi: 10.1002/jpen.2095
39. Barrocas A, Cohen ML. Have the answers to common legal questions concerning nutrition support changed over the past decade? 10 questions for 10 years. *Nutr Clin Pract.* 2016;31(3):285-93. doi: 10.1177/0884533616644439
40. Barrocas A, Farquharson J, Fernández M. Legal considerations in nutritional support. *Nutr Supp Serv.* 1986;6(6):13.
41. Perry JE, Churchill LR, Kirshner HS. The Terri Schiavo case: legal, ethical, and medical perspectives. *Ann Intern Med.* 2005;143(10):744-8. doi: 10.7326/0003-4819-143-10-200511150-00012

42. Hirsch E, Mann JM. Droits de l'homme et respect de la personne. En: Hirsch E (editor). *Traité de bioéthique: fondements, principes repères*. Toulouse: Eres. 2010. p. 249-61.
43. Beauchamp TL, Childress FJ. *Principles of biomedical ethics*. 7ª edición. New York: Oxford University Press. 2012.
44. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights [Internet]. UNESCO. 2005. Consultado el 1 de abril de 2021. Disponible en: <https://en.unesco.org/themes/ethics-science-and-technology/bioethics-and-human-rights>
45. Barrocas A, Schwartz DB, Hasse JM, Seres DS, Mueller CM. Ethical framework for nutrition support resource allocation during shortages: Lessons from COVID-19. *Nutr Clin Pract*. 2020;35(4):599-605. doi: 10.1002/ncp.10500
46. Berlinger N, Wynia M, Powell T, Hester M, Milliken A, Fabi R, et al. Ethical framework for health care institutions responding to novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). 2021. Disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>
47. Guidelines for institutional ethics services responding to COVID-19, managing uncertainty, safeguarding communities, guiding practice [Internet]. The Hastings Center. 2020. Consultado el 16 de junio de 2021. Disponible en: <https://mk0thehastingsc1jg1a.kinstacdn.com/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>
48. Ethical framework for decision making in HPC during the COVID-19 pandemic [Internet]. National Hospice and Palliative Care Organization. 2020. Consultado el 16 de junio de 2021. Disponible en: <https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/COVID-19-Ethical-Framework-Decision-Making.pdf>
49. Habit 5: Seek first to understand then to be understood [Internet]. 10 Minute Leader. 2016. Consultado el 16 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.the10minuteleader.com/habit-5-see-first-to-understand-then-to-be-understood/>



El diálogo interdisciplinario para una ética armónica en la Declaración de Cartagena

Interdisciplinary dialogue for harmonious ethics in the Cartagena Declaration
Diálogo interdisciplinar para uma ética harmoniosa na Declaração de Cartagena

Abril García Brito^{1*}, José Mariano Iturbe Sánchez¹

Recibido: 14 de marzo de 2021. Aceptado para publicación: 17 de abril 2021.

Publicado en línea: 23 de abril 2021.

<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.291>

Resumen

En el presente artículo se analizará la Declaración de Cartagena desde una perspectiva filosófica, utilizando como metodología una hermenéutica diatópica, la cual toma los puntos comunes entre la multiplicidad de disciplinas, que permitan una interpretación legítima del ser humano y su nutrición. Es por ello por lo que en esta ocasión se parte del cuarto principio de la Declaración, el cual busca el diálogo interdisciplinario que, desde una interpretación filosófica, solicita no reducir al ser humano a un objeto de estudio o una suerte de especialización temática. Dicho análisis lleva a proponer una ética de la armonía entre las disciplinas.

Palabras clave: interdisciplinariedad, diálogo, ética, Declaración de Cartagena.

Summary

In this article, the Cartagena Declaration will be analyzed from a philosophical perspective, using diatopic hermeneutics as a methodology which consists of taking common points between the multiplicity of disciplines to allow a legitimate interpretation of the human being and its nutrition. For this reason, the point of departure is the fourth principle of the Declaration, which seeks interdisciplinary dialogue to ensure that, from a philosophical interpretation, human beings are not reduced to study objects or some sort of thematic specialization. This analysis leads to propose an ethics of harmony among disciplines.

Keywords: Interdisciplinarity; Dialogue; Ethics; Cartagena Declaration.

Resumo

O presente artigo, pretende analisar a Declaração de Cartagena desde uma perspectiva filosófica, usando uma hermenéutica diatópica como metodologia, que consiste em tomar pontos comuns entre a multiplicidade de disciplinas, que permitem uma interpretação legítima do ser humano e de sua alimentação. Para isso parte do quarto princípio da Declaração, que busca o diálogo interdisciplinar, que a partir de uma interpretação filosófica busca não reduzir o ser humano a um objeto de estudo ou a uma espécie de especialização temática. Essa análise leva a propor uma ética da harmonia entre as disciplinas.

Palavras chave: interdisciplinaridade, diálogo, ética, Declaração de Cartagena.

¹ Universidad Autónoma del Estado de México, México.

*Correspondencia: Abril García Brito.
abrilga2909@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La ética de la armonía busca servir como propuesta para que las diferentes disciplinas se fecunden unas con otras, a través de un diálogo que mostrará las similitudes de sus resultados y, al mismo tiempo, sus diferencias. Nosotros partimos de que ninguna ciencia o disciplina está diso-

ciada, ni puede abarcar ella sola la totalidad del fenómeno humano. De lo contrario, cada ciencia o disciplina hablaría desde su parcialidad, teniendo una visión muy reducida de su objeto de estudio. En este caso, la nutrición clínica ampliaría su horizonte de sentido al tener otras formas de mirar los problemas a los que se enfrenta, como es el caso de la malnutrición, entre otros.



La búsqueda por generar nuevos diálogos entre las disciplinas surge de una necesidad de nuestro tiempo, ya que cada vez la línea entre las ciencias humanas y las ciencias duras ha de hacerse más tenue. Esto es inminente si se quiere tener una visión más integral del hombre, y así poder subsanar la visión reduccionista con la que cada ciencia aborda al ser humano. De ahí que el presente texto busca ser una reflexión filosófica sobre la Declaración de Cartagena, teniendo como base a la ética como núcleo entre disciplinas.

¿QUÉ PUEDE DECIR LA FILOSOFÍA SOBRE LA DECLARACIÓN DE CARTAGENA?

La Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición⁽¹⁾ es producto de una asamblea llevada a cabo en Cartagena en 2019. Dicha declaración reconoce el cuidado nutricional como derecho humano, con él se busca combatir la malnutrición relacionada con la enfermedad, y así dar una solución a dicha problemática.

La Declaración consta de 13 principios, que buscan proteger el derecho a la alimentación desde el nivel clínico, y así promover el derecho humano a la nutrición, en tanto que visibiliza a la malnutrición como un problema relacionado con la enfermedad, problema que busca ser subsanado a través de la dignificación del cuidado nutricional, pues este enmarca el derecho a la salud y a la vida digna. Dicho de otro modo, desde una perspectiva filosófica, la Declaración de Cartagena se orienta a ver al ser humano como un ser integral⁽²⁾, el cual necesita de una alimentación que lo dignifique y constituya, y así hacer frente a la malnutrición, objetivo que se busca alcanzar a través del cuidado nutricional.

El ambiente en el que se gesta esta declaración busca el reconocimiento de una alimentación adecuada para toda persona, y así hacer una lucha contra el hambre. No obstante, es menester matizar que dicha declaración surge en un ambiente clínico, en el cual es de vital importancia dar realce al cuidado nutricional, principalmente a la persona enferma, de ahí que se convierta en una lucha por la malnutrición. Dicho con sencillez, la Declaración de Cartagena tiene sentido en un ambiente clínico, pero ello no debería imposibilitar el diálogo con otras disciplinas, aquí la propuesta de dicho artículo.

La pertinencia de dicha declaración es de vital importancia en tanto que se orienta al cuidado nutricional en pacientes que sufren alguna enfermedad. De ahí que la nutrición clínica encabece la lucha, por ser

la que tiene los medios y conocimientos necesarios para hacer frente a este problema, que vincula a la malnutrición y la enfermedad. Sin embargo, la tarea de la nutrición clínica será sesgada si no hay una fecundación entre disciplinas⁽³⁾. Si bien el cuarto principio de dicha declaración manifiesta un enfoque interdisciplinario en el cuidado nutricional, este solo se reduce a las ciencias de la salud, medicina, enfermería, nutrición y rehabilitación, por mencionar algunas.

CIENCIAS DURAS, CIENCIAS HUMANAS Y CIENCIAS SOCIALES

Tanto las ciencias duras, como las sociales y humanas se encuentran dentro de un campo limitado de acción, en tenor de que cada una cuenta con sus propios mecanismos para tratar de comprender la realidad. Hasta aquí esto no supone problema alguno, pues ninguna ciencia, de ningún tipo, puede aspirar a un conocimiento completo, pues cada área cuenta con un campo muy específico de estudio, el cual es menester explorar y ahondar en él para conocer ciertas particularidades. No obstante, el problema surge cuando cada ciencia se cierra en sí misma y, como si fuera una mónada, se aísla y reposa en su propio conocimiento.

Este problema se ha venido asentando en la cultura occidental desde el positivismo, y con él ha venido el auge de las ciencias experimentales. Esas ciencias duras a partir de la prueba y el error dan comprobación a sus teorías, marginan a las ciencias no cuantitativas y a las sociales o humanas, que no pueden experimentar o comprobar sus conocimiento a partir de la prueba y el error, porque en su seno mismo no se puede concebir que el ser humano y su medio se reduzca a pruebas. Más bien tratan de comprender la complejidad del hombre en sus últimas relaciones, entendidas como aquellas que llevan al hombre a buscar la felicidad, la plenitud, la belleza y el bien⁽⁴⁾. El ser humano no es prueba y error, tampoco es únicamente un ser social; este es el vínculo entre ambas, y reducirlo a un solo polo es faltar a su aspiración de un ser completo.

NECESIDAD DEL DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO

La crisis actual, no solo sanitaria, sino también ecológica, nutricional, ética, política y económica, exige un replanteamiento de las ciencias y sus disciplinas. De seguir viendo al hombre desde una ventana particular, no se podrá ver la totalidad; hay que ver a un ser

humano desde una mirada integral. Cada disciplina se puede abrir en diálogo con otras para alcanzar y realizar esa visión integral, que demuestre que el ser humano es un ser completo, que no se puede explicar dentro de una serie de teorías que comprueben, pero que se quedan mudas ante las aspiraciones últimas de este.

Si se logra ver que el ser humano no solo es estáticas, sino que también es un ser movido por sentimientos, anhelos y preguntas últimas que no se pueden comprobar, entonces se habrá logrado un avance sin precedentes. Urge un diálogo entre disciplinas, no solo entre aquellas pertenecientes a lo que podrían ser un campo determinado, sino entre disciplinas de distinta índole. Hace falta que la física, la biología, la medicina, la enfermería, la nutrición y la terapia física se nutran de las reflexiones filosóficas, antropológicas, sociológicas, históricas y viceversa, las ciencias sociales y humanas tienen que escuchar la voz de las ciencias duras para nutrirse de cada uno de sus aportes.

Dicho lo anterior queda justificada la reflexión filosófica en la Declaración de Cartagena, si se busca dar soluciones reales. Dichas soluciones tienen que emerger de una visión armónica, lo que significa una visión que se cimienta en distintas ópticas de las múltiples disciplinas.

La Declaración de Cartagena reconoce el cuidado nutricional como un derecho humano relacionado con la salud. El problema de fondo, visto desde una perspectiva filosófica en la declaración, es una preocupación inminente por la relación salud-enfermedad, que se manifiesta en la lucha de la nutrición clínica por la malnutrición.

DICOTOMÍAS, FRACTURAS Y UNA POSIBLE VISIÓN INTEGRAL DEL SER HUMANO

Teniendo a la dicotomía salud/enfermedad como problema de fondo, se ha partir de que las fracturas propuestas por la modernidad, entre un objeto que puede ser analizado y un sujeto que necesariamente analiza al objeto, terminaron por hacer del ser humano un objeto de estudio que no dista de un objeto cualquiera. Dicho con sencillez, con la creciente racionalización del mundo a partir del positivismo, el occidente moderno optó por agudizar una visión del mundo fragmentada, y con él a un ser humano igualmente dividido.

Si las disciplinas se han dividido, también se ha fracturado una visión completa del hombre y de la realidad. Una disciplina que solo toma al hombre como un fragmento dará un conocimiento igual de fragmentario de este y, por ende, las problemáticas que se generen de

una visión sesgada no podrán resolverse más que de manera incompleta⁽⁵⁾.

En el caso de la Declaración de Cartagena, el problema salud-enfermedad que debe afrontar la nutrición clínica, con vistas a combatir la malnutrición a partir del cuidado nutricional, debe ser abordado no solo como un problema que compete a la nutrición, medicina, enfermería y de más disciplinas de la salud, pues estas, en soledad, solo pueden dar interpretaciones sesgadas correspondientes a su área de trabajo, profundizando únicamente en una visión fracturada del ser humano. Se ha de tener disposición de abrir el diálogo con las humanidades y las disciplinas sociales, por ejemplo, con la filosofía, la cual le puede brindar a las ciencias de la salud, la posibilidad de mirar al hombre desde una nueva perspectiva, en la que el ser humano no es visto como un objeto que debe ser sanado; mas bien, ver al ser humano como un ser completo, que necesita una mirada armónica entre las disciplinas para tener una visión integral del hombre.

Filosóficamente, si se quiere comprender algún problema relacionado con el hombre o con su naturaleza, se ha de partir de la pregunta ¿Qué es el hombre?⁽⁶⁾ Este cuestionamiento, más que resultar superfluo para las ciencias duras, representa el trasfondo de cualquier problemática que les concierne, pues el hombre es el eje sobre el cual ha de girar cualquier conocimiento, es decir, si la nutrición es la encargada de mantener el equilibrio entre los nutrientes contenidos en los alimentos para el correcto funcionamiento de las funciones vitales, dicho funcionamiento es estudiado a partir de que es aplicado al hombre. Si la medicina es el ejercicio por el cual se busca curar cierta enfermedad, dicha enfermedad gira entorno a la naturaleza humana, a su vez, la filosofía se ha de encargar de estudiar las cuestiones primeras y últimas del hombre, esto por citar tres ejemplos de la vasta variedad de disciplinas. En todos ellos el núcleo es el hombre, si no se tiene en cuenta esto, se caerá en una suerte de fragmentación del conocimiento, en el que se pierde el corazón del problema, que en términos de antropología filosófica es el bienestar del hombre.

De esta forma, lo que se propone no es centrarse en la especialización, hecho que es legítimo, pero no fundamental, de lo que se trata es centrarse en el problema, para así lograr un diálogo entre las disciplinas. No se trata de que cada disciplina o ciencia hable desde su propia especialización, sino que dialoguen teniendo un problema común, en este caso saber ¿Qué es hombre? Para así poder llevar este problema a puntos específicos

como el de salud-enfermedad, sin que ello signifique renunciar al núcleo del problema.

A través de intentar dar respuesta a la pregunta por el hombre se puede descubrir que este no es un individuo, un ser aislado, arrojado al mundo para conquistarlo. Pensar que el hombre es un ser sin aspiración a la plenitud, a lo trascendente o a la salvación es una visión enajenante y fatalista, el hombre no puede ser un ser dividido o fragmentado. En cambio, si se responde que el hombre es un ser en relación, y corresponde más a una interpretación personalista, entonces se puede cumplir con una visión no tan reduccionista, que permita que el ser humano se desarrolle en comunión con los otros y su entorno, y tener plena conciencia de que lo que el hombre en verdad busca no es satisfacer fines utilitaristas, sino alcanzar la plenitud.

Enfocada a la Declaración de Cartagena, el diálogo interdisciplinario permitirá hacer consciente al personal de salud de que el destino final de la persona no está restringido a su estado de salud, entendido como el correcto funcionamiento psicossomático de un organismo, sino, quizás, a alcanzar su plenitud, es decir, la correcta armonía entre el cuerpo, el intelecto y el espíritu.

LA SALUD: UNA TAREA INTERDISCIPLINARIA

Si se atiende al término salud, este proviene del latín *salu*, que quiere decir salvación, salud, saludar, seguridad. En francés, *salut* significa estar a salvo; mientras que en alemán *heil* significa salvación y salud; al igual que en español, “salud” quiere decir salud o acción de saludar. Tomando como ejemplo algunas de las raíces citadas anteriormente, se deducen que la salud tiene una significación salvífica, es decir, está relacionada con la salvación. Si “salud” quiere decir salvado, su contraposición sería “enfermo”, que significaría un estado de malsano, entonces se deduce que las disciplinas de la salud lo que buscan es la salvación del ser humano⁽⁵⁾. Ahora bien, una definición más contemporánea del término salud es la que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

En este sentido, una definición que atienda al sentido original puede contribuir a plantear los alcances y deficiencias de una definición enmarcada en el ámbito de un conjunto de ciencias determinadas. En este caso, atender al sentido primero del término salud puede ayudar a comprender mejor el concepto vigente dado por la OMS, lo cual propiciaría un significado que puede

ser analizado y enriquecido por diferentes disciplinas. De esta forma, retornar al significado primero del término salud puede contribuir al entendimiento de una definición más completa del mismo, y así comprender que la salud puede ser un concepto interdisciplinario, en tanto que puede orientar hacia la comprensión del ser humano como un ser integral, no escindido.

Es preciso matizar que de la expresión “salvar al hombre”, el término “salvación” significa un estado completo de llevar al hombre a lo completo, a la plenitud, tarea que es imposible para una sola disciplina. El hombre es una unidad, un ser integral, al cual es imposible salvar desde la fractura. No se puede llegar a la salvación si el hombre está dividido en muchas especialidades.

El diálogo entre filosofía y disciplinas de la salud es una necesidad imperante de nuestro tiempo, si es que se quiere superar la especialización reinante en la actualidad. No se trata de suponer que el exclusivismo de cada disciplina ha sido fatal, ya que la especialización ayuda a comprender un problema de forma más detallada, el problema es que esta ha traído consigo un modo tan específico que no se puede aplicar a ninguna otra cosa.

La interdisciplinariedad ha de ser la encargada de superar el problema de la especialización, a través de la ética de la armonía. La nutrición, la medicina, la enfermería, y en general, todas las disciplinas de la salud han de aprender de la filosofía a tomar conciencia de que el hombre es más que un objeto de estudio, que puede ser “medido” y “sanado” a partir de medicamentos. Por otro lado, la filosofía necesita aprender de las ciencias de salud acerca del funcionamiento cuantitativo del hombre. Las disciplinas deben estar en relación armónica, a través de una ética que concientice a los hombres de que su estado en el mundo implica una parte corporal, otra intelectual y otra espiritual, para así tener una salud equilibrada. Solo en el trabajo constante de filósofos, médicos, nutriólogos, enfermeros y sociólogos, el ideal que tiene la Declaración de Cartagena será realidad.

CONCLUSIÓN

La filosofía encuentra una problemática y una posibilidad de diálogo en la Declaración de Cartagena. La problemática radica en que la estructura, desde la cual está escrita, promueve un replanteamiento de los paradigmas de comprensión social, humana, de salud y nutricional, que se puede abordar desde la filosofía, dejando ver la multiplicidad de la cual está constituido el ser humano.

La distinción imperante entre las disciplinas sociales, humanas y duras hace que cada una de ellas observe

un fenómeno determinado desde su particularidad. Los descubrimientos que tuvieron cada una fueron relevantes en una época en la que la especialización cobró importancia. Sin embargo, al analizar un objeto específico desde sus propios métodos, no lograron observar sus límites y sus alcances, problema que solo se subsanará en el diálogo interdisciplinario.

El diálogo interdisciplinario es una necesidad de nuestro tiempo, las disciplinas no pueden seguir encerradas en su propio núcleo, pues los problemas imperantes exigen una visión holista de la realidad, y mientras cada disciplina no se abra a mirar nuevos horizontes que nutran sus perspectivas, las dificultades actuales no se podrán subsanar.

Solo en la apertura hacia una visión armónica del ser humano, las fracturas y las divisiones con las cuales las disciplinas estudian al hombre se podrán superar. Si el ser humano sigue viéndose desde la estrechez de una disciplina, nunca podrá aspirar a tener una visión integral de sí mismo y, por ende, no podrá aspirar a la trascendencia.

El diálogo que posibilita la Declaración de Cartagena es un terreno fértil para la fecundación entre disciplinas, por ser una problemática de alcance universal, que necesita ser atendida de manera inmediata. La filosofía puede contribuir en el logro de sus metas a partir de concientizar al personal de salud y nutrición a través de una ética que permita una visión integral del ser humano, una ética de la armonía entre disciplinas.

PUNTOS CLAVE

- Filosofía ante la Declaración de Cartagena
- Necesidad de la interdisciplinariedad en la Declaración de Cartagena
- Búsqueda de una visión integral del ser humano
- Cambio de conciencia a partir de una ética de la armonía.

Financiación

El presente estudio no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Declaración de autoría

AGB y JMIS contribuyeron igualmente a la concepción y diseño de la investigación; AGB participó en el diseño de la investigación; JMIS contribuyó a la adquisición y análisis de los datos; AGB y JMIS aportaron en la interpretación de los datos; y AGB y JMIS redactaron el manuscrito. Los autores revisaron el manuscrito, acuerdan ser plenamente responsables de garantizar la integridad y precisión del trabajo, y leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Referencias bibliográficas

1. Cárdenas D, Bermúdez CH, Echeverri S, Pérez A, Puentes M, López M, et al. Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición. *Nutr Hosp.* 2019;36(4):974-98. doi: 10.20960/nh.02701.
2. Eliade M (editor). *La búsqueda*. 3ª edición. Barcelona: Kairós. 2008.
3. Panikkar R (editor). *Las puertas estrechas del conocimiento*. Barcelona: Herder. 2009.
4. Dilthey W (editor). *Introducción a las ciencias del espíritu*. México: FCE. 2015.
5. Panikkar R (editor). *La religión, el mundo y el cuerpo*. Barcelona: Herder. 2014.
6. Panikkar R (editor). *La plenitud del hombre*. Madrid: Siruela. 1999.

Proceso de cuidado nutricional y desnutrición asociada a la enfermedad: ¿negligencia o injusticia?

Nutritional care process and disease-related malnutrition: negligence or injustice?

Processo de cuidado nutricional e desnutrição associada à doença: negligência ou injustiça?

Mónica López-Talavera^{1*}

Recibido: 18 de mayo de 2021. Aceptado para publicación: 4 de agosto 2021
<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.298>

Resumen

La malnutrición asociada a la enfermedad es una entidad clínica multifactorial que representa un problema sostenido a lo largo del tiempo, con implicaciones graves para el paciente y para los sistemas de salud. Además de los factores de riesgo que presenta el paciente como su entorno económico, sociocultural y estado clínico, también el factor de mala praxis del personal de salud influye en que la malnutrición asociada a la enfermedad no se detecte ni se trate y se mantenga.

La reflexión que se hace en este escrito parte de los principios de la ética biomédica de no maleficencia y justicia, ya que propone que la negligencia y la injusticia son factores agravantes de la malnutrición asociada a la enfermedad. Estas cuestiones, aunque pueden privar al paciente de ejercer su derecho humano al cuidado nutricional, están presentes por desconocimiento y falta de educación del personal de salud respecto a la importancia de la nutrición clínica y del proceso de cuidado nutricional.

La propuesta generada es que la educación en diferentes niveles, entendiéndose también como capacitación y cultura institucional, puede ser un área de oportunidad para minimizar el problema de la vulnerabilidad nutricional, respetando, defendiendo y manteniendo la dignidad humana con el cuidado nutricional mediante el estudio de la ética y la ética biomédica para incluir los cuatro principios bioéticos a la práctica clínica diaria.

Palabras clave: malnutrición, cuidado nutricional, derechos humanos, Declaración de Cartagena, bioética, nutrición clínica.

Abstract

Disease-associated malnutrition is a multifactorial clinical entity that represents a problem sustained over time with serious implications for the patient and for health systems. In addition to patient-related risk factors such as the economic and sociocultural environment and clinical status, malpractice by healthcare personnel also plays a role in the failure to detect and treat disease-related malnutrition and its persistence.

The reflection made in this paper is based on the principles of biomedical ethics of non-maleficence and justice. It proposes that negligence and injustice are compounding factors of disease-related malnutrition. These are issues that, besides depriving patients of their ability to exercise their human right to nutritional care, they exist because of lack of knowledge and lack of healthcare staff education regarding the importance of clinical nutrition and nutritional care.

The proposal is that education at different levels, understood also as training and institutional culture, can be an area of opportunity to minimize the problem of nutritional vulnerability, by respecting, defending and maintaining human dignity with nutritional care through the study of ethics and biomedical ethics to include the four bioethical principles in daily clinical practice.

Keywords: Malnutrition; Nutritional Care; Human Rights; Cartagena Declaration; Bioethics; Clinical Nutrition.

Resumo

A desnutrição associada à doença é uma entidade clínica multifactorial que representa um problema que se mantém ao longo do tempo com graves implicações para o paciente e para os sistemas de saúde. Além dos fatores de risco apresentados pelo paciente como sua situação econômica, sociocultural e clínica; O fator de prática inadequada do pessoal de saúde também influencia o fato de que a desnutrição associada à doença não possa ser detectada, tratada e mantida.

A reflexão feita neste escrito se baseia nos princípios da ética biomédica da não maleficência e da justiça, propondo que a negligência e a injustiça são agravantes da desnutrição associada à doença, questões que, embora possam privar o paciente de exercer seus direitos humanos ao cuidado nutricional, estão presentes devido ao desconhecimento e falta de educação do pessoal de saúde quanto à importância da nutrição clínica e do processo de cuidado nutricional.

A proposta gerada é que a partir da educação em diferentes níveis, também entendida como formação e cultura institucional, possa ser um espaço de oportunidade para minimizar o problema da vulnerabilidade nutricional, respeitando, defendendo e mantendo a dignidade humana com os cuidados nutricionais, por meio do estudo da ética e a ética biomédica para incluir os quatro princípios bioéticos na prática clínica diária.

Palavras-chave: desnutrição, cuidado nutricional, direitos humanos, Declaração de Cartagena, bioética, nutrição clínica.

¹ Consultorio Dietetik, Nutrición Clínica Especializada; Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.

*Correspondencia: Mónica López Talavera. ml188rm@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En Latinoamérica, los registros actualizados de desnutrición asociada a la enfermedad (DAE) reportaron una prevalencia del 2,6 %-73,2 %⁽¹⁾, misma que no ha presentado cambios desde su primer registro estadístico publicado en 1974⁽²⁾. La DAE es una entidad multifactorial en la que se ha reconocido el papel de factores socioeconómicos y patológicos del paciente para su instauración y progresión⁽³⁾, pero también se debe tener presente la influencia de la práctica clínica deficiente de cuidado nutricional y conocimiento respecto a la importancia de la nutrición clínica, como se ha identificado en estudios anteriores^(1, 2, 4). Se ha observado que el proceso de cuidado nutricional es aplicado en menos del 50 % de los pacientes, de los cuales el 11,9 % es identificado con DAE y el 17,6 % es identificado con riesgo de DAE; en menos del 50 % se monitoriza la ingesta alimentaria (aunque haya antecedentes de disminución de esta y de pérdida de peso no intencional), en menos del 46 % hay intervención de personal de nutrición, y menos del 41 % de expedientes tienen datos de riesgo nutricional o DAE⁽⁵⁾.

Anivel mundial, la prescripción de terapia nutricional a pacientes en riesgo se encuentra en 29 %, mientras que en Latinoamérica esta prescripción se ha estimado en 32 %. Las barreras que pueden estar generando esta problemática aún no han sido definidas y deben comenzar a ser identificadas y reflexionadas para obtener propuestas de solución⁽⁶⁾. Al igual que los factores causantes y agravantes, también se conocen cuáles son las consecuencias que impactan de forma negativa al pronóstico del paciente por el aumento de riesgo de reingresos, reintervenciones, morbimortalidad, días de estancia hospitalaria y costos^(1, 4). Pero más allá de estos efectos se debe cuestionar el impacto del conjunto de factores de riesgo, perpetuantes y orgánicos, en la integridad y dignidad humana: ¿qué sucede con la persona que la padece?

De acuerdo con el quinto principio de la Declaración de Cartagena, se reconoce desde una postura ética al individuo con riesgo o DAE como una persona vulnerable, ya que la afectación también se encuentra en su autonomía, su capacidad de alimentarse y pone en riesgo su vida; estas situaciones requieren la intervención de

los profesionales de nutrición clínica⁽⁷⁾. Reconocer al paciente como una persona vulnerable destaca la necesidad de tener el cuidado del otro para mantener intacta su dignidad humana, a pesar del compromiso de su integridad y autonomía por el mismo proceso que representa la DAE, y las implicaciones de dependencia de un cuidador⁽⁸⁾. Sin embargo, al tener la detección y registro de las fallas en la atención al paciente en cuanto a la solitud y oportunidades de intervención de la nutrición clínica para ejercer y proteger el cuidado nutricional, como proceso y derecho humano emergente, es necesario realizar una reflexión a partir de dos principios de ética biomédica: la no maleficencia y la justicia, pues con ellos se puede intentar encontrar una justificación ante las deficiencias de la práctica clínica referentes al proceso del cuidado nutricional que agravan la vulnerabilidad del paciente desde el punto de vista nutricional, así como el impacto en la integridad humana de acuerdo con el enfoque de Derechos Humanos.

DISCUSIÓN

No maleficencia: primero, no dañar

El principio de no maleficencia se centra en la abstención de una acción que pueda causar daño, entendiéndose este último como el impedimento, por actos intencionados o no, de que se cumplan los intereses de una de las partes sin violar sus derechos⁽⁹⁾.

Para evitar y disminuir el riesgo de daño es fundamental ser conscientes del cuidado debido, el cual no está presente cuando se expone al paciente a un riesgo inaceptable o de forma inintencionada, o cuando se actúa sin cumplir los criterios morales que exige la profesión al ser adquiridos durante la formación; esto resulta en un daño por desconocimiento⁽⁹⁾.

De acuerdo con la evidencia, la problemática que representa la DAE está agravada por la práctica con desconocimiento o la ausencia de la misma, que desde la ética biomédica puede ser entendida como negligencia. Esto es así porque se ha demostrado que no hay una preparación adecuada del personal médico ni de enfermería en cuanto a la educación en nutrición clínica, siendo reconocida esa deficiencia por ellos mismos^(10, 11).

El no realizar tamizaje a todos los pacientes durante las primeras 24-48 horas de su ingreso hospitalario, no solicitar interconsulta a nutrición clínica, y no tener la disponibilidad de recursos y la organización institucional para establecer el cuidado nutricional pueden ser acciones no intencionadas por desconocimiento, lo que se traduce en un problema por negligencia y causa la afectación en la integridad humana; esto aumenta la vulnerabilidad y atenta contra el derecho humano al cuidado nutricional.

Justicia: oportunidad justa e igualitaria

La justicia en la ética biomédica se refiere al merecimiento de los beneficios que por derecho a cada quien le corresponden, entendiendo que hay injusticia cuando actos erróneos no permiten obtenerlos⁽⁹⁾.

Su aplicación es con la justicia distributiva, siendo posible la distribución de derechos y responsabilidades en la sociedad para cubrir las necesidades fundamentales evitando causar daño. Esto se apoya por las teorías igualitaristas que versan sobre la distribución igualitaria de los recursos a partir de la organización institucional y social para que todos tengan el acceso a las necesidades básicas⁽⁹⁾.

De esta manera, se puede asegurar la oportunidad justa para que se disponga de servicios de atención a la salud cuando el paciente esté en desventaja (enfermedad) que no pueda evitar por sí mismo. Esta atención debe ser en proporción a la gravedad de la enfermedad, resaltando su carácter equitativo, el cual está relacionado con niveles organizacionales para la asignación y administración de recursos⁽⁹⁾.

Al no brindar cuidado nutricional al paciente que se encuentre en desventaja, es decir, con riesgo o padeciendo la DAE, además de negligencia, podría catalogarse como una injusticia. En la actualidad existe evidencia de que la DAE puede ser una entidad clínica tratada con intervenciones costoefectivas, tanto para el paciente como para las instituciones, cuyo ahorro proyectado por paciente es hasta 41,5 % menos con terapia nutricional temprana, así como 23,8 % menos en costos de hospitalización y 66,4 % menos en costos de readmisiones. Esto representa un ahorro anual en salud pública de hasta 32,1 %⁽¹²⁾.

Es inaceptable que a pesar de eso no se dé prioridad o incluso sea ignorado como opción terapéutica el cuidado nutricional, cuestión que actualmente no depende del paciente⁽¹³⁾, pues los recursos para implementar el cuidado nutricional dependen del conocimiento de

los médicos tratantes y del personal de enfermería, de la organización y administración de las instituciones, y del gobierno⁽⁵⁾.

En el mismo tenor, si se sabe que las necesidades básicas de alimentación, vida digna y salud que son reconocidas como Derechos Humanos no son aseguradas durante la atención médica del paciente, se estaría dejando de cumplir con el deber de buscar la oportunidad justa para que se ejerzan y se protejan los derechos humanos, en los que también se reconoce el cuidado nutricional⁽¹⁴⁾.

Cuidado nutricional como derecho humano

Con la Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición los Derechos Humanos a la salud, la vida digna y la alimentación se unen en el derecho humano emergente del cuidado nutricional, y se lucha porque se asegure para todas las personas en condiciones de vulnerabilidad nutricional⁽¹⁴⁾. Los antecedentes de esta propuesta se encuentran en la Declaración de Cancún, documento que reconoce el derecho humano a la alimentación y soporte nutricional, enfatizando en el deber de tener un abordaje nutricional óptimo y oportuno en todo paciente hospitalizado⁽¹⁵⁾.

Diez años después el derecho humano reconocido en 2008 evoluciona al cuidado nutricional, mismo que también incluye la protección contra el hambre y el derecho a la alimentación con la terapia nutricional, pero se fundamenta y orienta en la protección y el respeto de la dignidad del paciente mediante el proceso de cuidado nutricional con el enfoque de Derechos Humanos^(16,17).

El derecho al cuidado nutricional se distingue porque se busca asegurar que las personas sean alimentadas, ya sea porque no tienen la capacidad propia para hacerlo o porque su condición clínica requiere que la alimentación sea administrada por vías artificiales, es decir, que se encuentran vulnerables⁽¹⁶⁾.

La propuesta del derecho al cuidado nutricional tiene un enfoque particular en el paciente enfermo hospitalizado, pues la misma entidad clínica puede generar una disminución de la ingesta alimentaria, aunque se tengan los alimentos disponibles, por renuencia o por imposibilidad dependiendo del cuadro clínico; o porque se encuentre en la etapa final de la vida y la alimentación ya no sea posible, o el cuadro clínico impida la alimentación⁽¹⁷⁾.

Además, se intenta que el problema de la DAE y el hambre en el ámbito clínico se contemplen en la agenda

internacional, ya que son atentados no intencionales (negligencia) contra la dignidad humana (si no se permite el acceso al derecho humano hay injusticia) que no se deben permitir⁽¹⁸⁾.

La responsabilidad para ejercer el cuidado nutricional es compartida por tres actores: el paciente, el personal de salud y el Estado. El deber del Estado es administrar los recursos para que se pueda tener un abordaje de cuidado nutricional óptimo, oportuno y de calidad permitiendo el acceso al derecho humano; el deber y derecho del paciente es reclamar su cuidado nutricional; y el deber del nutricionista y demás personal de salud de asegurar que se cumpla todo el proceso de cuidado nutricional⁽¹⁶⁾ para salvaguardar ese derecho. De esta manera se logrará respetar la dignidad humana, pues se ejerce la autonomía y con las indicaciones se respeta la dimensión humana y biopsicosocial del paciente⁽¹⁸⁾.

Sin embargo, al tener evidencia que refleja una falta de cuidado nutricional óptimo, oportuno y seguro, posiblemente por negligencia como se analiza en apartados anteriores, también se puede entender como un atentado contra los derechos humanos de la persona en vulnerabilidad nutricional^(17,18), lo que refleja una injusticia.

Educar: posible solución

La DAE es una entidad compleja, pero puede ser prevenida y tratada con mayor eficacia si se contempla la necesidad de educar en todos los niveles posibles respecto al impacto de la nutrición clínica para encontrar la solución, especialmente si se conjunta con la reflexión ética y de ética biomédica para la práctica clínica.

Si el análisis para la solución parte del cuidado nutricional como derecho humano, se corre el riesgo de comenzar a visualizar el problema como un agravio a la dignidad humana, lo cual posiciona al personal de salud en un ámbito deshumanizado en el que la máxima de no dañar no se tomaría como parte de su ejercicio, razón de ser profesional y de vocación⁽¹⁹⁾.

Y aunque pudiera ser válido este punto de partida para justificar los actos de negligencia e injusticia que se involucran en la perpetuación y gravedad de la DAE, no puede considerarse válido desde el fundamento de que el personal de salud tiene la vocación especial de servicio con las máximas de no dañar y hacer el bien al consultante, siempre buscando su recuperación mediante la oportunidad justa y con conocimiento de causa⁽¹⁹⁾.

En contraste, si el análisis se realiza contemplando el desconocimiento o ignorancia del proceso de cuidado nutricional como punto de partida, la negligencia e

injusticia que se muestran en la práctica deficiente pueden ser justificadas, ya que, al no saber la consecuencia de los actos, no puede clasificarse como un atentado contra la dignidad y derechos humanos, pues no se hace con el propósito de dañar⁽⁹⁾.

Con actos basados en el desconocimiento puede ser comprensible por qué no se tienen los recursos, la organización ni la educación necesaria, tanto en el personal como en las instituciones de salud, de la importancia del cuidado nutricional para la dignidad humana y su impacto en la administración del sistema de salud.

La evidencia muestra que, a pesar de la formación deficiente en materia de nutrición clínica de todo el personal de salud, existe el interés para saber más acerca de esta^(10, 19) mediante la colaboración para la práctica en el ámbito clínico nutricional⁽²⁰⁾, ya que la calidad de la terapia nutricional también es cuestión de la identificación y monitorización de los actores involucrados en el equipo multidisciplinario, especialmente personal médico y de enfermería⁽¹¹⁾.

Como se menciona en apartados anteriores, la exigencia moral de la profesión se obtiene durante la formación⁽⁹⁾, especialmente con una sensibilidad humana desarrollada con el estudio de la ética y la ética biomédica, donde se enmarcan y comprenden los principios bioéticos que deben regir el ejercicio profesional.

Esta exigencia es la misma que no se puede dejar de lado una vez que es comprendida, porque se transforma en la guía de la forma de ser profesional y humana; sin embargo, cuando ni siquiera es conocida o concientizada no se tendrán las herramientas necesarias y suficientes para poder cumplir el compromiso ético y moral.

Si la ética se une con la propuesta para mejorar la educación en materia de nutrición clínica en el personal de salud, los tres rubros principales que darán conocimientos para las competencias en la nutrición básica, nutrición aplicada y nutrición clínica permitirán que el personal médico tenga la capacidad de: reconocer la importancia de la nutrición y su impacto en el ser humano; orientar a la población en cuanto a estilo de vida saludable; y saber, como profesionales de la salud, en qué momento es necesario referir al paciente con un especialista de nutrición clínica⁽²¹⁾, y así poder salvaguardar el derecho al cuidado nutricional.

El paciente también debe ser educado respecto a la importancia del cuidado nutricional, pues educarle es empoderarle y promover que sea libre y autónomo para la toma de decisiones, al mismo tiempo que es responsable de su autocuidado para la prevención o el tratamiento de la DAE, e incluso pueda exigir la atención de nutrición clí-

nica si conoce los factores de riesgo nutricional y el impacto que puede existir con una intervención a tiempo⁽²²⁾.

De esta manera, dentro los principios bioéticos contemplados dentro de la educación y promoción del cuidado nutricional se podrían reforzar los principios 3, 8, 9 y 10 de la Declaración de Cartagena, que contemplan la importancia de la educación y proponen su desarrollo en el paciente, el personal, las instituciones y el sistema de salud mediante capacitaciones, redes de servicios de nutrición clínica, investigación, cursos de pregrado y posgrado, organización y legislación para que el cuidado nutricional pueda ser realidad como un derecho humano⁽¹⁴⁾.

CONCLUSIONES

La identificación y tratamiento deficiente de la DAE es un problema al que se enfrenta la nutrición clínica desde hace mucho tiempo, debido al desconocimiento de la importancia que representa identificar la vulnerabilidad nutricional de los pacientes que la padecen o se encuentran con riesgo de padecerla.

Esto es así porque los actos no intencionados, sin buscar el mal del paciente, se realizan por una falta de adquisición de criterios y deberes morales como consecuencia de una educación deficiente sobre la ética, el cuidado nutricional y el impacto de la nutrición clínica.

Esta manera de actuar puede verse desde la ética biomédica como negligente e injusta, ya que el cuidado nutricional es inexistente o deficiente por falta de educación; esto al mismo tiempo tiene graves consecuencias éticas, morales, humanas y económicas, pues los actos erróneos no permiten que se ejerza y asegure el derecho humano al cuidado nutricional, cayendo en la injusticia y en un posible atentado contra la dignidad humana y los derechos humanos.

Como se mencionó, la responsabilidad para hacer del cuidado nutricional una realidad es compartida, ya que todos tienen un deber que cumplir. El Estado debe asegurar que se cuenten con los recursos e infraestructura; las instituciones deben desarrollar una cultura organizacional que incluya al cuidado nutricional como prioridad; el personal de salud debe actuar para garantizar el proceso de cuidado nutricional; y el paciente debe exigirlo por derecho.

Al ser la DAE una entidad compleja porque su desarrollo y solución no se encuentra en un solo frente, la ética en conjunto con la educación en materia de nutrición es el pilar básico para que los diversos actores

puedan contribuir a que se proteja y ejerza el cuidado nutricional. De esta manera, las exigencias morales podrán cumplirse por tener la formación, capacitación, organización y conciencia del impacto del cuidado nutricional en el respeto de la dignidad humana, y podrán establecerse estrategias más eficaces para combatir la DAE al tiempo que se disminuye el riesgo de caer en una práctica de negligencia e injusticia para con el paciente y sus derechos humanos.

PUNTOS CLAVE

- La malnutrición asociada a la enfermedad es una entidad clínica compleja, por lo que es importante reconocer los factores de riesgo que se encuentran en la práctica del personal de salud.
- De acuerdo con la ética biomédica, la mala práctica por desconocimiento refleja negligencia e injusticia, pues se priva al paciente de poder beneficiarse de su derecho al cuidado nutricional.
- Para disminuir el desconocimiento del problema se debe compartir la responsabilidad de la educación en todos los niveles del sistema de salud, desde el político y legislativo hasta el de la formación de personal de salud y la cultura institucional.
- Buscar asegurar el cuidado nutricional como derecho humano también implica la educación para empoderar al paciente y que exija su derecho en cualquier nivel de atención a la salud.
- Se debe aprovechar la ventana de oportunidad que representa la Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición en cuanto a la difusión del concepto de *malnutrición relacionada a la enfermedad*, y el interés del personal de salud por conocer más del ejercicio e importancia de la nutrición clínica.

Declaración de autoría

MLT se encargó de la revisión y análisis de referencias, así como a la redacción de todo el artículo.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Financiación

El presente estudio no tuvo financiación.

Referencias bibliográficas

- Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr*. 2017;36(4):958-67. doi: 10.1016/j.clnu.2016.06.025
- Butterworth CE. Skeleton in the hospital closet. *Nutrition Today*. 1974;9(2):4-8.
- Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr*. 2017;36(1):49-64. doi: 10.1016/j.clnu.2016.09.004
- Correia MITD, Campos ACL, ELAN Cooperative Study. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. *Nutrition*. 2003;19(10):823-5. doi: 10.1016/s0899-9007(03)00168-0
- Hiesmayr M, Tarantino S, Moick S, Laviano A, Sulz I, Mouhieddine M, et al. Hospital Malnutrition, a Call for Political Action: A Public Health and NutritionDay Perspective. *J Clin Med*. 2019;8(12):2048. doi: 10.3390/jcm8122048
- Cardenas D, Bermúdez C, Pérez A, Diaz G, Cortes LY, Contreras CP, et al. Nutritional risk is associated with an increase of in-hospital mortality and a reduction of being discharged home: Results of the 2009-2015 nutritionDay survey. *Clin Nutr ESPEN*. 2020;38:138-45. doi: 10.1016/j.clnesp.2020.05.014
- Cardenas BD, Echeverri S, Puentes M, Pérez A, López L y Bermúdez C. Los 13 Principios de la Declaración de Cartagena. *Rev Nutr Clin Metab*. 2019;2(Supl.1):24-41. doi: 10.35454/rncm.v2supl1.035
- Cardenas D, Echeverri S. Aspectos éticos de la Declaración de Cartagena. *Rev Nutr Clin Metab*. 2019;2(Supl.1):56-62. doi:
- Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Madrid: Masson S. A; 1999.
- Cardenas D, Díaz G, Cadavid J, Lipovestky F, Canicoba M, Sánchez P, et al. Nutrition in medical education in Latin America: Results of a cross-sectional survey. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2021. doi: 10.1002/jpen.2107
- Papier I, Lachter J, Hyams G, Chermesh I. Nurse's perceptions of barriers to optimal nutritional therapy for hospitalized patients. *Clin Nutr ESPEN*. 2017;22:92-96. doi: 10.1016/j.clnesp.2017.08.002
- Sulo S, Vargas J, Gomez G, Misas JD, Serralde-Zúñiga AE, Correia MITD. Hospital nutrition care informs potential cost-savings for healthcare: A budget impact analysis. *Clin Nutr ESPEN*. 2021;42:195-200. doi: 10.1016/j.clnesp.2021.01.041
- Barazzoni R. Nutrición y Nutrición Clínica como derechos humanos. *Rev Nutr Clin Metab*. 2019;2(Supl.1):12-13. doi: 10.35454/rncm.v2supl1.028
- Cardenas D, Bermúdez C, Echeverri S, Pérez A, Puentes M, López L, et al. Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición. *Nutr Hosp*. 2019;36(4):974-80. doi: 10.20960/nh.02701
- Castillo PJC de la C, Figueredo GR, Dugloszewski C, Diaz RJASR, Spolidoro NJV, Matos A, et al. Declaración de Cancún: declaración internacional de Cancún sobre el derecho a la nutrición en los hospitales. *Nutr Hosp*. 2008;23(5):413-7.
- Cardenas BD, Echeverri S, Bermúdez C. Del derecho a la alimentación al derecho al cuidado nutricional. *Rev Nutr Clin Metab*. 2019;2(Supl 1):42-48. doi:
- Cardenas D, Correia MITD, Ochoa JB, Hardy G, Rodriguez-Ventimilla D, Bermúdez CE, et al. Clinical Nutrition and Human Rights. An International Position Paper. *Nutr Clin Pract*. 2021;36(3):534-44. doi: 10.1002/ncp.10667
- Cardenas D. Nutrición clínica y el enfoque basado en derechos humanos. *Rev Nutr Clin Metab*. 2019;2(Supl.1):49-55. doi:
- Laín Entrelago P. La medicina hipocrática. Madrid: Ed. Revista de Occidente; 1970.
- Crowley J, Ball L, Hiddink GJ. Nutrition in medical education: a systematic review. *Lancet Planet Health*. 2019;3(9):e379-e389. doi: 10.1016/S2542-5196(19)30171-8
- Cuerda C, Muscaritoli M, Donini LM, Baqué P, Barazzoni R, Gaudio et al. Nutrition education in medical schools (NEMS). An ESPEN position paper. *Clin Nutr*. 2019;38(3):969-74. doi: 10.1016/j.clnu.2019.02.001
- Correia MITD. Patient Empowerment on the Fight Against Malnutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2018;42(4):672-74. doi: 10.1002/jpen



Cuidado y responsabilidad: *ethos* fundamentales para salvaguardar y ejercer el derecho al cuidado nutricional

Care and responsibility: fundamental ethos to safeguard and exercise the right to nutritional care

Cuidado e responsabilidade: ethos fundamentais para salvaguardar e exercer o direito ao cuidado nutricional

Mónica López-Talavera^{1*}

Recibido: 12 de enero de 2021. Aceptado para publicación: 13 de febrero de 2021.

Publicado en línea: 18 de marzo 2021

<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.269>

Resumen

La malnutrición asociada con la enfermedad continúa representando un grave problema en los pacientes que se encuentran hospitalizados, y es alarmante que dentro de los factores que participan en su desarrollo se encuentre la deshumanización del personal de salud. La Declaración de Cartagena es el documento en el que se propone el cuidado nutricional como un derecho humano, el cual tiene fundamentos éticos, mismos que son reflexionados a partir del *ethos* o modo de ser, para alcanzar un mayor entendimiento del papel de la ética en el cuidado nutricional. Para que la Declaración de Cartagena pueda ser una realidad en la práctica, además de reconocer su fuerza moral para salvaguardar y hacer efectivo el derecho al cuidado nutricional, es necesario que cada integrante del equipo incorpore los *ethos* de cuidado y responsabilidad a su manera de ser individual identificándose con el espíritu y con el objetivo fundamental de la declaración: el respeto y la protección a la dignidad humana.

Palabras clave: malnutrición, cuidado nutricional, ética, Declaración de Cartagena, apoyo nutricional.

Summary

Disease-related malnutrition continues to be a serious problem in hospitalized patients, and the fact that dehumanization of the healthcare staff is one of the factors contributing to its development is certainly cause for alarm. The Cartagena Declaration proposes nutritional care as a human right with an ethical foundation, which is analyzed from the perspective of *ethos* or way of being, in order to achieve a greater understanding of the role of ethics in nutritional care. In order for the Cartagena Declaration to become a reality in practice, in addition to recognizing the moral duty to safeguard and implement the right to nutritional care, each member of the nutritional care team needs to incorporate the *ethos* of care and responsibility as part of their individual way of being, identifying with the spirit and fundamental objective of the Declaration: to respect and protect human dignity.

Keywords: Malnutrition; Nutritional Care; Ethics; Cartagena Declaration; Nutritional Support.

Resumo

A malnutrição associada à doença continua representando um grave problema nos pacientes hospitalizados, e é alarmante que entre os fatores que participam em seu desenvolvimento esteja a desumanização do pessoal de saúde. A Declaração de Cartagena é o documento no qual o cuidado nutricional é proposto como um direito humano, que tem fundamentos éticos, que se refletem a partir do *ethos* ou modo de ser, para alcançar uma maior compreensão do papel da ética no cuidado nutricional.

Para que a Declaração de Cartagena seja uma realidade na prática, além de reconhecer sua força moral para salvaguardar e tornar efetivo o direito ao cuidado nutricional, é necessário que cada membro da equipe incorpore os *ethos* do cuidado e da responsabilidade a sua forma de ser individual, identificando-se com o espírito e com o objetivo fundamental da declaração: o respeito e a proteção da dignidade humana.

Palavras-chave: desnutrição, cuidado nutricional, ética, Declaração de Cartagena, suporte nutricional.

¹ Consultorio Dietetico, Nutrición Especializada, Energética y Perinatal, Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.

*Correspondencia: Mónica López Talavera. mlt88rm@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La malnutrición y sus factores de riesgo en el paciente hospitalizado es un problema que fue reportado inicialmente en 1859 por Florence Nightingale, quien observó que cientos de pacientes estaban en hambruna durante la hospitalización⁽¹⁾. Un siglo más tarde, Butterworth la reconoció como “el esqueleto en el clóset del hospital” y se obtuvo una prevalencia de pérdida de peso en el 61 % de 36 pacientes durante la hospitalización⁽²⁾. Desgraciadamente no se ha visto un cambio en las cifras, y se reconoce actualmente como malnutrición asociada a la enfermedad (MAE). En la última revisión sistemática publicada en 2016 se estimó una prevalencia de 40 %-60 % durante la hospitalización en América Latina⁽³⁾.

La detección y tratamiento de la MAE depende de la práctica clínica, la cual ha tenido deficiencias que se han reportado desde 1859⁽¹⁾ hasta la actualidad, y se detectó la falta de registro de datos en el expediente relacionados con el estado nutricional al ingreso y durante la hospitalización, así como ayunos prolongados innecesarios^(4,5). Esto es generado por el desconocimiento del personal de salud respecto a la importancia del cuidado nutricional⁽³⁾, ya que la MAE no se diagnostica, no se tiene una intervención nutricional en tiempo y forma, y existe una deficiente educación en nutrición clínica durante la formación de pregrado y posgrado del personal de salud⁽⁶⁾.

Las repercusiones humanísticas y éticas que representan estas deficiencias y el grave problema de la MAE tienen una base aún más importante e impactante que menciona Butterworth: la despersonalización de la atención al paciente⁽²⁾.

La nutrición clínica ha podido evolucionar a la par de la ciencia y la tecnología, pero al no ser suficiente, se han buscado formas para luchar contra la MAE incluidas las líneas de acción con carácter humanístico. Una de ellas fue la Declaración de Cancún, en la que se planteó que la alimentación en los hospitales y el soporte nutricional como fueran derechos humanos⁽⁷⁾. Es en 2019 con la Declaración de Cartagena que el cuidado nutricional se eleva a un derecho humano⁽⁸⁾, englobando la alimentación y soporte nutricional dentro del mismo proceso.

El objetivo de este análisis es incentivar la reflexión individual de los profesionales que integran el equipo de cuidado nutricional para que se identifiquen y apropien el espíritu de la Declaración de Cartagena. Con este fundamento para la práctica clínica se dará una

atención humanizada a los pacientes y se tendrá conciencia de la importancia de salvaguardar el derecho humano al cuidado nutricional para todos y el respeto a la dignidad humana.

DISCUSIÓN

La Declaración de Cartagena

Es un documento conformado por 13 principios que se fundamentan en el respeto a la dignidad humana y aseguran el cumplimiento del derecho humano al cuidado nutricional, la alimentación digna y la salud en busca de brindar una alimentación y soporte nutricional adecuados, y proteger contra el hambre⁽⁸⁾.

Los aspectos que justifican a la Declaración de Cartagena abarcan las causas de la MAE que no dependen del paciente, pues no se reconoce únicamente el cuidado nutricional como derecho humano, sino también la necesidad de la enseñanza sobre nutrición clínica en pregrado y posgrado; y el estudio de ética y bioética para adquirir las herramientas que permitan resolver los dilemas bioéticos con su implementación⁽⁸⁾.

En la Declaración de Cartagena, la ética es entendida como un análisis de la moral del ser humano, lo que permite la generación de un juicio del comportamiento y la toma de decisiones⁽⁹⁾. Sin embargo, la responsabilidad del nutricionista y de su equipo multidisciplinario no se limita en conocer los principios de la Declaración de Cartagena, porque será aplicada cuando se asuma el espíritu de la misma comprendiéndola, sintiéndola y apropiándose por convicción y voluntad propia⁽¹⁰⁾.

La apropiación de la Declaración de Cartagena se logra cuando se incorpora a la forma de ser o *ethos* individual, y por lo mismo es importante que la ética no se entienda únicamente como el análisis de la moral, del comportamiento; etimológicamente tiene otro significado que es más personal e íntimo: la forma de ser⁽¹¹⁾. Este último significado es el que se utiliza para este trabajo de reflexión cuando se haga referencia al *ethos*.

El espíritu de la Declaración de Cartagena: los *ethos*

Al reflexionar el contenido y contexto en el que surge la Declaración de Cartagena se pueden identificar dos *ethos*: el cuidado y la responsabilidad, mismos que son fundamentales para sostener los principios y llevarlos a cabo⁽⁸⁾, pero también es lo que humaniza la labor del personal de salud, incluido el nutricionista.

Cuidado como *ethos*

El cuidado es el *ethos* fundamental del ser humano porque es el inicio de la existencia y la posibilidad de la supervivencia; por tanto, es lo que humaniza⁽¹¹⁾. Aquel ser humano que puede decirse humanizado es quien tiene una forma de ser o *ethos* de cuidado consigo mismo, con los otros y con el contexto, y tiene la capacidad de tomar decisiones inofensivas con libertad que aseguran la supervivencia.

Según Boff, el cuidado como *ethos* está dirigido por el sentir y la razón, pues las sensaciones son los principales impulsos para actuar y la razón, lo que las modera; y, en consecuencia, dirige los actos por la rectitud, que se refleja en un desarrollo armónico del ser humano⁽¹¹⁾. Además de esto, de acuerdo con la ética biomédica, el cuidado desarrolla la sensibilidad, sentimientos y emociones que permiten detectar las necesidades del paciente⁽¹²⁾. Al integrar el *ethos* de cuidado al equipo de cuidado nutricional se tendrá una práctica humanizada por su carácter ontológico y una atención personalizada para cubrir las necesidades nutricionales del paciente.

Para que pueda surgir y mantenerse el cuidado como *ethos* se debe desarrollar la sensibilidad individual que hace reconocer la importancia y el valor de las personas, porque de esa manera podrá transmitirse el cuidado para sí mismo al contexto en el cual se encuentran los pacientes⁽¹³⁾. Cuando el cuidado no está presente en uno mismo, se puede ver una deshumanización de la existencia propia, misma que se transforma en el descuido de la vida individual y de todo lo que le rodea, tomando decisiones que pueden repercutir negativamente en el contexto. En este caso se corre el riesgo de deshumanizar del equipo de cuidado nutricional y la atención al paciente y, por tanto, se puede ver una de sus consecuencias: la MAE.

El *ethos* del cuidado en el equipo de cuidado nutricional es fundamental para que aprenda a amar a la humanidad y actuar en correspondencia, tal como se cuida a un recién nacido. Debe tenerse siempre presente el reflejo propio en el paciente, porque son personas que se ven afectadas en cuanto a su capacidad de cubrir necesidades como la alimentación y la nutrición, que tienen carácter vital, y por actos y decisiones terapéuticos de los que depende, en parte, la supervivencia⁽¹¹⁾.

De esta manera, el cuidado al otro se transforma en *ethos*, ya que no se concibe como un deber, sino como una vocación que surge y motiva los actos por amor a la humanidad y el respeto a la naturaleza de la que todo ser humano es parte y reflejo⁽¹⁴⁾, visión que pertenece al carácter y forma de ser del individuo.

Responsabilidad como *ethos*

La responsabilidad puede verse como la consecuencia natural del *ethos* de cuidado, porque al buscar ayudar al otro es necesario acudir a la razón para encontrar soluciones que le hagan bien. Por esto, la responsabilidad como *ethos* implica ser conscientes de las consecuencias de los propios actos^(11,15) mediante la autovigilancia, lo que evita la afectación de la integridad humana⁽¹⁵⁾.

El paciente que tiene riesgo o padece MAE es una persona con riesgo en su integridad, que se encuentra vulnerable⁽¹⁶⁾ y esto, más allá del daño físico, implica una fragmentación existencial⁽¹³⁾ y la pérdida de su integridad, porque se identifica con la enfermedad, pero no con su esencia humana. Por tanto, la responsabilidad adquirida al cuidarle tiene el fin de ayudarle a rehumanizarse⁽¹⁷⁾.

Pero la responsabilidad no solo va a surgir por el cuidado y el sentimiento, también será desarrollada desde el ejercicio de la razón con el estudio de las cuestiones técnicas y científicas necesarias para la nutrición clínica, ya que con estos conocimientos se saben los posibles desenlaces del paciente con la terapia seleccionada o no prescrita relacionada con la MAE⁽¹⁴⁾.

Otro punto importante es que el *ethos* de la responsabilidad no puede ser individualista al hablar de MAE ya que es una patología compleja. Por tanto, requiere un abordaje multidisciplinario en el cual se incluyen profesionales de medicina, enfermería, farmacéutica, entre otros^(8,16); y dentro de estos actores también se encuentra el paciente⁽¹⁶⁾. De este modo, en este *ethos* la responsabilidad tendrá que enseñarse y ser compartida⁽¹⁸⁾ porque cada actor tiene un rol fundamental que se debe respetar.

El trabajo en equipo refuerza el *ethos* responsable porque, al delegar actividades según el papel de cada uno, tendrá como obligación observar sus propios actos para determinar sus limitaciones y no trasgredir el ejercicio ni la integridad de los demás. Desde La Antigüedad ese ha sido el rol de los dietoterapeutas⁽¹⁹⁾ y en un equipo de cuidado nutricional esta enseñanza y concientización es fundamental.

Herramienta principal del cuidado nutricional

La Declaración de Cartagena define al cuidado nutricional como un proceso en el que participa el personal de salud en conjunto con el paciente en sus tres fases: detectar, nutrir y vigilar^(8,16). Para llevarlo a cabo, es necesaria la organización del equipo y el reconoci-

miento de las competencias, limitantes y responsabilidad de cada integrante⁽¹⁶⁾.

A través del cuidado nutricional se dignifica al paciente⁽¹⁶⁾, por lo que se debe informar, empoderar y respetar la autonomía del mismo, cuestión que se consolida con un diálogo que sea de comunicación efectiva.

En todo tratamiento, el trato entre los actores es lo que humaniza la intervención y genera el vínculo entre los profesionales de la salud y el paciente. Esto se logra gracias al diálogo que propicia el entendimiento de la información y del ser humano con el que se está tratando. De esta forma, el diálogo requiere que la expresión sea de buen modo y una actitud de paciencia, tolerancia y aceptación. En cualquier momento se tendrán que reforzar las indicaciones y el camino del tratamiento entre todos los actores, pero principalmente con el paciente⁽¹⁷⁾.

Con el trato adecuado, la comunicación será la clave para el entendimiento del otro, conociendo a profundidad al paciente y sus necesidades con una visión más amplia de su experiencia existencial. Por esto, el diálogo permite que el paciente entienda en qué consisten las opciones terapéuticas y, en un sentido humanístico, vuelva a concebirse como un ser humano al hablar y aprender a ser responsable de su autocuidado⁽¹⁷⁾.

Es así como el resultado del cuidado nutricional no será únicamente una mejoría del estado nutricional o de su pronóstico, sino que el paciente se volverá a reencontrar consigo mismo; y ese debe ser la principal motivación y resultado de mayor impacto de la aplicación de la Declaración de Cartagena.

CONCLUSIONES

Al ser la MAE un problema multifactorial y complejo que no ha podido ser atacado efectivamente con el desarrollo técnico, tecnológico y científico, es necesaria la introducción de las humanidades, especialmente la ética del cuidado y la responsabilidad, para contar con más herramientas que dirijan y concreten el ejercicio del cuidado nutricional, logrando salvaguardar la dignidad humana.

Las deficiencias que se han detectado en la práctica del personal de salud tienen implicaciones éticas importantes que pueden resultar en una deshumanización de la atención al paciente. Por lo que la manera de brindar una atención humanizada es con la reflexión ética. Esta reflexión de la Declaración de Cartagena permite que el equipo de cuidado nutricional sea consciente de los

ethos fundamentales de cuidado y responsabilidad que la sostienen son su espíritu. Con la comprensión de los *ethos*, cada integrante podrá incorporarlos a su modo de ser individual para poder compartirlo mediante su ejercicio clínico.

De este modo, la conciencia que se genera con la ética vista de esta manera es que no es solamente cumplir el deber moral, sino que es cumplir con la vocación de cuidado por la dignidad humana y la responsabilidad que se logra únicamente cuando hay un desarrollo equilibrado del sentimiento y la razón. Además, con el antecedente de la existencia de ambos *ethos*, la organización del equipo de cuidado nutricional será efectiva y humanizada, porque el diálogo será su principal herramienta para transmitir el sentimiento y considerar las repercusiones de las decisiones terapéuticas; pero más importante es tener la inclusión al paciente y el respeto de su integridad con un trato digno.

La Declaración de Cartagena no solamente manifiesta el derecho humano al cuidado nutricional, sino que también es el punto de partida para humanizar a los integrantes del equipo para que entre ellos puedan reencontrarse como seres humanos unidos por el mismo fin: la protección de la dignidad humana.

PUNTOS CLAVE

- La ética es el fundamento de la Declaración de Cartagena y debe ser estudiada para poder comprenderla y respetar al paciente en cuanto ser humano.
- Los *ethos* o modos de ser fundamentales deben encontrarse en cada integrante del equipo de cuidado nutricional.
- Salvaguardar el derecho humano de cuidado nutricional es una responsabilidad compartida.
- La práctica humanizada para ejercer el cuidado nutricional puede ser una estrategia para disminuir los riesgos de la malnutrición asociada con la enfermedad.
- La reflexión en torno a la ética y su papel en el ejercicio de la nutrición clínica podrán sensibilizar al equipo de cuidado nutricional para que actúen a partir del sentimiento y la razón.

Conflictos de interés

La autora declara no tener conflictos de interés.

Fuente de financiación

El presente estudio no tuvo financiación.

Referencias bibliográficas

1. Allison SP. Hospital food as treatment. *Clin Nutr.* 2003;22(2):113-4. doi: 10.1054/clnu.2002.0641
2. Santana PS. Comentario al artículo El esqueleto en la taquilla del hospital. *Nutr Hosp.* 2005;20(4):297-307.
3. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr.* 2017; 36(4):958-67. doi: 10.1016/j.clnu.2016.06.025
4. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital Malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 Patients. *Nutrition.* 2001;17(7-8):573-80. doi: 10.1016/s0899-9007(01)00573-1
5. Correia MITD, Campos ACL; ELAN Cooperative Study. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. *Nutrition.* 2003;19(10):823-5. doi: 10.1016/s0899-9007(03)00168-0
6. Crowley J, Ball L, Hiddink GJ. Nutrition in medical education: a systematic review. *Lancet Planet Health.* 2019;3(9):e379-e389. doi: 10.1016/S2542-5196(19)30171-8
7. De la Cruz CPJC, Figueredo GR, Dugloszewski C, Ruy DRJAS, Spolidoro NJV, Matos A, et al. Declaración de Cancún: declaración internacional de Cancún sobre el derecho a la nutrición en los hospitales. *Nutr Hosp.* 2008;23(5):413-7.
8. Cárdenas D, Bermúdez C, Echeverri S, Pérez A, Puentes M, López L, et al. Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición. *Rev Nutr Clin Metab.* 2019;2(Supl 1):14-23. doi: 10.35454/rncm.v2supl1.015
9. Cárdenas D, Echeverri S. Aspectos éticos de la Declaración de Cartagena. *Rev Nutr Clin Metab.* 2019;2(Supl 1):56-62. doi: 10.35454/rncm.v2supl1.032
10. Echeverri S, Arenas Marquez H, Hardy G, Texeira M, Cortes Y, Nava E, et al. La Declaración de Cartagena desde la interdisciplinariedad. *Rev Nutr Clin Metab.* 2019;2(Supl):63-75. doi: 10.35454/rncm.v2supl1.03
11. Boff L. Ética y moral. La búsqueda de los fundamentos. España: Sal Terrae; 2004.
12. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Madrid: Masson S. A.; 1999.
13. Boff L. El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la tierra. Madrid: Trotta; 2002.
14. Laín EP. La medicina hipocrática. 1.ª edición. Madrid: Ediciones Revista de Occidente; 1970.
15. Jonas H. El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. 1.ª edición. Barcelona: Herder Editorial; 1995.
16. Cárdenas D, Puentes M, Echeverri S, Pérez A, López L, Bermúdez C. Los 13 principios de la Declaración de Cartagena. *Rev Nutr Clin Metab.* 2019;2(Supl 1):24-41. doi: 10.35454/rncm.v2supl1.035
17. Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa; 1996.
18. Jaspers K. La práctica médica en la era tecnológica. Barcelona: Gedisa; 2003.
19. Molina GLM. Dietética y moral. Medicina y filosofía en la antigüedad helenística. *Estud Filol.* 2010;42:209-250.



Comité de ética hospitalaria: una instancia ineludible para el nutricionista clínico

Hospital ethics committee: An unavoidable authority for the clinical nutritionist

Comitê de ética hospitalar: uma instância inevitável para o nutricionista clínico

Iván Pérez^{1*}

Recibido: 29 de marzo de 2021. Aceptado para publicación: 22 de julio de 2021.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.321>

Resumen

El acelerado avance de la medicina y los cambios en la relación médico-paciente han significado un aumento en la complejidad de las decisiones clínicas, lo que da origen a problemas ético/clínicos; es decir, aquellos en los que están involucrados conflictos de valor. Estos consisten en una dificultad para especificar lo que debe hacerse y no solo lo que puede hacerse o frecuentemente se hace. En este contexto surgen los comités de ética hospitalaria, que son órganos consultivos de carácter multidisciplinario, cuyo objetivo es ayudar al equipo sanitario a tomar las mejores decisiones terapéuticas en casos particulares. Cuando se consultan, estos comités deliberan en torno al problema ético-clínico, utilizando una metodología y una sistematización del análisis, teniendo como referencia las distintas corrientes de fundamentación ética. La interconsulta ética individual es una opción complementaria a los comités de ética. Los motivos más frecuentes de consulta ética son la adecuación del esfuerzo terapéutico y los conflictos relacionados con el ejercicio de la autonomía del paciente. Ambos aspectos están involucrados en los dilemas éticos, asociados con la nutrición e hidratación administrada artificialmente en distintos contextos clínicos, como en la anorexia nerviosa, la demencia avanzada, el paciente terminal en cuidados paliativos, en estados de mínima consciencia y en el estado

Abstract

The accelerated progress of medicine and the changes in the patient-physician relationship have resulted in increasingly complex clinical decisions, giving rise to ethical-clinical problems, that is, those in which value conflicts are involved. These consist of difficulty in specifying what must be done and not only what can be done or is frequently done. Hospital ethics committees emerge in this context as multidisciplinary advisory bodies whose objective is to help the healthcare team make the best therapeutic decisions in particular cases. When consulted, the committees deliberate on the ethical-clinical problem using a methodology and a systematic analysis, within the framework of the different trends of ethical foundation. Individual ethical consultation is a complementary option to ethics committees. The most frequent reasons for ethical consultation are the adequacy of the therapeutic effort and conflicts related to the exercise of patient autonomy. Both aspects are involved in the ethical dilemmas associated with artificially administered nutrition and hydration in different clinical contexts, such as anorexia nervosa, advanced dementia, terminally ill patients in palliative care, states of minimal consciousness and chronic persistent vegetative state. Therefore, clinical nutritionists may consider consulting

Resumo

O avanço acelerado da medicina e as mudanças na relação médico-paciente têm significado um aumento na complexidade das decisões clínicas, gerando problemas ético-clínicos, ou seja, aqueles em que estão envolvidos conflitos de valores. Trata-se de uma dificuldade em especificar o que deve ser feito e não apenas o que pode ser feito ou frequentemente é feito. Nesse contexto, surgem os comitês de ética hospitalar, que são órgãos consultivos multidisciplinares que têm como objetivo auxiliar a equipe de saúde na melhor tomada de decisões terapêuticas em casos particulares. Quando consultados, os comitês deliberam sobre a problemática ético-clínica a partir de uma metodologia e de uma sistematização da análise, tomando como referência as diferentes correntes da fundamentação ética. A interconsulta ética individual é uma opção complementar aos comitês de ética. Os motivos mais frequentes para a consulta ética são a adequação do esforço terapêutico e os conflitos relacionados ao exercício da autonomia do paciente. Ambos os aspectos estão envolvidos nos dilemas éticos associados à nutrição e hidratação administrada artificialmente em diferentes contextos clínicos, como anorexia nervosa, demência avançada, pacientes terminais em cuidados paliativos, estados de consciência mínima e estado vegetativo crônico persistente. Portanto,



vegetativo persistente crónico; por tanto, el nutricionista clínico puede considerar la consulta al comité de ética hospitalario cuando enfrente decisiones difíciles de su especialidad.

Palabras clave: comités de ética, ética, nutrición.

the hospital ethics committee when faced with difficult decisions in their specialty.

Keywords: Ethics committee; Ethics; Nutrition.

o nutricionista clínico puede considerar consultar o comitê de ética do hospital ao se deparar com decisões difíceis em sua especialidade.

Palavras-chave: comitê, ética, nutrição.

¹ Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

*Correspondencia: Iván Pérez.
ioperez@uc.cl

INTRODUCCIÓN

La toma de decisiones en medicina clínica plantea crecientes desafíos de orden técnico y también moral, lo que se explica por la rápida evolución que han tenido dos aspectos relevantes de la actividad sanitaria en las últimas 6 o 7 décadas. En primer lugar, asistimos a un cambio en la relación médico-paciente, tradicionalmente paternalista y vertical, que ha dado paso a un progresivo reconocimiento de la autonomía del enfermo, su participación en la toma de decisiones y la necesidad de considerar sus intereses y preferencias, no siempre concordantes con las recomendaciones técnicas del médico⁽¹⁾. Surge así un modelo de relación clínica de tipo participativo-informativo, que reconoce en el paciente (o en quien lo represente en casos de incapacidad para decidir) la posibilidad de aceptar o rechazar una propuesta terapéutica.

En segundo lugar, y no por ello menos importante, se ha producido un acelerado avance del conocimiento y del desarrollo tecnológico en la medicina, lo que ha permitido incorporar a la atención rutinaria de salud intervenciones de altísima complejidad y costos, logrando el control de muchas enfermedades, la recuperación de pacientes gravemente enfermos y el aumento de la expectativa de vida. Estos nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos se aplican en todas las etapas del ciclo vital, dando origen a nuevas situaciones, como es el caso de pacientes que logran sobrevivir a eventos críticos, aunque con graves secuelas, que afectan su calidad de vida y demandan cuidados especiales a sus familias y exigencias a la sociedad. Entre estos cuidados y tratamientos se encuentran aquellos relacionados con la alimentación que, aunque corresponde a una necesidad básica para sostener la vida del ser humano, en ciertos contextos clínicos plantea dificultades respecto a la obligatoriedad

de su administración, en especial, cuando se requiere de vías artificiales.

Una resultante inesperada y, en cierto modo, paradójica a estos notables avances ha sido un visible descontento de los pacientes con esta medicina altamente especializada y tecnológica, la que se percibe como deshumanizada y poco centrada en la persona⁽²⁾. En oportunidades, la relación profesional sanitario-paciente se desarrolla como una transacción comercial, en la que un cliente solicita algunas prestaciones o servicios a un proveedor, en una relación fundada más en los derechos y deberes de quienes interactúan, que en la confianza. Es así como el descontento, la desconfianza y una progresiva «judicialización» de la medicina explican la tendencia a practicar el arte médico «a la defensiva», lo que en cierto punto desvirtúa los fines primarios de la profesión.

Es en este contexto histórico y sociocultural en el que surgen los comités de ética hospitalarios (CEH), que pasan a constituirse, en instancias consultivas relevantes, para apoyar a los clínicos y a los pacientes en la toma de decisiones complejas, que involucran aspectos valóricos. A ellos también puede recurrir el nutricionista clínico cuando se enfrenta a problemas ético-clínicos de su especialidad. Este artículo tiene como objetivos mostrar qué es un CEH y cuáles son los dilemas del área nutricional que deberían motivar una consulta a dicho comité.

COMITÉS DE ÉTICA HOSPITALARIA

Sus comienzos y situación actual

Los comités de ética hospitalaria (*hospital/clinical ethics committee*) surgen en la segunda mitad del siglo XX en Estados Unidos, siendo probablemente uno de sus primeros referentes el Comité de Seattle, que se

constituyó en 1960 para decidir qué pacientes podían acceder al revolucionario tratamiento de hemodiálisis, considerando el gran número de candidatos con insuficiencia renal terminal y la escasez del recurso. Por dicho motivo, este se conoció como el comité de la vida o la muerte. Luego hubo otros casos emblemáticos, como el de Karen Ann Quinlan en 1976 o los casos denominados «Baby Doe» y «Baby Jane Doe» en 1982 y 1983, que pusieron en evidencia la complejidad de las decisiones médicas ante el surgimiento de nuevas tecnologías médicas, como la ventilación mecánica invasiva, las unidades de paciente crítico o los primeros trasplantes de órganos.

Algunos de estos casos llegaron a las cortes de justicia y a los medios de comunicación social, lo que causó gran impacto en la opinión pública. Esto fue otro motivo para crear comités de ética en los hospitales, que ayudaran a resolver estas complejas situaciones, en particular, cuando ocurrían en pacientes con incapacidad mental, inconscientes o en recién nacidos gravemente enfermos.

Desde esa época, el surgimiento de los CEH ha sido exponencial. En 1983, solo el 1 % de los hospitales norteamericanos contaba con su comité, cifra que aumentó a 60 % en 1989 y a más de 93 % en 1999. La Asociación Médica Británica creó sus propios comités en 1981. En España, Chile y otros países latinoamericanos, los CEH se institucionalizaron a partir de 1990. En la actualidad, todos los hospitales acreditados por la *Joint Commission on the Accreditation of Health-Care Organizations*, tanto en Estados Unidos como en el resto del mundo, deben contar con su propio mecanismo de resolución de consultas éticas. Asimismo, la existencia de CEH ha pasado a ser una obligación legal, como ocurre en Chile, donde su constitución y funciones están establecidos en la Ley de derechos y deberes de las personas en su atención de salud (Ley 20584), y su respectivo Reglamento⁽³⁾.

Definición, conformación y ámbito de acción de los CEH

Los CEH son grupos interdisciplinarios, que se ocupan de la docencia, investigación y consulta asociadas con los dilemas éticos, que surgen durante la práctica de la medicina hospitalaria⁽⁴⁾. Tienen tres ámbitos generales de acción: atender a la formación bioética tanto entre los propios miembros del comité, como en el conjunto del hospital y hacia la comunidad; desarrollar políticas y orientaciones generales para la institución; y asesorar

al personal sanitario en la toma de decisiones, en las que vienen implicados conflictos de valor⁽⁵⁾.

La importancia relativa a cada una de estas funciones es muy diferente según el país, el tipo de institución y las necesidades temporales de cada hospital. De estas tres funciones, la que mejor responde a las necesidades clínicas de médicos y pacientes es el rol consultivo que los comités cumplen en los hospitales, lo que constituye una instancia formal de asesoría en la toma de decisiones clínicas en las que se confrontan principios y valores.

En 1981, Bernard Lo definió un problema ético clínico como una dificultad en la toma de decisiones frente a un paciente, en cuya resolución es necesario referirse a valores o principios que especifiquen lo que debe ser hecho, en oposición a lo que simplemente puede ser hecho o frecuentemente se hace⁽⁶⁾. Por tanto, el ámbito primario de acción de un CEH es la dimensión ética del actuar médico (la bondad o maldad de las acciones) y no su dimensión técnica, la que en otras instancias puede evaluarse utilizando criterios de eficacia y eficiencia, en referencia al conocimiento prevalente (*lex artis medicae*) y a la información que aporta la medicina basada en la evidencia.

Para no desvirtuar los fines que le son propios, es relevante mencionar qué funciones no debiera realizar un CEH. En general, estos comités no prestan amparo jurídico directo a quienes trabajan en los hospitales, aunque sí lo hacen indirectamente por el efecto que tiene la deliberación ética formal de un caso frente al paciente, la familia o la justicia⁽⁷⁾; tampoco se constituyen en instancias de juicio o sanción al personal sanitario; no realizan análisis económicos, aunque este aspecto tenga repercusiones éticas; finalmente, los CEH no debieran asumir tareas propias de los comités de ética científica o de investigación clínica, los que tienen su propio marco regulatorio de acción y cuyas recomendaciones tienen carácter vinculante para los investigadores⁽⁸⁾, a diferencia de los CEH cuyas recomendaciones pueden calificarse como sugerencias calificadas, que apoyan pero no reemplazan la responsabilidad de los médicos tratantes.

Con respecto a su conformación, la tendencia predominante ha sido que los CEH estén constituidos por profesionales clínicos (médicos, enfermeros, kinesiólogos, psicólogos, entre otros) con especial motivación y competencia en la ética médica, junto con un especialista en ética y un asesor legal. En algunos casos se incluye un asesor espiritual y un representante de la comunidad. Una revisión sistemática reciente de la evolución de los CEH en Estados Unidos, país que ha

liderado su incorporación formal en el quehacer hospitalario, ha demostrado que la conformación de los comités ha cambiado en el tiempo, destacando la tendencia a aumentar el número de sus integrantes (15-16 en general) y la proporción de profesionales no médicos, predominantemente del área de la enfermería, así como de representantes de la comunidad⁽⁹⁾. Datos comparables se han reportado sobre la evolución de estos comités en el sistema de salud canadiense⁽¹⁰⁾.

Pese a estar ampliamente presentes en el sistema de atención de salud a nivel mundial, los CEH son escasamente consultados, considerando la multiplicidad de dilemas éticos que plantea la medicina actual, aunque esto podría cambiar. En Estados Unidos, el promedio de consultas anuales a los CEH aumentó de 7,2 a 19,5 en las últimas 4 décadas, aun cuando se evidenció una gran dispersión en las cifras, con algunos comités que fueron consultados más de 200 veces al año⁽⁹⁾. Esta constatación ha motivado el desarrollo de la interconsulta ética individual, como una modalidad alternativa a los comités de ética hospitalarios en la resolución de dilemas ético-clínicos, especialmente en unidades de paciente crítico⁽¹¹⁾.

La mayor ventaja es la oportunidad de respuesta, considerando que la consulta se atiende por un experto sin necesidad de convocar a un comité, con eventual disponibilidad las 24 horas del día, si se organiza un sistema de turnos; la evaluación de los casos se puede hacer en las mismas unidades clínicas, lo que facilita el contacto directo con los médicos, pacientes y familiares. Incluso es una oportunidad para capacitar «en terreno» a los integrantes del equipo de salud en temas de la bioética aplicada a casos concretos. Esta mayor eficiencia tiene como principal debilidad que la opinión y sugerencias son dependientes de las cualidades personales del interconsultor; asimismo, se pierde la posibilidad de una deliberación multidisciplinaria, que es lo más propio de los CEH⁽¹²⁾. La propuesta actual es considerar ambas modalidades de consulta como complementarias y sinérgicas, para generar un sistema de consultoría mixto, que acoja oportunamente los requerimientos del equipo sanitario.

Deliberación en los CEH

Ya se ha mencionado que las decisiones complejas en la práctica médica conllevan aspectos técnicos y éticos. Se trata de alcanzar un grado de certeza técnica y moral antes de actuar, certezas que no son de tipo apodíctico, sino más bien el resultado de un juicio prudencial, que

busca elegir la mejor opción para ese caso concreto. Se requiere conocer las circunstancias clínicas, considerar el conocimiento prevalente y reconocer los principios y valores en juego, teniendo como fin último la consecución del bien integral del paciente.

En la mayoría de los casos es el mismo médico tratante, especialmente cuando tiene mayor experiencia clínica, quien resuelve, de un modo casi intuitivo, las dificultades técnicas y éticas. Sin embargo, existen situaciones de mayor complejidad, que demandan un análisis metódico y fundamentado, tarea propia de los comités de ética hospitalarios. Para entender mejor el proceso que ocurre al interior de dichos comités es necesario distinguir tres niveles conceptuales: los modelos o tendencias bioéticas de referencia, los modelos de sistematización del análisis y, finalmente, las posibles metodologías disponibles para analizar un caso; en lo que sigue se revisará brevemente cada uno de estos aspectos.

La bioética contemporánea no está libre de disputas y controversias, que tienen su origen en la coexistencia de distintas corrientes de fundamentación ética⁽¹³⁾, las cuales difieren en el modo de calificar la bondad o maldad de las acciones humanas (Tabla 1). Si bien los CEH no declaran formalmente su cercanía o lejanía con alguna corriente ética, es indudable que sus sugerencias están sustentadas en los principios, valores y creencias de sus integrantes, siendo también relevante el marco valórico de la institución a la que pertenecen y el contexto cultural del país o región.

Tabla 1. Principales tendencias en la bioética contemporánea

- Tradición hipocrática
- Utilitarismo
- Libertarismo
- Ética kantiana
- Casuística
- Ética relacional y feminista
- Ética de la virtud
- Principialismo
- Personalismo

Tomado y modificado de ⁽¹³⁾.

En la sistematización del análisis se han reconocido diversos modelos, entre los cuales destacan los norma-

tivos y los descriptivos⁽¹⁴⁾. De ellos, los más utilizados son los modelos normativos, que surgen de la moral tradicional, y que consisten en la aplicación de una corriente de fundamentación determinada a los casos de la vida cotidiana. Estos modelos tienen una primera fase descriptiva, en la que se recopilan datos sobre el problema a analizar; seguida de una fase de juicio, en la que se aplican las normas o un sistema de fundamentación ética a la situación particular.

Por último, importa utilizar una metodología para analizar de manera sistemática cada caso ético-clínico. En Latinoamérica se conoce el modelo deliberativo, propuesto por Diego Gracia, con sus 3 fases deliberativas: sobre los hechos, sobre los valores y sobre los deberes⁽¹⁵⁾. Un método alternativo se desarrolló por Paulina Taboada, en la Universidad Católica de Chile (Tabla 2), e incluye 8 pasos, que se inician con la identificación del problema ético (formulado por medio de una pregunta), el reconocimiento y ponderación de los principios involucrados, la información clínica éticamente relevante y la participación del paciente o su familia. Con estos elementos se analizan las distintas alternativas de acción y se elige una de ellas, la que pasa a sugerirse como solución del problema. La última etapa consiste en definir la implementación práctica de la alternativa elegida y reflexionar acerca de los aprendizajes del caso⁽¹⁶⁾.

Tabla 2. Sistematización del análisis ético de casos clínicos

1. Identificar el(los) problema(s) ético(s), y formular operativamente la(s) pregunta(s)
2. Revisar los valores o principios éticos involucrados
3. Recolectar y analizar la información clínica éticamente relevante
4. Evaluar la capacidad del paciente de participar en la toma de decisiones; tomar en cuenta sus valores o preferencias
5. Revisar las posibles alternativas de acción
6. Formular la respuesta a la pregunta ética
7. Evaluar la mejor forma de implementar la solución
8. Reflexionar sobre los aprendizajes del caso

Tomada y modificada de ⁽¹⁶⁾.

DILEMAS ÉTICOS EN LA NUTRICIÓN

Consideraciones preliminares

La nutrición e hidratación son fundamentales para sostener la vida y permitir el crecimiento, desarrollo y

reproducción de los seres vivos. En los seres humanos, alimentarse no solo cumple este rol fisiológico, sino que es parte integral de la vida en sociedad, con un fuerte significado cultural y religioso, dependiendo de las etnias y zonas geográficas que se consideren⁽¹⁷⁾.

Se crece compartiendo el alimento en la familia; luego la comida y la bebida siguen presentes en los eventos más relevantes de la vida en comunidad. Del mismo modo, el proporcionar agua y alimento al necesitado se ha considerado una obligación en todas las épocas y culturas, deber que emana de la caridad y constituye una manifestación de hospitalidad y acogimiento entre las personas. Por lo mismo, en general nadie se cuestiona el deber básico de alimentar a quienes lo necesitan, y se considera reprochable el desperdicio de alimentos en un mundo en el que aún existen grupos humanos que sufren hambre y desnutrición.

En la atención de salud, los aspectos médico-nutricionales (que incluyen suplementación, adaptación de la dieta y nutrición administrada artificialmente) son parte relevante del plan terapéutico y, como tales, requieren una prescripción médica y el consentimiento del paciente. Más aún, existen muchas condiciones clínicas, transitorias o permanentes, en las que los pacientes ya no pueden alimentarse por sí mismos, y se requiere administrar nutrientes, ya sea por el tubo digestivo, utilizando sondas o, en casos en que esto no sea posible, por vía intravenosa.

Es en este contexto que la nutrición e hidratación pasan a denominarse «artificiales», en contraposición a la nutrición natural, y, en determinadas situaciones, dan origen a cuestionamientos respecto a la licitud ética de su prescripción y administración. A nivel social, este tema se actualiza cada vez que se conocen, por los medios de comunicación social, casos emblemáticos de pacientes con grave daño neurológico, en los que se plantea el dilema ético de suspender la nutrición e hidratación artificial para permitir o, según la perspectiva de análisis, causar la muerte.

Comités de ética hospitalaria y los dilemas nutricionales

La nutrición es un aspecto básico del plan terapéutico de los pacientes hospitalizados y, como se ha dicho, puede dar origen a dilemas éticos. Las publicaciones que reportan la experiencia de los CEH, la mayoría revisiones retrospectivas, no permiten establecer cuán frecuentemente se consultan dichos comités por cuestiones relacionadas con la nutrición⁽¹⁸⁾. Quizás esto se

explica porque utilizan clasificaciones más amplias de las intervenciones que generan dilemas éticos, como «terapias de soporte vital»⁽¹⁹⁾.

Del análisis de los datos publicados se concluye que la mayoría de las consultas proviene de situaciones que afectan a pacientes críticos en los extremos de la vida, y se refieren a dos ámbitos predominantes: en primer lugar, los comités se consultan por decisiones de adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico; en segundo lugar, por dilemas generados por discordancias entre los deseos del paciente (o de su familia o representante) y la propuesta de los médicos, siendo lo más frecuente el rechazo de terapias.

Con respecto a la adecuación del esfuerzo terapéutico, los médicos consultan por la licitud ética de no iniciar o suspender medidas de soporte vital (*withholding or withdrawing treatments*), tales como reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica invasiva, terapias de soporte renal o intervenciones quirúrgicas mayores, por mencionar las más relevantes. Entre estas intervenciones que sostienen la vida también se incluye la nutrición e hidratación administrada artificialmente.

Para el análisis de este tipo de dilema ético, junto con la consideración de los principios tradicionales de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, es de ayuda recurrir al principio de proporcionalidad terapéutica. Este antiguo principio de la tradición moral establece que las medidas que guarden una relación de debida proporción entre el esfuerzo de su implementación y el resultado esperable son proporcionadas y, por tanto, obligatorias⁽¹³⁾. Es así como al realizar un adecuado juicio de proporcionalidad es posible diferenciar, para cada caso particular, terapias moralmente obligatorias (proporcionadas) de aquellas que no son (desproporcionadas). De allí surge la habitual recomendación de los CEH de no implementar tratamientos desproporcionados, lo que evita el empecinamiento terapéutico y permite la muerte, si es el caso. Obviamente, el comité recuerda a los consultantes el carácter obligatorio de las terapias proporcionadas.

En este sentido, la alimentación por la vía oral nunca se cuestiona, por ser una medida básica y obligatoria, junto con las medidas de alivio sintomático y cuidados generales. No ocurre lo mismo con la nutrición e hidratación administrada artificialmente (NHAA), ya sea por medio de sondas enterales o por vía intravenosa, la cual es causa de frecuentes cuestionamientos éticos, como es el caso de su prescripción en pacientes con demencia avanzada, daño neurológico grave e irreparable, cáncer en etapa terminal y en moribundos. En algunos

de estos contextos clínicos, la nutrición parenteral total central, que implica mayores cargas, costos y riesgos, se considera una medida desproporcionada o fútil, en especial, cuando para ese mismo paciente se ha sugerido no implementar o suspender otras terapias de soporte vital.

La segunda causa de problemas ético-clínicos analizados en los CEH es el rechazo de terapias o la situación opuesta, es decir, la solicitud de insistir en el esfuerzo terapéutico. El rechazo de la propuesta terapéutica se considera un derecho del paciente, ya que nadie podría ser sometido a intervenciones médicas en contra de su voluntad, salvo excepciones relacionadas con la salud pública o el bienestar de terceras personas. En estos casos, el comité debe asegurarse de que el paciente tenga la capacidad para decidir, haya sido informado adecuadamente de la naturaleza del tratamiento y comprenda las consecuencias de su rechazo; finalmente, que la decisión haya sido tomada con libertad, es decir, en ausencia de coacción o coerción. Si el paciente se encuentra incapacitado para decidir, como menores de edad, pacientes inconscientes o con demencia avanzada, se debe velar por que quienes representan su voluntad lo hagan en su mejor interés o bien integral.

En los países que se encuentran reguladas las voluntades anticipadas, se debería tener presente esta manifestación de voluntad del paciente. Por el contrario, la solicitud de realizar nuevas terapias o insistir en el esfuerzo terapéutico en contra de la voluntad del equipo sanitario no tiene carácter vinculante, ya que siendo el médico el agente moral, es el único responsable de sus acciones y no está obligado a actuar en contra de sus convicciones profesionales.

En los siguientes párrafos, y a modo de ejemplo, se expondrán brevemente tres dilemas ético-clínicos relacionados con la nutrición, y que podrían ser motivo de consulta a los CEH: la solicitud de alta en pacientes con desnutrición grave por trastornos conductuales, la NHAA en pacientes con demencia avanzada y la NHAA en pacientes terminales.

Existen en la literatura varias revisiones que abordan en mayor profundidad estos temas⁽²⁰⁻²²⁾; del mismo modo, se pueden consultar los pronunciamientos de la *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN)⁽²³⁾ y la *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN)⁽²⁴⁾. Otras situaciones quedarán sin abordar, como es el caso de la realimentación forzada de pacientes en huelga de hambre o la licitud de brindar cuidados paliativos a pacientes que han decidido dejar de comer y beber para provocarse la muerte (*voluntary stopping of eating and drinking*), pro-

blemas que por su complejidad escapan a los objetivos de este artículo. El caso de la suspensión de la NHAA de pacientes en estado de mínima conciencia⁽²²⁾ o en estado vegetativo persistente crónico se abordará en otro capítulo de este número de la revista.

Trastornos de la conducta alimentaria: el caso de la anorexia nerviosa

Con cierta frecuencia ingresan al hospital general pacientes con grave compromiso nutricional, secundario a trastorno de la conducta alimentaria, como es el caso de la anorexia nerviosa, lo cual plantea una serie de cuestionamientos éticos⁽²⁵⁾ y legales⁽²⁶⁾. Por el alto riesgo vital, estos pacientes requieren ser realimentados, a veces de manera coercitiva, gradualmente y bajo estricta monitorización, para evitar los trastornos hidroelectrolíticos, la ingesta de medicamentos no prescritos, el descarte de alimentos o los vómitos autoinducidos. Algunos de estos pacientes solicitan el alta hospitalaria (o se niegan a ser trasladados a clínicas especializadas en estas condiciones) antes de alcanzar un índice de masa corporal «seguro», lo que genera una perplejidad en los médicos tratantes. El CEH debe analizar este problema ético-clínico, valorando adecuadamente el riesgo vital (principio de defensa y cuidado de la vida) frente a la legitimidad de rechazar un plan terapéutico (principio de respeto a la autonomía). La deliberación es más compleja cuando se trata de menores de edad y son sus padres o tutores legales quienes solicitan el alta al domicilio.

NHAA en el paciente con demencia avanzada

La demencia avanzada es una condición clínica, que se acompaña de incapacidad para autoalimentarse, disfagia, trastornos de la deglución y aspiración broncopulmonar. Los pacientes evolucionan a un compromiso nutricional progresivo, postración, úlceras por decúbito y mayor incidencia de infecciones respiratorias (neumonías aspirativas).

La decisión de suministrar alimentación por medio de una sonda nasogástrica, o más frecuentemente por sonda de gastrostomía, constituye un dilema ético, que puede analizarse en el CEH intentando responder, inicialmente, dos preguntas: una relacionada con la real utilidad de la NHAA en estos pacientes, y en segundo lugar indagando si existe una voluntad previa. Adicionalmente deben considerarse las dificultades, costos y cargas que implica sostener este tipo de nutrición en el tiempo, lo que puede variar de un paciente a otro.

La evidencia disponible en la actualidad permite afirmar que en demencia avanzada, la NHAA no logra mejorar significativamente el estado nutricional, disminuir la incidencia de neumonías por aspiración o las úlceras por decúbito⁽²⁷⁾. De ello se sigue que no sería una medida obligatoria la instalación de una gastrostomía de alimentación, aunque podría ser opcional en aquellas situaciones en que es bien tolerada por el paciente y disminuye la carga a sus cuidadores. La otra consideración relevante es conocer la voluntad del paciente, aunque no conste por escrito y no se encuentre regulada legalmente en algunos países. Si consta una manifestación reiterada y contraria a ser alimentado por medio de sondas en las etapas finales de la enfermedad, esta voluntad debería considerarse en la toma de decisiones por respeto a la dignidad de la persona, ya que en cierto modo refleja la aceptación del carácter progresivo de la enfermedad y el advenimiento de la muerte natural.

NHAA en el enfermo terminal

El enfermo terminal es aquel que tiene una enfermedad o condición bien diagnosticada, sin tratamiento curativo o que modifique significativamente su pronóstico, de curso progresivo y que provocará la muerte en un plazo relativamente breve, de algunas semanas a pocos meses⁽²⁸⁾. Es relevante diferenciar esta condición de otras enfermedades crónicas que, si bien provocan grados de dependencia y postración, no conducen a una muerte próxima. En este último caso se trata de pacientes que con los cuidados básicos y la nutrición pueden vivir largos períodos en condiciones relativamente estables; en cambio, cuando se vive en las proximidades de la muerte, cobran relevancia los cuidados paliativos y surge el cuestionamiento sobre los beneficios de la hidratación y nutrición.

Existe suficiente evidencia en la literatura para afirmar que los pacientes moribundos tienen menos apetito y sed, al tiempo que experimentan alivio por medio de un cierto grado de deshidratación (disminución de los edemas, la tos, las secreciones bronquiales, las manifestaciones digestivas y la necesidad de catesterismos urinarios). En ellos, la sensación de sed se alivia al humedecer los labios y mantener una buena higiene de la cavidad oral⁽²⁰⁾. La decisión de no insistir en la NHAA será necesariamente prudencial, y deberá considerar el pronóstico de sobrevida, el nivel de conciencia y el grado de dificultad para administrar agua y alimentos (disponibilidad de vías de acceso y tolerancia digestiva, por ejemplo).

Los CEH pueden recibir consultas por este dilema ético-clínico. En oportunidades es la familia la que se niega a suspender la NHAA, interpretando esta acción como abandono del paciente o aceleramiento de la muerte. En estos casos, la sugerencia principal del comité es lograr una comunicación efectiva con la familia, y aportar información adecuada respecto a los objetivos de la terapia paliativa, que tiene como fin evitar el sufrimiento innecesario y permitir la muerte en paz.

CONCLUSIÓN

Transcurridas 6 décadas desde la introducción de los comités de ética hospitalaria es posible afirmar que en la actualidad son una instancia consultiva relevante en el quehacer clínico, que contribuye a una mejor toma de decisiones en los casos complejos. Entre las múltiples causas de consulta se incluyen los dilemas éticos relacionados con la nutrición e hidratación administrada artificialmente, particularmente al final de la vida, ya sea en pacientes con demencia avanzada o en cuidados paliativos. En esta compleja deliberación, los CEH deben considerar aspectos éticos y legales, así como el valor simbólico y cultural que tiene la alimentación para los seres humanos.

Agradecimientos

A la Dra. Paulina Taboada Rodríguez por autorizar el uso adaptado de las Tablas 1 y 2 de sendas publicaciones de su autoría.

Financiación

El presente estudio no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Declaración de relevancia clínica

El artículo destaca el rol y la importancia de los comités de ética hospitalaria como instancias de ayuda en la toma de decisiones clínicas complejas, que involucran aspectos éticos. Entre estos se encuentran los dilemas relacionados con la nutrición e hidratación administrada artificialmente.

Declaración de autoría

I. Pérez es autor de la concepción, diseño, redacción y aprobación de este manuscrito. Declara ser responsable de la integridad y precisión de este trabajo.

Referencias bibliográficas

1. Bascuñán RML. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Med Chile*. 2005;133:11-6. doi: 10.4067/S0034-98872005000100002
2. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med*. 2004;350(1):69-75. doi: 10.1056/NEJMSr031703
3. Ley 20584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud [Internet]. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Gobierno de Chile. Consultado el 30 de junio 2021. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNrma=1039348&idVersion=2021-05-11&idParte=10042018>
4. Tealdi JC, Mainetti JA. Los comités hospitalarios de ética. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1990;108(5-6):431-8.
5. Burmester M. Organización y rol del comité de ética en el hospital general. En: Correa DE, Echeverría BC, Rojas OA (editores). *Ética y humanidad en la medicina actual*. 1ª edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria. 1993. p. 227-37.
6. Lo B, Schroeder SA. Frequency of ethical dilemmas in a medical inpatient service. *Arch Intern Med*. 1981;141(8):1062-4. doi: 10.1001/archinte.141.8.1062
7. Couceiro VA, Beca IJP. Los comités de ética asistencial y las repercusiones jurídicas de sus informes. *Rev Med Chile*. 2006;134:517-9. doi: 10.4067/S0034-98872006000400016
8. Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas [Internet]. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. París, Francia: UNESCO. 2006. Consultado el 30 de junio 2021. Disponible en: <https://www.cibir.es/files/biblioteca/2006-UNESCO-Guia-2-funcionamiento-de-los-comites-de-bioetica.pdf>
9. Courtwright A, Jurchak M. The evolution of American hospital ethics committees: A systematic review. *J Clin Ethics*. 2016;27(4):322-40.
10. Gaudine A, Thorne L, LeFort SM, Lamb M. Evolution of hospital clinical ethics committees in Canada. *J Med Ethics*. 2010;36(3):132-7. doi: 10.1136/jme.2009.032607
11. Beca IJP, Koppmann AA, Chávez BP, Delgado BI, Solar PS. Análisis de una experiencia de consultoría ético clínica en cuidado intensivo. *Rev Med Chile*. 2010;138:815-20. doi: 10.4067/S0034-98872010000700004
12. Couceiro A. Comités de ética o consultores de ética ¿qué es lo mejor para las instituciones sanitarias? *Bioética & Debat*. 2008;14(54):16-21.

13. Taboada P. Bioethical principles in palliative care. En: Bruera E, Higginson IJ, von Gunten CF, Morita T (editores). *Textbook of palliative medicine and supportive care*. 2ª edición. Londres: CRC Press. 2015. p. 105-18.
14. López BR. Modelos de análisis de casos en ética clínica. *Acta Bioeth.* 2015;21(2):281-90. doi: 10.4067/S1726-569X2015000200014
15. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clín.* 2001;117(1):18-23.
16. Taboada P. Decisiones al final de la vida. En: Andresen HM (editor). *Manual de medicina intensiva*. 3ª edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo. 2019. p. 457-65.
17. Martin FC, Abyad A, Arai H, Arcand M, Hasan BH, Beattie BL, et al. Eating and drinking in later life. En: Michel JP, Beattie BL, Martin FC, Walston J (editores). *Oxford textbook of geriatric medicine*. 3ª edición. Oxford University Press. 2017. p. 1213-27.
18. Tapper EB, Vercler CJ, Cruze D, Sexon W. ethics consultation at a large urban public teaching hospital. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(5):433-8. doi: 10.4065/mcp.2009.0324
19. Wasson K, Anderson E, Hagstrom E, McCarthy M, Parsi K, Kuczewski M. What ethical issues really arise in practice in an academic medical center? A quantitative and qualitative analysis of clinical ethics consultations from 2008 to 2013. *HEC Forum.* 2016;28(3):217-28. doi: 10.1007/s10730-015-9293-5
20. Geppert CMA, Andrews MR, Druyan ME. Ethical issues in artificial nutrition and hydration: A review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2010;34(1):79-88. doi: 10.1177/0148607109347209
21. Cárdenas D. Ethical issues and dilemmas in artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr ESPEN.* 2021;41:23-9. doi: 10.1016/j.clnesp.2020.12.010
22. Newcomer KE, Fine RL, Newman AF. Food as love: Ethical and moral dilemmas in withdrawal of artificial nutrition and hydration in the minimally conscious state. *J Palliat Care.* 2021. doi: 10.1177/08258597211014359
23. Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr.* 2016;35(3):545-56. doi: 10.1016/j.clnu.2016.02.006
24. Schwartz DB, Barrocas A, Annetta MG, Stratton K, McGinnis C, Hardy G, et al. Ethical aspects of artificially administered nutrition and hydration: An ASPEN position paper. *Nutr Clin Pract.* 2021;36(2):254-67. doi: 10.1002/ncp.10633
25. Figueroa G. Bioética de la anorexia nerviosa ¿autonomía, beneficencia o responsabilidad? *Rev Med Chile.* 2008;136:659-65. doi: 10.4067/S0034-98872008000500017
26. Carney T, Tait D, Wakefield A, Ingvarson M, Touyz S. Coercion in the treatment of anorexia nervosa. Clinical, ethical and legal implications. *Med Law.* 2005;24(1):21-40.
27. Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;2009(2):CD007209. doi: 10.1002/14651858.CD007209.pub2
28. Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. El enfermo terminal. *Rev Med Chile.* 2000;128(5):547-52. doi: 10.4067/S0034-98872000000500015



Gestión de conflicto de intereses en investigación y práctica clínica en nutrición

Managing conflict of interest in nutrition research and clinical practice

Gestão de conflito de interesses em pesquisa e prática clínica em nutrição

Rafael Almendra-Pegueros^{1,2,3,4*}, Úrsula Medina^{4,5}

Recibido: 27 de julio de 2021. Aceptado para publicación: 3 de agosto de 2021.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.335>

Resumen

En el proceso de atención a la salud, la confianza que pacientes, cuidadores y redes de apoyo depositan en el proveedor de salud desempeña un papel importante. Esta confianza puede perderse por la interposición de conflictos de interés (CDI), los cuales se describen como condiciones, en los que el objetivo primario del profesional (atención a la salud o integridad científica) se ve alterado por un objetivo secundario, económico o no. Dadas estas implicaciones, en este texto presentamos un análisis de la conceptualización de los CDI en la atención a la salud, así como las particularidades y orígenes de estos en la nutrición, para brindar estrategias que permitan gestionarlos efectivamente desde la investigación hasta la práctica clínica. En la nutrición, los CDI relevantes no son solo económicos, inclusive los no económicos pueden afectar agendas de investigación y la atención de la población o el individuo. Se pueden observar los CDI en la formación de recursos humanos, investigación en salud, diseño de guías de práctica clínica, proceso editorial, asociaciones profesionales, educación continua y práctica diaria de la nutrición clínica. La identificación y declaración de los CDI son los primeros pasos para una correcta gestión. Sin embargo, esto no es suficiente: se necesita integrar comités institucionales de gestión de CDI que construyan lineamientos éticos que acompañen a los profesionales de la nutrición en la identi-

Summary

In the health care process, the trust placed by patients, caregivers, and support networks in the healthcare provider plays an important role. This trust can be lost due to Conflicts of Interest (COI), which are described as conditions where the primary objective of the professional (healthcare or scientific integrity) is altered by a secondary objective, financial or not. Given these implications, in this text we present an analysis of COI conceptualization in health care, and its particularities and origins in nutrition science, in order to provide strategies for effective COI management all the way from research to clinical practice. In nutrition, relevant COI is not financial only; non-financial COI can also affect research agendas as well as care, at a population as well as at an individual level. COI can be found to be at play in human resource training, health research, design of clinical practice guidelines, editorial processes, professional associations, continuing education, and in the daily practice of clinical nutrition. COI identification and disclosure are the first steps towards proper management. However, this is not enough. Institutional COI management committees are needed to build ethical guidelines and support nutrition professionals in COI identification, disclosure and timely management, adapting these guidelines to the particularities observed in each vulnerable area.

Resumo

No processo de assistência à saúde, a confiança que os pacientes, cuidadores e redes de apoio depositam no provedor de saúde desempenha um papel importante. Essa confiança pode ser perdida pela interposição de Conflitos de Interesse (CDI), que são descritos como condições em que o objetivo primário do profissional (atenção à saúde ou integridade científica) é alterado por um objetivo secundário, econômico ou não. Dadas essas implicações, neste texto apresentamos uma análise da conceitualização dos CDI na atenção à saúde, bem como de suas particularidades e origens na nutrição, para fornecer estratégias que possibilitem seu manejo efetivo desde a pesquisa até a prática clínica. Em nutrição, os CDI relevantes não são apenas econômicos, mesmo os não econômicos podem afetar as agendas de pesquisa e a atenção da população ou do indivíduo. Podemos observar o CDI na formação de recursos humanos, pesquisa em saúde, desenho de diretrizes de prática clínica, processo editorial, associações profissionais, educação continuada e prática diária da nutrição clínica. A identificação e declaração dos CDI são os primeiros passos para uma gestão adequada. Porém, não basta, é preciso integrar comitês institucionais de gestão de CDI que construam diretrizes éticas que acompanhem aos profissionais da nutrição na identificação, declaração e gestão oportuna dos CDI, adequando essas



ficación, declaración y gestión oportuna de los CDI, adecuando estos lineamientos a las particularidades observadas en cada una de las áreas vulnerables a CDI.

Palabras clave: conflicto de intereses, ética profesional, códigos de ética, mala conducta profesional, nutricionistas.

Keywords: Conflict of interest; Ethics; Professional; Codes of ethics; Professional misconduct; Nutritionists.

diretrizes às particularidades observadas em cada uma das áreas vulneráveis a CDI.

Palavras-chave: conflito de interesses, ética profissional, códigos de ética, má conduta profissional, nutricionistas.

¹ Departamento de Nutrición y Ciencias de los Alimentos, Universidad Cuauhtémoc, San Luis Potosí, México.

² Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle de México. San Luis Potosí, México.

³ Red de Nutrición Basada en la Evidencia, Centro de Análisis de la Evidencia Científica de la Academia Española de Nutrición y Dietética. Pamplona, España.

⁴ Laboratorio de Investigación Traslacional en Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México.

⁵ Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México.

*Correspondencia: Rafael Almendra-Pegueros. ralmendrap@gmail.com

I think is bad for nutrition research, it's bad for public trust in nutrition science, it's misleading, and it's about marketing, not about science.

Marion Nestle.

INTRODUCCIÓN

Como profesionales de la salud, o de las áreas de atención involucradas, como nutrición, nuestro objetivo principal es garantizar y mantener la salud individual y poblacional, esto a partir de la promoción y prevención de la salud, atención de la enfermedad y rehabilitación. Aunado a lo anterior, estas medidas deben basarse en la aplicación de la mejor evidencia disponible, nuestra pericia clínica y el respeto a la voluntad del paciente o la población, lo que conocemos cómo «práctica basada en la evidencia»⁽¹⁾.

En la atención a la salud o enfermedad, la confianza en el personal de la salud es una cualidad de gran importancia, ya que al perderse esta se reduce el papel y la relevancia de las intervenciones que el proveedor de salud proponga. En la práctica clínica se ha observado que aquellos pacientes con mayor nivel de confianza en su proveedor de salud presentaron mayor satisfacción con el tratamiento empleado, menor duración de síntomas y, por ende, mayor calidad de vida⁽²⁾. La confianza en el proveedor de salud, así como en la intervención que realiza, se puede analizar en un marco conceptual, que incluye 5 dimensiones:

- fidelidad: confianza en respetar los deseos e intereses del paciente, sin tomar ventaja alguna de la vulnerabilidad de este;

- competencia: confianza en las capacidades del proveedor de salud para obtener el mejor resultado posible, así como la reducción de posibles complicaciones;
- honestidad: confianza en que las decisiones e intervenciones del profesional de la salud son las mejores que se encuentran disponibles para el paciente, basadas en su experiencia y en las competencias adquiridas a lo largo de su formación;
- confidencialidad: confianza en la protección y uso de datos e información personal y sensible;
- confianza global: dimensión en la que se analizan todas aquellas características que no se puedan integrar en las dimensiones previas, así como la perspectiva global sobre la confianza que se puede depositar en el proveedor de la salud⁽³⁾.

Si nos detenemos a profundizar con atención las dimensiones de confianza, veremos que todas ellas permiten la abstracción y el análisis sobre las intervenciones adoptadas por el profesional de la salud, lo que demuestra que todas las decisiones que se tomen durante el proceso de atención se encontrarán siempre en juicio por el propio paciente, sus cuidadores y la red de apoyo, así como por otros colegas y profesionales de la salud. En numerosas ocasiones, la toma de decisiones y las intervenciones adoptadas por el proveedor de salud se podrían ver desde un objetivo meramente financiero, dejando en segundo nivel la salud del paciente o la población; esto ejemplificaría, en su conceptualización más escueta y generalista, un posible CDI.

La existencia de los CDI mermaría la confianza que el paciente y la población depositan en el proveedor

de salud, lo que afecta la adherencia a la intervención sugerida y los resultados observados posteriormente. Por ello, todas las intervenciones deberían disponerse en un marco de decisiones informadas, exentas de posibles ventajas personales y económicas para el profesional de la salud; esto garantiza los juicios desinteresados, que tendrían como único objetivo la salud del paciente o la población⁽⁴⁾.

Hablar de CDI es sinónimo de la confianza que los pacientes, redes de apoyo y otros profesionales pueden depositar sobre el proveedor de salud. La confianza sería mayor en aquellos profesionales que puedan identificarse libres de CDI, caso contrario se observaría en aquellos a los que les sea imposible⁽⁴⁾. En la nutrición clínica, la declaración de CDI no es una situación habitual, y cuando esta se logra, solo se consideran aquellos ocasionados por motivos financieros, situación que queda lejos de las recomendaciones para la declaración de CDI en la investigación y práctica de la nutrición⁽⁵⁾.

Por lo anterior, en este texto presentamos un análisis desde la conceptualización de los CDI en la atención a la salud y las particularidades y orígenes de los CDI en la nutrición, para brindar estrategias que permitan reducir y gestionar los CDI en la investigación y práctica de la nutrición clínica.

CDI Y ATENCIÓN A LA SALUD

Los CDI se convirtieron en una temática de especial importancia en el área biomédica desde la década de 1980. Esto a partir de la participación de expertos médicos, investigadores y clínicos, así como de instituciones médicas^(6,7) en diversas acciones consideradas como fuentes potenciales de CDI. Entre estas acciones destacan recibir regalos o patrocinios de compañías farmacéuticas, prácticas de lealtad con la marca y compra preferente, realizar conferencias o investigaciones patrocinadas por la industria y la participación de pacientes en proyectos de investigación propios de la industria farmacéutica⁽⁸⁾.

En 1993, Thompson⁽⁹⁾ describió los CDI como «aquellas condiciones en la que el juicio profesional principal (restauración de la salud o la integridad científica) es influida por un interés secundario, interés regularmente económico». Resaltar a los CDI de origen económico como los habituales responde a la objetividad que representa su medición y vigilancia; sin embargo, ya se reconocía la existencia de otros intereses secundarios, que podrían ser igual de perniciosos a los

económicos en la atención a la salud. Actualmente, la discusión sobre la conceptualización, origen y efecto de los CDI continúa. Los CDI pueden ser el resultado de características o experiencias individuales de los proveedores de salud (CDI internos) o desde las propias instituciones o terceros al profesional (CDI externos). Sin importar la naturaleza de los CDI, y el primer acercamiento de su conceptualización, se pueden identificar dos tipos de CDI: los económicos, o financieros, y los no económicos⁽¹⁰⁾.

DE LA INTENCIÓN A LA ACCIÓN ¿POR QUÉ LOS CDI NO ECONÓMICOS IMPORTAN?

Desde el primer acercamiento para describir a los CDI, ya se reconocía la presencia de CDI no económicos, los cuales pueden influir en el objetivo principal de la atención a la salud con la misma intensidad que los económicos. A pesar de esto, los CDI económicos se han considerado como los únicos perniciosos. Tal situación se ha trasladado en la mayoría de las políticas, reglamentos e investigaciones sobre CDI, relevando solo al análisis y debate académico a aquellos de origen no económico y sus posibles efectos en la atención de la salud y la investigación⁽¹¹⁾.

Los CDI no económicos se caracterizan por un interés que surge de situaciones externas, como motivos religiosos u opiniones individuales, por la opinión de otros con los que se mantenga estrecha relación, por la participación en instituciones (y sus intereses) y por un mejor desarrollo profesional, entre otros motivos^(12,13). Para entender el papel de los CDI no económicos propongo analizarlos bajo el siguiente símil: de la intención a la acción.

Utilizar el símil de la intención a la acción hace referencia a los términos propuestos por Bero y colaboradores⁽¹⁴⁾, quienes exponen que muchos de los CDI no económicos son meramente intereses personales del propio investigador o proveedor de salud. Se puede entender esta propuesta con el siguiente escenario: la investigadora «Y» es madre de un niño con leucemia. Sus más recientes investigaciones han tenido como objetivo identificar intervenciones nutricionales que puedan mejorar la respuesta al tratamiento en pacientes con leucemia; esto representa un claro interés personal de la investigadora, pero ¿podría convertirse en un CDI? Y, si el interés fuera meramente por un mayor desarrollo profesional exitoso, ¿sería mayor el CDI? Para contestar a estas preguntas tendríamos que analizar cada caso y profesional de forma individual.

A pesar de esto, es posible convertir un mero interés personal en un CDI, en especial, en casos en los que de forma secundaria se pueda observar una retribución económica o un mejor posicionamiento profesional, que también resultaría en una ganancia económica. Por ejemplo, la misma investigadora «Y», después de años de continuar su línea de investigación, logró incrementar su reputación científica, especialmente por su reciente publicación, en la que se demuestra que la intervención nutricional «Z» confiere mejor respuesta al tratamiento oncológico. Si dado el éxito de la investigadora «Y» se le propone participar en un comité para evaluar proyectos de investigación en su línea de experiencia, uno de los trabajos pretende comparar la eficacia de la intervención «X» con la intervención «Z» de la investigadora. Al recibir el dictamen, la investigadora desestima la propuesta. Ante esta situación, ¿existiría un CDI o no? Por lo anterior, se debería analizar críticamente su participación como evaluadora en dicha propuesta, lo que debería discutirse en un comité de gestión de CDI.

Los dos ejemplos suponen situaciones especiales, pero frecuentes, en las que se demuestra la plausibilidad de convertir un CDI real. Por ello, también los intereses no económicos deben incluirse en todas las políticas y reglamentos sobre la declaración y control de los CDI, para lograr su adecuada gestión^(11,15).

Dentro de este mismo debate se ha discutido clasificar a los CDI basados en el tiempo en el que se presenten dichas situaciones. Los CDI actuales son los que se observan al momento de realizar una investigación o atención a la salud, mientras que los percibidos o potenciales en el presente no generan ningún conflicto, pero en un futuro podrían generarlo⁽¹⁶⁾, tal como lo observamos previamente, de la intención a la acción. A pesar de que algunos expertos consideran que estas clasificaciones deben mantenerse para realizar una gestión acorde al tipo de CDI, será más probable que genere confusión y no se adopten las estrategias correctas que permitan gestionar cualquier tipo de CDI. Tal como lo comenta McKinney⁽¹¹⁾, en este momento es más relevante crear estrategias de control y gestión de los CDI que buscar conceptualizaciones integrales, ya que se perdería el objetivo principal.

CDI, PARTICULARIDADES EN LA NUTRICIÓN

Aunque analizar los CDI no es una temática del todo nueva para las ciencias médicas y de la salud, en lo que respecta a los CDI en la nutrición existen ciertas parti-

cularidades que se deben considerar. La alimentación y nutrición, al ser fenómenos amplios, se pueden estudiar desde perspectivas diferentes y con la participación de equipos multidisciplinarios, es por ello que las fuentes de CDI también serán amplias. A pesar de esta perspectiva, no se cuenta con las estrategias necesarias para el adecuado reporte y manejo de los CDI para aquellos que participamos en algunas de las áreas de la alimentación y nutrición. En 2018 Ioannidis y colaboradores⁽⁵⁾ expusieron, con total claridad, las limitaciones existentes y las áreas de oportunidad referentes a la gestión de los CDI en nutrición, iniciando por una adecuada declaración de los CDI no económicos.

La evidencia científica ha demostrado que la participación financiera de la industria de alimentos y bebidas en la investigación en nutrición afecta de forma importante en los resultados y en la forma de reportarlos; por ejemplo, eludir el efecto del consumo de bebidas azucaradas en la ganancia de peso y obesidad^(17,18). Por ello, los mecanismos para el reporte de CDI económicos existen; sin embargo, poco se hace para gestionar o reportar los CDI no económicos.

¿Por qué los CDI no económicos se deben reportar en la investigación y atención en nutrición?

En párrafos anteriores colocábamos el ejemplo de la investigadora «Y», para observar cómo los intereses personales (de cualquier origen) podrían migrar a un CDI. En la investigación y atención en nutrición son muchos los intereses que pueden transitar este camino. Algunos de los cuales se deberían declarar son los siguientes⁽⁵⁾:

- Patrón alimentario: seguir cierto patrón alimentario podría influir en el tipo de investigación que se realiza o en las recomendaciones otorgadas al paciente/población. Este efecto podrá ser mayor si el investigador/proveedor de salud participa como activista de dicho patrón alimentario, o tiene origen en preceptos religiosos seguidos por el profesional.
- Publicación de libros de divulgación científica con recomendaciones sobre patrones alimentarios y su efecto en la salud, como la pérdida de peso: el investigador «C» publicó un libro sobre la dieta «W» y la pérdida de peso. Este libro cita gran parte de las investigaciones que ha realizado. ¿Qué pasaría si invitáramos al investigador «C» a ser evaluador de un artículo que podría ser publicado y sus resultados demuestran que la dieta «W» no es la más adecuada

para perder peso? ¿Qué pasaría si un paciente solicita que la intervención sea otra, diferente a la «W»?

- Otras características del estilo de vida diferentes a la dieta: el tipo de ejercicio que se realiza, práctica de meditación, yoga o taichí podría suponer recomendaciones específicas sobre el ejercicio o actividad física en pacientes o modificar las agendas de investigación.

Los CDI no económicos presentados son orientadores y estos podrán modificarse para ser declarados cuando la presencia de algunos de ellos confiera posibles sesgos en la apreciación y realización de la investigación, así como en la atención a pacientes y población. Es necesario mencionar que estas recomendaciones han causado debates importantes sobre si debería hacerse de forma habitual o no, si existe riesgo de un manejo inadecuado de datos sensibles o si se causaría situaciones discriminatorias para aquellos investigadores que opten por no hacer una declaración completa o prefieran no compartir ciertos datos privados^(19,20). Para ello se ha recomendado que la declaración de los CDI económicos y no económicos sea una actividad acompañada de análisis de todos los posibles intereses y CDI que puedan interferir en la actividad profesional, utilizando estrategias que permitan salvaguardar datos sensibles y privados. La declaración podrá ser tan extensa y abierta de acuerdo con lo que el profesional prefiera presentar⁽²¹⁾.

CICLO DE LOS CDI

Debido a las particularidades de los CDI en la nutrición, la identificación y declaración oportuna supone una actividad de mayor complejidad frente a lo que sucede en la medicina y otras áreas de la salud, lo que requiere un análisis más detallado de la situación. No solo existen CDI en la investigación, sino que también es posible observarlos en la atención clínica o poblacional en salud y nutrición. Por lo anterior, la identificación es el primer paso a considerar para lograr una correcta gestión de los CDI.

Para facilitar esta actividad y conocer cómo los CDI pueden ir migrando de una actividad a otra presentamos lo que hemos nombrado como «ciclo de los CDI», desde la formación de recursos humanos en salud, hasta la práctica diaria de la atención a la salud y nutrición.

CDI en la formación de recursos humanos

La formación de recursos humanos es una actividad necesaria para garantizar el acceso de la población a ser-

vicios de salud eficientes⁽²²⁾, lo cual se logrará siempre que los programas consideren 4 dimensiones importantes: planificación del personal sanitario acorde a necesidades de la población, formación interprofesional, responsabilidad social y el uso de modelos de docencia/servicio/investigación acorde con la realidad y evolución de los servicios de salud⁽²³⁾.

Para cumplir con estos objetivos, la actualización constante de académicos y alumnos es parte fundamental. La actualización se realiza en seminarios, conferencias, talleres, cursos o diplomados, pueden diseñarse por la misma institución o por terceros y con la participación de distintos expertos, y su selección es el punto crucial. Investigaciones previas sugieren que las intervenciones de los profesionales de la salud podrían influenciarse por las actividades de educación profesional organizadas por la industria, inclusive de forma inconsciente^(24,25). Es por ello que se han desarrollado algunas políticas de gestión de CDI en la formación de recursos humanos en salud; una de ellas, la propuesta por la *American Medical Student Association*, contempla el desarrollo de una boleta de calificaciones, que evalúa las acciones que las escuelas de medicina en Estados Unidos realizan para evitar CDI con la industria farmacéutica⁽²⁶⁾; sin embargo, estas políticas solo se han enfocado en los CDI económicos.

No solo las actividades de actualización son fuentes de CDI, sino las actividades diarias de formación, en las que participan académicos de dichas instituciones, quienes pueden trasladar sus CDI económicos y no económicos, lo que produce un sesgo de la formación y competencias profesionales de los estudiantes^(27,28).

A pesar de que la declaración y eliminación de los CDI se ha posicionado como la solución perfecta, en el escenario de formación de recursos humanos no se debe buscar un ambiente inocuo de CDI, sino uno donde los CDI económicos y no económicos se declaren adecuadamente y se gestionen (reduzcan) de forma oportuna, con el objetivo de desarrollar las competencias críticas de declaración y gestión de CDI en los próximos proveedores de salud, teniendo así herramientas para sortear la presencia de CDI en la vida profesional y laboral⁽²⁹⁾.

Otra forma de CDI en la formación de recursos humanos en salud es el financiamiento económico o donaciones que ciertas industrias pueden realizar a instituciones educativas, situaciones que llegan a ser soluciones ante los recortes que los financiamientos públicos sufren cada año⁽³⁰⁾. Para reducir estas fuentes potenciales de CDI en la formación de recursos humanos en salud es necesario

el diseño y evaluación de políticas institucionales que gestionen los efectos de los CDI y decidan la actuación de la población académica⁽³¹⁾.

CDI en la investigación en salud y nutrición

Una de las tareas características de las instituciones educativas y de atención a la salud es la generación de conocimientos que busque dar respuestas a las necesidades de la población. Para que esto suceda, la existencia de financiamientos es necesaria, y en la mayoría de los casos provienen de partidas ofrecidas por los gobiernos o, en algunos casos, por la industria. Sin embargo, en materia de nutrición y alimentación, estos financiamientos son cada vez más escasos o frecuentemente enfocados en líneas de investigación específicas, lo que deja necesidades sin cubrir y espacios para los financiamientos privados⁽³⁰⁾.

La participación de la iniciativa privada en la investigación en salud no es nueva: su participación también ha significado mejoras en los procesos de atención; sin embargo, en muchas ocasiones, esta participación no ha sido bajo los lineamientos de integridad y ética científica esperados, por lo que se convierte en un CDI de importancia. En la investigación en nutrición y alimentación, la industria con mayor participación en financiamientos ha sido la de alimentos y bebidas, participaciones que se han convertido en CDI y, en algunas otras, en una estrategia de mercadotecnia para incrementar las ventas de sus productos⁽³²⁾.

Del papel de la industria de alimentos en la investigación en nutrición y alimentación podemos recordar la desafortunada actuación del sector azucarero en la década de 1950, que realizó pagos a investigadores (en forma de financiamientos y personales) para ocultar los efectos del consumo de azúcar en la epidemia de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares, culpando así a las grasas⁽³³⁾, lo que significó cambios en las agendas de investigación y en las políticas públicas de mitigación de esta epidemia. Esta práctica se ha repetido de forma intermitente en algunas investigaciones previamente comentadas, como eludir el papel del consumo de bebidas azucaradas en el incremento de peso u obesidad, y dirigir el discurso hacia el sedentarismo⁽¹⁸⁾. En general, se ha descrito que en la mayoría de los estudios financiados por la industria se tiende a generar resultados a favor de quien financia⁽¹⁷⁾.

Por lo anterior, diversas discusiones se han planteado para reducir estos efectos, teniendo como sugerencia principal la no aceptación de estos fondos de investi-

gación, mientras se diseñan políticas adecuadas para la gestión y transparencia de los estudios financiados por la industria^(34,35).

CDI en la formulación de las guías de práctica clínica (GPC)

Para estandarizar la práctica clínica, así como para mejorar la atención a la salud, surgen las GPC. Estas guías se deben desarrollar de forma sistemática para ofrecer lineamientos rápidos y oportunos, que les permitan a los clínicos y pacientes la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia disponible para ciertas circunstancias clínicas⁽³⁶⁾. Su implementación ha demostrado que pueden ser adecuadas para reducir desenlaces mortales en la atención a la salud^(37,38). Sin embargo, la formulación y reporte de las GPC deberían cumplir con los pasos recomendados por diversos organismos internacionales^(39,40), entre los que se encuentran un adecuado reporte y gestión de CDI.

En el desarrollo de las GPC, el CDI es posible desde la participación de expertos con potenciales CDI (económicos y no económicos) previos a la formulación, o desarrollados durante la formulación de la GPC, e inclusive por la participación de la industria farmacéutica y de alimentos como patrocinadores en el proceso de desarrollo de las guías. A pesar de conocerse esta situación, el reporte de CDI es limitado. En menos del 30 % de las GPC formuladas en China se cuenta con la declaración de CDI⁽⁴¹⁾; en cambio, solo 1 de 45 GPC disponible en el Ministerio de Salud danés cuenta con esta declaración, y el CDI más frecuente es participar como consultor o empleado de compañías farmacéuticas o de dispositivos médicos^(41,42). En la más reciente revisión sistemática sobre CDI en la formulación de GPC se describe que el 45 % de los autores tiene al menos un CDI derivado de pagos directos o como financiamientos de investigación, y el 32 % no los declara⁽⁴³⁾.

En la formulación de GPC, los CDI pueden modificar el resultado sistemático y las recomendaciones emitidas desde la selección de pruebas diagnósticas, tratamiento y seguimiento de los pacientes, alineando estos a intereses secundarios. Pero no solo los CDI identificados en la formulación de GPC importan, ya que las investigaciones con CDI podrán llegar a formar parte de ciertas GPC; un ejemplo es el uso de revisiones sistemáticas como estrategia de mercadotecnia. Ha sido bien documentado que las revisiones sistemáticas patrocinadas por la industria tienen una mejor calidad en su reporte de resultados (y facilitan su publicación), además de una mayor probabi-

lidad de resultados a favor de las opciones de tratamientos que oferta la industria patrocinadora⁽⁴⁴⁾; esto influye de forma «secundaria» en la formulación de GPC y en la toma de decisiones clínicas.

CDI en el proceso editorial

En el proceso de investigación, la difusión de resultados es parte fundamental. La difusión regularmente se logra en forma de artículos de investigación o revisión, y participaciones en congresos o reuniones científicas. Del mismo modo, las GPC se logran difundir por estos medios e inclusive se publican en revistas académicas, dada su importancia en la toma de decisiones en salud. Por ello, los CDI que se puedan generar en cualquiera de las fases previas pueden seguir el ciclo y pasar de investigaciones o GPC a publicaciones académicas (Figura 1).

En el proceso editorial de las revistas académicas es importante la participación de tres actores principales: autores, revisores y editores, quienes podrían presentar algún tipo de CDI e influir en la escritura, reporte, revisión y publicación de la comunicación científica. Ejemplo claro son las revisiones sistemáticas patrocinadas por la industria, las cuales tienen mayor probabilidad de ser publicadas, tanto por un mejor apego a las guías de reporte de investigaciones, como por la posibilidad de acceder a pagos por publicación en revistas con mejor eficiencia en la gestión de artículos, sin olvidar los sesgos a favor de las entidades que patrocinan. Por lo anterior se han diseñado políticas editoriales para incrementar los reportes de CDI como una primera estrategia de gestión en los tres actores del proceso editorial.

De acuerdo con las recomendaciones del *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, los autores

FASE	CDI HABITUALES	PROPUESTA DE GESTIÓN
1 En la formación de recursos humanos	Participación de docentes o expertos con CDI y sin la declaración adecuada	Enseñanza sobre la identificación, declaración y gestión de CDI
2 En la investigación en salud y nutrición	Financiamientos de la industria de bebidas y alimentos	Independencia entre financiadores e investigadores
3 En la formulación de GPC	CDI de autores, participación de industria en el proceso de formulación	Declaración CDI previo inicio de trabajos Sin participación de industria
4 En el proceso editorial	CDI autores, revisores y editores Industria: publicidad, especiales	Declaración CDI Sin/limitar participación de la industria
5 En asociaciones científicas y profesionales	CDI mesa directiva Participación de la industria	Declaración CDI Sin/limitar participación de la industria
6 En educación continua	CDI en eventos de educación continua como seminarios, congresos y otros	Declaración CDI - Sin patrocinadores Independencia de patrocinadores
7 En la práctica de la nutrición clínica	CDI del profesional Promoción/aval de productos	Declaración CDI Evitar promocionar/aval productos

Figura 1. Ciclo de los conflictos de interés, ejemplos habituales y recomendaciones de gestión. En cada una de las fases que incluyen el ciclo de CDI existen situaciones habitualmente reportadas, que se presentan aquí con propuestas de gestión, las cuales se deberían acompañar de la formación de un comité gestor de CDI, con lineamientos adecuados y accesibles.

deben realizar la declaración de CDI al momento de enviar un manuscrito, ya sea en el formato provisto por el ICMJE o por los sugeridos por la propia revista. De igual forma, los revisores deben realizar dicha declaración al registrar su evaluación. Ambas recomendaciones se completan en el 96 % de las revistas académicas del área médica^(45,46). A pesar del apego a esta recomendación, las políticas de declaración de CDI siguen considerando la preferente declaración de los CDI económicos, situación que no cubre todo el espectro de los CDI, que se ha comentado previamente. Por último, referente a la declaración de CDI por los equipos editoriales, solo se logra entre el 30 % y 40 % de las revistas académicas⁽⁴⁷⁾, por lo que es necesario mejorar esta situación.

El gran foco de atención en el proceso editorial es ¿quién vigila a los vigilantes?, símil usado por Gottlieb y colaboradores⁽⁴⁸⁾ para referirse a los miembros de comités editoriales, quienes por sus funciones podrían sesgar las agendas de investigación y publicación alineados a sus CDI, ya sean personales o institucionales/editoriales. Se ha descrito que los editores de revistas médicas reciben pagos desde la industria farmacéutica y de dispositivos médicos, clasificando estos pagos como personales o financiamientos de investigación, y se presenta más en las revistas del área de endocrinología, cardiología, gastroenterología, reumatología y urología^(49,50). Además, la industria también ha participado en el pago a revistas académicas por conceptos de mercadotecnia y publicidad, así como por la gestión y publicación de números suplementarios o de reuniones académicas⁽⁵¹⁾. Estas situaciones representan potenciales CDI, por los cuales se debería de contar con políticas de gestión adecuadas de CDI en el proceso editorial.

CDI en asociaciones científicas y profesionales

Las asociaciones científicas y profesionales realizan diversas funciones, entre las que se incluyen la generación y divulgación del conocimiento, la educación continua para profesionales, la participación en la formación de recursos humanos y la gestión para mejoras en políticas públicas y atención clínica en sus respectivas áreas⁽⁵²⁾. En la realización de estas actividades, la existencia de sesgos por otros intereses secundarios a los objetivos de las asociaciones es posible, situación que se puede identificar como potenciales CDI, dada la participación de la industria farmacéutica y de alimentos en muchas de las asociaciones médicas y de nutrición.

En España, 64 % de las asociaciones relacionadas con la salud, la nutrición y la obesidad recibió algún patro-

cinio de compañías alimentarias, con mayor frecuencia en sociedades de pediatría y nutrición. Las principales compañías patrocinadoras fueron Nestlé, Coca-Cola y Danone. Es importante observar que las iniciativas para prevenir y tratar la obesidad propuestas por las asociaciones que recibieron patrocinio se dirigían a cambiar hábitos individuales, caso contrario con las no patrocinadas, que promovían cambios en el sistema y entorno alimentario, propuestas de acuerdo con la mejor evidencia disponible para la prevención de sobrepeso y obesidad⁽⁵³⁾. Esto demuestra la capacidad de influencia que los patrocinios y actividades de la industria pueden generar en las asociaciones científicas y profesionales, siendo necesario la gestión de estos CDI.

CDI en la educación continua

De los beneficios más reconocidos y buscados por los miembros de las asociaciones científicas y profesionales es la educación continua que estos organismos ofrecen, entre los que destacan la organización de seminarios, cursos, diplomados y congresos o reuniones académicas, los que permiten el intercambio de conocimientos. En el proceso de organización de estos eventos de educación continua es posible la existencia de CDI.

El 88 % de los eventos académicos en nutrición y dietética, que se celebraron entre enero de 2018 y diciembre de 2019 en Latinoamérica y el Caribe, contó con algún tipo de patrocinio por la industria alimentaria, principalmente los de ponentes, destacando que estos patrocinios no son transparentados⁽⁵⁴⁾. La participación de la industria alimentaria en congresos puede modificar el abordaje de las temáticas y discusiones clave. Un claro ejemplo fue lo sucedido en 2011 en el Congreso de Nutrición en Brasil, en el que la discusión de prevención y tratamiento de obesidad se dirigió a abogar por intervenciones basadas en mejorar la toma de decisiones individuales y la práctica de actividad física, ignorando por completo lo referente a factores ambientales, políticos, económicos, culturales y de mercadotecnia, factores claves en la transición nutricional, que caracteriza la epidemia de obesidad⁽⁵⁵⁾.

CDI en la práctica diaria de atención a la salud y nutrición

La atención a la salud y nutrición debe seguir los lineamientos de la medicina basada en la evidencia, integrando la pericia clínica, la voluntad del paciente y la mejor evidencia científica disponible. Como ya hemos

mencionado previamente, el acceso a dicha evidencia se logra a partir de GPC, formación de recursos humanos, educación continua y el papel de las sociedades científicas y profesionales, y en todas estas fuentes, la existencia de CDI es posible. Pero en la práctica diaria no solo se encontrarán estos CDI que provienen de las fases previamente comentadas, sino que se sumarán a las prácticas ejercidas por la industria farmacéutica y de soporte nutricional: pagos personales, de viáticos y alimentarios; visitas médicas; uso de regalos como estrategias de mercadotecnia, así como la entrega de información de prescripción de sus productos, lo que incrementa la posibilidad de recomendarlos^(56,57). Es oportuno mencionar que cualquier monto monetario, o su equivalencia en especie, representa una posible adquisición de compromiso para recomendar ciertos productos, aunque se ha observado que a mayor monto, mayor es la frecuencia de recomendación de los productos^(58,59).

Aquí aparecen otras fuentes de CDI económicos y no económicos, que se deben atender dadas sus implicaciones en el sesgo del objetivo principal en la atención a la salud:

- usar la posición de profesional para influir en que el paciente decida alguna intervención a favor de los intereses del profesional y no de los del paciente;
- recomendar el uso de algún servicio o producto, que no se traducirá en mejoría del paciente, pero que generará algún tipo de ganancia en el proveedor de salud;
- aceptar comisiones por promocionar o avalar algún producto⁽⁶⁰⁾.

¿POR QUÉ SE MANTIENEN LOS CDI?

A pesar de conocer los efectos de los CDI en la disminución de la confianza de los pacientes y en la reducción de la integridad científica, estos siguen presentándose y, en algunas ocasiones, se minimizan. Esto podría explicarse por la interrelación de los siguientes principios de influencia:

- Reciprocidad: devolver el favor (apoyo) que te hayan brindado.
- Compromiso: ser coherente con los compromisos adquiridos (individuales y para con el centro laboral).
- Prueba social: creer que es un comportamiento aceptable porque más personas lo hacen.
- Simpatía: construcción de un lazo de interés para lograr un objetivo (real o supuesto).

- Autoridad: participación de un personaje importante (autoridad directa/indirecta), lo que acentúa el valor de la persuasión.
- Escasez: la escasez de recursos mantiene las necesidades sin cubrir⁽⁶¹⁾.

¿CÓMO REDUCIR LOS CDI?

Desde la conceptualización inicial de los CDI, la estrategia de gestión identificada como la más adecuada es la declaración oportuna de los CDI, recomendación que se encuentra prácticamente en todo el ciclo de los CDI. Luego de la declaración se procede a limitar la participación en la toma de decisiones a aquellos implicados con CDI. Sin embargo, estas estrategias no concuerdan con las recomendaciones sugeridas en la evidencia actual⁽⁶²⁾, y es necesario ir más allá de la declaración y diseñar estrategias que permitan una adecuada gestión de CDI.

RECOMENDACIONES PARA LA GESTIÓN DE CDI

Las recomendaciones aquí presentadas irán de acuerdo con cada una de las fases analizadas en el ciclo de CDI. Aunque existirán ciertas particularidades en cada fase, la gestión de los CDI debe encontrarse fundamentada en políticas o lineamientos previamente diseñados por cada una de las instituciones, a partir de un comité de gestión de CDI. Este debe contar con la participación de expertos con diferentes perfiles académicos, lo que garantizaría la atención multidisciplinaria de los CDI y una correcta vigilancia de los lineamientos. Es importante que estas políticas se encuentren disponibles y sean de fácil acceso para toda persona que lo requiera. Ejemplo de ello es la postura sobre el manejo de CDI de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición⁽⁶³⁾.

Gestión de CDI en la formación de recursos humanos

- Declaración de CDI de cualquier tipo por cada integrante de la plantilla académica. Ejemplo de ello sería la evaluación de excolaboradores directos o de autoridades académicas superiores. Misma declaración que deberá estar disponible para todos los estudiantes y, en caso de existir algún CDI relevante, el comité de gestión deberá diseñar la estrategia de manejo.
- Fomentar el desarrollo de competencias para la identificación y manejo de CDI en toda la planta académica.

- Vigilar de forma cercana la participación de expertos o la propia industria en los cursos de educación continua y los lineamientos que se apliquen en estos casos. Ejemplo de ello sería la boleta de calificaciones de la relación entre universidad e industria que sugiere la *American Medical Student Association*.

Gestión de CDI en la investigación en nutrición

- Reducir la posible participación de la industria en financiamientos para la investigación.
- En caso de financiamientos convocados por la industria, exigir la firma de un acuerdo que garantice la total independencia de los investigadores con respecto al diseño de la investigación, manejo de datos y resultados, así como la divulgación de los mismos, sin la participación del patrocinador.
- Declaración de CDI por cada uno de los investigadores financiados.

Gestión de CDI en la formulación de GPC

- Declarar los CDI de cada uno de los candidatos a formar parte de la GPC, para la evaluación previa e integración de un grupo de trabajo libre de CDI.
- Analizar la relevancia de los CDI en cada uno de los artículos o comunicaciones científicas que se consideren incluir en la GPC como evidencia.
- Evitar la participación de la industria en el proceso de formulación de la GPC. En caso de que sea imposible prescindir de ella, firmar acuerdos de independencia, como se recomienda en la investigación financiada por la industria.

Gestión de CDI en el proceso editorial

- Continuar con la solicitud de declaración de CDI por autores y revisores, integrando también a esta declaración los CDI no económicos.
- Exhortar a todos los equipos editoriales la declaración de CDI económicos y no económicos, para que los manuscritos se gestionen por editores sin CDI en la temática de trabajo.
- Evitar recibir cursos de la industria por concepto de publicidad o por publicaciones especiales. En caso de que alguna publicación especial existiera, la industria no debe participar en el proceso editorial⁽⁶⁴⁾.
- Las publicaciones financiadas por la industria deberán ser totalmente identificadas, por ejemplo,

integrarlas en alguna sección especial de fácil identificación⁽⁶⁵⁾.

Gestión de CDI en las sociedades científicas y profesionales

- Evitar la participación de la industria en financiamientos de eventos académicos, viáticos, hospedaje o pagos personales a algún miembro del cuerpo directivo.
- Los directivos de cada sociedad deberán complementar su declaración de CDI, misma que deberá actualizarse constantemente para evitar la traslación de CDI de algún miembro a la agenda de la sociedad.
- Evitar la participación como avales de productos alimentarios, en especial, en aquellos que excedan los límites del perfil de nutrimentos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Gestión de CDI en la educación continua

- Realizar reuniones científicas libres del patrocinio de la industria, buscando que las cuotas de socios sean suficientes para cubrir los gastos necesarios. En caso de que las cuotas no sean suficientes, analizar qué industrias pueden participar sin tener injerencia en mesas de trabajo, publicidad, conferencias y temas a analizar en la reunión.
- Todos los docentes y expertos invitados en actividades de educación continua deberán completar la declaración de CDI económicos y no económicos. Esta declaración deberá estar disponible en todo momento y se deberá presentar al inicio de la ponencia, charla o clase de educación continua.

Gestión de CDI en la práctica diaria de la nutrición clínica

- Las instituciones hospitalarias, públicas o privadas, deberán diseñar sus propias políticas que reduzcan la exposición de los proveedores de salud a representantes médicos y sus productos de cortesía.
- Todo proveedor de salud deberá completar su declaración de CDI y, en caso de algún conflicto relevante (decidido por el comité de evaluación), al inicio de la atención clínica deberá presentar dicha declaración a su paciente, cuando esto fuera posible.
- Los proveedores de salud evitarán publicitar productos o recomendarlos a cambio de ganancias, financieras o no.

- Crear lineamientos éticos para enmarcar los comportamientos permitidos en relación con la industria. Los colegios/asociaciones científicas que regulen la profesión deberán integrar estos lineamientos a su código de ética; ejemplo de ello es el Código Nutricia⁽⁶⁶⁾.

CONCLUSIÓN

La existencia de los CDI (económicos y no económicos) ha significado efectos importantes en la gestión y atención de la salud de la población. Estos no solo son inherentes a la investigación científica en el área de la salud, sino que, de forma cíclica, pueden afectar en todas las fases de la formación y actuación profesional, con una influencia en la confianza que la población deposita en los proveedores de salud.

En la práctica de la nutrición, la identificación de los CDI podría suponer una mayor complejidad, dadas las particularidades que engloban la investigación y la atención en nutrición. Es necesario el diseño de lineamientos institucionales que enseñen a identificar de una manera más práctica los CDI en nutrición, desde la formación de recursos humanos, hasta la práctica clínica, tomando importancia para el código de ética del profesional de la nutrición y el apego al mismo.

PUNTOS CLAVE

- Se conoce como conflicto de interés (CDI) a las condiciones en las que el juicio de un profesional es influido por un interés secundario, económico o no, con respecto a la atención de la salud o la integridad científica.
- En nutrición es posible que los patrones alimentarios, religión, producción y reputación académica originen CDI.
- Los CDI pueden presentarse desde la investigación hasta el proceso de atención en nutrición clínica, lo que afecta la confianza depositada en el proveedor de salud.
- Es necesario el diseño de lineamientos éticos institucionales que motiven una correcta identificación, declaración y gestión de CDI.

Fuente de financiación

El presente estudio no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Declaración de autoría

RAP y UM contribuyeron igualmente a la concepción del manuscrito. Ambos autores revisaron el manuscrito, acuerdan ser plenamente responsables de garantizar la integridad y precisión del trabajo, y leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Referencias bibliográficas

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-2. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71
2. Birkhäuser J, Gaab J, Kossowsky J, Hasler S, Krummenacher P, Werner C, et al. Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PloS One*. 2017;12(2):e0170988. doi: 10.1371/journal.pone.0170988
3. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Q*. 2001;79(4):613-39. doi: 10.1111/1468-0009.00223
4. Fineberg HV. Conflict of interest: Why does it matter? *JAMA*. 2017;317(17):1717-8. doi: 10.1001/jama.2017.1869
5. Ioannidis JPA, Trepanowski JF. Disclosures in nutrition research: Why it is different. *JAMA*. 2018;319(6):547-8. doi: 10.1001/jama.2017.18571
6. Relman AS. The new medical-industrial complex. *N Engl J Med*. 1980;303(17):963-70. doi: 10.1056/NEJM198010233031703
7. Relman AS. Dealing with conflicts of interest. *N Engl J Med*. 1985;313(12):749-51. doi: 10.1056/NEJM198509193131209
8. Blumenthal D, Gluck M, Louis KS, Wise D. Industrial support of university research in biotechnology. *Science*. 1986;231(4735):242-6. doi: 10.1126/science.3941897
9. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med*. 1993;329(8):573-6. doi: 10.1056/NEJM199308193290812
10. Royo Bordonada M, García López F. What is and what is not a conflict of interest in public health research. *Eur J Public Health*. 2018;28(4). doi: 10.1093/eurpub/cky213.750
11. McKinney RE, Pierce HH. Strategies for addressing a broader definition of conflicts of interest. *JAMA*. 2017;317(17):1727-8. doi: 10.1001/jama.2017.3857
12. Bero L. What is in a name? Nonfinancial influences on the outcomes of systematic reviews and guidelines. *J Clin*

- Epidemiol. 2014;67(11):1239-41. doi: 10.1016/j.jclinepi.2014.06.015
13. Bero L. Addressing bias and conflict of interest among biomedical researchers. *JAMA*. 2017;317(17):1723-4. doi: 10.1001/jama.2017.3854
 14. Bero LA, Grundy Q. Why having a (nonfinancial) interest is not a conflict of interest. *PLoS Biol*. 2016;14(12):e2001221. doi: 10.1371/journal.pbio.2001221
 15. Saver RS. Is it really all about the money? Reconsidering non-financial interests in medical research. *J Law Med Ethics J Am Soc Law Med Ethics*. 2012;40(3):467-81. doi: 10.1111/j.1748-720X.2012.00679.x
 16. Burfoot D. Actual and perceived conflicts of interest - Why both matter [Internet]. Independent Broad-based Anti-corruption Commission [consultado el 12 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.ibac.vic.gov.au/publications-and-resources/ibac-insights/issue-21/actual-and-perceived-conflicts-of-interest-why-both-matter>
 17. Chartres N, Fabbri A, Bero LA. Association of industry sponsorship with outcomes of nutrition studies: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2016;176(12):1769-77. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.6721
 18. Bes-Rastrollo M, Schulze MB, Ruiz-Canela M, Martínez-González MA. Financial conflicts of interest and reporting bias regarding the association between sugar-sweetened beverages and weight gain: A systematic review of systematic reviews. *PLoS Med*. 2013;10(12):e1001578. doi: 10.1371/journal.pmed.1001578
 19. Bero L, Grundy Q. Conflicts of interest in nutrition research. *JAMA*. 2018;320(1):93-4. doi: 10.1001/jama.2018.5662
 20. Ludwig DS, Kushi LH, Heymsfield SB. Conflicts of interest in nutrition research. *JAMA*. 2018;320(1):93. doi: 10.1001/jama.2018.5658
 21. Ioannidis JPA, Trepanowski JF. Conflict of interest in nutrition research - Reply. *JAMA*. 2018;320(1):94-5. doi: 10.1001/jama.2018.5678
 22. Reinoso Medrano T, Tamarit Díaz T, Pérez Hoz G. La formación de recursos humanos en salud necesarios para el mundo y los paradigmas vigentes. *Educ Médica Super*. 2012;26(4):635-41
 23. Artaza O, Santacruz J, Girard J, Alvarez D, Barría S, Tetelboin C, et al. Training of human resources for universal health: Strategic actions from academic institutions. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e83. doi: 10.26633/RPSP.2020.83
 24. Caudill TS, Johnson MS, Rich EC, McKinney WP. Physicians, pharmaceutical sales representatives, and the cost of prescribing. *Arch Fam Med*. 1996;5(4):201-6. doi: 10.1001/archfam.5.4.201
 25. Steinbrook R. Financial support of continuing medical education. *JAMA*. 2008;299(9):1060-2. doi: 10.1001/jama.299.9.1060
 26. Pizzo PA, Lawley TJ, Rubenstein AH. Role of leaders in fostering meaningful collaborations between academic medical centers and industry while also managing individual and institutional conflicts of interest. *JAMA*. 2017;317(17):1729-30. doi: 10.1001/jama.2017.2573
 27. Perkmann M, King Z, Pavelin S. Engaging excellence? Effects of faculty quality on university engagement with industry. *Res Policy*. 2011;40(4):539-52. doi: 10.1016/j.respol.2011.01.007
 28. Catton M. Medical schools tackle conflict of interest. *CMAJ Can Med Assoc J*. 2005;173(10):1143. doi: 10.1503/cmaj.051295
 29. Wayne DB, Green M, Neilson EG. Teaching medical students about conflicts of interest. *JAMA*. 2017;317(17):1733-4. doi: 10.1001/jama.2017.2079
 30. Galea S, Saitz R. Funding, institutional conflicts of interest, and schools of public health: Realities and solutions. *JAMA*. 2017;317(17):1735-6. doi: 10.1001/jama.2017.1659
 31. Cho MK, Shohara R, Schissel A, Rennie D. Policies on faculty conflicts of interest at US universities. *JAMA*. 2000;284(17):2203-8. doi: 10.1001/jama.284.17.2203
 32. Nestle M. *Unsavoury truth: How food companies skew the science of what we eat*. Estados Unidos: Basic Books. 2018
 33. Kearns CE, Schmidt LA, Glantz SA. Sugar industry and coronary heart disease research: A historical analysis of internal industry documents. *JAMA Intern Med*. 2016;176(11):1680-5. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.5394
 34. Navarrete-Muñoz EM, Tardón A, Romaguera D, Martínez-González MÁ, Vioque J. Food industry funding and epidemiologic research in public health nutrition. *Gac Sanit*. 2018;32(2):168-71. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.04.002
 35. Kroeger CM, Garza C, Lynch CJ, Myers E, Rowe S, Schneeman BO, et al. Scientific rigor and credibility in the nutrition research landscape. *Am J Clin Nutr*. 2018;107(3):484-94. doi: 10.1093/ajcn/nqx067
 36. Institute of Medicine (US) Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington (DC): National Academies Press (US). 1990.
 37. Schmidt M, Lindenauer PK, Fitzgerald JL, Benjamin EM. Forecasting the impact of a clinical practice guideline for perioperative beta-blockers to reduce cardiovascular morbidity and mortality. *Arch Intern Med*. 2002;162(1):63-9. doi: 10.1001/archinte.162.1.63
 38. Arabi YM, Haddad S, Tamim HM, Al-Dawood A, Al-Qahtani S, Ferayan A, et al. Mortality reduction after implementing a clinical practice guidelines-based management protocol for severe traumatic brain injury. *J Crit Care*. 2010;25(2):190-5. doi: 10.1016/j.jcrc.2009.05.004
 39. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, Slutsky J, Grimshaw J, Deshpande AM. Standardized reporting of clinical practice guidelines: A proposal from the Conference on Guideline

- Standardization. *Ann Intern Med.* 2003;139(6):493-8. doi: 10.7326/0003-4819-139-6-200309160-00013
40. Rosenfeld RM, Shiffman RN. Clinical practice guideline development manual: A quality-driven approach for translating evidence into action. *Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;140(6):S1-43. doi: 10.1016/j.otohns.2009.04.015
 41. The Lancet null managing conflicts of interests in clinical guidelines. *Lancet Lond Engl.* 2019;394(10200):710. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32000-8
 42. Bindsvlev JBB, Schroll J, Götzsche PC, Lundh A. Underreporting of conflicts of interest in clinical practice guidelines: Cross sectional study. *BMC Med Ethics.* 2013;14:19. doi: 10.1186/1472-6939-14-19
 43. Tabatabavakili S, Khan R, Scaffidi MA, Gimpaya N, Lightfoot D, Grover SC. Financial conflicts of interest in clinical practice guidelines: A systematic review. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes.* 2021;5(2):466-75. doi: 10.1016/j.mayocpico.2020.09.016
 44. Ioannidis JPA. The mass production of redundant, misleading, and conflicted systematic reviews and meta-analyses. *Milbank Q.* 2016;94(3):485-514, doi: 10.1111/1468-0009.12210
 45. Resnik DB, Konecny B, Kissling GE. Conflict of interest and funding disclosure policies of environmental, occupational, and public health journals. *J Occup Environ Med.* 2017;59(1):28-33. doi: 10.1097/JOM.0000000000000910
 46. Resnik DB, Elmore SA. Conflict of interest in journal peer review. *Toxicol Pathol.* 2018;46(2):112-4. doi: 10.1177/0192623318754792
 47. Bosch X, Pericas JM, Hernández C, Doti P. Financial, nonfinancial and editors' conflicts of interest in high-impact biomedical journals. *Eur J Clin Invest.* 2013;43(7):660-7. doi: 10.1111/eci.12090
 48. Gottlieb JD, Bressler NM. how should journals handle the conflict of interest of their editors?: Who watches the «watchers»? *JAMA.* 2017;317(17):1757-8. doi: 10.1001/jama.2017.2207
 49. Liu JJ, Bell CM, Matelski JJ, Detsky AS, Cram P. Payments by US pharmaceutical and medical device manufacturers to US medical journal editors: Retrospective observational study. *BMJ.* 2017;359:j4619. doi: 10.1136/bmj.j4619
 50. Haque W, Minhajuddin A, Gupta A, Agrawal D. Conflicts of interest of editors of medical journals. *PloS One.* 2018;13(5):e0197141. doi: 10.1371/journal.pone.0197141
 51. Nestle M. Food company sponsorship of nutrition research and professional activities: a conflict of interest? *Public Health Nutr.* 2001;4(5):1015-22. doi: 10.1079/phn2001253
 52. Nissen SE. Conflicts of interest and professional medical associations: Progress and remaining challenges. *JAMA.* 2017;317(17):1737-8. doi: 10.1001/jama.2017.2516
 53. Guzmán-Caro G, García López FJ, Royo-Bordonada MÁ. Conflicts of interest among scientific foundations and societies in the field of childhood nutrition. *Gac Sanit.* 2021;35(4):320-5. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.03.008
 54. Mialon M, Jaramillo Á, Caro P, Flores M, González L, Gutiérrez-Gómez Y, et al. Involvement of the food industry in nutrition conferences in Latin America and the Caribbean. *Public Health Nutr.* 2021;24(6):1559-65. doi: 10.1017/S1368980020003870
 55. Canella DS, Martins APB, Silva HFR, Passanha A, Lourenço BH. Food and beverage industries' participation in health scientific events: Considerations on conflicts of interest. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;38(4):339-43.
 56. Larkin I, Ang D, Steinhart J, Chao M, Patterson M, Sah S, et al. Association between academic medical center pharmaceutical detailing policies and physician prescribing. *JAMA.* 2017;317(17):1785-95. doi: 10.1001/jama.2017.4039
 57. Steinbrook R. Physicians, industry payments for food and beverages, and drug prescribing. *JAMA.* 2017;317(17):1753-4. doi: 10.1001/jama.2017.2477
 58. DeJong C, Aguilar T, Tseng CW, Lin GA, Boscardin WJ, Dudley RA. Pharmaceutical industry-sponsored meals and physician prescribing patterns for Medicare beneficiaries. *JAMA Intern Med.* 2016;176(8):1114-22. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.2765
 59. Lo B, Grady D. Payments to physicians: Does the amount of money make a difference? *JAMA.* 2017;317(17):1719-20, doi: 10.1001/jama.2017.1872
 60. College of Dietitian of Alberta Code of Ethics. 1ª edición. Alberta, Canadá: College of Dietitian of Alberta. 2008.
 61. Sah S, Fugh-Berman A. Physicians under the influence: Social psychology and industry marketing strategies. *J Am Soc Law Med Ethics.* 2013;41(3):665-72. doi: 10.1111/jlme.12076
 62. Goldberg DS. The shadows of sunlight: Why disclosure should not be a priority in addressing conflicts of interest. *Public Health Ethics.* 2019;12(2):202-12. doi: 10.1093/phe/phy016
 63. Barquera S, García-Chávez CG, Navarro-Rosenblatt D, Uauy R, Pérez-Escamilla R, Martorell R, et al. Postura de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición (SLAN) sobre el manejo de conflicto de intereses. *Salud Pùb Mèx.* 2018;60(5):S92-7. doi: 10.21149/9657
 64. Almendra-Pegueros R, Lozano-Lorca M, Benítez-Brito N, Valera-Gran D, Fernández-Villa T, Soares P, et al. Declaración de conflictos de interés de los editores de la Revista Española de Nutrición Humana y Dietética 2020-2022. *Rev Esp Nutr Humana Dietética.* 2020;24(3):187-9. doi: 10.14306/renhyd.24.3.1123
 65. Soares MJ, Müller MJ, Boeing H, Maffei C, Misra A, Muscogiuri G, et al. Conflict of interest in nutrition research: An editorial perspective. *Eur J Clin Nutr.* 2019;73(9):1213-5. doi: 10.1038/s41430-019-0488-8
 66. Barquera S, Balderas N, Rodríguez E, Kaufer-Horwitz M, Perichart O, Rivera-Dommarco JA, et al. Nutrición code: nutrition and conflict of interest in academia. *Salud Pùb Mèx.* 2020;62(3):313-8. doi: 10.21149/11291



Dilemas éticos en la investigación en salud y nutrición

Ethical dilemmas in health and nutrition research

Dilemas éticos na pesquisa em saúde e nutrição

Martha Kaufer-Horwitz¹

Recibido: 21 de julio de 2021. Aceptado para publicación: 4 de agosto de 2021.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.333>

Resumen

Los dilemas éticos se refieren a preguntas sin respuesta o a preguntas con varias respuestas, cuyas consideraciones varían según el contexto. No existe una metodología específica para resolver los dilemas éticos; estos deben ser un ejercicio de reflexión del investigador y de los comités de ética. En el campo de la salud, y específicamente de la investigación en temas nutriólogicos, los dilemas se asocian con el descuido del rigor metodológico de las investigaciones, no tomar en cuenta a los participantes de los estudios, descuidar la ponderación de los riesgos y los beneficios de las investigaciones, no definir los procedimientos para anticipar los conflictos derivados de la investigación, ser poco críticos ante la definición de confidencialidad, el tema de la omisión del consentimiento informado en situaciones de emergencia, el uso que se da a la información que se genera en la investigación y los dilemas relacionados con los investigadores. El objetivo del presente artículo es mostrar algunos ejemplos de los dilemas éticos planteados por Figueroa, extrapolados al campo de la nutrición clínica. Se presentan algunos ejemplos en el terreno de la investigación en nutrición, y más específicamente en obesidad.

Palabras clave: dilema ético, investigación, consentimiento informado, nutrición.

Summary

Ethical dilemmas refer to unanswered questions or questions with multiple answers where considerations vary depending on the context. There is no particular methodology to resolve ethical dilemmas; it should rather involve an exercise of reflection for the researcher and the ethics committees. In the field of health, and specifically of research on nutritional issues, dilemmas are associated with neglect of methodological rigor of the research; not taking the study participants into account; neglecting the balance of the risks and benefits of research; not defining procedures to anticipate conflicts arising from the investigation; not having a critical stance regarding the definition of confidentiality; the omission of informed consent in emergency situations; the use given to the information generated in the research, and researcher-related dilemmas. The aim of this article is to present some examples of the ethical dilemmas raised by Figueroa, extrapolated to the field of clinical nutrition. Some examples in the field of research in nutrition and more specifically in obesity are presented.

Keywords: Ethical dilemma; Research; Informed consent; Nutrition.

Resumo

Os dilemas éticos referem-se a perguntas sem resposta ou perguntas com várias respostas onde as considerações variam dependendo do contexto. Não existe uma metodologia específica para resolver os dilemas éticos; deve ser um exercício de reflexão por parte do pesquisador e dos comitês de ética. No campo da saúde e especificamente da pesquisa em questões nutricionais, os dilemas estão associados ao descaso com o rigor metodológico das pesquisas; não levar em consideração os participantes do estudo; negligenciar a ponderação dos riscos e benefícios das pesquisas; não definir procedimentos para antecipar conflitos decorrentes da investigação; ser pouco criterioso perante a definição de confidencialidade; a questão da omissão do consentimento informado em situações de emergência; o uso que é dado às informações geradas na pesquisa e os dilemas relacionados aos pesquisadores. O objetivo deste artigo é apresentar alguns exemplos dos dilemas éticos levantados por Figueroa extrapolados ao campo da nutrição clínica. São apresentados alguns exemplos no campo da pesquisa em nutrição e, mais especificamente, na obesidade.

Palavras-chave: dilema ético, pesquisa, consentimento informado, nutrição.

¹ Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria, Departamento de Endocrinología y Metabolismo, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México.

*Correspondencia: Martha Kaufer-Horwitz.
marthakauffer@gmail.com



ANTECEDENTES

El poco escrutinio de las investigaciones realizadas antes de la Segunda Guerra Mundial llevó a la reflexión ética y al surgimiento de una serie de estándares aceptados internacionalmente, que se deben adoptar por cualquier persona que haga una investigación con seres humanos. Por lo anterior, actualmente existen directrices para realizar investigación clínica cuyo objetivo fundamental es proteger a los sujetos de investigación. Estas directrices han ayudado a delinear los principios de ética más pertinentes a la investigación biomédica en seres humanos. Varios de estos documentos han sufrido cambios o ajustes a lo largo del tiempo, derivados de los avances en la reflexión ética. Entre estos destacan el Código de Nuremberg (Estados Unidos, 1947), la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Organización de Naciones Unidas [ONU], 1948), la Declaración de Helsinki (Finlandia, 1964), el Informe Belmont (Estados Unidos, 1979), los Principios del Consejo para las Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1982, 1993-2002), el Concilio de Nuffield (GB, 1991) y el Consejo Europeo (Europa, 1997)⁽¹⁻⁴⁾.

Las bases de las discusiones éticas en las investigaciones con seres humanos parten del Código de Nuremberg, que destacó principios como solo realizar experimentos necesarios por personal científicamente calificado y de tener la libertad de retirarlo en cualquier momento, la necesidad de obtener un consentimiento voluntario por parte del sujeto, tomar las acciones para evitar el sufrimiento innecesario, no realizar la investigación cuando hay peligro de muerte o lesión irreparable, realizar una evaluación cuidadosa de la relación riesgo-beneficio, tomar las precauciones adecuadas y previsible al realizar la investigación, e interrumpir la investigación en caso de peligro.

Por su parte, la Declaración de Helsinki, promulgada por la Asamblea Médica Mundial, fue un intento de autorregulación de la profesión médica, pero en realidad se convirtió en el primer estándar mundial de investigación biomédica. Como aspectos sobresalientes destacan que el bienestar de los sujetos debe anteponerse a los intereses de la ciencia y de la sociedad; que el consentimiento para participar debe darse por escrito; que por primera vez se destacaron las precauciones a tomar en el caso en el que el participante del estudio dependa del investigador; que se introdujo la necesidad de dar mayor acceso a los beneficios para todos los

participantes en el estudio; que se deben minimizar los riesgos y otorgar protección adicional a las personas con menor autonomía y, además, se estableció que solo se justifica la investigación si se han sopesado los riesgos y se les puede hacer frente satisfactoriamente.

Adicionalmente, se contempla que debe darse una compensación apropiada a personas que sufren daños por la investigación; se discute el tema del uso de placebo y se introduce el concepto de confidencialidad; se establece que los protocolos de investigación deben ser claros y detallados y deben evaluarse por un comité de ética independiente del investigador; así mismo, se discute el tema de la inscripción de la base de datos y la publicación y difusión de los resultados. Los demás documentos mencionados, que parten de los antes descritos, complementan, abundan, actualizan o tratan aspectos particulares de la reflexión ética en la investigación clínica.

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española, la palabra «dilema», del latín *dilemma* y del griego *δίλημμα* “*dílēmma*”, de *di-* ‘2’ y *lēmna* ‘premis’, significa: «Situación en la que es necesario elegir entre dos opciones igualmente buenas o malas». Es un «argumento formado por dos proposiciones contrarias disyuntivamente, de tal manera que, negada o concedida cualquiera de las dos, queda demostrada una determinada conclusión»⁽⁵⁾.

En el terreno de la ética, los dilemas en este campo se refieren a preguntas sin respuesta o a preguntas con varias respuestas, donde las consideraciones varían según el contexto. En realidad, no existe una metodología definida para resolver dilemas éticos, es un trabajo de reflexión del investigador, y debe serlo también al interior de los comités de ética.

Estos dilemas se generan entre quien investiga y quien es objeto de la investigación. En general, la discusión se concentra en el sujeto de investigación; sin embargo, reflexionar en torno a los investigadores, aunque es un tema menos abordado, no es menos relevante, y debe tratarse al interior de los comités de ética⁽⁶⁾. La investigación es una reflexión ordenada, sistemática y crítica, que permite generar conocimientos. Las tres condiciones anteriores son indispensables para que investigadores capacitados incursionen en el terreno de la investigación. Esto hace necesario reflexionar sobre quién está capacitado para hacer una investigación, lo cual es especialmente relevante en el terreno de la investigación clínica, pues las metas de la investigación son distintas a las de la atención clínica. Mientras que,

en el ámbito clínico, el objetivo es buscar un beneficio para el paciente y su familia, en el terreno de la investigación se busca generar conocimiento científico⁽⁷⁾.

A manera de ejemplo se presenta una serie de posibles dilemas que comúnmente se muestran en investigación nutricional. En general, estos se plantearon por Figueroa en una conferencia magistral impartida en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán y publicada en la revista Cuadernos de Nutrición⁽¹⁾.

DILEMA 1. DESCUIDAR EL RIGOR METODOLÓGICO EN LAS INVESTIGACIONES

Cualquier investigación que presente problemas metodológicos en su planteamiento es éticamente cuestionable y es asunto de los comités de ética (y no solo de los de investigación). Esto incluye hacer inferencias sin pruebas suficientes, asumir causalidad cuando se encuentra una asociación o exagerar las conclusiones del estudio cuando podrían ser tentativas o no contundentes; por ejemplo, estudios sobre el consumo de una dieta determinada y la presencia de sarcopenia o de cáncer, en los que se sugiere causalidad ante un hallazgo de asociación.

Otro error metodológico es el de manejar enfoques reduccionistas, que fragmentan la realidad y que generalizan a partir de una visión parcial. Esto es común en estudios relacionados con enfermedades complejas, como la obesidad, en las que se presentan conclusiones amplias y se generaliza a partir de estudiar o describir, por ejemplo, solo aspectos biológicos o sociales o psicológicos o ambientales, y se omite el resto. «El rigor metodológico implica tener la capacidad de cuestionar con cierta periodicidad nuestros modelos de interpretación de la realidad y no asumir que son los únicos, ni que son los únicos verdaderos»⁽¹⁾.

DILEMA 2. NO TOMAR EN CUENTA LA OPINIÓN DE LAS PERSONAS INVESTIGADAS

Las personas invitadas a participar en una investigación tienen el derecho de contar con toda la información disponible y necesaria para poder decidir si aceptan o no la invitación a participar. Es obligación de los investigadores promover el proceso mediante el cual las personas toman la decisión con plena libertad, autonomía y con conocimiento de todos los aspectos relevantes de la investigación. Por lo anterior, no es suficiente con «aplicar el formato de consentimiento informado» o solicitar una firma. No es un simple trámite que debe cubrir el investigador; se trata de un proceso dinámico

en el que el sujeto otorga su consentimiento y no simplemente «acepta» participar. La información plasmada en el documento y explicada al participante potencial debe ser comprensible, y es obligación del investigador asegurarse de que esto se cumpla. Salvo en situaciones extraordinarias, como en estudios sobre algunos aspectos del trabajo de parto, la persona debe tener la oportunidad de meditar sin prisas e incluso consultar antes de tomar la decisión de dar su consentimiento. Los investigadores deben ser creativos en el diseño y planteamiento de sus investigaciones, para prever, en la medida de lo posible, este tipo de situaciones y encontrar un punto medio⁽⁸⁾.

El documento de consentimiento informado debe contener todos los elementos (mismos que se presentaron en forma verbal) para permitir una decisión informada: la descripción de la investigación (objetivos, procedimientos, duración del estudio, explicación sobre uso de placebo o aleatorización, responsabilidades esperadas), descripción de los riesgos (anticipados y previsibles, físicos, psicológicos o sociales), descripción de los beneficios (sin exagerarlos), alternativas de la participación en el estudio (procedimientos o tratamientos alternativos, ventajas y desventajas, disponibilidad), confidencialidad (grado de la confidencialidad, personas o instancias que tendrán acceso a la información personal del sujeto, circunstancias culturales especiales), indemnización o compensaciones (indemnización por lesiones derivadas de la participación en el estudio, tratamiento disponible, pago justo por tiempo e incomodidades), contactos con el participante (para preguntas de la investigación, para preguntas sobre sus derechos), participación voluntaria (retiro en cualquier momento y por cualquier razón) y documentación del consentimiento bajo información (formato escrito/verbal, puede no ser necesario en casos particulares, revisión y aprobación por el comité de ética).

En la Tabla 1 se muestran ejemplos de procedimientos aparentemente simples y con riesgo mínimo, o sin riesgo aparente, que requieren del consentimiento informado verbal o por escrito.

DILEMA 3. DESCUIDAR LA PONDERACIÓN DE LOS RIESGOS Y LOS BENEFICIOS

En ocasiones se omite una ponderación objetiva de los riesgos y los beneficios de la investigación. Esto puede suceder cuando solo se consideran los riesgos físicos de la investigación y se minimizan los emocionales o sociales. Cuando se trata de un procedimiento qui-

Tabla 1. Ejemplos de procedimientos que requieren consentimiento de los sujetos

Procedimiento	¿Invasivo?	Comentario
Estatura o longitud	No	En algunas comunidades existe reticencia a medirse, sobre todo en el caso de los niños, puesto que solo se suele medir a los que tienen riesgo de morir para preparar la mortaja. El consentimiento informado es deseable.
Peso y panículos	Parcial	Requiere de la cooperación del sujeto; por ejemplo, cambiarse de ropa o quitarse algunas prendas. Las personas se pueden sentir juzgadas y es necesario informarles que la información derivada de esta medición sirve para hacer una evaluación y no un juicio. El consentimiento informado es deseable.
Encuesta dietética	No	Requiere de la cooperación del sujeto. Las personas se pueden sentir juzgadas y es necesario informarles que la información derivada de esta medición sirve para hacer una evaluación y no un juicio. El consentimiento informado es deseable.
Toma de sangre	Mínimo	La extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 mL, en dos meses, excepto durante el embarazo. Requiere consentimiento informado por escrito.
Corte de cabello o uñas	Mínimo	El corte de pelo o uñas no debe causar desfiguración. Requiere consentimiento informado por escrito.
Ejercicio	Mínimo	El ejercicio debe ser moderado y solo en voluntarios sanos. Requiere consentimiento informado por escrito.

rúrgico experimental, puede ser claro que los riesgos serán físicos; o si se está probando un suplemento alimenticio nuevo, podrá haber efectos secundarios; sin embargo, puede haber tendencia a minimizar el riesgo que tiene sobre el individuo la aplicación de cuestionarios o de mediciones. Es común la percepción errónea de que solicitar a un sujeto responder un cuestionario no requiere aprobación por un comité de ética ni consentimiento por parte de los sujetos, porque se presupone que estas investigaciones en general son de bajo riesgo. Sin embargo, este puede no ser el caso para grupos vulnerables, como pacientes que son altamente dependientes de la atención médica o personas con alguna discapacidad intelectual, entre otros⁽⁹⁾.

Es importante ponderar el efecto de una pregunta sobre el sujeto. Esto es especialmente relevante en estudios que involucran cuestionarios sobre el consumo de alimentos o prácticas purgativas en personas con trastornos de la conducta alimentaria, consumo de drogas, vómito inducido, abortos, abuso sexual, uso de anticoncepción o prácticas sexuales en adolescentes, entre muchos otros. El tema es también de consideración en poblaciones multiestudiadas, cuyos resultados de

las investigaciones se regresan a líderes comunitarios, y podrían tener repercusiones sociales para los sujetos. La relevancia del tema radica en que, si no se contempla que hay riesgos de esta naturaleza, no se toman las precauciones necesarias para prevenirlos.

DILEMA 4. NO DEFINIR LOS PROCEDIMIENTOS PARA ANTICIPAR Y MANEJAR CONFLICTOS DERIVADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este dilema se relaciona parcialmente con el anterior. Cuando se identifican los riesgos y los conflictos derivados de una investigación en el terreno de la nutrición o de ciencias sociales en general, el investigador puede anticipar las acciones o procedimientos concretos para atenderlos. Sin embargo, muchas veces esto no se hace debido a que se menosprecian estos riesgos. En las áreas biomédicas esto es más claro: si se detectó X, se canaliza a Y; si el medicamento tuvo X efecto, se ofrece Y tratamiento; si el procedimiento resultó en infección de la herida, las maniobras pertinentes son Y y Z.

A pesar de esto, en terrenos sociales o investigaciones que incluyen información de otro tipo, la cuestión es ¿qué hacer si una pregunta le causó conflicto al sujeto? Por ejemplo, recordó abuso sexual en la infancia, el hijo no fue producto de la pareja, la hija con un trastorno de la conducta alimentaria respondió que se robó la comida de la familia para tener un atracón, o recordó que sus padres le decían «gorda» y le escondían la comida. Este tipo de información requiere tomarse en cuenta en la parte de consideraciones éticas de un protocolo de investigación.

DILEMA 5. SER POCO CRÍTICOS ANTE LA DEFINICIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Mantener la confidencialidad es un aspecto central en la investigación con seres humanos, y es más serio y complejo que «guardar el secreto». A los sujetos que participan en estudios de investigación se les da garantía de confidencialidad y el investigador debe hacer todo lo que esté a su alcance para salvaguardarla. Se trata de asumir un compromiso con aquello que le fue confiado al investigador, con la promesa de ser usado para generar conocimiento. El investigador tiene derecho de obtener información necesaria para su investigación a cambio de salvaguardar la anonimidad y la privacidad del sujeto de investigación.

Por una parte, en el caso de la aplicación de cuestionarios, muchas veces no es necesario obtener ningún dato del sujeto; en estos casos, la anonimidad es deseable y posible. Ejemplo de esto serían estudios sobre la identificación de conductas de riesgo de anorexia o bulimia en mujeres adultas jóvenes, o de actitudes en torno a la búsqueda oportuna de atención nutricional en personas con obesidad extrema. En los casos anteriores, donde existe la posibilidad de estigmatizar a los participantes, la privacidad es fundamental. Por otra parte, la protección de la confidencialidad (que es más débil que la privacidad, dado que los investigadores obtienen información de los sujetos y prometen salvaguardarla) es indispensable en estudios que involucran el seguimiento de los participantes, como en aquellos de evaluación de la ganancia de peso durante la gestación, del crecimiento y desarrollo en niños, de respuesta a un tratamiento dietético para mejorar el síndrome de colon irritable, entre otros. Es fundamental que los participantes de los estudios entiendan qué es lo que protegen los investigadores en cada caso⁽¹⁰⁾.

Lo anterior implica no identificar al sujeto con datos o con imágenes, y solo usar datos agrupados en los que

no haya posibilidad de reconocer al sujeto. En estudios de grupos de enfoque o en entrevistas grabadas este es un tema delicado, dado que existe la posibilidad de identificar la voz de los participantes por su acento o cadencia, y se deben tomar las medidas necesarias para evitar que se rompa la garantía de mantener la confidencialidad. Esto incluye hacer explícito cómo se protegerán las grabaciones o las imágenes, quién tendrá acceso a ellas y, en su caso, establecer el momento en el que se procederá a la destrucción del material. Los estudios en niños, adolescentes y población vulnerable deben tener especial cuidado en este tema; no se trata de solo prometer con frases trilladas como que «La información generada se usará para promover políticas de salud que beneficiarán a personas como usted».

DILEMA 6. OMISIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Otro dilema se presenta en las investigaciones para mejorar tratamientos en pacientes en situaciones de emergencia o con poco tiempo para consentir. Se trata, por ejemplo, de estudios que involucran sujetos inconscientes, en estado de choque o con deterioro cognitivo, que no tienen la capacidad para otorgar consentimiento para participar en estudios de investigación. Del mismo modo, puede haber situaciones en las que hay poco tiempo para localizar a la persona autorizada para otorgar el consentimiento en nombre del sujeto. En estos casos, el dilema es autorizar una investigación que ofrecería grandes beneficios a la sociedad y, a la vez, mantener el respeto por los sujetos incapaces de consentir. La preocupación por la falta de obtención del consentimiento es real ante la pérdida de autonomía del sujeto candidato a participar en una investigación. Estos estudios están aprobados en algunos países, aunque se ejerce poco por la falta de consenso que existe al respecto y el riesgo de incurrir en conductas poco éticas⁽¹¹⁾.

DILEMA 7. USO DE LA INFORMACIÓN GENERADA EN LA INVESTIGACIÓN

Se presenta un dilema ético al difundir información delicada generada de las investigaciones, que puede tener consecuencias para la población estudiada o para sujetos en particular. Este tema tiene varias aristas: en primer lugar, solo deben publicarse y difundirse los resultados de investigaciones cuya información se obtuvo a partir de principios éticos; por esta razón, la mayoría de las

revistas serias requiere que se declare y, en ocasiones, que se demuestre la aprobación del estudio por el comité de ética, y que se documente que los participantes otorgaron consentimiento informado, cuando es el caso^(12,13). En segundo lugar, los investigadores deben declarar los conflictos de intereses que pudieran tener (que van más allá de declarar las fuentes de financiación)⁽¹⁴⁾. Además, la información generada de la investigación debe regresarse de alguna manera a los tomadores de decisiones y responsables de políticas públicas, a los profesionales de la salud y a otros posibles interesados. Finalmente, y este es un punto crucial que a menudo no se considera, la información debe regresarse a la población estudiada para su posible beneficio. Esto es importante, por ejemplo, en estudios relacionados con el tratamiento de la obesidad o la diabetes, llevados a cabo en una población determinada y que encuentran que ciertos cambios en la dieta o en el estilo de vida, o que el consumo de cierto elemento en la alimentación se asocia con mayor o menor riesgo para la salud.

La población tiene derecho a conocer los resultados para poder aplicarlos, si así lo considera, en el mejoramiento de su salud. Desafortunadamente, en no pocas ocasiones, los resultados de las investigaciones distan mucho de la realidad social de la población estudiada; por ejemplo, los estudios de medicamentos costosos que resultan ser efectivos en el tratamiento de una enfermedad, probados en una determinada población y a los cuales dicha población no tendrá acceso por su costo elevado o por disponibilidad geográfica. Adicionalmente, los resultados de una investigación pueden poner en riesgo a la población en la que se condujo el estudio; en esos casos, el dilema ético es si publicar o no los resultados, o de qué manera hacerlo para evitar perjudicar a los sujetos de estudio.

DILEMA 8. ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS INVESTIGADORES

Los dilemas éticos se presentan en ámbitos que rebasan el terreno propio de la investigación. Los investigadores trabajan en un entorno hostil, donde se les evalúa con criterios de productividad, donde es común la frase *publish or perish* «publicar o morir». En numerosas ocasiones, esto entra en conflicto con varios de los dilemas antes mencionados y pueden trastocar la elección de los temas a investigar, la publicación de resultados favorables (el llamado “sesgo de publicación”) y fragmentar la publicación de resultados en aras de documentar mayor productividad⁽¹⁵⁾.

ALGUNOS DILEMAS ÉTICOS EN INVESTIGACIONES O INTERVENCIONES SOBRE NUTRICIÓN Y OBESIDAD

En el terreno de la investigación en nutrición, en ocasiones se proporciona información a los participantes para que modifiquen sus hábitos alimentarios durante el estudio. Esto, en sí mismo, constituye un dilema dado, que se puede interpretar como que el investigador está dando información de la manera «correcta» de comer o del estilo de vida «correcto»; por tanto, surge una serie de temas de reflexión ética.

La obesidad es un campo fértil para abordar el tema de los dilemas éticos. A pesar de que la obesidad actualmente se reconoce como una enfermedad crónica tanto por la OMS como por diversas asociaciones médicas^(16,17), las personas con obesidad se ven expuestas a burlas, estigmatización y desventajas en diversos ámbitos. Por lo mismo, los profesionales que hacen investigación en este campo deben reflexionar y ser autocríticos y sensibles al planear sus estudios y, sobre todo, a la hora de su ejecución, para evitar estigmatización y discriminación de las personas que presentan esta enfermedad.

En investigaciones relacionadas con la orientación alimentaria, el investigador puede intervenir positivamente, o de manera inconsciente, en las decisiones personales, como la elección personal de la forma de vivir, de comer y de criar a los hijos; pero surge la disyuntiva de hasta dónde es ético intervenir, para determinar qué y cómo deben comer las personas, y cómo educar a los hijos en materia de alimentación. Lo anterior se aplica tanto al área clínica como a la salud pública. Esto es relevante porque en ocasiones se puede incurrir en desacreditar el valor cultural y social de los alimentos y de las comidas⁽¹⁸⁾.

Por su parte, en estudios con población infantil, llevar a cabo investigaciones cuya maniobra sea distinta para los niños con obesidad representa un dilema. Este es el caso cuando, por ejemplo, la dieta propuesta para el grupo con obesidad es más restrictiva, o cuando el programa de actividad física es más agresivo que el de los niños que cursan con un peso adecuado para su edad y sexo. En estos casos, el dilema ético surge debido a que separar (señalar) a los niños con obesidad, incluso cuando solo se trata de un estudio de investigación, puede ser motivo de estigmatización o de matoneo (*bullying*)⁽¹⁴⁾.

Una situación similar se presenta cuando en una investigación se mide el peso corporal y se lleva a cabo la evaluación de la composición corporal en espacios

poco privados y en frente de otros participantes del estudio, sean niños, profesores o padres de familia. Esto mismo aplica a estudios en adultos, aunque los estudios en población infantil son especialmente relevantes por tratarse de población vulnerable. En la Tabla 2 se muestran algunos ejemplos de dilemas éticos en investigación en nutrición.

Tabla 2. Algunos ejemplos de dilemas éticos en nutrición

- Conducir de grupos focales con personas vulnerables
- Invitar a pacientes como sujetos de investigación
- Detener investigaciones por cuestiones éticas cuando puede tener efecto en sujetos que se están beneficiando de una terapia experimental
- Detectar problemas mentales al conducir una investigación
- Identificar enfermedades o prácticas "estigmatizantes" durante una investigación
- Identificar marcadores genéticos de susceptibilidad que pudieran perjudicar a los sujetos en su trabajo o en su seguro médico

¿QUÉ HACER PARA AFRONTAR LOS DILEMAS QUE SE PRESENTAN EN LA INVESTIGACIÓN?

En primer lugar, es fundamental regirse por las declaraciones de principios y por los códigos de ética vigentes. Al ser dinámico el proceso de investigación, con el paso del tiempo surgen interrogantes y dilemas nuevos, por lo que estos deben revisarse y actualizarse con oportunidad. Es imperativa la capacitación constante de los miembros de los comités de ética institucionales para estar preparados para reflexionar, discutir y resolver situaciones nuevas que presentan nuevos retos⁽¹⁹⁾. Este tema ha cobrado vigencia ante la pandemia de enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) y la diversidad de protocolos de investigación y retos para estudiar la enfermedad e identificar nuevos tratamientos.

Los investigadores son expertos en sus áreas específicas, pero requieren de capacitación para involucrarse en la reflexión ética crítica. Se requiere de la creación de comités *ad hoc* para la evaluación por pares, y del acompañamiento y apoyo por parte de los comités. Además, es necesario preparar a los participantes potenciales de estudios de investigación para el encuentro con los investigadores⁽¹⁸⁾ y para tener elementos para hacer valer sus derechos como sujetos de investigación. Esto implica proporcionarles las herramientas necesarias a partir de la generación de materiales⁽²⁰⁾ o manuales en los que se les proporcione información sencilla, que les

permita comprender sus derechos básicos al consentir participar, pero también sus compromisos y las instancias a las que pueden recurrir para garantizar que se sigan los principios éticos de las investigaciones, y que se hagan valer los compromisos que los investigadores adquirieron con ellos al invitarlos a sus investigaciones.

Finalmente, la ética en investigación es la intersección entre la competencia técnica y científica del investigador, aunado a una conducta y un diseño ético en los que se tengan siempre presentes los derechos humanos. La investigación es un espacio de discusión y reflexión permanente. Para incursionar en el terreno de la investigación con seres humanos, los profesionales de la nutriología requieren de una capacitación formal en metodología de la investigación y buenas prácticas clínicas, aunado a la oportunidad de contar con espacios de reflexión ética.

Fuentes de financiación

El presente estudio no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

La autora declara que no tiene conflictos de intereses.

Declaración de autoría

MK conceptualizó el ensayo, redactó el manuscrito y es responsable de garantizar la integridad y precisión del trabajo.

Referencias bibliográficas

1. 45 CFR 46 [Internet]. National Institute of Health; 1991 [consultado el 21 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/regulations/45-cfr-46/index.html>
2. Fischer BA. A Summary of important documents in the field of research ethics. *Schizophr Bull.* 2006;32(1):69-80. doi: 10.1093/schbul/sbj005
3. Ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. World Medical Association; 2004 [consultado el 21 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
4. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects [Internet]. Council for International Organizations of Medical Sciences; 2002 [consultado el 21 de julio de 2021]. Disponible en: https://cioms.ch/wpcontent/uploads/2021/03/International_Ethical_Guidelines_for_Biomedical_Research_Involving_Human_Subjects_2002.pdf

5. Dilema [Internet]. Real Academia Española [consultado el 21 de julio de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/dilema?m=form>
6. Figueroa JG. Algunos dilemas éticos en la investigación con seres humanos. *Cuadernos Nutr.* 2002;25(2):67-70.
7. Joffe S, Miller FG. Bench to bedside: Mapping the moral terrain of clinical research. *Hastings Cent Rep.* 2008;38(2):30-42. doi: 10.1353/hcr.2008.0019
8. Rich WD, Katheria AC. Waived consent in perinatal/neonatal research-when is it appropriate? *Front Pediatr.* 2019;7:493. doi: 10.3389/fped.2019.00493
9. Nowson C. Ethical requirements for nutrition and dietetic research. *Nutr Diet.* 2010;67:207-8. doi: 10.1111/j.1747-0080.2010.01463.x
10. Sobal J. Research ethics in nutrition education. *J Nutr Educ.* 1992;24(5):234-8. doi: 10.1016/s0022-3182(12)81237-4
11. Lecouturier J, Rodgers H, Ford GA, Rapley T, Stobbert L, Louw SJ, et al. Clinical research without consent in adults in the emergency setting: A review of patient and public views. *BMC Med Ethics.* 2008;9:9. doi: 10.1186/1472-6939-9-9
12. Caellegh AS. Role of the journal editor in sustaining integrity in research. *Acad Med.* 1993;68(9):S23-9. doi: 10.1097/00001888-199309000-00030
13. Amdur RJ, Biddle C. Institutional review board approval and publication of human research results. *JAMA.* 1997;277(11):909-14. doi: 10.1001/jama.1997.03540350059034
14. Ioannidis JPA, Trepanowski JF. Disclosures in nutrition research: Why it is different. *JAMA.* 2018;319(6):547-8. doi: 10.1001/jama.2017.18571
15. Singhal S, Kalra BS. Publication ethics: Role and responsibility of authors. *Indian J Gastroenterol.* 2021;40(1):65-71. doi: 10.1007/s12664-020-01129-5
16. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH, World Obesity Federation. Obesity: A chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev.* 2017;18(7):715-23. doi: 10.1111/obr.12551
17. Müller MJ, Geisler C. Defining obesity as a disease. *Eur J Clin Nutr.* 2017;71(11):1256-8. doi: 10.1038/ejcn.2017.155
18. Kaufert M. Ética, estigma y obesidad. *Gaceta Conbioética.* 2017;VI:16-8.
19. Figueroa JG. I. Abordagens teóricas. Algunas reflexiones sobre las dimensiones éticas de la investigación social sobre salud. En: Minayo MCS, Coimbra JR, CEA (editores). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 61-76.
20. Material informativo para pacientes y sujetos de investigación [Internet]. Gobierno de México [consultado el 21 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/ComiteInvestigacion/material-informativo-pacientes.html>



Huelga de hambre, alimentación forzada y responsabilidad profesional: alcance y consideraciones éticas

Hunger strike, forced-feeding and professional responsibility:

A scoping review of ethical considerations

Greve de fome, alimentação forçada e responsabilidade profissional: alcance e considerações éticas

Francisca Reyes-Arellano^{1*}, Josefina Razazi Fuenzalida^{1,2}

Recibido: 19 de julio de 2021. Aceptado para publicación: 9 de agosto de 2021.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.331>

Resumen

El problema de la huelga de hambre no es nada sencillo, y se ha discutido ampliamente desde las más diversas tradiciones filosóficas. Esta manifestación, como forma de protesta, requiere un análisis interdisciplinar que integre aspectos éticos, médicos y jurídicos. La huelga de hambre implica la decisión voluntaria de privarse de alimentos para obtener el reconocimiento efectivo de un derecho no admitido o vulnerado. Este mecanismo se utiliza como medio de presión, mediante una amplia publicidad del acto del huelguista. Una discusión moral relevante se plantea ante la cuestión de la legitimidad de administrar alimentos en contra de la voluntad del huelguista, cuando su estado de salud está gravemente deteriorado por el ayuno prolongado. Teniendo en cuenta las consecuencias fisiológicas y neurológicas que ello conlleva, cabe preguntarse razonablemente si existe verdadera libertad y competencia cuando el huelguista manifiesta el rechazo a cualquier tratamiento médico y, en consecuencia, persiste en la continuación de la huelga, hasta llegar a la muerte, si es necesario. El presente trabajo pretende analizar la legitimidad de la alimentación forzada, teniendo en cuenta los efectos fisiológicos y neurológicos que provoca el ayuno prolongado, que podrían tener un efecto determinante en

Summary

The problem of hunger strike is far from simple and has been widely discussed from the most diverse philosophical traditions. This manifestation as a form of protest requires an interdisciplinary analysis comprising ethical, medical and legal considerations. Hunger strike implies a voluntary decision to deprive oneself of food in order to obtain the effective recognition of a right that has not been admitted or has been violated. It is used as a means of pressure, through wide publicity of the striker's act. A relevant moral discussion arises when faced with the question of the legitimacy of administering food against the striker's will, when health is seriously deteriorated by prolonged fasting. Considering the resulting physiological and neurological consequences, we can reasonably ask ourselves whether the striker is truly free and competent to refuse medical treatment and continue to strike to the point of death if necessary. This paper aims to analyze the legitimacy of forced feeding, taking into account the physiological and neurological effects caused by prolonged fasting, which could have a determining effect on the voluntariness of the striker at the time of refusing nutrition. It should be specified that the purpose is not to question the motives leading to a hunger strike or the striker's ori-

Resumo

O problema da greve de fome não é nada fácil e tem sido amplamente discutido nas mais diversas tradições filosóficas. Essa manifestação como forma de protesto requer uma análise interdisciplinar que integre aspectos éticos, médicos e jurídicos. A greve de fome implica a decisão voluntária de privar-se de alimentos para obter o reconhecimento efetivo de um direito não admitido ou violado. Esse mecanismo é utilizado como meio de pressão, através de ampla divulgação do ato do grevista. Uma discussão moral relevante surge da questão da legitimidade de administrar alimentos contra a vontade do grevista, quando seu estado de saúde está seriamente deteriorado pelo jejum prolongado. Levando em consideração as consequências fisiológicas e neurológicas que isso acarreta, é razoável indagar se existe verdadeira liberdade e competência quando o grevista expressa a rejeição de qualquer tratamento médico e, por isso, persiste em continuar a greve até a morte se necessário. O presente trabalho tem como objetivo analisar a legitimidade da alimentação forçada, levando em consideração os efeitos fisiológicos e neurológicos causados pelo jejum prolongado, que poderiam ter um efeito determinante na disposição do grevista na hora de rejeitar a alimentação. Ressalte-se que não



la voluntad del huelguista a la hora de rechazar la alimentación. Conviene precisar que no se trata de cuestionar los motivos que inducen a la adopción de una huelga de hambre, ni la autonomía que el huelguista pudiera tener en un principio, sino sobre las decisiones adoptadas cuando ya es posible evidenciar los efectos físicos y psicológicos del ayuno.

Palabras clave: huelga de hambre, alimentación forzada, bioética, suicidio.

ginal autonomy, but rather the decisions taken when there is already evidence of the physical and psychological effects of fasting.

Keywords: Hunger strike; Force feeding; Bioethics; Suicide.

se trata de cuestionar os motivos que induzem à adoção da greve de fome ou da autonomia que o grevista pode ter em um primeiro momento, mas das decisões tomadas quando já é possível demonstrar os efeitos físicos e psicológicos do jejum.

Palavras-chave: greve de fome, alimentação forçada, bioética, suicídio.

¹ Universidad de los Andes, Chile.

² Hospital Metropolitano, Chile.

*Correspondencia: Francisca Reyes-Arellano. fireyes@miuandes.cl

INTRODUCCIÓN

El problema de la huelga de hambre no es nuevo, ni mucho menos pacífico; muy por el contrario, se trata de un medio de manifestación, principalmente de carácter político, ampliamente utilizado como mecanismo de protesta frente a situaciones que se califican bajo el carácter de injustas o desproporcionadas, cuyo juicio de valoración moral y jurídica está lejos de ser unívoco.

De este modo, innumerables son los casos de huelguistas de hambre que se presentan ante la opinión pública como portadores de una grandeza «que destaca en una época como la nuestra, que parece poco dada a heroísmos»⁽¹⁾. Sin necesidad de ahondar demasiado, la actual situación de pandemia trajo consigo diversas manifestaciones de este carácter, tal como la llevada a cabo por médicos peruanos en enero de 2021, quienes iniciaron una huelga de hambre para solicitar un mejor manejo de los recursos invertidos en el sector sanitario frente al exponencial aumento de casos producidos por la segunda ola de contagios por la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19)⁽²⁾. Casos como el anterior se replican con diferentes protagonistas, en diferentes países y esgrimiendo los más diversos argumentos para justificar sus actos.

Lo más llamativo de este mecanismo de manifestación es la novedosa inversión producida en la lógica habitual de las agresiones a las que estamos acostumbrados. En este caso, el daño de la agresión no es sufrido por el oponente (como habríamos de suponer), sino por el mismo manifestante, quien lleva a cabo la huelga de hambre. Entonces, la huelga de hambre «se convirtió en un medio para demostrar la propia superioridad

moral sobre el enemigo, representado en este caso por el Estado»⁽³⁾.

Por su parte, las aristas relacionadas con la atención sanitaria de personas en huelga de hambre suscitan las más diversas opiniones y controversias en torno a los conflictos de valores que estas pueden despertar en los médicos, llamados al tratamiento de las complicaciones derivadas de la manifestación. En este sentido, la alimentación forzada se presenta como el principal dilema ético en relación con la tensión de los bienes en conflicto (vida, libertad y autodeterminación), pues la persistencia del ayuno implica riesgos ciertos para la vida y la salud de los individuos⁽¹⁾, situación ante la cual el médico se ve enfrentado a la decisión de restablecer la salud por todos los medios disponibles (incluida la alimentación forzada) u omitir cualquier clase de acción que involucre atentar contra la manifestación de voluntad del huelguista.

Ahora bien, aunque en principio nos parece del todo razonable que el médico debe respetar la voluntad del huelguista que manifiesta su rechazo frente a un tratamiento, tal como se sigue de la lógica tras el rechazo de la alimentación e hidratación emprendida por un paciente consciente hospitalizado⁽⁴⁾, consideramos que el caso en cuestión requiere de precisiones todavía más acuciosas en lo que respecta a la competencia para rechazar la alimentación forzada, pues tal como analizaremos a continuación, aunque al comenzar la huelga de hambre existe plena consciencia y, por tanto, una voluntad verdaderamente libre e informada para consentir, el inevitable progreso del ayuno conllevará consecuencias fisiológicas que impactarán directamente en las debidas condiciones que un paciente debe cumplir

para el rechazo del tratamiento, lo que puede llevarnos a la pregunta acerca de si el huelguista de hambre es verdaderamente competente para rechazar un tratamiento médico, tal como la realimentación.

ALCANCE Y DELIMITACIÓN DE LOS CONCEPTOS A UTILIZAR: HUELGA DE HAMBRE Y ALIMENTACIÓN FORZADA

Huelga de hambre

Dada la álgida discusión doctrinal, jurídica y filosófica en torno a este concepto, no existe una definición unívoca con respecto a lo que se considera como una huelga de hambre para efectos jurídicos, éticos o médicos. No obstante, entre los diferentes esfuerzos por otorgar una definición, es posible vislumbrar algunos elementos comunes que subyacen y caracterizan a lo que habitualmente se considera como una huelga de hambre para todos los efectos prácticos.

Por una parte, una definición sistemática, proveniente desde lo que podría considerarse como la tradición clásica de la ética, considera a esta conducta como la «abstención total de alimento, emprendida para obtener la satisfacción de determinadas reclamaciones, con la decisión de llevarla hasta la muerte si no se da satisfacción a las reivindicaciones que la motivan»⁽⁵⁾. Por otra parte, desde una dimensión más bien jurídico-social, la huelga de hambre se califica como «una forma de protesta social pacífica y extrema al mismo tiempo, en la que se tensionan valores centrales del individuo, como la vida y la libertad»⁽⁶⁾.

A su vez, el Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile, tomando lo estipulado por los abogados Precht y Faundes, ha definido a la huelga de hambre como «la abstinencia voluntaria de ingesta de alimentos o líquidos por un período de tiempo definido o no, utilizada como una herramienta de denuncia y protesta para reivindicar el cumplimiento de algún derecho, eliminar reglas o normas consideradas ilegítimas o injustas por el sujeto que la realiza, pretendiendo así modificar una determinada disposición de la autoridad, un grupo o la comunidad, arriesgando con ello la propia vida y salud»^(6,7).

En un contexto médico, una huelga de hambre se define como la negativa de ingesta de alimentos usada como forma de protesta o demanda⁽⁸⁾. Mientras que la Declaración de Malta lo define como el rechazo a la ingesta por un «período significativo», sin definir con claridad cuánto tiempo es⁽⁹⁾. La mayoría de las recomendaciones coinciden en que se debe realizar una valora-

ción clínica a las 72 horas de comenzado el ayuno⁽¹⁰⁾. Con respecto al tiempo o impacto significativo, hay autores que señalan que una pérdida de aproximadamente el 18 % del peso corporal resulta en problemas médicos serios, mientras que una pérdida del 30 % implica una amenaza vital⁽¹⁰⁾. Cabe considerar también que la alimentación forzada de una persona desnutrida puede llevar a síndrome de realimentación, cuadro clínico de riesgo vital, por lo que esta se debe realizar con particular cuidado en este grupo de personas.

Ahora bien, no existe un límite claro sobre el momento en el que comienzan a ocurrir los cambios fisiológicos, neurológicos y psicológicos propios del ayuno. Tal como se puede vislumbrar, aunque cada definición difiere de la anterior, es posible encontrar en ellas un conjunto de características que podríamos considerar como comunes a toda huelga de hambre. Estas son:

- la decisión voluntaria de privarse de alimento;
- la finalidad de conseguir el reconocimiento efectivo de un derecho juzgado, conculcado o no admitido;
- el procedimiento de presión sobre una persona o una institución causante de la injusticia reclamada;
- la táctica de dar la máxima publicidad posible a la acción huelguista⁽⁶⁾.

Todo lo anterior constituye a la huelga de hambre en una acción especialmente compleja de evaluarse desde el punto de vista moral, pues varias serán las consideraciones éticas que se deberán tener en cuenta para calificar su legitimidad o ilegitimidad, tales como la finalidad del sujeto que actúa, la posibilidad (directa o indirecta) de llegar a morir o ver afectada su salud o la eventual calificación de su acción como un suicidio condicional.

En cualquier caso, el estudio de la huelga de hambre «no puede separarse del contexto ni de las causas o motivaciones de quienes la sostienen»⁽⁶⁾, pues, como señalamos anteriormente, se trata de una herramienta utilizada como mecanismo de presión para visibilizar ciertas demandas sociales que no han sido oídas, o solo se han atendido de manera parcial.

Alimentación forzada

No existe una definición ampliamente aceptada o sistemática sobre la alimentación forzada en el contexto de huelga de hambre. Ahora bien, este parece ser un concepto tautológico: es una alimentación que se realiza de manera forzosa; es decir, sin el consentimiento de quien es alimentado.

Cabe hacer la distinción entre diferentes alternativas para realizar este procedimiento⁽¹¹⁾, y la alimentación por medio de la sonda nasogástrica u orogástrica es la más ampliamente utilizada. Sin embargo, también existe la posibilidad de administrar alimentación por vía intravascular, método que adquiere especial relevancia en aquellos casos en los que la persona lleva más tiempo sin alimentación, por lo que se hace importante realizar correcciones electrolíticas y administración de macronutrientes en dosis crecientes, iniciando con 10 kcal/kg/día para prevenir el síndrome de realimentación^(12,13).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Huelga de hambre y suicidio

La primera consideración ética relativa a la huelga de hambre dice relación con dilucidar lo que varios autores consideran que podría calificarse como una acción «condicionalmente suicida». A este respecto pueden seguirse dos líneas argumentativas completamente contrapuestas: aquella que une la huelga de hambre y la conducta suicida (como un ilícito o conducta moralmente reprochable), y aquella que estima que no puede calificarse a la huelga de hambre como una conducta suicida por tratarse de dos acciones caracterizadas de manera diferente y, por ende, cuya valoración moral es también diversa.

Podemos preguntarnos si resultan aplicables las mismas razones que permitirían calificar al suicidio como un acto moralmente reprochable para el caso de la huelga de hambre. En este sentido, se podría afirmar que «si la intención del huelguista es seria, la propuesta que adopta incluye, como uno de sus fines próximos, la destrucción de su propia vida»⁽¹⁾. Haciendo una lectura de base kantiana, quien se somete a una huelga de hambre con la finalidad de ejercer presión para modificar una decisión política, no haría otra cosa que disponer de su vida como un medio para otra cosa. De esta forma, «disponerse como un mero medio significa degradar a la humanidad en su persona»⁽¹⁴⁾. Se trataría entonces de una instrumentalización de la vida. De la misma manera, en sus «Lecciones de ética», Kant consagra que «quien contraviene los deberes para consigo mismo tiene en poco a la humanidad y no queda en situación de poner en práctica los deberes para con los demás»⁽¹⁵⁾.

Ahora bien, volviendo a la discusión sobre la moralidad del suicidio, se debiese advertir que el derecho a quitarse la vida «entra en franca colisión con el deber general y primario de respetar la vida propia»⁽¹⁶⁾.

Entonces, quien comete suicidio, aun cuando este se realice de manera lenta, progresiva y condicional, como sería el caso de la huelga de hambre, sobrepasará «todos los límites del uso 'legítimo' de su libre arbitrio»⁽¹⁵⁾. Para comprender mejor el problema de la intención condicional del huelguista de hambre se sugiere revisar a Miranda y colaboradores⁽¹⁾.

En el sentido contrario, quienes argumentan en la línea de considerar a la huelga de hambre como una acción no suicida sostienen que lo buscado por el huelguista no es una acción mala en sí; por el contrario, existiría una razón justa y proporcionada como motivo para actuar⁽⁶⁾. La muerte, «a pesar de ser una consecuencia posible del ayuno prolongado, no es buscada como un fin en sí misma, sino que es el riesgo que libremente las personas en huelga de hambre asumen en pos del objetivo que han definido como prioritario»^(6,7).

De alguna manera, esta forma de argumentar podría enmarcarse dentro del principio de razonamiento práctico conocido como «doble efecto», el cual busca dilucidar las condiciones que deben concurrir para evaluar la licitud de una acción que «produce o puede producir dos efectos, de los cuales uno es bueno y el otro es malo»⁽¹⁷⁾. Lo característico de este principio es que el efecto bueno sea querido por el agente, mientras que el efecto malo sea sencillamente tolerado. De este modo, todo indicaría que, al aceptar la muerte como una consecuencia posible del ayuno prolongado, con miras a la obtención de un efecto bueno constituido por la consecución del objetivo propuesto, el huelguista de hambre podría actuar en virtud de este principio.

No obstante, si se revisan con detenimiento los requisitos necesarios para que la acción de doble efecto se considere lícita, deberán concurrir simultáneamente que: (i) el efecto malo no se busque como fin ni como medio, y (ii) que exista una razón proporcionalmente grave para aceptarlo⁽¹⁷⁾. De esta forma, la bondad de la acción debe asegurarse no solo a nivel de los fines, sino de los medios, razón por la cual no debe existir relación de causalidad entre el efecto malo y el efecto bueno, lo que sí ocurriría en el caso del huelguista de hambre, pues en este caso, el efecto bueno se produciría a través de la realización del efecto malo; por ello, no resulta aplicable este principio.

Aun así, para algunos autores seguirá siendo «lógica y éticamente incorrecto tratar la huelga de hambre siempre en el contexto temático del suicidio»⁽⁶⁾, ya que, a su juicio, ambos constituyen realidades diametralmente distintas.

Alimentación forzada y responsabilidad profesional

En el contexto de una huelga de hambre, especialmente si esta se extiende durante un período prolongado, pueden comenzar a suscitarse diferentes complicaciones para el estado de salud del huelguista. Las más precoces van desde trastornos metabólicos y endocrinos, dado que en un estado de ayuno persistente, al no haber ingesta de glucosa como transporte energético, el organismo torna su maquinaria metabólica hacia el glucógeno hepático, en primera instancia, para obtener glucosa por medio de la glucogenólisis y, finalmente, por medio de la neoglucogénesis, a partir del catabolismo de las proteínas estructurales. En etapas ulteriores se describen trastornos neurológicos, que causan también cambios a nivel psiquiátrico, como lo es la disminución global de la actividad serotoninérgica. Esto se ha evidenciado principalmente con la *down regulation* de los receptores de serotonina, sobre todo en la corteza frontal, lo cual justifica los cambios de comportamiento descritos en sujetos en ayuno prolongado, como lo son la agresividad y la impulsividad; pudiendo llegar a extremos tales como trastornos disociativos, alucinaciones y brotes de psicosis. Estos cambios a nivel de neurotransmisores se evidencian igualmente en la disminución de serotonina, al nivel del líquido cerebroespinal y en los niveles séricos de triptófano.

Dichas complicaciones hacen necesaria la intervención de profesionales de la salud, los cuales interactúan con el huelguista bajo la figura de médicos tratantes. En este contexto, uno de los principales dilemas se presenta cuando el ayuno prolongado se transforma en una amenaza para la conservación de la vida del individuo. Al respecto, es preciso señalar que en la literatura no existe claridad de qué se entenderá por «ayuno prolongado», así como tampoco del momento exacto en el cual el ayuno se constituye como una amenaza cierta para la vida del huelguista, pues todo ello dependerá, en gran medida, de las condiciones fisiológicas previas de la persona.

Frente a dicho escenario, el médico tratante debe afrontar, con especial cautela, la toma de decisiones terapéuticas, de tal manera que respete la autonomía del paciente y, a su vez, procure que este comprenda y pondere los riesgos de su decisión. De ninguna manera puede el profesional médico ejercer coacción o presión alguna para que el huelguista revierta su decisión, pues esto constituye un atentado directo en contra de su autodeterminación.

Con todo, las directrices para la *praxis* médica en el contexto de una huelga de hambre parecieran no ser del todo determinantes, pues estas quedan sujetas al análisis de una serie de variables que solo pueden ponderarse en un contexto concreto y específico. Entonces, en el caso particular de la alimentación forzada, la Declaración de Malta, adoptada por la 43.^a Asamblea Médica Mundial en noviembre de 1991, consagra entre sus principios que: “4. El médico debe respetar la autonomía de la persona. Esto puede incluir una evaluación difícil, ya que los deseos reales de la persona en huelga de hambre puede que no sean tan claros como parecen. Toda decisión pierde fuerza moral si se toma bajo amenazas, presión o coerción de los pares. No se debe obligar a las personas en huelga de hambre a ser tratadas si lo rechazan. Aplicar, dar instrucciones o ayudar a la alimentación forzada contra un rechazo informado y voluntario es injustificable. La alimentación artificial con el consentimiento explícito o necesariamente implícito de la persona en huelga de hambre es aceptable éticamente”⁽⁹⁾.

Por consiguiente, los profesionales sanitarios sujetos a la decisión de aplicar un plan terapéutico a la persona en huelga de hambre, especialmente si se trata de alimentación forzada, deben procurar dilucidar, en primer lugar, cuál es la voluntad real del huelguista, para luego evaluar si la manifestación de voluntad se realizó con plena competencia y voluntariedad⁽¹⁷⁾, de manera que seguir y respetar dicha manifestación se constituya como una máxima para la actuación médica.

CONSIDERACIONES MÉDICAS Y FISIOLÓGICAS

En este análisis, requiere de especial consideración el rol que desempeñan las condiciones fisiopatológicas inducidas por el ayuno prolongado. Estas pueden verse reflejadas a nivel metabólico, hematológico, musculoesquelético, endocrino e, incluso, psicológico y psiquiátrico. Cabe destacar que la literatura sobre consecuencias fisiopatológicas del ayuno en el contexto de huelga de hambre es escasa. Esto se explica por la dificultad metodológica y ética que supone el estudio y reporte de este tipo de casos. La mayoría de la literatura sobre las consecuencias fisiológicas del ayuno prolongado describe las alteraciones a nivel de neurotransmisores en modelos animales⁽¹⁸⁾ y en el contexto de ayuno prolongado en personas obesas; sin embargo, muchos de los efectos descritos en ellos son extrapolables a personas que, teniendo un estado de salud previamente

sano, deciden comenzar un ayuno prolongado en el contexto de huelga de hambre^(7,19).

A nivel neurológico, durante el ayuno prolongado se destaca la disminución de transportadores serotoninérgicos, sobre todo en la corteza frontal⁽²⁰⁾; además de la reducción del ácido 5-hidroindolacético (5-HIAA), metabolito principal de la degradación de la serotonina, y disminución del triptófano plasmático. Estas alteraciones reflejan una reducción global de la actividad serotoninérgica, lo que representa un fundamento fisiológico suficiente para justificar cambios de comportamiento, con rasgos de impulsividad e hiperirritabilidad^(18,21).

También en el ámbito psiquiátrico se describen trastornos en torno al ayuno prolongado. Diversos autores han descrito la ocurrencia de somatización, disociación, confusión, hiperirritabilidad y agresividad⁽²²⁻²⁴⁾, así como delirios de persecución, alucinaciones visuales y auditivas e, incluso, ideación suicida⁽²¹⁾. Estas alteraciones también están descritas en casos emblemáticos, como el de uno de los huelguistas irlandeses en 1981⁽²⁵⁾, que cursó con un aparente cuadro disociativo; y el brote psicótico descrito en el caso de huelga de hambre en Australia realizado por un extranjero en el contexto de asilo político en 1996^(26,27).

EL PROBLEMA DE LA VOLUNTARIEDAD

Como se mencionó antes, para que se constituya una decisión verdaderamente libre en torno al consentimiento informado, se requiere que se cumplan los elementos de competencia, voluntariedad, exposición de la información material, recomendación, comprensión, decisión y planificación⁽¹⁸⁾. Cabe destacar que para que se cumpla el elemento de competencia y voluntariedad debemos estar frente a una persona con su juicio conservado, lo que incluye un estado psicológico y neurológico sin alteraciones, y justamente este aspecto se altera, en mayor medida, por el ayuno prolongado.

A este respecto, la literatura médica parece no conciliar la evidente tensión entre las condiciones necesarias para que se exprese una voluntad verdaderamente libre e informada, y las reales condiciones de deterioro paulatino y exponencial que el huelguista sufre durante el ayuno, las cuales son reconocidas por los mismos autores. De este modo, pareciera hacerse una interpretación inapropiada del conocido principio de autonomía, esgrimiendo que cualquier acto realizado en virtud de este principio (como sería el rechazo de la alimentación, en este caso) sería necesariamente proporcionado, jus-

tificado, razonable e incluso exigible; sin embargo, se deja de lado que este principio ético rector de la *praxis* médica siempre se ejerce en un contexto determinado y, por ello, su ejercicio no consistiría en una mera manifestación de deseos, sino que debe estar acompañado por un cierto grado de competencia y voluntariedad para entender y decidir elementos iniciales y condiciones previas para ejercer tal derecho.

Entonces, una persona puede manifestar libremente su voluntad de iniciar una huelga de hambre cuando sus condiciones fisiológicas son óptimas, o por lo menos estables. De tal modo, habrá que hacer una distinción entre esta manifestación inicial de la voluntad, de aquellas que se realicen en etapas ulteriores, cuando ya ha pasado un tiempo en ayuno; específicamente por el efecto que produce el ayuno sobre el sistema nervioso central. Esta distinción es fundamental, dado que la valoración por el profesional de la salud no ocurre previo al inicio de la huelga, cuando la persona se encuentra, en el mejor de los escenarios, en condiciones de salud óptimas, sino una vez que se evalúa la opción de forzar la alimentación. En este contexto, la negativa por parte del huelguista no se puede considerar una decisión libre, debido a las alteraciones a nivel psicológico y psiquiátrico antes mencionadas.

Entonces, aunque concordamos plenamente con que «la toma de decisiones acerca del tratamiento médico recae, por tanto, sobre el paciente, y es el paciente mismo quien, al exponer su libre elección, debe tener en cuenta los bienes en cuestión (...)»⁽²⁸⁾, esta toma de decisiones siempre debe realizarse bajo condiciones de plena capacidad; es decir, suponiendo la voluntariedad para entender y decidir. Entonces, «la libertad presupone, de hecho, la información y el consentimiento informado»⁽²⁸⁾.

El Colegio Médico de Chile señala que de las decisiones médicas se deben «proponer solo las intervenciones consentidas por el individuo, respetando su rechazo a la alimentación. Para esto debe cumplirse con todas las formalidades de un rechazo válido a un tratamiento; es decir, información, voluntariedad y competencia, y esta expresión de su voluntad debe quedar consignada en la ficha clínica o en un documento específico»⁽⁷⁾. Como es posible vislumbrar, el rechazo de la alimentación, y la consiguiente obligación de no aplicar tratamiento por parte del personal médico, debe consagrarse como pauta de acción, considerando siempre que dicha decisión se manifestó bajo las condiciones básicas de voluntariedad y competencia.

CONCLUSIÓN

Tal como ha sido posible constatar en el presente trabajo, resulta indiscutible que cualquier intento por aproximarse al análisis de la huelga de hambre, la alimentación forzada y el rol que el profesional médico debe adoptar frente al huelguista distará de ser sencillo, especialmente si se tratan de abordar las consideraciones éticas y fisiológicas que envuelve (con especial dramatismo) la gran mayoría de las situaciones en que se presentan dilemas de este tipo.

En general, se pueden agrupar los ejes centrales del presente artículo en torno a las siguientes ideas:

- Aunque no existe una definición unívoca de lo que se entenderá por huelga de hambre y alimentación forzada, se pueden encontrar algunos elementos comunes que permitan caracterizar e identificar a ambas clases de acciones.
- Desde la perspectiva de la evaluación moral de la acción, la huelga de hambre se puede considerar como un suicidio, en cuanto el huelguista dispone de su vida como un medio para alcanzar un objetivo ulterior, asumiendo la posibilidad de la muerte como una consecuencia previsible de la acción.
- La intervención médica del profesional tratante debe ser especialmente cautelosa en una situación de huelga de hambre, pues esta debe procurar conciliar la voluntad del huelguista, a la vez que intenta dilucidar si dicha voluntad es verdaderamente competente.
- El ayuno prolongado producirá una serie de efectos fisiológicos que tornarán cada vez más difícil la capacidad de decisión del huelguista.
- Solo se puede afirmar con certeza que el consentimiento inicial de la huelga puede ser verdaderamente libre e informado; sin embargo, las ulteriores manifestaciones de voluntad podrían verse alteradas por los trastornos fisiológicos propios del ayuno prolongado, razón por la cual no puede afirmarse con plena certeza que el huelguista consienta con plena competencia y voluntariedad, elementos mínimos para el rechazo de un tratamiento médico, como sería el caso de la alimentación forzada.

Aun así, se considera que la literatura disponible en la materia sigue siendo insuficiente frente a la gran cantidad de aristas e interrogantes del problema, que siguen quedando inconclusas. Frente a esto, el presente trabajo, aún sujeto a ciertas limitaciones, ha pretendido ser un aporte para la reflexión acerca de esta cuestión.

Fuente de financiación

El presente estudio no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Declaración de autoría

F. Reyes-Arellano y J. Razazi contribuyeron igualmente a la concepción y diseño de la investigación. Todos los autores revisaron el manuscrito, acuerdan ser plenamente responsables de garantizar la integridad y precisión del trabajo, y leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Referencias bibliográficas

1. Miranda-Montecinos A, García-Huidobro J, Contreras-Aguirre S. La huelga de hambre como suicidio intencional. Una propuesta de valoración moral desde la tradición Central de la ética. *Pers Bioét.* 2015;19(1):64-79. doi: 10.5294/PEBI.2015.19.1.6
2. Arias T. Grupo de médicos peruanos está en huelga de hambre en medio de la creciente segunda ola de casos de covid-19 [Internet]. *CCN Latinoamérica*; 2021 [consultado el 16 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2021/01/21/grupo-de-medicos-peruanos-esta-en-huelga-de-hambre-en-medio-de-la-creciente-segunda-ola-de-casos-de-covid-19/>
3. Riederer C. *Die RAF und die Folterdebatte der 1970er Jahre.* Wiesbaden: Springer VS; 2014.
4. Requena P. ¡Doctor, no haga todo lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica. 1ª edición. Granada: Comares S.L.; 2017.
5. Elizari FJ. *Bioética.* Madrid, España: Ediciones Paulinas; 1991.
6. Precht J, Faundes JJ. Legitimidad de la huelga de hambre: un debate sobre el derecho a la vida y la dignidad humana. *Estud Const.* 2013;11(2):333-68. doi: 10.4067/S0718-52002013000200009
7. Salas S, Arriagada A, Bernier L, Besio M, Micolich C, Misseroni A, et al. Aspectos éticos de la conducta del médico ante personas en huelga de hambre: opinión del departamento de Ética del Colegio Médico de Chile. *Rev Médica Chile.* 2018;146(9):1059-63. doi: 10.4067/s0034-98872018000901059
8. Crosby SS, Apovian CM, Grodin MA. Hunger strikes, force-feeding, and physicians' responsibilities. *JAMA.* 2007;298(5):563-6. doi: 10.1001/jama.298.5.563
9. WMA Declaration of Malta on Hunger Strikers [Internet]. World Medical Association; 2020 [consultado el 18 de julio de

- 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-malta-on-hunger-strikers/>
10. Binswanger I, Elmore JG. Clinical care of incarcerated adults [Internet]. UpToDate; 2021 [consultado el 25 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-care-of-incarcerated-adults>
 11. Annas GJ. Force-feeding at Guantanamo. *J Med Ethics*. 2017;43(1):26. doi: 10.1136/medethics-2016-103579
 12. Omar M, Nouh F, Younis M, Younis M, Nouri A, Ahmed D, et al. Refeeding syndrome. *SAS J Med*. 2017;3(11):307-12. doi: 10.21276/sasjm.2017.3.11.4
 13. Wirth R, Diekmann R, Janssen G, Fleiter O, Fricke L, Kreilkamp A, et al. Refeeding syndrome: Pathophysiology, risk factors, prevention, and treatment. *Internist*. 2018;59(4):326-33. doi: 10.1007/s00108-018-0399-0
 14. Kant I. *Metaphysik der sitten*. Alemania: Reclam; 1990.
 15. Kant I. *Lecciones de ética*. Barcelona: Austral; 2017.
 16. Reyes-Arellano F. Perspectivas filosóficas a partir del problema del suicidio. *Pers Bioét*. 2021;25(1):e2514. doi: 10.5294/pebi.2021.25.1.4
 17. Miranda A. El principio del doble efecto y su relevancia en el razonamiento jurídico. *Rev Chil Derecho*. 2008;35(3):485-519. doi: 10.4067/S0718-34372008000300005
 18. Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. 8ª edición. New York: Oxford University Press; 2019.
 19. Huether G, Zhou D, Schmidt S, Wiltfang J, Rütger E. Long-term food restriction down-regulates the density of serotonin transporters in the rat frontal cortex. *Biol Psychiatry*. 1997;41(12):1174-80. doi: 10.1016/s0006-3223(96)00265-x
 20. Robinson S, Winnik HZ. Severe psychotic disturbances following crash diet weight loss. *Arch Gen Psychiatry*. 1973;29(4):559-62. doi: 10.1001/archpsyc.1973.04200040099016
 21. Glucksman ML, Hirsch J. The response of obese patients to weight reduction: A clinical evaluation of behavior. *Psychosom Med*. 1968;30(1):1-11. doi: 10.1097/00006842-196801000-00001
 22. Fessler DMT. The implications of starvation induced psychological changes for the ethical treatment of hunger strikers. *J Med Ethics*. 2003;29(4):243-7. doi: 10.1136/jme.29.4.243
 23. Rowland Jr CV. Psychotherapy of six hyperobese adults during total starvation. *Arch Gen Psychiatry*. 1968;18(5):541-8. doi: 10.1001/archpsyc.1968.01740050029005
 24. Crumpton E, Wine DB, Drenick EJ. Starvation: stress or satisfaction? *JAMA*. 1966;196(5):394-6.
 25. Kollar EJ, Atkinson RM. Responses of extremely obese patients to starvation. *Psychosom Med*. 1966;28(3):227-46. doi: 10.1097/00006842-196605000-00004
 26. Beresford D. *Ten men dead. The story of the 1981 Irish hunger strike*. Atlantic Monthly Press; 1997.
 27. Silove D, Curtis J, Mason C, Becker R. Ethical considerations in the management of asylum seekers on hunger strike. *JAMA*. 1996;276(5):410-5.
 28. Crisci A. Tratamiento médico en contra de la voluntad del paciente. En: Andorno R, Ivone V (editores). *Casos de bioética y derecho*. Valencia, España: Tirant Lo Blanch; 2015.



Bioética en investigación en nutrición clínica

Bioethics in Clinical Nutrition Research

Bioética em Pesquisa de Nutrição Clínica

Claudia Patricia Maza Moscoso^{1,2*}, Víctor Alfonso Mayen³, Luis Demetrio González Patzán^{1,4}.

Recibido: 3 de julio de 2021. Aceptado para publicación: 7 de agosto de 2021.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.323>

Resumen

La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en los campos de las ciencias biológicas y de la atención de la salud. La nutrición clínica es parte de las ciencias de la salud, y los profesionales de la nutrición deben considerarse dentro del marco bioético internacional como parte de la comunidad científica. La investigación científica constituye la única manera de resolver las preguntas científicas de forma rigurosa, integral y sistemática; es por esto por lo que la investigación en nutrición clínica debe regirse por los principios de la bioética, y los protocolos de investigación en nutrición clínica deben seguir todos los principios de las buenas prácticas clínicas de investigación plasmados en la Declaración de Helsinki.

Palabras clave: investigación, nutrición clínica, bioética, autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, Declaración de Helsinki.

Abstract

Bioethics is the systematic study of human behavior in the fields of biological sciences and health care. Clinical Nutrition is part of health sciences, and nutrition professionals should be considered within the international bioethical framework as part of the scientific community. Scientific research is the only way to solve scientific questions in a rigorous, comprehensive and systematic way. This is why clinical nutrition research must be governed by the principles of bioethics, and clinical nutrition research protocols must follow all the principles of good clinical research practices set out in the Declaration of Helsinki.

Keywords: Research; Clinical Nutrition; Bioethics; Autonomy; Beneficence; Non-maleficence; Justice; Helsinki Declaration.

Resumo

A bioética é o estudo sistemático do comportamento humano no campo das ciências da vida e do cuidado da saúde, examinados à luz dos valores e princípios morais. A nutrição Clínica faz parte das ciências da saúde e os profissionais de nutrição devem ser considerados dentro do âmbito bioético internacional como parte da comunidade científica. A pesquisa em Nutrição Clínica deve ser regida pelos princípios da bioética e os protocolos de pesquisa devem seguir todos os princípios das boas práticas de pesquisa clínica. A presente revisão tem como objetivo descrever a contribuição do código de Helsinki e dos Princípios da Bioética para a pesquisa em Nutrição Clínica no âmbito das Ciências da Saúde.

Palavras-chave: pesquisa, nutrição clínica, bioética, autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, Declaração de Helsinki, bioética na Pesquisa em nutrição clínica.

¹ Centro Médico Militar. Ciudad de Guatemala, Guatemala.

² Universidad del Valle de Guatemala. Ciudad de Guatemala, Guatemala.

³ Asociación para la Prevención y Estudio del VIH/Sida. Retalhuleu, Guatemala.

⁴ Hospital General San Juan de Dios. Ciudad de Guatemala, Guatemala.

*Correspondencia: Claudia Patricia Maza Moscoso.
cmaza34@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en los campos de las ciencias biológicas y de la

atención de la salud. Se ocupa de conflictos éticos que se derivan de los avances de la ciencia⁽¹⁾.

En la Declaración Universal en Bioética y Derechos Humanos, la Organización de las Naciones Unidas para



la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) estableció lineamientos en materia de ética sobre lo que se refiere a organismos biológicos y seres humanos⁽²⁾; señala que los problemas éticos, debido a los adelantos de la ciencia, deben examinarse teniendo en cuenta no solo el respeto a la dignidad de la persona humana, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales⁽³⁾. Además, busca promover la investigación y llevar a cabo actividades de enseñanza de la ética con miras a propiciar la responsabilidad en distintos niveles, en particular en la formación y educación de los futuros científicos y profesionales⁽⁴⁾. Por tanto, es indispensable que el actuar de los investigadores en cualquiera de las ciencias biomédicas tenga un sólido conocimiento de los principios, metodologías y alcances de la bioética para garantizar que los resultados de sus investigaciones sean válidos, pero, sobre todo, que hayan respetado la naturaleza del individuo y su entorno.

Los estándares éticos y científicos para llevar a cabo una investigación biomédica en humanos han sido desarrollados y establecidos en guías internacionales, incluyendo la Declaración de Helsinki, cuyos preceptos son obligatorios al momento de diseñar y ejecutar estudios con humanos, sobre todo aquellos que implican el uso de medicamentos y tratamientos, sean invasivos o no.

Dentro de los objetivos de la Declaración de Helsinki se destacan: promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, y reconocer la importancia de la libertad de investigación científica y las repercusiones beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico⁽⁴⁾. Además, todos los investigadores de las ciencias biomédicas deben estar conscientes de que cualquier violación a los principios éticos también tiene una implicación legal, principalmente cuando se trata de estudios experimentales o en los que se sustituya de manera injustificada formas naturales y exclusivas de alimentación, como en el caso de la lactancia materna o de alimentar *vs.* no alimentar a un paciente para probar alguna hipótesis relacionada con la superioridad de una terapia artificial *vs.* otra.

Según la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), la ciencia de la nutrición se ocupa de todos los aspectos relacionados con la interacción entre alimentos, nutrientes, vida, salud y enfermedad, y es el estudio por el cual el organismo ingiere, absorbe, transporta, utiliza y excreta las sustancias⁽⁵⁾.

La nutrición clínica, por otro lado, se ocupa de la prevención, diagnóstico y tratamiento de los cambios nutricionales y metabólicos relacionados con las enfermedades agudas y crónicas, y con condiciones causadas por un exceso o falta de energía, micronutrientes y otras sustancias bioactivas contenidas en la dieta. La nutrición clínica tiene un enfoque curativo, preventivo y concomitante con el tratamiento médico⁽⁵⁾, tanto en el ámbito biológico como de conducta alimentaria, pues muchos de los problemas que se manifiestan con alteraciones orgánicas tienen una base conductual.

Lo anteriormente descrito hace posible incluir a la nutrición clínica y a los profesionales de la nutrición dentro del marco bioético internacional como parte de la comunidad científica y permite también normar las diferentes actividades profesionales, entre ellas la investigación científica⁽²⁾ en cualquiera de sus modalidades, es decir, cualitativa y cuantitativa, experimental y observacional, metaanálisis y revisiones críticas, e incluso la sistematización de la evidencia empírica.

¿QUÉ ES LA DECLARACIÓN DE HELSINKI?

La Asociación Médica Mundial formuló la Declaración de Helsinki como una base de principios éticos cuyo objetivo es proporcionar una guía a médicos y a otros participantes en la investigación que se realiza en seres humanos⁽⁶⁾.

La Declaración de Helsinki puede asumirse no solo como “una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos”, sino como “valores bioéticos clave para el desarrollo de la investigación”. Los principios de la bioética, que incluyen el principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, se convierten en la regulación de la investigación clínica. Se aplican por medio de normas, códigos y aclaraciones que perfilan los temas de ética biomédica y la relación médico-paciente (en general profesionales de la salud que incluirían profesionales de la nutrición)⁽⁶⁾.

Por otro lado, el Código de Núremberg, publicado en 1946, surgió a causa de los abusos durante la Segunda Guerra Mundial en la experimentación con seres humanos, donde no se respetó la dignidad humana⁽⁶⁾. Dentro de este se vincula al médico, quien en este caso es el profesional de la salud con mayor pertinencia y reconocimiento para velar por la salud del individuo y procurar lo mejor para él o ella cuando se le brinda la atención; esto incluye aquella destinada a pre-

venir el apareamiento de enfermedades, prevención de complicaciones y cuidados paliativos en situaciones crónicas terminales⁽⁷⁾.

El propósito principal de la investigación en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas y validadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad. Sin embargo, deben prevalecer los derechos e intereses de las personas que participan en la investigación. Es obligatorio proteger siempre la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas debe recaer siempre en el investigador principal y en cada uno de los miembros del equipo de investigación, quienes deben velar por la protección del individuo, y nunca en los participantes de la investigación, aunque hayan otorgado un consentimiento informado. Se debe guardar la confidencialidad de la persona que participe en la investigación una vez haya otorgado y firmado voluntariamente el consentimiento informado⁽⁷⁾.

La investigación en seres humanos debe ser llevada a cabo solamente por personas con calificación científica y ética apropiada y realizarse cuando el beneficio es mayor que el riesgo para la persona⁽⁷⁾. Es importante considerar que un Comité de ética debidamente acreditado debe aprobar los protocolos y procedimientos de una investigación antes de iniciar el estudio, y que los investigadores deben estar anuentes a ser auditados en el transcurso de la investigación para verificar que no se hayan violado los derechos de los sujetos incluidos en el estudio. Las enmiendas al protocolo que se realicen durante la ejecución del estudio también deben ser reportadas a este Comité, que evaluará la pertinencia, conveniencia y seguridad de estos cambios, por lo que es necesario que los investigadores estén conscientes que obviar estos procedimientos representa desviaciones mayores al protocolo y puede incidir negativamente en los resultados del estudio. Es deseable también contar con un Comité paralelo de asesoría integrado por reconocidos investigadores, académicos o profesionales expertos, quienes brindan asesoramiento sobre aspectos técnicos, metodológicos y éticos del estudio.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA?

Los principios que hacen las veces de leyes morales en la bioética son: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Autonomía

Está relacionada con la libertad de elección y corresponde a la capacidad del individuo de decidir por sí mismo con base en las alternativas que se le presentan, libre de coacciones internas y externas⁽⁸⁾, incluyendo el tratamiento médico y nutricional. Indica la voluntad del paciente frente al profesional de la salud que hace referencia a la potestad de aceptar o no participar de manera voluntaria y desinteresada en un estudio de investigación⁽⁹⁾.

Se debe respetar la autonomía de la persona en la facultad de adoptar decisiones y asumir la responsabilidad de estas. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se deben tomar medidas especiales para proteger sus derechos. La investigación científica solo se debe llevar a cabo previo consentimiento informado libre y expreso de la persona interesada⁽¹⁰⁾. Una consideración muy importante que requiere especial atención en los países donde existen altas tasas de analfabetismo es que el consentimiento informado debe estar escrito en el idioma del participante, debe ser leído en conjunto con un familiar con detenimiento y repetirlo si es necesario, hasta asegurarse de que ha sido completamente comprendido por el individuo o la persona que posee la potestad legal de decidir; asimismo, se debe resolver cualquier duda de ellos con respecto al consentimiento informado. Es vital que se dé suficiente tiempo para garantizar una clara comprensión de su contenido.

Algo muy importante a considerar es la vulnerabilidad del individuo, que incluye la incapacidad de tomar la mejor decisión con el fin de proteger los propios intereses. Puede derivarse de problemas sociales y culturales, carencia de recursos económicos y bajo nivel de escolaridad y de características internas del individuo, como trastornos mentales, déficit intelectual u otras enfermedades, además de la franja de edad que incluye a niños y ancianos⁽⁸⁾.

No maleficencia

Es el principio de no dañar intencionalmente; se considera el más básico y fundamental de los principios bioé-

ticos⁽⁹⁾. Este debe ser cuidadosamente comprendido por los investigadores, ya que muchas veces se tiene un conocimiento incipiente o incompleto de la efectividad de algún tratamiento; en este caso, es obligatorio realizar una evaluación exhaustiva en el transcurso de la investigación con los reportes de eventos adversos presentados de los posibles riesgos o daños que pueden ocasionarse como consecuencia del desarrollo de la investigación, pues el mínimo daño o riesgo detectado debe ser un indicativo de adendas al protocolo de estudio o terminación del mismo, así como de volver a solicitar el consentimiento a la persona con la advertencia de que eventualmente podrían ocurrir estos riesgos. Se tiene el derecho de retirar en cualquier momento el consentimiento informado.

Beneficencia

Consiste en proporcionar beneficios e impone la obligación moral de actuar en beneficio de otros. Entre las reglas de conducta de este principio están el proteger y defender los derechos de los demás, ayudar a los discapacitados y colaborar en disminuir peligros que amenazan a otros⁽⁹⁾. Con relación a este principio, los investigadores deben estar conscientes de que ningún individuo debería recibir regalías o remuneraciones por su participación en el estudio, pues de ocurrir se corre el riesgo de que los resultados se sesguen por la intencionalidad del individuo, quien podría hacerlo para corresponder a estas regalías. De hacer esto se viola uno de los principios más elementales de la ética en investigación científica.

Justicia

Hace referencia al respeto de la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad. Se debe tener en cuenta la importancia de la diversidad cultural y del pluralismo⁽⁹⁾ de acuerdo con las tendencias globales, y los estudios deben promover la equidad de género, siempre y cuando la naturaleza de los mismos lo permita.

Conservación

Finalmente, y aunque no es del todo reconocido, la experiencia nos permite proponer el principio de la conservación, que hace referencia a la no destrucción del medio ambiente, a la conservación de este y a la no modificación de la ecología o los sistemas naturales.

Todos estos principios deben estar claramente evidenciados en el consentimiento informado, el cual también debe contener los datos de contacto del investigador principal: nombre completo, teléfonos y correo electrónico. Él debe adquirir el compromiso permanente de responder las dudas y consultas las 24 horas, los 7 días de la semana, y realizar las aclaraciones pertinentes a quien lo solicite, principalmente a los individuos que participan en el estudio o a quienes han tomado la decisión de que participen.

Indudablemente, también estos principios deben ser la directriz principal del diseño de los estudios y del análisis de los datos que se obtengan, pues el tener claridad de las implicaciones éticas y legales de la investigación también permite tener claridad sobre el alcance y validez de los resultados.

INVESTIGACIÓN EN NUTRICIÓN CLÍNICA

La investigación en nutrición clínica no es ajena a la aplicación de cada uno de los principios de la bioética, debido a que es una disciplina de las ciencias de la salud.

La importancia de la investigación científica en nutrición clínica reside en que nos permite conocer el por qué de las cosas, nos ayuda a adaptarnos a la realidad y a mejorar la calidad de vida y el pronóstico clínico de los pacientes.

Los aspectos bioéticos de la investigación científica en nutrición clínica radican en el respeto a la autonomía del paciente y la confidencialidad en el manejo de los datos, el beneficiarlo con una u otra terapia y el tratar a todos los pacientes equitativamente, siempre cuidando de no hacer daño.

Toda investigación en nutrición debe incluir un protocolo de investigación que incluya un consentimiento informado y debe ser autorizado por un Comité de ética. Se deben respetar todos los aspectos de las buenas prácticas clínicas de investigación plasmadas en la Declaración de Helsinki, las cuales incluyen aspectos relacionados con la veracidad de los datos, conducta del investigador y conflictos de interés. Las prácticas de plagio, fabricación y falsificación no pueden ser toleradas en ningún proyecto de investigación⁽¹¹⁾.

En toda investigación en nutrición clínica debe prevalecer el respeto a cada uno de los principios de la bioética:

- **Autonomía:** que el paciente pueda tomar la decisión de participar o no y de aceptar o rechazar una terapia, así como de retirar el consentimiento en el momento que lo desee. Se deben respetar aquellos sujetos vulnerables y proteger sus intereses.

- *Beneficencia*: que el paciente se vea beneficiado por la terapia administrada.
- *No maleficencia*: el no hacer daño y retirar la terapia en caso de que esto suceda.
- *Justicia*: el tratar a los pacientes de manera justa y equitativa.

CONCLUSIÓN

La investigación científica constituye la única manera de resolver las preguntas científicas de forma rigurosa, integral y sistemática. La nutrición clínica, como parte de las ciencias de la salud, no es ajena a las buenas prácticas clínicas en la investigación científica. Se debe, sobre todo, respetar la Declaración de Helsinki y cada uno de los principios de la bioética.

Financiamiento

El presente estudio no tuvo financiación.

Declaración de conflictos de interés

Sin conflictos de interés por declarar.

Declaración de autoría

Todos los autores han participado en la concepción y realización del trabajo, que ha dado como resultado el artículo en cuestión. CPMM y VAM participaron en el análisis de los resultados; LDGP intervino en la redacción del trabajo. Todos los autores revisaron el artículo y validaron su versión final.

Referencias bibliográficas

1. Associació de Cardiopaties Congènites (AACIC). ¿Qué es la Bioética? [Internet]; 2016. [Consultado el 1 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.aacic.org/es/editorials/que-es-la-bioetica-2/>
2. Romero-Zepeda H, Preciado-Cortés R, Elton-Puente JE, Salazar-Piñon MC, García-Gasca T, Hall RT. Reflexiones desde la bioética sobre la nutriología en México. Rev Salud Publica Nutr. 2008;9(1):1-17.
3. Salas FH. La bioética una razón para ver la vida con otros ojos. Revista Colombiana De Bioética. 2017;11(3):48-54. doi: 10.18270/rcb.v11i3.1923
4. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights [Internet]. Unesco; 2005. [Consultado el 1 de junio de 2021]. Disponible en: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
5. Universidad Internacional de Valencia. Nutrición Clínica: concepto y características esenciales [Internet]; 2017. [Consultado el 1 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/co/actualidad/nuestros-expertos/nutricion-clinica-concepto-y-caracteristicas-esenciales>
6. Mazzantani Di Ruggiero MA. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Revista Colombiana de Bioética. 2011;6(1):125-44.
7. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]; 2017. [Consultado el 1 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
8. dos Santos DC. Autonomía, consentimiento y vulnerabilidad del participante de investigación clínica. Rev Bioét. 2017;25(1):19-29. doi: 10.1590/1983-80422017251162
9. Lolas F. Bioética: el diálogo moral en las ciencias de la vida. Santiago: Mediterráneo; 2003.
10. Araujo M. Bioética en nutrición clínica. Ciencia y Sociedad. 2001;26(1):23-35. doi: 10.22206/CYS.2001.V26I1.PP23-35
11. Santana PS. La investigación científica en Nutrición clínica y hospitalaria. RCAN. 2011;21(2):335-48.



Bioética y alimentación al final de la vida en pediatría: dos perspectivas complementarias sobre un mismo tema

Bioethics and end of life feeding in pediatrics: Two complementary perspectives about one single topic

Bioética e alimentação no final da vida em pediatria: duas perspectivas complementares sobre o mesmo tema

Jorge Jacobo Arenas-Rivera¹, Javier Portilla-Segura², Evelia Apolinar-Jiménez^{3*}.

Recibido: 7 de julio de 2021. Aceptado para publicación: 31 de agosto de 2021.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.324>

Resumen

Con los avances en las terapias curativas se espera que los niños, aun enfermos, sobrevivan a sus padres; sin embargo, existen condiciones imposibles de curar, que limitan la esperanza de vida. Los cuidados paliativos pediátricos se refieren al cuidado activo y total del cuerpo, mente y espíritu de los niños, e incluyen soporte a su familia. La alimentación e hidratación artificial pueden ser una alternativa al final de la vida que contribuya con el control de los síntomas; estas tienen connotaciones psicológicas, culturales, religiosas y, por tanto, bioéticas. Es necesaria la reflexión, pues además de contar con conocimientos técnicos y científicos, la atención de niños y adolescentes con enfermedades imposibles de curar implica la comprensión integral de principios y valores éticos. Esta revisión pretende invitar a la reflexión al abordar el tema de la muerte y del papel de la alimentación al final de la vida en pediatría, desde las perspectivas de la bioética y de la práctica clínica. A partir de la perspectiva bioética se detallan los principios de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia, mismos que en la atención de menores enfermos en fase terminal se deben potenciar con la benevolencia, la autonomía asistida, la magnanimidad y la no malevolencia. Estos conceptos permitirán ver, desde la óptica

Summary

With advances in curative therapies, children, even if ill, are expected to outlive their parents. However, there are impossible-to-cure conditions that limit life expectancy. Pediatric Palliative Care refers to the active and total care of the body, mind and spirit of children, including support for their families. Artificial feeding and hydration can be an alternative at the end of life to help control symptoms, albeit with psychological, cultural, religious, and bioethical connotations. Reflection is necessary, because the care of children and adolescents with illnesses that cannot be cured is not only a matter of technical and scientific knowledge but also of a comprehensive understanding of ethical principles and values. This review aims to invite reflection regarding the process of dying and the role of feeding at the end of life in pediatric patients, from both the bioethical and clinical practice perspectives. From the bioethical perspective, the principles of beneficence, autonomy, justice, and non-maleficence are detailed, which in the care of terminally ill children must be strengthened with benevolence, assisted autonomy, magnanimity, and non-malevolence. These concepts will allow us to see, from the bioethical perspective, the transcendence of practical decisions, the subtle difference between trying nutritio-

Resumo

Com os avanços nas terapias curativas, espera-se que as crianças, mesmo doentes, sobrevivam aos pais. No entanto, existem condições impossíveis de curar que limitam a expectativa de vida. Os Cuidados Paliativos Pediátricos referem-se ao cuidado ativo e total do corpo, mente e espírito das crianças, incluindo o apoio a sua família. A alimentação e a hidratação artificiais podem ser uma alternativa no final da vida que contribui para o controle dos sintomas, pois tem conotações psicológicas, culturais, religiosas e, portanto, bioéticas. A reflexão é necessária, pois, além de possuir os conhecimentos técnico-científicos, a atenção das crianças e dos adolescentes com enfermidades incuráveis implica a compreensão integral dos princípios e valores éticos. Esta revisão tem como objetivo convidar à reflexão ao abordar a questão do morrer e o papel da alimentação no final da vida em pediatria, sob as perspectivas da bioética e da prática clínica. Do ponto de vista bioético, detalham-se os princípios da beneficência, autonomia, justiça e não maleficência, os mesmos que na atenção ao menor em estado terminal, devem ser fortalecidos com a benevolência, a autonomia assistida, a magnanimidade e a não malevolência. Esses conceitos permitirão ver, do ponto de vista bioético, a transcen-



bioética, la trascendencia de las decisiones prácticas, esa sutil diferencia entre intentar el soporte nutricional, que limita el sufrimiento y busca mejorar la calidad de vida, y promover terapias fútiles, que pueden alargar la agonía y el sufrimiento, incrementar el desgaste económico y generar falsas expectativas.

Palabras clave: bioética, alimentación al final de la vida, niños, adolescentes, calidad de vida.

nal support that limits suffering and seeks to improve the quality of life, or promoting futile therapies that can lengthen agony, prolong suffering, increase economic wear and create false expectations.

Keywords: Bioethics; End-of-life nutrition; Children; Adolescents; Quality of life.

dência das decisões práticas, aquela sutil diferença entre experimentar um suporte nutricional que limite o sofrimento e procure melhorar a qualidade de vida ou promover terapias fúteis que podem prolongar a agonía, prolongar o sofrimento, aumentar o desgaste econômico e gerar falsas expectativas.

Palavras chave: bioética, alimentação no final da vida, crianças, adolescentes, qualidade de vida.

¹ Comité Hospitalario de Bioética, Clínica Bajío CLINBA, SC. Guanajuato, Guanajuato, México.

² Servicio de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital General Regional de León. León, Guanajuato, México.

³ Unidad de Metabolismo y Nutrición, Departamento de Investigación, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. León, Guanajuato, México.

*Correspondencia: Evelia Apolinar-Jiménez.
eve.apolinar@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Con los avances científicos y tecnológicos de la medicina moderna han aumentado significativamente las terapias curativas para múltiples enfermedades propias de la edad pediátrica. De tal modo que en la actualidad se espera que, en general, los hijos sobrevivan a sus padres⁽¹⁾. Sin embargo, hay condiciones congénitas o adquiridas en la infancia que no se pueden curar y limitan la esperanza de vida⁽²⁾. En estas situaciones es indispensable ofrecer los mejores cuidados que permitan acompañar a los pacientes y a sus familias, así como a los profesionales de la salud que proveen estas atenciones. Es por ello que los cuidados paliativos pediátricos (CPP) han tomado relevancia, especialmente en las últimas dos décadas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), su objetivo es prevenir y aliviar el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual, y esto es, además, una responsabilidad ética global⁽³⁾.

El papel de la intervención nutricional y de la alimentación al final de la vida, además de ser una de las herramientas que puede contribuir al control de síntomas⁽⁴⁾, tiene profundas connotaciones psicológicas, culturales, religiosas y, por tanto, éticas⁽⁵⁾.

Las causas de muerte son esencialmente diferentes en la edad pediátrica y en la adulta, por lo que el abordaje de los CPP es también diferente entre estos dos grupos etarios^(1,2). Nosotros, como profesionales de la salud que atendemos pacientes pediátricos con enfermedades complejas e imposibles de curar, con frecuencia

seguimos enfrentando la muerte de un menor de edad como algo antinatural, con dificultad para elegir el mejor momento en el que un niño o adolescente se beneficiará al recibir CPP y evitar tratamientos que pueden ser inútiles, invasivos y costosos⁽⁶⁾. Es un imperativo ético contar con elementos tanto teóricos como técnicos que ayuden a evitar el sufrimiento en los pacientes y sus familias y, cuando inexorablemente se presenta, paliarlo.

Esta revisión pretende abordar el tema de la muerte y del papel de la alimentación al final de la vida en pacientes pediátricos desde las perspectivas filosófica y bioética, y de los profesionales sanitarios, y con ello contribuir a la reflexión que permita, como lo anota Bergstraesser⁽²⁾, redirigir el significado de la esperanza en este último período de la vida.

BIOÉTICA Y ALIMENTACIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN PEDIATRÍA. DOS PERSPECTIVAS COMPLEMENTARIAS SOBRE UN MISMO TEMA

Perspectiva bioética: de los derechos humanos a la reflexión sobre la muerte en los menores de edad

«LLUVIA EN COPACABANA. Como cae la lluvia sobre el mar / al ritmo que sin pausa se desploma / así vamos fluyendo hacia la muerte.». Esta reflexión, del poeta mexicano José Emilio Pacheco⁽⁷⁾, dice una verdad sabida por todos los seres humanos de todos los

tiempos: es inevitable morir. Muchos sentimientos se pueden tener ante la muerte, entre ellos, es común que se produzcan el temor y la tristeza. Temor ya que se le rehúye a la muerte por ser algo «dañino», por cierto, lo más dañino que le puede suceder a cualquier ser vivo: dejar de ser; tal sentimiento invade esencialmente al que va a morir. Y la tristeza, pues ser consciente de que se va a dejar de vivir causa un profundo pesar y mucho abatimiento. Este sentimiento no solo lo experimenta quien está por morir, sino también las personas cercanas a quien agoniza. La muerte, en mayor o menor medida, implica, entre otros muchos sentimientos, temor y tristeza. Estos se acrecientan cuando quien está a punto de morir es un niño o adolescente que, además, padece una enfermedad grave, la cual ya no es posible curar. Como señala el filósofo alemán Martin Heidegger, «Tan pronto como un hombre entra en la vida es ya bastante viejo para morir»⁽⁸⁾; la muerte de un menor no deja de causar gran temor y tristeza, y puede llegar a convertirse en tragedia. Lo es, primeramente, porque en la «lógica» de la vida, esta se le acorta a un ser humano que por edad tenía aún mucho por vivir y realizar. Además, porque ese proceso de enfermedad provoca, a quien la padece y a los suyos, dolores físicos y emocionales de profunda intensidad.

Ante situaciones dolorosas, como la señalada, se debe buscar el mejor escenario, este debe ser procurar una buena vida por el tiempo que le resta al menor que padece una enfermedad en etapa terminal, para que todo esto desemboque en una buena muerte. Pero esto no se queda a nivel del puro desear lo bueno para los enfermos en tales condiciones; ese buen vivir, y un consecuente buen morir, es un derecho humano; por tanto, la vida, en específico la buena vida, es algo que cualquier ser humano puede exigir. Así ha quedado consagrado en el Artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU): «Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona»⁽⁹⁾.

Ahora bien, en cuanto derecho, para ser «justicia-ble» este artículo 3 de la citada Declaración, es decir, para darle realidad y que no quede en mera promulgación, es el Estado el principal garante de ello, pues solo él tiene la fuerza legal y material para garantizarlo. Sin embargo, todos seres humanos debemos promover el cumplimiento de dicho artículo, seamos parte o no del Estado (entendido este como gobierno), ya que los derechos humanos están destinados para beneficio de todos. No obstante, no todas las personas estamos obligadas a darle realidad a dicho artículo de igual

manera, sino conforme a las condiciones y circunstancias de cada uno, como lo señala el principio de justicia: «Distribución equitativa de los recursos, beneficios y cargas entre todos los miembros de la sociedad»⁽¹⁰⁾.

Dentro de los miembros de la sociedad que aportan mucho en la promoción del derecho a una buena vida de los niños y adolescentes enfermos graves que no podrán curarse están los profesionales de la salud. Esto es así ya que estos profesionales cuentan con la autoridad epistémica, que les da sus conocimientos, para hacer posible, en gran medida, una buena vida y una buena muerte de estos enfermos. Esos conocimientos son imprescindibles, pero insuficientes si se quiere atender de la manera más humana posible a estos pacientes en situación crítica y en fase terminal. También habrá que tener en cuenta ciertas pautas éticas, que al atenderlas promueven una atención sensible, empática y lo más éticamente humana.

Aquí se proponen las siguientes pautas éticas. Primero, tener en consideración que un menor, niño o adolescente que padece alguna enfermedad imposible de curar, la cual deteriora la calidad de vida, es un sujeto vulnerable, esto es una persona que por alguna condición o situación específica es incapaz o está impedida para ejercer de manera plena su autonomía⁽¹¹⁾. La vulnerabilidad radica en el hecho de que, por su corta edad, aún no se tiene la madurez cognitiva para comprender a total cabalidad su situación y, a partir de esto, tomar las decisiones más razonables. Dicha madurez se va acrecentando en la medida que los pacientes van obteniendo la capacidad de realizar procesos cognitivos más complejos, lo cual supone una madurez biopsíquica, que se da con el tiempo, a no ser que padezca alguna alteración neurológica.

Consecuencia de esta primera pauta ética puede recomendarse tener en cuenta las orientaciones éticas propuestas en los ya célebres cuatro principios bioéticos de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia, pero no atendidos sin más como tales, sino potenciándolos con otras consideraciones éticas, que exigen la atención lo más humanizada posible de esos sujetos vulnerables que son los niños y adolescentes con enfermedad grave en fase terminal; estos son:

- Principio de beneficencia: «Hacer bien una actividad y hacer el bien a otros mediante una actividad bien hecha»⁽¹²⁾. En efecto, el personal de la salud debe ofrecer bienes físicos y emocionales al menor enfermo, a través de un buen diagnóstico, buscar los medicamentos y procedimientos clínicos más idóneos, con la intención de obtener el máximo

beneficio terapéutico, entre otros. Este principio se potencia aún más si lo respalda la benevolencia, esa intención ética que pretende lograr el bien del otro. En efecto, tiene más posibilidad de lograr el mayor beneficio aquel que no es indiferente al paciente y que a la vez está motivado por querer el bien (benevolencia) de su paciente, pues esa intención será un buen impulso extra para buscar la beneficencia.

- Principio de autonomía: «Respeto activo a la libertad de elección de la persona; no solo absteniéndose de obstaculizarla, sino también procurando que se den las condiciones necesarias para ejercerla»⁽¹⁰⁾. En atención a lo ya dicho, el niño o adolescente es un sujeto vulnerable, pues por su inmadurez cognitiva y emocional a causa de su edad, no puede ejercer de manera plena su autonomía, así que hay que tener en cuenta una autonomía asistida; esto se refiere a padres o tutores que han de tomar las decisiones en beneficio del enfermo que tutelan, a partir de una información completa, veraz y entendible en sus términos. Aquí el personal de salud ha de esforzarse para que se logren esos rasgos de una buena comunicación, para que padres o tutores tomen decisiones a partir de datos veraces, fiables y entendibles. Asimismo, no está de más señalar que si las condiciones de salud física, emocional y la madurez cognitiva ya lo permiten, el menor también deberá dar su aprobación sobre las terapias y procedimientos que se le sugieran.
- Principio de justicia: «Distribución equitativa de los recursos, beneficios y cargas entre todos los miembros de la sociedad»⁽¹⁰⁾. Aunque lo mínimo que se le puede pedir al personal de la salud (como a cualquier otro profesional) es que cumpla lo que por ley se le pide, la vulnerabilidad en que se encuentra un niño enfermo exige éticamente algo más que la sola justicia, esto es la magnanimidad. Esta es esa virtud que consiste en dar más de lo que está establecido por ley (lo justo), sin fijarse en pequeñeces. Si se practica esta virtud algunas veces, el profesional de la salud se quedará a consultar a sus pacientes, incluso un poco después de su horario, o habrá algunas noches en que se desvelará revisando literatura clínica para ahondar sobre la patología que presente alguno de sus pacientes. Este tipo de profesionales son los que hacen la buena diferencia para el paciente y sus cercanos, así como para sí mismos, pues estas acciones los hacen crecer éticamente.
- Principio de no maleficencia: «Ante todo, no hacer daño»⁽¹²⁾. Al igual que en el principio de beneficencia, pero de manera inversa, el no hacer el mal

(el mínimo exigible para cualquier profesional) se potencia más si se hace de lado cualquier intención de querer hacer daño (malevolencia). Sin embargo, hay una sutil, pero profunda diferencia entre cumplir la beneficencia y la no maleficencia: éticamente no estamos obligados a causar un bien, pero sí a no provocar un mal. Esto es, por ejemplo, que no se está obligado a quedarse más allá del horario de trabajo para atender a un niño enfermo o resolver una duda a sus padres, pero lo que no está permitido, en términos éticos, es no atenderles cuando se esté en el horario que se destine para ello.

Retomando los sentimientos de temor y tristeza que acompañan a los menores enfermos y a sus padres, se han sugerido algunas pautas de cómo se podría actuar éticamente con ellos para mitigar ese sufrimiento a partir de las actitudes de quienes acompañan a estos pacientes en su enfermedad, en específico, cómo podrían proceder los profesionales de la salud, además de todo el conocimiento técnico y científico indispensable para orientar a los padres y los menores, y así tomar las mejores decisiones de tratamiento. Con los pacientes en una condición tan doliente, tal vez ya no se logre dar grandes placeres, pero al menos sí se les pueden evitar sumos dolores en esas horas de profundo sufrimiento. Algo muy importante es que, en esa situación lacerante, y en la cual la muerte es inminente, paliar el dolor es algo de incalculable valor, no solo para la persona directamente afectada, sino también para sus cercanos, pues como señalaba Epicuro, filósofo de la antigua Grecia, la felicidad consiste (según lo cita el doxógrafo Diógenes Laercio) en obtener el placer y, si esto no es posible, ya se logra mucho evitando el dolor⁽¹³⁾.

Perspectiva sanitaria y de los profesionales de la salud

El trabajo multidisciplinario en los equipos de CPP

Los niños que cursan con condiciones crónicas complejas requieren un manejo especializado por diferentes profesionales, que puedan centrarse en la atención del paciente y su familia⁽¹⁴⁾, es por ello que existen los CPP, los cuales se refieren al cuidado activo y total del cuerpo, mente y espíritu de los niños, dando soporte a su familia⁽¹⁵⁾. A diferencia del abordaje de los cuidados paliativos en los adultos, en CPP existen 4 grupos de atención^(16,17):

- Grupo 1: niños en situaciones de amenaza para la vida y en los que el tratamiento curativo es posible (cáncer, cardiopatías congénitas, falla orgánica);

- Grupo 2: niños en situación de muerte prematura inevitable, en quienes el tratamiento puede prolongar la vida (fibrosis quística);
- Grupo 3: niños con progresión de su enfermedad, sin opciones de tratamiento curativo (errores congénitos del metabolismo, enfermedades neuromusculares);
- Grupo 4: condiciones irreversibles que pueden causar discapacidades; cursan con alteraciones neurológicas que pueden complicar el estado de salud y con probabilidad de que ocurra una muerte prematura (parálisis cerebral grave).

En caso de pacientes pediátricos con enfermedades crónicas complejas (ECC), independientemente del diagnóstico, es importante identificar el grupo en el que se encuentran para dirigir de manera óptima la intervención del equipo multidisciplinario de CPP, cuyo objetivo en el niño y su familia es mantener la calidad de vida del paciente⁽¹⁸⁾, el cual puede cursar con fluctuaciones, considerando la enfermedad, etapa clínica y edad del paciente.

Además, es necesario señalar que según la *American Academy of Pediatrics*, los profesionales de la salud deben contar con el apoyo del equipo de cuidados paliativos para enfrentar el proceso de agonía y muerte del niño⁽¹⁾. No es raro que los profesionales de la salud que atienden pacientes pediátricos con ECC, especialmente quienes no forman parte de los equipos de CPP, se decanten por intervenciones fútiles, que no cambiarán el desenlace y que, en ocasiones, pueden alargar la agonía, prolongar el sufrimiento, generar falsas expectativas o incrementar el desgaste económico familiar. Entre los principales obstáculos de los CPP se describen la preocupación de médicos por quitar la esperanza, la incertidumbre sobre el pronóstico o no identificar el momento adecuado para modificar el abordaje⁽⁶⁾.

EL PAPEL DE LA ALIMENTACIÓN AL FINAL DE LA VIDA

Comer es una práctica familiar importante. Es principalmente dentro de las familias donde se adquieren y experimentan las preferencias alimentarias, así como los comportamientos relacionados con la alimentación y las identidades. También es donde aprendemos a disfrutar (aunque no siempre) de la experiencia corporal de la comida (cómo sabe, huele y se siente), sus aspectos materiales, sensoriales y afectivos. La alimentación tiene una importancia social, simbólica para las familias que tienen un enfermo terminal⁽¹⁹⁾.

La alimentación en personas enfermas es una de las preocupaciones más importantes entre su familia, pues dar de comer y de beber son símbolos de cuidado^(20,21), especialmente si el enfermo es un menor⁽²²⁾. La intervención nutricional y la alimentación en niños con enfermedades crónicas e incurables se puede evaluar desde varias perspectivas. Tal es el caso de los niños que padecen deterioro neurológico grave, en quienes la alimentación artificial, mediante sondas enterales, puede tener un impacto discreto en la calidad de vida, pero puede allanar el trabajo de padres y cuidadores al facilitar la alimentación y la administración de medicamentos⁽²³⁾. En general, mientras el paciente pueda y tenga deseos de comer y beber, aunque mejorar el peso o el estado nutricional no sea un factor para modificar el desenlace, debe mantenerse la alimentación^(22,24).

En las etapas avanzadas del padecimiento es común que los niños cursen con intolerancia a la vía oral, condicionada por el deterioro funcional, resultado de la enfermedad misma o de los tratamientos⁽²²⁾. Se recomienda proveer alimentación e hidratación artificial cuando hay devastación neurológica, falla intestinal extensa e irreversible, y muerte próxima por cualquier causa^(22,25). Los cambios en la alimentación pueden incluir nutrición por vía enteral o parenteral, o bien, hidratación artificial, administrada mediante dispositivos^(14,26). Sin embargo, cuando las alteraciones en la alimentación ocurren, es necesario individualizar cada abordaje, ya que no siempre los dispositivos invasivos desempeñan un rol importante, por lo que se necesita definir el objetivo terapéutico.

No es raro que la decisión entre utilizar o no la nutrición y la hidratación artificial provoque opiniones diferentes entre los miembros del equipo de salud, los pacientes o sus familiares⁽²⁰⁾. En estos casos es indispensable el diálogo y la comunicación con los padres y, si es prudente, con el escolar o adolescente enfermo, en términos sencillos, en un entorno sensible, solidario y sin prejuicios⁽²²⁾; es decir, haciendo conscientes y ejerciendo los principios y valores éticos de los que se habló anteriormente.

REDIRIGIR EL SIGNIFICADO DE LA ESPERANZA

Hay una contradicción innata en los profesionales de la salud, en tanto seres humanos, entre el deseo de mejorar los CPP y la atención al final de la vida de los niños y sus familias, y la necesidad de protegerles de las potenciales cargas adversas y de las malas noticias⁽²⁷⁾.

Ello puede llevar a los profesionales de la salud a intentar medidas invasivas, que no cambiarán el curso de la enfermedad y su inevitable desenlace; además, en algunos casos no mejorarán la calidad de vida en este final del trayecto. Entre ellas, la alimentación (como símbolo de crianza y de vitalidad) y la nutrición e hidratación artificial pueden, en algunas ocasiones, generar falsas esperanzas, especialmente entre quienes anhelan en lo más profundo para su hijo amado enfermo que ocurra un milagro.

CONCLUSIÓN

Es importante tanto entre los equipos de CPP, como entre el resto del personal de salud que atiende a los niños y adolescentes que padecen enfermedades crónicas complejas e imposibles de curar desarrollar una comprensión más integral de cómo estos padecimientos son experimentados por los niños afectados y sus familias y, a su vez, diseñar intervenciones que eviten el sufrimiento y apoyen la calidad de vida^(1,28). Entonces, a partir de la conciencia bioética, se logra tener una actitud solidaria y empática, en suma, éticamente buena.

PUNTOS CLAVE

- Los niños y adolescentes con enfermedades crónicas complejas, que no tienen posibilidad de cura, requieren intervención de equipos multidisciplinares que busquen controlar síntomas, evitar el sufrimiento físico y emocional, y mantener la calidad de vida lo mejor posible.
- Es un ideal en la práctica profesional que los principios bioéticos, beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia, aplicados a la atención y cuidado de los pacientes pediátricos con enfermedades terminales, se acompañen de la benevolencia, la autonomía asistida, la magnanimidad y la no malevolencia.
- La alimentación desempeña un rol social y simbólico importante en las familias. Hace referencia a la crianza y al cuidado de los más vulnerables: los niños y adolescentes enfermos.
- El papel de la alimentación e hidratación artificial al final de la vida puede, en algunos casos, limitar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida.
- Es imprescindible la reflexión bioética, a fin de tener una práctica profesional solidaria y empática, es decir, éticamente buena.

Fuente de financiación

El presente estudio no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Declaración de autoría

J Arenas, J Portilla y E Apolinar contribuyeron igualmente a la concepción de la revisión; E Apolinar contribuyó al diseño de la revisión; J Arenas, J Portilla y E Apolinar redactaron el manuscrito. Todos los autores revisaron el manuscrito, acuerdan ser plenamente responsables de garantizar la integridad y precisión del trabajo, y leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Referencias bibliográficas

1. American Academy of Pediatrics. Palliative care for children. *Pediatrics*. 2000;106(2):351-7. doi: 10.1542/peds.106.2.351.
2. Bergstraesser E. Pediatric palliative care - When quality of life becomes the main focus of treatment. *Eur J Pediatr*. 2013;172(2):139-50. doi: 10.1007/s00431-012-1710-z
3. Palliative care [Internet]. World Health Organization. Consultado el 3 de julio de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/palliative-care>
4. Hui D, Dev R, Bruera E. The last days of life: Symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2015;9(4):346-54. doi: 10.1097/SPC.0000000000000171
5. Apolinar-Jiménez E, Tena-Tamayo C, Allende-Pérez S, Portilla-Segura J. ¿Estamos atendiendo de manera oportuna a los pacientes con enfermedad terminal? El papel de los cuidados paliativos y la nutrición. *Hosp Med Clin Manag*. 2018;11:13-9. doi: 10.24875/HMCM.18000105
6. Hauer JM, Wolfe J. Supportive and palliative care of children with metabolic and neurological diseases. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2014;8(3):296-302. doi: 10.1097/SPC.0000000000000063
7. Pacheco JE. Tarde o temprano (Poemas 1958 - 2000). 1.ª edición. Fondo de Cultura Económica. 2004. p. 655.
8. Heidegger M. El ser y el tiempo. 2.ª edición. México: Fondo de Cultura Económica. 1971. p. 152.
9. La Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. Naciones Unidas [consultado el 1 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
10. Sánchez González MA. Bioética en ciencias de la salud. 1.ª edición. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2013. p. 456.

11. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. 1.^a edición. Madrid, España: Tricastela; 2007. p. 160.
12. Hortal A. Ética general de las profesiones. 1.^a edición. Bilbao, España: Desclée de Brouwer; 2002. p. 278.
13. Laercio D. Vida de los filósofos más ilustres. 2004. p. 413.
14. Schwantes S, O'Brien HW. Pediatric palliative care for children with complex chronic medical conditions. *Pediatr Clin North Am.* 2014;61(4):797-821. doi: 10.1016/j.pcl.2014.04.011
15. What is children's palliative care? [Internet]. International Children's Palliative Care Network [consultado el 3 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.icpcn.org/about-icpcn/what-is-childrens-palliative-care/>
16. Tirado-Perez IS, Zarate-Vergara AC. Clasificación de la Association for Children's Palliative Care (ACT) en una institución pediátrica de referencia en el Caribe colombiano. *Rev Salud Pública.* 2018;20(3):378-83. doi: 10.15446/rsap.v20n3.60797
17. Association for Children's Palliative Care. A guide to the development of children's palliative care services. Bristol, RU: Association for Children's Palliative Care (ACT); 2009.
18. Keele L, Keenan HT, Sheetz J, Bratton SL. Differences in characteristics of dying children who receive and do not receive palliative care. *Pediatrics.* 2013;132(1):72-8. doi: 10.1542/peds.2013-0470
19. Ellis J. Family food practices: Relationships, materiality and the everyday at the end of life. *Sociol Health Illn.* 2018;40(2):353-65. doi: 10.1111/1467-9566.12606
20. Holmes S. Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. *Nurs Stand.* 2010;25(14):43-6. doi: 10.7748/ns2010.12.25.14.43.c8154
21. Allende-Pérez S, Pérez-Camargo DA, Itai Urbalejo-Ceniceros V, Ochoa-Carrillo FJ. Evaluación del estado de nutrición en pacientes con cáncer avanzado, referidos a cuidados paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, México. *GAMO.* 2013;12(4):223-8.
22. Rapoport A, Shaheed J, Newman C, Rugg M, Steele R. Parental perceptions of forgoing artificial nutrition and hydration during end-of-life care. *Pediatrics.* 2013;131(5):861-9. doi: 10.1542/peds.2012-1916
23. Mahant S, Friedman JN, Connolly B, Goia C, Macarthur C. Tube feeding and quality of life in children with severe neurological impairment. *Arch Dis Child.* 2009;94(9):668-73. doi: 10.1136/adc.2008.149542
24. Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr.* 2016;35(3):545-56. doi: 10.1016/j.clnu.2016.02.006
25. Nelson LJ, Rushton CH, Cranford RE, Nelson RM, Glover JJ, Truog RD. Forgoing medically provided nutrition and hydration in pediatric patients. *J Law Med Ethics.* 1995;23(1):33-46. doi: 10.1111/j.1748-720x.1995.tb01328.x
26. Zorzo RA, de Arruda F, da Costa JC. Nutrición en el paciente pediátrico en cuidados paliativos. *Rev Nutr Clín Metabol.* 2021;4(2). doi: 10.35454/rncm.v4n2.218
27. Weaver MS, Mooney-Doyle K, Kelly KP, Montgomery K, Newman AR, Fortney CA, et al. The benefits and burdens of pediatric palliative care and end-of-life research: A systematic review. *J Palliat Med.* 2019;22(8):915-26. doi: 10.1089/jpm.2018.0483
28. Siden H. Pediatric palliative care for children with progressive non-malignant diseases. *Children.* 2018;5(2):28. doi: 10.3390/children5020028



Aspectos metodológicos del código de ética del Nutricionista Clínico

Methodologic Aspects of the Code of Ethics for the Clinical Nutritionists

Aspectos metodológicos do código de ética do nutricionista clínico

Lina María Sierra Tobón^{1*}, María Alejandra Texeira Panizza².

Recibido: 17 de agosto de 2021. Aceptado para publicación: 30 de agosto de 2021.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.338>

Resumen

El presente artículo pone sobre el papel el trabajo realizado por un grupo de nutricionistas representantes de las asociaciones de los países miembros de FELANPE, quienes a partir de la Declaración Internacional de Cartagena sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición, reconocen la importancia del enfoque ético en el cuidado nutricional. De esta manera, y fruto del consenso entre los participantes y asesores, se llega al diseño de un código de ética basado en cinco principios deontológicos: respeto por la dignidad humana, protección a la persona en condición de vulnerabilidad nutricional, respeto por la autonomía del paciente en el ejercicio de la nutrición clínica, adecuación terapéutica en la toma de decisiones e investigación y desarrollo profesional. Dichos principios se acompañan de normas específicas que orientan la conducta moral y guían el *ethos* profesional, dando espacio a un debate sano en torno a la profesión y a la mejor manera de ejercerla y regularla.

Palabras clave: código de ética, nutrición clínica, cuidado nutricional.

Summary

This article puts on paper the work carried out by a group of nutritionists representing the associations of the member countries of FELANPE who, based on the International Declaration of Cartagena on the Right to Nutritional Care and the fight against Malnutrition, recognize the importance of the ethical approach to nutritional care. As a result of a consensus among the participants and advisers, a code of ethics was designed, based on five deontological principles: Respect for human dignity, protection of the individual in a condition of nutritional vulnerability, respect for the autonomy of the patient in the exercise of clinical nutrition, therapeutic adequacy in decision-making, and research and professional development. These principles are accompanied by specific norms that guide moral conduct and professional *ethos*, opening a space for a healthy debate about the profession and the best way to exercise and regulate it.

Keywords: Code of ethics; Clinical nutrition; Nutritional care.

Resumo

Este artigo coloca no papel o trabalho realizado por um grupo de nutricionistas representantes das associações dos países membros da FELANPE que, com base na Declaração Internacional de Cartagena sobre o Direito ao Cuidado Nutricional e a Luta contra a desnutrição, reconhecem a importância da abordagem ética no cuidado nutricional. Desta forma, e a partir do consenso entre os participantes e assessores, é elaborado um código de ética baseado em cinco princípios deontológicos: Respeito pela dignidade humana, proteção da pessoa em situação de vulnerabilidade nutricional, respeito pela autonomia do paciente no exercício da nutrição clínica, adequação terapêutica na tomada de decisões, e pesquisa e desenvolvimento profissional. Esses princípios vêm acompanhados de normas específicas que orientam a conduta moral e guiam o *ethos* profissional, abrindo espaço para um debate saudável em torno da profissão e a melhor forma de exercê-la e regulá-la.

Palavras-chave: código de ética, nutrição clínica, cuidado nutricional.

¹ Nutrición y Dietética; Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad de Desarrollo. Santiago de Chile, Chile.

² Servicio de Nutrición Especializada y del Banco de Leche Humana, Hospital Regional de Salto. Salto, Uruguay.

*Correspondencia: Lina María Sierra Tobón.
integralclinicalnutrition@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El pasado 6 de julio de 2021 el consejo de nutricionistas de la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE) aprobó por unanimidad el código de ética para el desempeño del nutricionista clínico, el cual responde al llamado de la Declaración Internacional de Cartagena sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición⁽¹⁾.

El quinto principio de la mencionada declaración reconoce que, aunque es cierto que la vulnerabilidad corresponde a una condición propia del ser humano, el paciente con malnutrición, o en riesgo de estarlo, tiene una manifiesta vulnerabilidad, por lo que para su intervención es necesario recurrir a principios y valores éticos fundamentales en la práctica del cuidado nutricional. De lo anterior se deriva que las sociedades científicas de los países que firmaron la Declaración Internacional de Cartagena sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición se comprometieran a reconocer la importancia del enfoque ético en el cuidado nutricional.

Entendida la ética como una rama de la filosofía, esta tiene como objetivo realizar un análisis intelectual de la dimensión moral humana en toda su complejidad, lo que permite tomar decisiones, diferenciando lo que es moralmente correcto de lo que no lo es. Por su parte, el código de ética corresponde a principios, normas, deberes y derechos, que orientan la conducta moral y regulan el *ethos* profesional. De acuerdo con Cortina⁽²⁾, esta es una herramienta básica para evaluar la calidad de los profesionales ante la sociedad y la calidad de los profesionales ante sus propios colegas o compañeros.

Aunque es cierto que el juramento hipocrático representó la primera formulación de códigos éticos, el origen del juramento médico en la actualidad se atribuye a la obra de Thomas Percival «*Medical ethics, or a code of institutes and precepts, adapted to the professional conduct of physicians and surgeons*» (1803), obra que inspiró el primer código deontológico de la *American Medical Association* (1845) y luego el de la *British Medical Association*⁽³⁾, y desde entonces es habitual redactar códigos éticos que guíen el desempeño profesional.

De esta manera, «los códigos deontológicos regulan por escrito las responsabilidades compartidas de un colectivo profesional y expresan públicamente los criterios, finalidades y valores que los identifican, contribuyendo a dinamizar el colectivo laboral para que tenga credibilidad cultural, legitimidad social y excelencia profesional»⁽²⁾.

Animados por lo descrito, el código de ética propuesto parte de una ética aplicada, cuya tarea, de acuerdo con Valera⁽⁴⁾, no consiste en hacer especulaciones teóricas sobre su objeto, ni cuestionamientos ontológicos-metafísicos sobre la realidad, tampoco en hacerse preguntas sobre los primeros principios, o debatir sobre el bien o mal en general, sino ayudar a evaluar nuestras acciones, al destacar los valores en juego en un contexto definido y al orientar las decisiones del sujeto que actúa hacia el bien.

¿CÓMO LO HICIMOS?

La realización del código de ética se basó en el método Delphi^(4,5), lo que permitió considerar los aportes realizados por los colegas de los países participantes hasta llegar a un consenso, después del cual se obtuvo el documento final. La Figura 1 muestra el esquema utilizado para el desarrollo del consenso, desde la definición del problema hasta la redacción del código de ética.

El grupo organizador estuvo liderado por Alexandra Texeira, con la asesoría de Diana Cárdenas, Mónica López, Claudia Maza, Angélica Pérez y Lina Sierra. El panel de expertos contó con la participación de representantes de las sociedades, asociaciones y colegios que conforman la FELANPE. El 93 % de los expertos ejerce la nutrición clínica asistencial, el 80 % trabaja en la docencia y el 66 % hace investigación, mientras que el 60 % de los expertos conoce el código de ética de la profesión de su país.

Para la redacción del documento inicial se revisaron distintos documentos y códigos de ética internacionales⁽⁶⁻¹³⁾, y se tuvieron en cuenta los principios de la bioética médica (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia)⁽¹⁴⁾, la Declaración Internacional sobre Bioética y Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)⁽¹⁵⁾ y la Declaración Internacional de Cartagena sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición⁽¹⁾. El documento inicial se sometió a 4 distintas rondas de consenso, a través de cuestionarios con preguntas de tipo Likert (Figura 1). En la primera ronda de consenso se definió que el documento se limitaría al campo de la nutrición clínica, debido a que la FELANPE reúne principalmente profesionales que ejercen en este campo. En un total de 4 rondas se definieron 5 principios, los cuales son el eje central del consenso. La Figura 2 muestra los 5 principios del código de ética.



Figura 1. Método Delphi utilizado en el consenso.

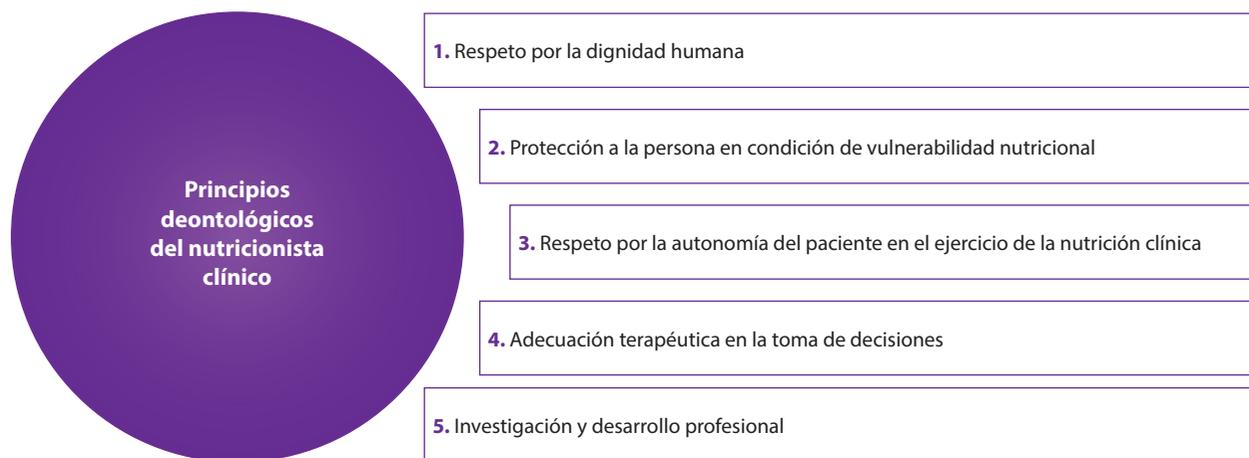


Figura 2. Principios deontológicos del nutricionista clínico.

¿QUÉ OBTUVIMOS?

Se trata de un código ético guiado por la defensa del derecho humano al cuidado nutricional, fundamentado en la evidencia científica y en el respeto por la vida y la dignidad humana, construido con base en los principios de la bioética médica, la Declaración Internacional sobre Bioética y Derechos Humanos y la Declaración

Internacional de Cartagena sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición.

Obtuvimos un código de ética que puntualiza el contrato ético y social, el cual dicta la responsabilidad que tenemos desde el punto de vista nutricional frente a las personas vulnerables, a la sociedad y a la profesión. Un código de ética basado en 5 principios deontológicos y cuyas normas establecen un terreno común para

un ejercicio profesional humanizado, fundamental en la práctica del cuidado nutricional.

¿QUÉ ESPERAMOS?

Después de la aprobación del código de ética por parte del comité de nutricionistas de la FELANPE, en la asamblea realizada el 6 de julio de 2021, en el marco del XVII Congreso Virtual FELANPE 2021, nuestra expectativa se centra en que este código se conozca, reconozca, implemente y promueva por los profesionales de la nutrición clínica. Se trata de un código de ética que permite mantener vivo el debate en torno a la profesión y la mejor forma de ejercerla y regularla.

Agradecimientos

Las autoras desean agradecer a Diana Cárdenas por su iniciativa y apoyo durante el proceso de diseño del código, y a las asesoras y representantes de las sociedades de cada país miembro de FELANPE, cuyo compromiso fue fundamental para la obtención del documento final y la divulgación del mismo.

Fuente de financiación

El presente estudio no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Declaración de autoría

LS contribuyó en la concepción y redacción del artículo; AT y LS redactaron el manuscrito. Todos los autores revisaron el manuscrito, acuerdan ser plenamente responsables de garantizar la integridad y precisión del trabajo, y leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Referencias bibliográficas

- Cárdenas D, Bermúdez C, Echeverri S, Pérez A, Puentes M, López L, et al. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición. *Rev Nutr Clín Metab*. 2019;2:14-23. doi: 10.35454/rncm.v2supl1.015.
- Moralla D. Ética de las profesiones. En: Cortina A, Correa M (editores). *Ética aplicada desde la medicina hasta el humor*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile. 2020.
- Rocha F. Reflexiones en torno a la enseñanza de la bioética. *Rev Educ Cienc Salud*. 2012;9(1):11-5.
- Valera L, Carrasc MA. *Manual de ética aplicada: de la teoría a la práctica*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile. 2021.
- Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*. 2000;32(4):1008-15. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01567.x ix.
- Code of ethics for the nutrition and dietetic professions academy of nutrition [Internet]. Academy of Nutrition. 2018. Consultado el 18 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.eatrightpro.org/-/media/eatrightpro-files/career/code-of-ethics/codeofethicsandout.pdf>
- International code of ethics and code of good practice for dietitians-nutritionists [Internet]. International Confederation of Dietetic Associations. 2008 Consultado el 18 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.internationaldietetics.org/International-Standards/International-Code-of-Ethics-and-Code-of-Good-Prac.aspx>
- Professional standards and code of conduct [Internet]. Dietitians Association of Australia. 2020. Consultado el 18 de agosto de 2021. Disponible en: <https://dietitiansaustralia.org.au/maintaining-professional-standards/professional-standards/>
- Code of professional conduct [Internet]. The British Dietetic Association. 2020. Consultado el 18 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.bda.uk.com/uploads/assets/ef8656c5-320e-4d8d-b5c7ff7c82519d47/Code-of-Conduct.pdf>
- Code of ethics [Internet]. The Board for Certification of Nutrition Specialists (BCNS). 2017. Consultado el 18 de agosto de 2021. Disponible en: <https://theana.org/certify/currentCNS/codeofethics>
- Código deontológico del nutricionista dietista [Internet]. Colegio de Nutricionistas del Perú. 2010. Consultado el 18 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.cnp.org.pe/pdf/C%C3%93DIGO%20DE%20C%C3%89TICA%20CNP%202010.pdf>
- Código de ética [Internet]. Colegio Mexicano de Nutriólogos. Consultado el 18 de agosto de 2021. Disponible en: https://www.cmnutriologos.org/recursos/Codigo_de_etica.pdf
- Código de bioética [Internet]. Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas. 1999. Consultado el 18 de agosto de 2021. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Nutricion%20y%20Dietetica_Octubre2014.pdf
- Beauchamp TL, Childress FJ. *Principles of biomedical ethics*. 8a edición. New York: Oxford University Press. 2019.
- Universal declaration on bioethics and human rights [Internet]. UNESCO. 2005. Consultado el 18 de agosto de 2021. Disponible en: <https://en.unesco.org/themes/ethics-science-and-technology/bioethics-and-human-rights>



Código de ética del Nutricionista Clínico de la FELANPE

FELANPE's Code of Ethics for the Clinical Nutritionists

Código de ética do nutricionista clínico do FELANPE

Lina María Sierra Tobón¹, Mónica López Talavera², Angélica Pérez Cano³, Claudia Maza Moscoso⁴, Agustina Senese⁵, Denise Van Aanholt⁶, Janett Karla Rodríguez⁷, Cecilia Sepúlveda⁸, Yadira Cortes⁹, Paula Sánchez¹⁰, Martha Beatriz Pérez Santana¹¹, María Belén Andrade¹², Sofía Rivas¹³, María José Sendrós¹⁴, Edna Nava¹⁵, Laura Joy¹⁶, Gladys Panduro¹⁷, Biannerys Céspedes¹⁸, Gertrudis Baptista¹⁹, Alejandra Texeira²⁰.

Recibido: 1 de julio de 2021. Aceptado para publicación: 15 de julio de 2021.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v4supl1.350>

PREÁMBULO

El ejercicio profesional del nutricionista clínico (también conocido como nutricionista o dietista) está en constante evolución, lo que conlleva a retos, dificultades y dilemas éticos. Esta evolución se explica principalmente por una sociedad diversa y pluralista, que interactúa de diferentes formas. La inclusión de nuevas tecnologías y los avances científicos propician el acceso a la información y la disponibilidad de evidencia científica gracias a la interacción en redes sociales.

Surge, entonces, la necesidad de un código de ética deontológico, entendido como una guía general para el ejercicio de la profesión, que reconoce que la actuación del profesional debe desarrollarse en libertad, para

facilitar el avance y la innovación, lo que asegura un serio compromiso y responsabilidad con la persona y la sociedad, compromiso al que se espera dar cumplimiento a través del código propuesto.

De este modo, el comité de nutricionistas de la FELANPE establece una serie de principios y normas, las cuales guían la conducta del nutricionista que se desempeña en el área clínica, en particular, en el campo asistencial (consulta y hospitalización), docente o de investigación. No se trata de una serie de normas exhaustivas que abarquen todas las posibles situaciones; por el contrario, son principios y normas generales que se deben tener en cuenta en el día a día.

Este código no pretende reemplazar las normas que regulan el ejercicio profesional de cada país, las cuales

¹ Asesora. Correo electrónico: linamarst@hotmail.com

² Asesora. Correo electrónico: mlt88rm@gmail.com

³ Asesora. Correo electrónico: angelica_perez@hotmail.com

⁴ Asesora. Correo electrónico: cmaza34@hotmail.com

⁵ Argentina. Correo electrónico: agusenese@gmail.com

⁶ Brasil. Correo electrónico: deaanholt@gmail.com

⁷ Bolivia. Correo electrónico: karlitajanett79@hotmail.com

⁸ Chile. Correo electrónico: cecilia.sepulveda@umayor.cl

⁹ Colombia. Correo electrónico: nd.yadiracortes@gmail.com

¹⁰ Costa Rica. Correo electrónico: dra.paola.sanchez@gmail.com

¹¹ Cuba. Correo electrónico: marthabeatrizperezsantana@gmail.com

¹² Ecuador. Correo electrónico: mabeandrade28@gmail.com

¹³ El Salvador. Correo electrónico: sofiarivas22@gmail.com

¹⁴ España. Correo electrónico: msendros@gmail.com

¹⁵ México. Correo electrónico: ednajnav@hotmail.com

¹⁶ Paraguay. Correo electrónico: nutricion_joy@hotmail.com

¹⁷ Perú. Correo electrónico: gladyspanduro69@hotmail.com

¹⁸ República Dominicana. Correo electrónico: bcc.cespedes@gmail.com

¹⁹ Venezuela. Correo electrónico: tully_b@hotmail.com

²⁰ Coordinadora. Correo electrónico: alejandratexeira@gmail.com

*Correspondencia: Lina María Sierra Tobón.
integralclinicalnutrition@gmail.com



se deben respetar según la legislación vigente. Se trata de una guía que hace énfasis en los deberes, derechos y límites de la práctica profesional, e indica que la actuación del nutricionista clínico se debe guiar por la ética y la defensa del derecho humano al cuidado nutricional.

El código ha tenido en cuenta que los profesionales deben ejercer con libertad y avanzar en el desarrollo e innovación de la práctica de la nutrición clínica, y el ejercicio de la profesión siempre debe centrarse en las necesidades y expectativas de pacientes, cuidadores, integrantes de la sociedad y los sujetos de investigación, con fundamento en la evidencia científica y el respeto por la dignidad humana.

El código se ha construido con base en los principios de la bioética médica (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia), teniendo en cuenta la Declaración Internacional sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO y los principios establecidos en la Declaración Internacional de Cartagena sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición, lo que permite puntualizar el contrato ético y social, que dicta la responsabilidad profesional frente a las personas vulnerables, desde el punto de vista nutricional, de la sociedad y de la profesión.

Así las cosas, el código pone sobre el papel los principios y las normas sobre los cuales se fundamenta el ejercicio de los profesionales de la nutrición clínica; es decir, establece un terreno común a los nutricionistas en el campo clínico para su ejercicio científico humanizado, a partir de 5 principios deontológicos.

RESPECTO POR LA DIGNIDAD HUMANA

El respeto por la dignidad humana es el pilar fundamental de la práctica de la nutrición clínica, lo que permite reconocer el valor intrínseco del ser humano y no vulnerar su integridad durante el proceso del cuidado nutricional. En el contexto profesional, considerando el principio de respeto por la dignidad humana, el nutricionista clínico basará su práctica en las siguientes normas:

- Actuar de manera tal que siempre se respete el valor intrínseco de cada ser humano. Para ello se debe tener en cuenta y respetar la individualidad y el contexto social, cultural, religioso, hábitos, preferencias y rechazos de toda persona que necesite dietoterapia o terapia médica nutricional.
- Favorecer el acceso de cada paciente a un cuidado nutricional continuo, el cual consta de tres etapas: detectar (tamizaje, valoración y diagnóstico), nutrir

(terapia médica nutricional) y vigilar, respetando siempre la integridad de la persona.

- Actuar de manera considerada y respetuosa de la diversidad étnica, los valores culturales, las creencias y las opiniones de los pacientes y los sujetos de investigación.
- El nutricionista clínico es responsable del cuidado nutricional del paciente, de procurar su bienestar integral y el resguardo de su dignidad.
- El interés económico nunca debe ser la motivación principal en la toma de decisiones del nutricionista clínico.

PROTECCIÓN A LA PERSONA EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD NUTRICIONAL

La persona enferma en estado de malnutrición está particularmente vulnerable desde el punto de vista social, físico y psicológico. La vulnerabilidad implica fragilidad y el cuidado nutricional adecuado y oportuno contribuye a la protección del vulnerable. En el contexto profesional, considerando el principio de respeto a la persona vulnerable en riesgo o en estado de malnutrición, el nutricionista clínico basará su práctica en las siguientes normas:

- Reconocer que, aunque todos somos vulnerables por la misma condición humana, existen personas con mayor manifestación de vulnerabilidad, dada por la presencia o riesgo de malnutrición, su condición de salud, sociocultural y de acceso a recursos, entre otras.
- La actuación del profesional de la nutrición clínica se debe guiar por la defensa del derecho humano a la salud, a la alimentación y al cuidado nutricional.
- La colaboración con quien sea pertinente es fundamental para hacer respetar los derechos humanos y promover la justicia y la objetividad en la distribución equitativa de las intervenciones nutricionales.
- Es responsabilidad del nutricionista clínico realizar el proceso de cuidado nutricional óptimo y oportuno.
- La participación en actividades que beneficien a la comunidad y logren la confianza de la población en la profesión es un aspecto relevante en la práctica profesional.
- El profesional de la nutrición clínica promoverá la conformación y participación en equipos interdisciplinarios de nutrición clínica que, con respeto mutuo, aseguren el cuidado nutricional de todas las personas en riesgo o en estado de malnutrición.

RESPECTO POR LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE EN EL EJERCICIO DE LA NUTRICIÓN CLÍNICA

Las decisiones del nutricionista clínico se fundamentan en la responsabilidad frente al cuidado nutricional y en el respeto activo a la libertad de elección informada del paciente, así como en procurar que se den las condiciones necesarias y evitar cualquier obstáculo. El profesional tiene la responsabilidad de responder ante los problemas nutricionales de las personas sanas y enfermas cuando se requiera, siempre con el cuidado nutricional debido y considerando la vulnerabilidad de la persona enferma, sin realizar acciones fútiles que causen daño. En el contexto profesional, considerando el respeto por la autonomía, el nutricionista clínico basará su práctica en las siguientes normas:

- Respetar la autonomía del paciente o del sujeto de investigación. Esto implica el respeto de sus decisiones y en ningún caso actuar o realizar intervenciones en contra de su voluntad y del principio de no maleficencia, con el único objetivo de satisfacer su autonomía.
- Comunicar de manera acertada la información científica por cualquier medio (escrito, oral, electrónico), siempre teniendo en cuenta la información basada en la evidencia, con el único objetivo de beneficiar el estado nutricional y la salud física y mental del paciente, nunca el interés comercial.
- En caso de que la persona no sea competente en la toma de decisiones, se deberá facilitar el acceso a los mecanismos legales vigentes de cada país (familiar cercano, voluntades anticipadas, entre otros).
- Reconocer que el consentimiento informado se basa en el respeto a la dignidad del paciente y a su libre autonomía. Este es un proceso de comunicación continua entre el nutricionista y el paciente, un elemento de seguridad clínica, y se debe concebir como garantía para que el paciente intervenga en la toma de decisiones sobre su salud.
- Promover el empoderamiento del paciente y las familias sobre la nutrición y las alteraciones del estado nutricional, ofreciendo información certera basada en la evidencia y adaptada a la capacidad de entendimiento del paciente y cuidador, para favorecer decisiones autónomas e informadas sobre el cuidado nutricional y cumplir con el tratamiento nutricional sugerido.
- Facilitar la participación del paciente en la toma de decisiones. Esto se logra al asegurar el proceso con-

tinuo de comunicación con el paciente, quien podrá recibir toda la información relativa a su salud, y en particular al estado nutricional y a los tratamientos (las posibles complicaciones de la terapia nutricional, los riesgos, los beneficios, las alternativas, entre otros) para que pueda tomar sus propias decisiones.

- Garantizar la confidencialidad de los pacientes o los sujetos de investigación. No revelar datos clínicos, ni imágenes audiovisuales en ningún medio (escrito, oral, electrónico) sin previa autorización.

ADECUACIÓN TERAPÉUTICA EN LA TOMA DE DECISIONES

El nutricionista clínico tiene la obligación de actuar en beneficio de la persona vulnerable y de no causar daño, ayudándole a promover sus legítimos intereses, mejorando su salud y calidad de vida. Para ello se tendrá en cuenta el principio de adecuación terapéutica, el cual lo orientará respecto a cuándo omitir o retirar la terapia médica nutricional. En el contexto profesional, considerando el principio de adecuación terapéutica, el nutricionista clínico basará su práctica en las siguientes normas:

- Fundamentar la práctica profesional según el enfoque de la nutrición basada en la evidencia, teniendo en cuenta los valores y las circunstancias particulares de los pacientes. Esto implica la toma de decisiones apoyada en la experiencia, el criterio clínico y el juicio profesional.
- Promover en las instituciones de salud un óptimo cuidado nutricional, el cual se debe considerar como un proceso continuo.
- Considerar que la terapia médica nutricional, es decir, la suplementación oral, la nutrición enteral y la parenteral, es un acto terapéutico, que necesita de una indicación clínica y del consentimiento del paciente.
- Considerar la dietoterapia, es decir, la modificación nutricional (con alimentos ordinarios), como una terapia individualizada (ajuste de la dieta como parte del cuidado básico), que requiere de la decisión y voluntad del paciente para seguir las indicaciones del nutricionista clínico.
- Recurrir a la abstención del acto terapéutico cuando la persona así lo requiera, o cuando la decisión se encuentre en contra de los principios éticos de beneficencia y no maleficencia.
- Estar consciente de las posibles complicaciones de la terapia nutricional que se contemple prescribir, guardando la adecuada proporción entre los medios empleados y el fin perseguido.

- Participar desde un enfoque inter- y multidisciplinario en las decisiones que conciernen a los pacientes.
- Realizar una práctica en los límites de las competencias individuales del profesional al promover la colaboración con otros nutricionistas o profesionales, para buscar consejo y remitir cuando sea necesario, evitando caer en actos de negligencia.
- Consultar instancias superiores, como los comités de ética hospitalaria, cuando sea necesario.
- Proporcionar servicios de calidad y costo-efectivos que busquen la salud y el bienestar de los pacientes, procurando resguardar el uso de recursos públicos y privados.
- Promover, desarrollar y participar en investigaciones, respetando los principios éticos para mejorar la práctica, la innovación y el avance de la ciencia de la nutrición.
- Promover la transparencia en la divulgación de la ciencia de la nutrición clínica y declarar cualquier tipo de conflicto de interés económico o de otra índole.
- Identificar, declarar y evitar conflictos de intereses de cualquier tipo, esto incluye el interés financiero por productos o servicios que se estén recomendando. Abstenerse de recibir regalos, viajes o servicios, que potencialmente influyan o que puedan, en apariencia, influir en el juicio profesional.

INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

La competencia y el desarrollo profesional continuo es un deber ético; por tanto, promover la generación de conocimientos que permitan realizar un cuidado nutricional con fundamento científico es responsabilidad del nutricionista clínico. En el contexto profesional, considerando la investigación y el desarrollo profesional como deber ético, el nutricionista clínico basará su práctica en las siguientes normas:

- Preocuparse por el desarrollo continuo de sus competencias y mejorar la experticia en el campo de la nutrición clínica, reconociendo sus límites y adquiriendo conocimientos humanísticos para tomar decisiones en torno al debido cuidado que merece el paciente.
- Reconocer sus derechos y deberes, manteniéndose actualizado sobre la legislación relevante para el ejercicio profesional, los reglamentos y cargos de los consejos relacionados con su profesión y otras entidades de la categoría, así como otros organismos reguladores en el campo de la alimentación y la nutrición; por tanto, debe actuar según las leyes y códigos que regulen la práctica de la profesión, lo que implica obtener las credenciales y afiliaciones necesarias según las normas vigentes de cada país.
- Respetar la propiedad intelectual, no realizar plagio, citar correctamente las referencias bibliográficas y reconocer las ideas e iniciativas de otros profesionales en cualquier medio (escrito, oral, electrónico).
- Abstenerse de hacer declaraciones falsas, fraudulentas, engañosas o injustas.
- Demostrar respeto y profesionalismo en todas las comunicaciones, esto incluye las redes sociales.



Grupo internacional de trabajo por el derecho al cuidado nutricional de los pacientes

International Working Group for Patients' Right to Nutritional Care

Grupo de trabalho internacional para o direito aos cuidados nutricionais dos doentes



International Working Group for Patients' Right to Nutritional Care

El objetivo del grupo de trabajo internacional es estudiar el vínculo entre la nutrición clínica y los derechos humanos. El grupo promueve la defensa del acceso de todos los pacientes al cuidado nutricional a través del enfoque basado en los derechos humanos. Se trata de un nuevo enfoque en la nutrición clínica, el cual implica la colaboración interdisciplinaria entre medicina, ciencias biológicas, ciencias humanas y sociales, ciencias farmacéuticas, nutrición y dietética.

Grupo de trabajo



Dr. Juan B. Ochoa
Pr. Gil Hardy
Dr. Albert Barrocas



Dr. Cristina Cuerda
Pr. Rocco Barazzoni
Pr. Stéphane Schneider



Pr. Isabel Correia
Pr. Karin Papapietro
Dr. Charles Bermudez



Dr. Winai Ungpinitpong



Dr. Teresa Pounds
Dr. Katerina Zakka

Expertos sin afiliación:

Pediatría

Pr. Andre Briend
Pr. Regis Hankard

Derechos humanos

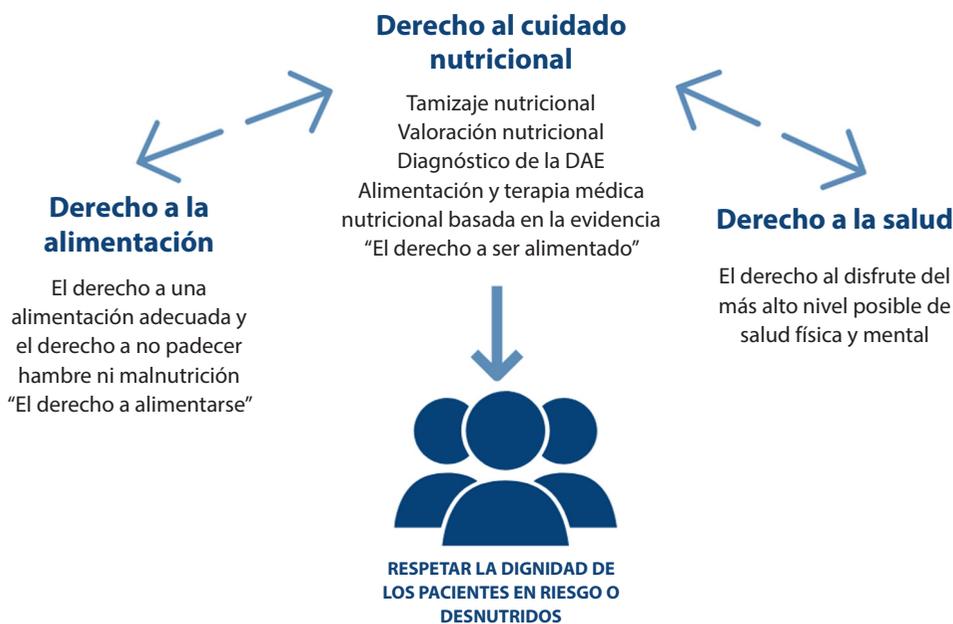
Pr. Isabelle Hannequart

Historia

Pr. Loic Bienassis

Coordinador: Dr. Diana Cardenas





El cuidado nutricional se encuentra en la intersección del derecho a la alimentación y el derecho a la salud, creando oportunidades para el desarrollo de legislaciones, políticas y programas basados en derechos humanos

DAE: desnutrición asociada con la enfermedad



Todos los pacientes deben tener acceso al tamizaje y valoración nutricional, al diagnóstico de la desnutrición asociada a la enfermedad y a una alimentación y terapia médica nutricional basada en la evidencia.

Yo defiendo el derecho al cuidado nutricional de todos los pacientes. ¡Únete a esta campaña!

IWGHR2020@gmail.com #CNandHR



Consulte el artículo de posicionamiento: **Clinical nutrition and human rights. An international position paper**, disponible en:

- Cardenas D, Correia MITD, Ochoa JB, Hardy G, Rodriguez-Ventimilla D, Bermúdez CE, et al. Clinical nutrition and human rights. An international position paper. Clin Nutr. 2021;40(6):4029-4036. doi: 10.1016/j.clnu.2021.02.039 y Nutr Clin Pract 2021;36(3):534-544.