

Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo

Revista de la Asociación
Colombiana de Nutrición Clínica



**DECLARACIÓN DE
CARTAGENA**

Volumen 2, Suplemento 1 - diciembre 2019

ISSN 2619-564X (Impreso)

ISSN 2619-3906 (En línea)

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

www.nutriclinicacolombia.org

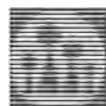
<https://revistanutricionclinicametabolismo.org/>



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**

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

Fanny Aldana-Parra, ND, PhD.

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

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, Medellín, Colombia.

Lilia Yadira Cortés Sanabria, ND, PhD.

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

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.

Fundación Santa Fe de Bogotá, Directora Fundación Conocimiento, Bogotá, D.C, Colombia.

Comité Asesor Científico

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 Asistente, 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 Critico, Universidad de Pittsburg, PA, USA.

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, Bióloga, 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.

Vanessa Fuchs-Tarlovsky, ND, MD, PhD.

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

William Manzanares, MD, PhD.

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

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NUTRICIÓN CLÍNICA
JUNTA DIRECTIVA 2019-2021

Presidente: Charles E. Bermúdez, MD.
Vicepresidente: Lina López, RN.
Secretaria ejecutiva: Angélica Pérez, ND.
Tesorero: Milena Puentes, QF.

Vocales

Clara Eugenia Plata, MD.
Esperanza Moncada Parada, ND.
Martha Elena Muñoz Peláez, ND.
Justo Olaya Ramírez, MD.
Fernando Pereira, MD.

Comité Expresidentes

Patricia Savino Lloreda, ND.	Julián Sotomayor Hernández, MD.
Jaime Escallón Mainwaring, MD.	Mauricio Chona Chona, MD.
Saúl Rugeles Quintero, MD.	Arturo Vergara Gómez, MD.
Stella Moreno Vélez, ND.	Claudia Angarita Gómez, ND.
Óscar Jaramillo Robledo, MD.	Josef Kling, MD.
Álvaro Valencia, MD.	Adriana Amaya, ND.

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 the *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-NoComercial 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; y de remezclar, transformar y construir a partir del material con la condición de citar la fuente original (revista, autores y URL). 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.

Reconocimiento de autoría

La Revista conserva los derechos patrimoniales de las obras publicadas bajo una licencia *Creative Commons* 4.0 y permite al autor mantener los derechos patrimoniales sin restricciones.

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

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

Corrección de estilo: Sonia Echeverri, RN, MSc, FASPEN

Corrección estilo (inglés): Sergio Cárdenas

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

EDITORIALES / EDITORIALS / EDITORIAIS

Declaración de Cartagena: cita con un sueño **8**
Cartagena Declaration: Date with a dream
Declaração de Cartagena: encontro com um sonho
Charles E. Bermúdez Patiño

Declaración de Cartagena desde la óptica de la presidencia de la FELANPE **10**
The Cartagena Declaration from the optics of the presidency of FELANPE
Declaração de Cartagena da óptica da presidência de FELANPE
Dolores Rodríguez Veintimilla

Nutrición y Nutrición Clínica como derechos humanos **12**
Nutrition and Clinical Nutrition as human rights
Nutrição e nutrição clínica como direitos humanos
Rocco Barazzoni

ARTÍCULOS ORIGINALES / ORIGINAL ARTICLES / ARTIGOS ORIGINALES

Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición **14**
The International Declaration on the Right to Nutritional Care and the fight against Malnutrition, "Declaration of Cartagena"
Declaração Internacional sobre o Direito ao Cuidado Nutricional e a Luta contra a Desnutrição
Diana Cardenas, Charles Bermúdez, Sonia Echeverri, Angélica Pérez, Milena Puentes, Lina López, Isabel Correia, Juan Bernardo Ochoa, Ana María Ferreira, María Alexandra Texeira, Diego Arenas Moya, Humberto Arenas Márquez, Miguel Leon-Sanz, Dolores Rodríguez-Veintimilla

Los 13 Principios de la Declaración de Cartagena **24**
The 13 Principles of the Cartagena Declaration
Os 13 Princípios da Declaração de Cartagena
Diana Cardenas, Milena Puentes, Sonia Echeverri, Angélica Pérez, Lina López, Charles Bermúdez

Del derecho a la alimentación al derecho al cuidado nutricional **42**
From the right to food to the right to nutritional care
Do direito à alimentação ao direito ao cuidado nutricional
Diana Cardenas, Sonia Echeverri, Charles Bermúdez

Nutrición clínica y el enfoque basado en derechos humanos **49**
Clinical nutrition and the human right-based approach
Nutrição clínica e a abordagem baseada nos direitos humanos
Diana Cardenas

Aspectos éticos de la Declaración de Cartagena <i>Ethical aspects of the Cartagena Declaration</i> <i>Aspetos éticos da Declaração de Cartagena</i> Diana Cardenas, Sonia Echeverri	56
La Declaración de Cartagena desde la interdisciplinariedad <i>The Cartagena Declaration from interdisciplinarity</i> <i>A Declaração de Cartagena desde a interdisciplinariedade</i> Sonia Echeverri, Humberto Arenas Márquez, Gil Hardy, María Alejandra Texeira, Yadira Cortes, Edna Nava, Laura Joy, María Isabel Pedreira de Freitas	63
La Declaración de Cartagena y los Objetivos de Desarrollo Sostenible <i>The Cartagena Declaration and the Sustainable Development Goals</i> <i>A Declaração de Cartagena e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável</i> Diana Cardenas	76
Implementación de la Declaración Internacional sobre el derecho al cuidado nutricional en el ámbito clínico y la lucha contra la malnutrición <i>Implementation of the International Declaration on the right to nutritional care in the clinical setting and the fight against malnutrition</i> <i>Implementação da Declaração Internacional sobre o direito ao cuidado nutricional no contexto clínico e o combate à desnutrição</i> Charles Bermúdez, Angélica Pérez, Milena Puentes, Lina López, Mery Guerrero, Eloísa García Velasquez, Serrana Tihista, Gertrudis Baptista, Paula Sanchez, Haydee Elena Villafana Medina, Lázaro Alfonso, Tania Palafox, Sonia Echeverri, Diana Cardenas	82

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.

Es publicada cada semestre (mayo y octubre) en versiones impresa y electrónica con un enfoque multidisciplinario y con un contenido de artículos originales, casos clínicos, controversias, opinión y otros (artículos de revisión, los editoriales invitados, las reseñas de libros, artículos de opinión, entrevistas y cartas al Editor). Recibe para publicación trabajos en español, inglés y portugués, y ofrece la totalidad de su producción a la comunidad científica *online* (*open access*). No establece ningún cobro durante todo el proceso editorial para la publicación de los artículos.

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://revistanutricionclinica-metabolismo.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 que se detallan en la sección de Criterios para la aceptación inicial.

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: artículo aceptado/no aceptado/ nueva evaluación (sujeto a modificaciones).

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: Editorial/Editorial invitado, Artículos originales/Experimentales, Casos clínicos, Artículos de revisión/Controversias, Cartas al Editor, Otras secciones.

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 interli-

neado; 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 carta de presentación, la página de presentación, el texto del artículo completo y las tablas y figuras. El formato PDF diligenciado y firmado de la declaración de conflicto de intereses se envía por separado como archivo adicional si es necesario. Orden de presentación del documento:

1. Carta de presentación
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 correspondiente)
 - 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 *Index Medicus*, disponible en: <ftp://nmlpubs.nlm.nih.gov/online/journals/>. En lo posible se evitará el empleo de expresiones como: “observaciones no publi-

cadas” ni “comunicación personal”, pero sí pueden citarse entre paréntesis dentro del texto. Los originales aceptados, pero aún no publicados, 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 sus 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 poner 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).

10. Declaración de Autoría

Se deberá indicar al final del artículo la participación de cada uno de los autores en el artículo en los siguientes aspectos: la concepción, realización y desarrollo, así como en la obtención de los datos, la interpretación de los resultados, la redacción y revisión del artículo.



Declaración de Cartagena: cita con un sueño

Cartagena Declaration: Date with a dream

Declaração de Cartagena: encontro com um sonho

Charles E. Bermúdez Patiño^{1*}

<https://doi.org/10.35454/rncm.v2supl1.026>

Cuando asumimos el reto, como Junta Directiva, de liderar el rumbo de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica establecimos pilares sobre los cuales trabajaríamos los siguientes años, ellos fueron: educación, investigación, creación y fortalecimiento de redes, y estrategias de divulgación. La Declaración de Cartagena es un ejemplo contundente de la unión de estos cuatro derroteros para cumplir con la misión y visión de nuestra Asociación, logrando además contagiar al resto de Iberoamérica en la búsqueda de alcanzar el objetivo de un bien superior, una terapia médica nutricional oportuna, adecuada, justa, equitativa y en condiciones de dignidad humana, reconociendo al paciente como una persona frágil con derechos y comprometiendo al equipo de salud como garantes de estos.

Teniendo como referente la Declaración de Cancún, firmada en 2008, documento que por primera vez en Iberoamérica proclamó “el derecho humano de los enfermos a recibir una terapia nutricional oportuna y óptima en cualquier lugar donde se encuentren”⁽¹⁾; la malnutrición en sus diversas formas, como la enfermedad más común, y en el área clínica relacionada con una ingesta inadecuada, incremento de los requerimientos nutricionales debido a la enfermedad, pobre absorción de nutrientes, excesiva pérdida de los mismos; o una combinación de todos estos factores⁽²⁾, se convierte en un problema global, con cifras que rondan 50 % de los pacientes hospitalizados de acuerdo con la serie estudiada⁽³⁻⁵⁾.

Si revisamos las cifras de *nutritionDay* en Colombia encontramos que la tasa de malnutrición en 7.994 pacientes evaluados de 2009 a 2015 es de 38 %. Pese a este dato, en 2018 solo a 27,2 % de los pacientes estudiados se realizó tamizaje nutricional, evidenciando que falta un camino amplio por recorrer en la detección oportuna del riesgo de desnutrición. Al revisar intervenciones nutricionales encontramos que para 2018 el uso de suplementación nutricional fue de 9,9 %, nutrición enteral de 5,3 % y nutrición parenteral 2,2 %⁽⁶⁾, al recordar que las cifras de malnutrición ronda 40 % de los pacientes hospitalizados, es pertinente pensar que en definitiva, algo está errado con la intervención nutricional.

Las consecuencias de la malnutrición se encuentran ampliamente descritas y se pueden resumir en lenta cicatrización, inmunidad alterada, aumento de la mortalidad, de la estancia hospitalaria y en los costos directos e indirectos de la atención en salud.

Se ha documentado en múltiples publicaciones que el porcentaje de complicaciones es mayor en pacientes malnutridos: Waitzberg, et al. en 2001, cuantificaron esa mayor tasa de complicaciones en pacientes malnutridos en 27 % diferente a 16,8 % de incidencia en los bien nutridos⁽³⁾; Correia, et al. en 2003, indicaron que en pacientes desnutridos la mortalidad se incrementa en 8 % y la estancia hospitalaria hasta en 3 días⁽⁷⁾.

Identificado el problema, establecidos los desenlaces adversos que el problema conlleva, el paso siguiente, en este caso particular de las Sociedades, Colegios y Asociaciones pertenecientes a la FELANPE, fue asumir el reto, y las implicaciones, de declarar “al Cuidado Nutricional como un derecho humano, y a que se garan-

1 Presidente ACNC 2017-2021

*Correspondencia: Charles E. Bermúdez Patiño
presidencia@nutricinicolombiana.org

tice a todas las personas, especialmente a los enfermos con o en riesgo de desnutrición, acceso al cuidado nutricional y en particular a la terapia nutricional óptima y oportuna, con el fin de, entre otros, reducir las elevadas tasas de desnutrición hospitalaria y de morbi-mortalidad asociadas⁽⁸⁾. La Declaración de Cartagena establece 13 Principios, pero considero que lo más importante es establecer un plan de acción que nos permite pasar de las palabras a los hechos, del discurso a la acción, comprometiendo a los gobiernos en el tratamiento integral de nuestros pacientes, entendiendo la terapia nutricional como un derecho humano⁽⁹⁾ y la clave para un sistema de salud efectivo y sostenible.

Por último, es el momento de expresar mis agradecimientos públicamente a mi familia por su apoyo, soporte y generosidad con los tiempos y en particular a Valeria Bermúdez Garzón, mi hija, quien cursa el grado 11 en el colegio Angloamericano, y que pese a sus obligaciones escolares, decidió acompañarme a alcanzar mis sueños, a apoyarme no solo de corazón sino a través de un trabajo físico admirable, consejos, recomendaciones, ha caminado conmigo estos años, hemos crecido juntos, recuerda siempre “Close your eyes, focus, imagine, dream, make a wish”. Gracias hija!!!

Referencias bibliográficas

1. Castillo Pineda JC, Figueredo Grijalva R, Dugloszewski C, Diaz R, Reynoso JAS, Spolidoro Noroña JV, 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.
2. Loch SH, Allison SP, Meier R, Pirlich M, Kondrup J, Shneider S, ven der Berghe G, Pichard C. Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. *Clin Nutr.* 2006;5:180-6.
3. Waitzberg D, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital Malnutrition: The Brazilian National Survey (IBRANUTRI): A Study of 4000 Patients. *Nutrition.* 2001;17(7-8):573-80.
4. Cruz V, Bernal L, Buitrago G, Ruiz AJ. Frecuencia de riesgo de desnutrición según la Escala de Tamizado para Desnutrición (MST) en un servicio de Medicina Interna. *Rev Med Chile.* 2017; 145: 449-57.
5. Bermudez CH, Henao A, Rodriguez P, Veloza A. Por una clínica sin malnutrición: Modelo de atención nutricional en la Clínica la Colina. *Revista Médica.* 2016;6(1):12-5.
6. nutritionDay reports.[Internet] (Consultado el 20 de octubre de 2019). Disponible en: <https://www.nutritionday.org/en/about-nday/national-reports/index.html>
7. 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;22:235-9.
8. Cardenas D, Bermúdez CH, Echeverri S, Perez A, Puentes M, Lopez 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. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02701>.
9. Cardenas D, Bermúdez CH, Echeverri S. Is nutritional care a human Right?. *Clinical Nutrition Experimental* 2019; 26: 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.yclnex.2019.05.002>



Declaración de Cartagena desde la óptica de la presidencia de la FELANPE

The Cartagena Declaration from the optics of the presidency of FELANPE

Declaração de Cartagena da óptica da presidência de FELANPE

Dolores Rodríguez Veintimilla.¹

<https://doi.org/10.35454/rncm.v2supl1.027>

De acuerdo con la Real Academia Española (RAE), Declaración es la acción y efecto de declarar, manifestación o explicación de lo que los otros dudan o ignoran, manifestación del ánimo o la intención.

Con fecha 3 de mayo del 2019, los 16 países que integran la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE) en la ciudad de Cartagena, Colombia, alzaron su voz, proclamaron al mundo y registraron su real compromiso de reconocer el cuidado nutricional como un Derecho Humano independiente del nivel de atención en salud, en acción contra las diversas clases de malnutrición y en particular la que está asociada a la enfermedad, convencidos de que una adecuada Terapia Nutricional puede corregir la malnutrición, mejorar el pronóstico de la enfermedad, la calidad de vida, disminuir las comorbilidades, la mortalidad y los costos en salud.

La gran iniciativa de reconocer el derecho de los pacientes a recibir terapia nutricional como un derecho humano, registrada como Declaración de Cartagena: declaración internacional sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición, vio la luz de la mano de una gran profesional, la doctora Diana Cárdenas quien con el doctor Charles Bermúdez, presidente, y otros distinguidos miembros de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica (ACNC) diseñaron este gran proyecto e impulsaron esta actividad con el objetivo principal de disminuir la prevalencia de malnu-

trición asociada a la enfermedad y favorecer el desarrollo de la nutrición clínica. Las cifras de malnutrición oscilan en América Latina entre 40 % y 60 %, encontrándose, incluso, estudios que reportan incremento en su prevalencia con notable aumento de los días de estancia hospitalaria y mayor frecuencia de comorbilidades.

La pregunta viene a la mente: ¿Cómo impulsar el cumplimiento de la Declaración de Cartagena? La respuesta se concreta en tres palabras: Conocimiento, Decisión y Perseverancia, enmarcadas en una respuesta coordinada y con directrices claras en el trabajo a realizarse, pues su implementación podría contribuir con los Objetivos del Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, lo que nos conduce al último punto de la Declaración en el cual la FELANPE comparte con sus organizaciones responsables la preocupación y la ocupación en cuanto al proceso de intervenir las distintas formas de la malnutrición, como consecuencia del impacto negativo que tiene sobre la salud de las personas, comunidades y sociedades.

Es gratificante observar la forma como se está desarrollando el trabajo conjunto de los diferentes países de FELANPE para luchar contra la malnutrición hospitalaria, y este ejemplo de perseverancia y esfuerzo ha trascendido a otras sociedades como la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN), y la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (FEPIMCTI), entre otras.

Como se ha expresado en múltiples ocasiones “ninguna persona es una isla”, y los objetivos deseados no se lograrán si cada uno trabaja solo, por su lado. En tal sentido, con la firma y proclamación de la Declaración de Cartagena, la FELANPE lidera un esfuerzo global

¹ Presidente FELANPE 2019 - 2020

*Correspondencia: Dolores Rodríguez Veintimilla
dra.rodriguez@yahoo.com

para que finalmente la seguridad alimentaria y nutricional en los hospitales y sistemas de salud sea reconocida como parte indisoluble del éxito terapéutico y la gestión sanitaria integral.

Referencias bibliográficas

1. Cardenas D, Bermúdez CH, Echeverri S, Perez A, Puentes M, Lopez 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. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02701>.
2. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: a systematic review. *Clin Nutr.* 2017;36:958-67.
3. Ruiz AJ, Buitrago G, Rodríguez N, Gómez G, Sulo S, Gómez C, et al. Clinical and economic outcomes associated with malnutrition in hospitalized patients. *Clin Nutr.* 2018; S0261-5614(18)30201-2. doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.016.



Nutrición y Nutrición Clínica como derechos humanos

Nutrition and Clinical Nutrition as human rights

Nutrição e nutrição clínica como direitos humanos

Rocco Barazzoni^{1*}

<https://doi.org/10.35454/rncm.v2supl1.028>

No hay duda de que los seres humanos tienen derecho a la nutrición y a la hidratación como soporte básico para la vida. La privación prolongada de cantidad suficiente de alimento da como resultado el desarrollo de desnutrición, el deterioro de la salud, lo que compromete la supervivencia del individuo. Más específicamente, la enfermedad (en particular las infecciones por pérdida o deficiencia de la defensa inmune), las discapacidades y, en última instancia, la muerte son consecuencias comunes de la desnutrición. Existe una fuerte conciencia generalizada de que el derecho a ser alimentado se ve comprometido por obstáculos naturales, sociales y económicos que todavía afectan a una gran proporción de la humanidad, pero afortunadamente decreciente. Por lo tanto, garantizar una disponibilidad adecuada de alimentos para todos es una prioridad importante en las agendas políticas de todo el mundo.

Sin embargo, se reconoce mucho menos que el deterioro del estado nutricional y el inicio de la desnutrición se asocian en especial a la enfermedad, independientemente de la disponibilidad de nutrientes e incluso la ingesta. A medida que se enferman y son vulnerables, los humanos a menudo desarrollan anorexia, disminución del apetito, así como profundos trastornos metabólicos que afectan la capacidad de utilizar alimentos y nutrientes para almacenar energía y preservar los tejidos y la masa muscular. Lo más importante es que la desnutrición relacionada con la enfermedad es aún más peligrosa para

la supervivencia del paciente, ya que aumenta los riesgos específicos de la enfermedad. Por lo tanto, el derecho a la nutrición se vuelve crucial en las condiciones de la enfermedad, pero desafortunadamente los componentes nutricionales y las complicaciones de la enfermedad son subestimados en forma dramática. La calidad de los alimentos y la ingesta de estos en los entornos hospitalarios a menudo son bajos debido a la selección y prioridades de las instituciones de salud que descuidan las necesidades nutricionales, en un momento en que los pacientes deberían recibir la máxima atención y cuidado. Los pacientes que no pueden ingerir cantidades adecuadas de calorías y proteínas podrían, y deberían ser tratados con una nutrición suplementaria para satisfacer sus necesidades y preservar el estado nutricional. Los protocolos de nutrición clínica están disponibles para este objetivo a través de rutas y técnicas orales, enterales y parenterales, que se introdujeron hace varias décadas y se ha venido perfeccionando a través del tiempo. Sin embargo, la terapia nutricional es muy poco reconocida e implementada en los diferentes campos médicos. Descuidar e incluso ignorar la opción terapéutica de la nutrición clínica es cada vez más frustrante y, en última instancia, inaceptable, ya que se acumulan pruebas sólidas que demuestran su efectividad para reducir complicaciones, mortalidad y ahorrar costos de atención médica.

Por esta razón, a medida que la disciplina de la nutrición clínica se desarrolla tan rápidamente, las sociedades científicas de nutrición clínica reconocen cada vez más la necesidad de ampliar sus alcances más allá de apoyar y difundir la excelencia en investigación, educación y práctica clínica. De hecho, deberían promover cada vez más acciones para aumentar la con-

1 Presidente de ESPEN. Departamento de Ciencias Médicas, Quirúrgicas y de Salud Universidad de Trieste – Italia

*Correspondencia: Rocco Barazzoni
barazzoni@units.it

ciencia sobre la importancia de prevenir la desnutrición y sus complicaciones dramáticas en todos los pacientes y entornos clínicos. Dichas acciones deben tener como objetivo llegar no solo a los profesionales de la salud, sino también a los pacientes, los encargados de formular políticas y al público en general a través de campañas estratégicas multifocales. Como esto ocurre cada vez más en el mundo, la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE) implementó un paso importante que condujo a la Declaración de Cartagena este año, llamando a reconocer formalmente que la nutrición clínica, no diferente de los alimentos básicos, es un derecho humano. La Declaración de Cartagena fue firmada por todos los presidentes de las sociedades que conforman la FELANPE. Los presidentes de La Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), así como de la Sociedad Americana de Nutrición Enteral y Parenteral (ASPEN) fueron invitados a Cartagena a firmar como testigos. La Declaración de Cartagena

también proporciona indicaciones importantes para avanzar hacia la implementación de sus principios. El reconocimiento formal y generalizado de la nutrición clínica como un derecho humano fundamental podría desempeñar un papel relevante en la promoción de la conciencia de que la desnutrición relacionada con la enfermedad es una carga clínica importante, reduciendo la esperanza de vida, la calidad de vida y los recursos de atención médica en millones de pacientes en todo el mundo.

La Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo ha reconocido la necesidad de promover iniciativas para aumentar la conciencia y la implementación de la terapia nutricional, que también debe llegar a los pacientes, al público en general y a los políticos responsables. En consecuencia, ESPEN apoya firmemente todos los esfuerzos para reconocer el derecho de cada paciente a la nutrición y la nutrición clínica y, por lo tanto, firmó de forma convincente la Declaración de Cartagena en calidad de testigo.



DECLARACIÓN DE CARTAGENA

Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición

The International Declaration on the Right to Nutritional Care and the fight against Malnutrition, "Declaration of Cartagena"

Declaração Internacional sobre o Direito ao Cuidado Nutricional e a Luta contra a Desnutrição

Diana Cardenas^{1*}, Charles Bermúdez², Sonia Echeverri³, Angélica Pérez⁴, Milena Puentes⁵, Lina López⁶, Isabel Correia⁷, Juan Bernardo Ochoa⁸, Ana María Ferreira⁹, María Alexandra Texeira¹⁰, Diego Arenas Moya¹¹, Humberto Arenas Márquez¹², Miguel Leon-Sanz¹³, Dolores Rodríguez-Veintimilla¹⁴.

Recibido: 4 de mayo de 2019. Aceptado para publicación: 1 de octubre de 2019

Publicado en línea, 4 de mayo de 2019/ *Published Online May 4, 2019*

<https://doi.org/10.35454/rncm.v2supl1.015>

Resumen

Frente a la necesidad de promover el derecho al cuidado nutricional, de luchar contra la malnutrición y de avanzar en temas de educación e investigación en nutrición clínica, las sociedades que constituyen la FELANPE firmaron la Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la lucha contra la Malnutrición, "Declaración de Cartagena", en la asamblea extraordinaria que tuvo lugar el 3 de mayo del presente año en la ciudad de Cartagena.

La Declaración proporciona un marco coherente de trece principios los cuales podrán servir de guía a las sociedades, los colegios y las asociaciones afiliadas a la FELANPE en el desarrollo de los planes de acción. Además, servirá como un instrumento para que promuevan, a través de los gobiernos, la formulación de políticas y legislaciones en el campo de la nutrición clínica. Consideramos que el marco general de principios propuesto por la Declaración puede contribuir a crear conciencia acerca de la magnitud de este problema y a forjar redes de cooperación entre los países de la región. Aunque esta Declaración no tiene un efecto jurídico vinculante (obligatorio), tiene una fuerza moral innegable y puede proporcionar orientación práctica a los Estados. Estaremos entonces contribuyendo a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas que buscan, para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición.

Palabras clave: malnutrición, cuidado nutricional, derecho a la alimentación, derecho a la salud.

Summary

Faced with the need to promote the right to nutritional care, to fight against malnutrition and to advance in education and research in clinical nutrition, all the FELANPE's societies signed on May 3 during an extraordinary assembly in the city of Cartagena, the International Declaration on the Right to Nutritional Care and the fight against Malnutrition, "Declaration of Cartagena".

The Declaration provides a coherent framework of thirteen principles which can serve as a guide for societies, schools and associations affiliated to FELANPE in the development of action plans. In addition, it will serve as an instrument to promote, through governments, the formulation of policies and legislation in the field of clinical nutrition. We believe that the general framework of principles proposed by the Declaration can contribute to raise awareness about the magnitude of this problem and to forge cooperation networks among Latin-American countries. Although this Declaration does not have a binding legal effect, it has undeniable moral force and can provide practical guidance to States. We will then be contributing to achieving the United Nations Sustainable Development Goals which aim to put an end to all forms of malnutrition by 2030.

Keywords: Malnutrition, Right to Health, Right to Food, Right to Nutritional Care.

Resumo

Confrontados com a necessidade de promover o direito à assistência nutricional, para combater a desnutrição e favorecer o progresso na educação e na pesquisa em nutrição clínica, todas as companhias membros da FELANPE em data do 3 de maio 2019 numa reunião extraordinária, na cidade de Cartagena, reconhecem e suscrevem à Declaração Internacional sobre o Direito à Nutrição e o combate à desnutrição, "Declaração de Cartagena".

A Declaração fornece uma estrutura coherente de treze princípios que podem servir como um guia para sociedades, escolas e associações afiliadas à FELANPE no desenvolvimento de planos de ação. Além disso, servirá como instrumento para promover, através dos governos, a formulação de políticas e legislação no campo da nutrição clínica. Acreditamos que a estrutura geral de princípios proposta pela Declaração pode contribuir para aumentar a conscientização sobre a magnitude desse problema e forjar redes de cooperação entre os países da região. Embora esta Declaração não tenha um efeito legal vinculante, tem força moral inegável e pode fornecer orientação prática aos Estados. Vamos então contribuir para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas que visam, até 2030, pôr fim a todas as formas de desnutrição.

Palavras-chave: Desnutrição, direito à saúde, direito à alimentação, direito ao cuidado nutricional.

1. Profesora asistente, Instituto de Investigación en Nutrición, Genética y Metabolismo, Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia.
2. Cirujano, Departamento de Cirugía, Clínica la Colina y Clínica del Country, Bogotá, D.C., Colombia.
3. Miembro del Comité de Ética Hospitalaria y de Humanismo y Bioética, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia.
4. Profesora de cátedra Departamento de Nutrición y Bioquímica, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.
5. Liga contra el cáncer, seccional Bogotá, Colombia.
6. Enfermera grupo de soporte metabólico y nutricional, Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, Colombia.
7. Professora de Cirugía Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
8. Profesor adjunto de Cirugía Universidad de Pittsburgh, PA, USA. Director Médico cuidado crítico quirúrgico, Ochsner Medical Center, Jefferson Campus, USA.
9. Sociedad Paraguaya de Nutrición, presidenta de FELANPE 2020-2022.
10. Jefe del Banco de Leche Humana del Hospital Regional de Salto, Uruguay. Directora del Comité de Nutrición de FELANPE.
11. Director de Nutrición Clínica y Medicina Funcional, SANVITE, Guadalajara, México. Director del comité de educación de la FELANPE
12. Director Unidad Práctica integrada en Falla Intestinal, Hospital San Javier, Guadalajara, Jalisco, México. Presidente de FELANPE 2016-2018.
13. Jefe, Sección de Endocrinología y Nutrición. Profesor Titular de Medicina en el Hospital Universitario Doce de Octubre, Universidad Complutense de Madrid, España.
14. Jefe del servicio de Nutrición Clínica y Dietética de la Sociedad de Lucha contra el cáncer, Guayaquil, Ecuador. Presidente de FELANPE, 2019-2020.

*Correspondencia: Diana Cárdenas,
Dianacardenasbraz@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Con motivo del décimo aniversario de la Declaración de Cancún, la cual hace referencia por primera vez al derecho a la nutrición en el hospital en Latinoamérica, la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica (ACNC) propone a la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE) revisar y actualizar la declaración en mención⁽¹⁾. Dicha propuesta se basa en tres aspectos fundamentales.

Primero, la necesidad de reconocer el cuidado nutricional como un derecho humano⁽²⁾. Se trata de un derecho humano emergente que implica que los gobiernos y sistemas de salud deben “respetar, proteger y cumplir” el derecho a que toda persona se beneficie de las etapas del cuidado nutricional que conllevan a una adecuada alimentación hospitalaria, a una dieta terapéutica (modificación de alimentos y suplementos) y a una terapia nutricional (es decir, nutrición enteral y parenteral). Esto significa que el paciente tiene derecho a beneficiarse de las etapas del cuidado nutricional por parte de un equipo de expertos, y el gobierno tiene el deber de garantizarla. Este derecho humano es indisoluble del derecho a la salud y el derecho a la alimentación. Estamos convencidos de que promover el derecho al cuidado nutricional desde el nivel de atención primaria hasta las instituciones hospitalarias de alta complejidad es un mecanismo que permitirá luchar contra el problema de la malnutrición y promover una terapia nutricional en condiciones de dignidad para todos. Este problema ha alcanzado cifras alarmantes con una prevalencia entre 40 % y 60 % de los pacien-

tes en el momento del ingreso hospitalario, prevalencia que aumenta con la duración de la hospitalización⁽³⁾.

Segundo, la necesidad de avanzar en temas de educación e investigación en nutrición clínica. La poca formación y entrenamiento de los profesionales de la salud (médicos, nutricionistas, enfermeras y farmacéuticos, entre otros) en el campo de la nutrición clínica es preocupante^(4,5). A esto se suma la falta de concientización de estos profesionales sobre la importancia de abordar con los pacientes los problemas nutricionales en forma adecuada⁽⁶⁾. La integración en los currículos de pregrado de contenidos y un número suficiente de horas de enseñanza de la nutrición es una prioridad⁽⁵⁾. Además, es fundamental el reconocimiento de la nutrición clínica como una especialidad para poder promover su enseñanza en el posgrado y en programas de educación continuada. Brindar educación nutricional de alta calidad a médicos y otros profesionales de salud es un mecanismo que contribuye a construir poblaciones más sanas. De la mano de la educación, la investigación promoverá y asegurará el progreso de la disciplina. Es prioritario el desarrollo de líneas de investigación sobre los problemas más frecuentes en este campo. En particular, se deben orientar los esfuerzos para comprender la fisiopatología de la malnutrición y las alteraciones nutricionales a través de tecnología innovadora (por ejemplo, la metabolómica) lo que será importante para mejorar el tratamiento e impulsar nuevas estrategias con el fin de obtener óptimos resultados.

Tercero, la necesidad de tener herramientas para abordar los cuestionamientos y dilemas bioéticos. La posibilidad de alimentar a las personas enfermas gra-

cias a los avances de la ciencia y la tecnología conlleva a controversias y dificultad en la toma de decisiones. Consideramos que el cuidado nutricional debe realizarse en el marco de un conjunto de principios y valores éticos el cual debe tener como fundamento el respeto a la dignidad humana. La Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO promulgada el 19 de octubre de 2005, sirvió como referencia para el desarrollo de estos principios⁽⁷⁾.

Por consiguiente, la Declaración de Cartagena busca a través de sus trece principios proporcionar un marco de referencia para promover el desarrollo del cuidado nutricional en el ámbito clínico que permita que todas las personas enfermas reciban terapia nutricional en condiciones de dignidad. La definición de estos principios se consolidó luego de la presentación de la revisión, desde distintos enfoques, realizada por expertos latinoamericanos durante el congreso de la FELANPE en Guadalajara en 2018. Posteriormente, fueron sometidos a discusión y validados por los presidentes de las sociedades, colegios y asociaciones de los países miembros de la FELANPE.

La Declaración de Cartagena, a través de sus principios, podrá servir de guía a la FELANPE y sus asociados en el desarrollo de los planes de acción. Servirá también, como un instrumento para que promuevan, a través de los gobiernos, la formulación de políticas y legislaciones en el campo de la nutrición clínica. Se pretende que el marco general de principios ayude a crear conciencia acerca de la magnitud de este problema y a forjar redes de cooperación entre los países de la región. Estaremos entonces, contribuyendo a alcanzar uno de

los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas⁽⁸⁾ que busca, para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición.

Referencias

1. Castillo Pineda JC, Figueredo Grijalva R, Dugloszewski C, Ruy Díaz Reynoso JAS, Spolidoro Noroña JV, 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.
2. Cardenas D. Is the right to food in hospitals a human right? *Rev. Nutr. Clin. Metab.* 2018;1(2):9-12.
3. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr* 2016;36:958-67.
4. Cuerda C, Shneider SM, Van Gossum A. Clinical nutrition education in medical schools: Results of an ESPEN survey. *Clin. Nutr.* 2017; 36:915-6.
5. Arenas Márquez H. Clinical Nutrition Education. *Rev. Nutr. Clin. Metab.* 2018;1(2):13-16.
6. Perlstein R, McCoombe S, Shaw C, Nowson C. Medical student perceptions regarding the importance of nutritional knowledge and their confidence in providing competent nutrition practice. *Public Health.* 2016;140:27-34.
7. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. La Declaración de Bioética y Derechos Humanos. [Internet]. París: Unesco; 2005 [consultado el 8 de abril 2019]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
8. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/energy/> [Internet]. New York: ONU; 2015 [consultado el 8 de abril 2019].

DECLARACIÓN DE CARTAGENA

Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición

Aprobada el 3 de mayo de 2019 en el marco del 33 Congreso Colombiano de Metabolismo y Nutrición Clínica, IV Congreso Regional Andino-Región Centro de la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo, FELANPE, durante su asamblea extraordinaria.

La Asamblea,

Reconociendo que las sociedades, colegios y asociaciones afiliadas a la FELANPE han unido esfuerzos desde su crea-

ción para promover la investigación, la educación y la formación de profesionales en Nutrición Clínica, y colaborar si fuese requerido, con los poderes públicos en la evaluación y solución de los problemas relativos a la nutrición clínica,

Retomando la Declaración Internacional de Cancún, 2008, sobre el derecho a la nutrición en los hospitales, donde por primera vez los Presidentes de las sociedades, colegios y asociaciones de la FELANPE declararon su voluntad de elevar al nivel de derecho humano básico la nutrición en los hospitales,

Invocando el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948 donde se establece que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación [...]” y el artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en la cual se estipula que los Estados partes “reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación [adecuada]” y se afirma la existencia del “derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre”,

Citando el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en particular la observación general N° 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y se reconoce que “el derecho a la salud abarca amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición”,

Reconociendo que el cuidado nutricional es un derecho humano emergente relacionado con el derecho a la salud y del derecho a la alimentación,

Considerando que el derecho a la alimentación debe ser respetado en todos los ámbitos, incluso en el clínico, la persona enferma debe ser alimentada en condiciones de dignidad y tiene el derecho fundamental a no padecer hambre,

Teniendo en cuenta que el derecho a la alimentación con frecuencia es irrespetado en el ámbito clínico lo que tiene como consecuencia un número inaceptable de personas con malnutrición asociada a la enfermedad,

Reconociendo que la malnutrición de los pacientes hospitalizados se asocia a estancias hospitalarias prolongadas, menor calidad de vida, mayor comorbilidad, y costos innecesarios en salud,

Destacando que los adelantos de la ciencia y la tecnología permiten hoy alimentar en forma natural o artificial a cualquier persona enferma y luchar en forma activa contra la malnutrición,

Convencidos de que una adecuada terapia nutricional puede corregir la malnutrición, mejorar el pronóstico de las enfermedades y la calidad de vida, disminuir las comorbilidades, la mortalidad y los costos en salud,

Conscientes de la necesidad de buscar, mediante la aplicación de las ciencias básicas, clínicas, y de salud pública, soluciones nutricionales cada vez más eficaces,

Conocedores de que la terapia nutricional puede tener efectos secundarios y escasa efectividad en algunos pacientes como aquellos en estado hipercatabólico, o cuando no es administrada de manera oportuna y adecuada,

Convencidos de la necesidad de hacer un llamado a los investigadores, a entidades académicas y a la industria farmacéutica sobre la importancia de promover la investigación en nutrición clínica bajo un nuevo paradigma que considere la terapia nutricional más allá de la administración de micro y macronutrientes,

Conscientes de la necesidad de hacer un llamado a los poderes públicos y a diversas instancias nacionales e internacionales sobre la importancia del cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición,

Teniendo presente que los avances científicos y tecnológicos que han permitido el desarrollo de la terapia nutricional artificial plantean dilemas y problemas éticos, los cuales se deberían abordar desde la perspectiva de la bioética, y respetando los principios establecidos en la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO promulgada el 19 de octubre de 2005,

Proclama,

I. Ámbito

La Declaración trata sobre el derecho al cuidado nutricional, independiente del nivel de atención en salud, y sobre la lucha contra las diversas clases de malnutrición en particular la asociada a la enfermedad, por lo tanto, se limita al campo de la nutrición clínica. La nutrición clínica es una disciplina y una ciencia, interdisciplinaria y aplicada, preocupada por la malnutrición. El objetivo es aplicar los principios de la terapia nutricional (con alimentos naturales de administración ordinaria y nutrientes artificiales administrados por medio de suplementos, nutrición enteral y parenteral) en el marco del cuidado nutricional con el fin de garantizar el estado nutricional y modular otras funciones biológicas para influir de manera positiva en el tratamiento, la calidad de vida y el desenlace de los pacientes.

La presente declaración va dirigida a las sociedades, colegios y asociaciones afiliadas a la FELANPE y a toda organización o institución que defienda el derecho a la alimentación, el derecho a la salud y promueva la lucha contra la malnutrición. Debe considerarse como un documento marco cuyos principios constituyen el fundamento para promover el desarrollo del cuidado nutricional en el ámbito clínico, y concientizar los

poderes públicos, las instancias académicas y la industria farmacéutica.

II. Objetivos

1. Promover el respeto de la dignidad humana y proteger el derecho al cuidado nutricional y el derecho a la alimentación en el ámbito clínico, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos y la bioética.
2. Proporcionar marco de referencia cuyos principios constituyen el fundamento para promover el desarrollo del cuidado nutricional en el ámbito clínico que permita que las personas enfermas reciban terapia nutricional en condiciones de dignidad.
3. Fomentar la concientización sobre la magnitud del problema de la malnutrición asociada a la enfermedad y la necesidad de desarrollar un modelo de atención nutricional en las instituciones de salud.
4. Impulsar el desarrollo de la investigación y la educación en nutrición clínica bajo un nuevo paradigma.

III. Principios

1. La alimentación en condiciones de dignidad de la persona enferma

Se debe entender el derecho a la alimentación como un Derecho Humano Internacional que permite a todos los seres humanos alimentarse en condiciones de dignidad. Se reconoce que este derecho engloba dos normas distintas: la primera, el derecho a la alimentación adecuada; la segunda, que toda persona esté protegida contra el hambre. En el ámbito clínico el cumplimiento de este derecho implica el respeto a estas dos normas y se concretiza cuando la persona enferma recibe el cuidado nutricional completo y adecuado por parte de los profesionales sanitarios implicados en su atención clínica y específicamente con la intervención del grupo interdisciplinario de profesionales especialistas en nutrición clínica. Se reconoce el derecho al cuidado nutricional como un derecho humano emergente que se relaciona con el derecho a la salud y el derecho a la alimentación.

Se destaca que la persona enferma debe ser alimentada en condiciones de dignidad, lo que implica reconocer durante el proceso de cuidado nutricional el valor intrínseco de cada ser humano, así como el respeto a la integridad, la diversidad de valores morales, sociales y culturales. El derecho al cuidado nutricional

en el ámbito clínico comprende los aspectos cuantitativos, cualitativos y de aceptabilidad cultural.

Por lo tanto, las personas enfermas, sin distinción alguna, deberían disfrutar de la misma calidad de terapia nutricional en condiciones de dignidad, y de abordaje completo de la malnutrición asociada a la enfermedad. Se considera que el derecho al cuidado nutricional se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, después del diagnóstico oportuno, recibe nutrición adecuada (dieta, terapia nutricional oral, enteral o parenteral) teniendo en cuenta sus dimensiones (biológicas, simbólicas, afectivas y culturales) y no padece de hambre. Son elementos esenciales la seguridad, la oportunidad, la eficiencia, la eficacia, la efectividad del cuidado nutricional y el respeto de los principios bioéticos. Esto se considera el mínimo que debe garantizarse, independiente del nivel de atención en salud.

Se debe tener en cuenta que la terapia nutricional es un tratamiento médico, las personas enfermas tienen el derecho y la autonomía para rechazarlo, y el personal de salud la obligación de aceptar esta decisión y no realizar acciones fútiles.

El derecho al cuidado nutricional no debe limitarse ni restringirse a las fuentes calóricas, proteicas y otros elementos nutritivos concretos, sino garantizar los mecanismos físicos, humanos y económicos para que sea posible acceder a la terapia nutricional.

2. El cuidado nutricional es un proceso

El cuidado nutricional forma parte de la atención integral del paciente, y por lo tanto, debe ser un componente inherente a su cuidado. Se concibe como un proceso continuo que consta de diversas etapas, las cuales se pueden resumir en: 1. Detectar, 2. Nutrir y 3. Vigilar.

Detectar

La identificación del riesgo nutricional realizado por medio del tamizaje es la primera etapa, lo cual conlleva, en la próxima etapa, si el paciente está en riesgo, a la realización del diagnóstico completo del estado nutricional permitiendo establecer la indicación médica de terapia nutricional y realizar el plan nutricional. El tamizaje debe ser sistemático para las personas enfermas en cualquier nivel de atención en salud. Todo paciente con riesgo nutricional deberá beneficiarse del diagnóstico nutricional completo.

El diagnóstico nutricional permite identificar las alteraciones nutricionales, las cuales pueden ser: a. Mal-

nutrición (sinónimo de desnutrición), b. Sobrepeso y obesidad, c. Anormalidades de micronutrientes. La malnutrición o desnutrición se define como la condición que resulta de la falta de ingesta, de la absorción nutricional, de pérdidas de nutrientes incrementadas que conlleva a alteración de la composición corporal (disminución de la masa libre de grasa) y de la masa celular corporal lo que produce la disminución de las funciones mentales, físicas y al deterioro del resultado clínico. La desnutrición puede ser el resultado del ayuno/inanición, la enfermedad o la edad avanzada (i.e. > 70 años). Cada una se puede presentar de manera aislada o de manera combinada.

La malnutrición se puede presentar como: a. Malnutrición sin enfermedad, b. Malnutrición asociada a la enfermedad con inflamación (aguda o crónica), c. Malnutrición asociada a la enfermedad sin inflamación.

Se hace hincapié en que los criterios diagnósticos de malnutrición establecidos por consenso deberían ser evaluados en el contexto Latinoamericano, teniendo en cuenta las características fenotípicas de la población y la situación socio económica, entre otras.

La detección del riesgo nutricional debe ser prioridad en todos los niveles de atención en salud.

Nutrir

El plan nutricional incluye la terapia nutricional (o terapia médica nutricional), es decir, con alimentos naturales de administración ordinaria y con nutrientes artificiales administrados por medio de suplementos, nutrición enteral y parenteral. Se considera que la terapia nutricional es una intervención médica, que requiere una indicación médico-nutricional, que tiene el objetivo de tratamiento específico y necesita el consentimiento informado del paciente. Como toda terapia, la nutrición también tiene efectos secundarios, riesgos y beneficios. Se tienen en cuenta las dimensiones biológicas (cuantitativa y cualitativa), simbólica, afectiva y cultural asociada a la alimentación, incluso si se trata de terapia nutricional artificial.

Vigilar

La terapia nutricional se debe monitorear y documentar. El monitoreo busca verificar que se cumplan las distintas dimensiones de la terapia nutricional y prevenir los efectos secundarios. La documentación sirve para seguir y evaluar la continuidad de la terapia de cada paciente y garantizar la calidad.

Las tres etapas buscan la seguridad, oportunidad, eficiencia, eficacia y efectividad del cuidado nutricional.

En las instituciones de salud se deberá promover el desarrollo del modelo de atención nutricional basado en detectar, nutrir, vigilar.

3. El empoderamiento de los pacientes como acción necesaria para mejorar el cuidado nutricional

El empoderamiento se define como un proceso y un resultado. El primero se basa en que, al aumentar la educación se mejora la capacidad de pensar en forma crítica y de actuar de manera autónoma, mientras que el segundo (resultado), se logra mediante el sentido de autoeficacia, el resultado del proceso.

El empoderamiento se realiza por medio de la educación y la educación implica libertad. En el cuidado nutricional, empoderar a los pacientes es ofrecerles la oportunidad de ser parte del proceso y tratamiento nutricional; en consecuencia, no solo se busca obtener una voz, sino también compartir conocimientos y responsabilidades con ellos y con la familia.

El empoderamiento busca aumentar la libertad y autonomía del paciente (la capacidad de tomar decisiones informadas) sobre el papel de la malnutrición y la terapia nutricional en las diferentes fases de tratamiento.

El acto de empoderar a los pacientes y sus familias en la lucha contra la malnutrición implica darles la capacidad para pensar de manera crítica sobre este síndrome y sus respectivas consecuencias negativas, permitiéndole al mismo tiempo tomar decisiones autónomas e informadas, como exigir atención nutricional y cumplir el tratamiento nutricional sugerido.

4. El enfoque interdisciplinario del cuidado nutricional

El cuidado nutricional debe ser realizado por equipos interdisciplinarios e incluir, como mínimo, profesionales de la nutrición, enfermería, medicina, farmacia, y fomentar la integración de fonología, terapia ocupacional, fisioterapia, rehabilitación, trabajo social y psicología, entre otras disciplinas, que puedan incrementar la eficacia de la terapia nutricional. Este enfoque implica la integración equitativa de las diversas disciplinas relacionadas con la actividad nutricional. La evidencia científica muestra las ventajas de este enfoque en términos de costo-efectividad, seguridad, eficiencia y eficacia.

Se deberá promocionar la creación de los equipos interdisciplinarios de terapia nutricional y la acreditación de los equipos que están en funcionamiento, a través de la medición de sus resultados.

5. Principios y valores éticos en el cuidado nutricional

Es importante resaltar que la terapia nutricional (nutrición oral, enteral y parenteral) se considera un gran avance científico y tecnológico que ha permitido alimentar a cualquier persona enferma y mejorar los desenlaces clínicos, la calidad de vida e impactar en los costos de la salud. Se reconoce que con estos adelantos surgen cuestiones bioéticas que pueden tener repercusiones en los individuos, las familias y grupos o comunidades. Dichas cuestiones deberían analizarse en el marco de los principios establecidos en la DUBDH de la UNESCO en especial los principios universales de igualdad, justicia y equidad, no discriminación y no estigmatización, no maleficencia, autonomía, beneficencia y el respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal. El respeto de la diversidad cultural y del pluralismo es fundamental en la realización del cuidado nutricional y en el debate de los cuestionamientos éticos.

Se reconoce que los pacientes en riesgo o en estado de malnutrición son un grupo considerado vulnerable desde el punto de vista ético. La vulnerabilidad es una dimensión ineludible de los seres humanos y la configuración de las relaciones sociales. Considerar la vulnerabilidad del paciente desnutrido implica reconocer que los individuos pueden carecer en algún momento de la capacidad y los medios para alimentarse por sí mismos y, por lo tanto, es preciso que esta necesidad la atiendan profesionales en nutrición clínica. La malnutrición implica deterioro físico, psicológico y social (con el riesgo de perder la vida y la posibilidad de perder la autonomía).

Se deberían promover el profesionalismo, la honestidad, la integridad y la transparencia en la adopción de decisiones, en particular en las declaraciones de todos los conflictos de interés y el aprovechamiento compartido de conocimientos de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 de la DUBDH.

6. La integración de la atención en salud basada en el valor (aspectos económicos)

Se deberían integrar los aspectos económicos en el ejercicio, la evaluación y la investigación en nutrición clínica. Se propone integrar la atención en salud basada en

el valor del cuidado nutricional. Bajo este enfoque, se busca reorientar los servicios de salud para que logren mejorar la satisfacción de las necesidades en salud de las personas, en particular del cuidado nutricional mientras mantienen una relación óptima con los costos y los resultados. Generar valor implica un énfasis en lograr resultados en salud tanto para los pacientes como para las organizaciones y la sociedad manteniendo una relación óptima con los costos. En este contexto, el valor en salud está definido por una relación eficiente entre los resultados y los costos, y sus beneficiarios: el paciente, la sociedad y el financiador del servicio de salud.

La persona enferma tiene el derecho a recibir atención nutricional segura y de calidad, con personal calificado y procurando costo efectividad, con base en la evidencia científica. Se deberían asignar recursos según las políticas públicas enfocadas en la promoción, prevención e intervención nutricional que resulten en mejorar la calidad de vida de los pacientes. Para esto es fundamental que se implementen programas de calidad que integren elementos de la economía de la salud: costo minimización, costo eficacia, costo beneficio, costo efectividad y costo utilidad.

7. La investigación en nutrición clínica es un pilar para el cumplimiento del derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición

Se debería impulsar el desarrollo de la investigación en nutrición clínica bajo un nuevo paradigma, el cual consiste en una visión de la nutrición clínica que considere que la persona enferma necesita, más allá de comida y nutrientes, el abordaje del metabolismo en el contexto particular de la enfermedad y el mejor conocimiento de su estado metabólico y nutricional. Para ello, es necesario desarrollar la investigación para entender los mecanismos biológico-moleculares asociados a los estados metabólicos de las personas enfermas.

Se deberá exigir a las autoridades, a las organizaciones de salud (aseguradoras, hospitales), a las compañías farmacéuticas y de alimentos, mayor inversión y apoyo a la investigación en nutrición clínica.

Se debería crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, grupos de investigación interdisciplinarios con el propósito de:

- a) investigar sobre los problemas de nutrición clínica relevantes bajo los estándares científicos de calidad, la medicina basada en la evidencia y respetando los principios de la bioética;

- b) desarrollar líneas de investigación pertinentes en el contexto regional (latinoamericano);
- c) evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología que surgen en el campo de la nutrición clínica;
- d) apoyar la formulación de recomendaciones, guías y consensos de prácticas clínicas basados en la evidencia científica;
- e) fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la nutrición clínica y el problema de la malnutrición, así como la participación al respecto del derecho a la alimentación en este ámbito.

Se reconoce que los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad (industria farmacéutica, empresas, etc.).

8. La educación en nutrición clínica es un eje fundamental para el cumplimiento del derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición

Se deberá crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, y bajo el nuevo paradigma la educación en nutrición clínica:

- a) en el pregrado: fomentar la enseñanza de la nutrición clínica en las carreras de la salud (medicina, nutrición, enfermería, farmacia, etc.);
- b) en el posgrado de medicina y otras carreras de la salud: reconocer la nutrición clínica como especialidad clínica y no como subespecialidad o formación complementaria;
- c) las instancias correspondientes: acreditar la formación especializada y fomentar la educación continuada en el campo de la nutrición clínica.

9. Fortalecimiento de las redes de nutrición clínica

Se deberá crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, actividades, programas y proyectos con el propósito de:

- a) promover en las instituciones de salud públicas y privadas el desarrollo del modelo de cuidado nutricional basado en detectar, nutrir, vigilar;
- b) fortalecer programas de educación en nutrición clínica;
- c) desarrollar y fortalecer líneas de investigación en nutrición clínica;
- d) impulsar la solidaridad y la cooperación en el desarrollo de programas para promover el cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición.

10. Creación de una cultura institucional que valore el cuidado nutricional

Se deberá crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, actividades, programas y proyectos con el propósito de:

- a) sensibilizar a los médicos y otros profesionales de la salud sobre la importancia de la nutrición clínica;
- b) sensibilizar a la sociedad y a las instituciones sobre la problemática de la malnutrición y el derecho al cuidado nutricional;
- c) mostrar la evidencia científica que permita avanzar en la institucionalización del modelo de cuidado nutricional basado en detectar, nutrir, vigilar;
- d) promover la participación de la comunidad, los pacientes y las instituciones en la concretización del derecho al cuidado nutricional;
- e) propender por un cuidado nutricional justo y equitativo.

11. Justicia y equidad en el cuidado nutricional

Se deberá crear, promover y apoyar, una agenda en salud pública justa y con equidad con el propósito de:

- a) desarrollar los mecanismos para que toda persona enferma tenga disponibilidad, y acceso de manera estable, continua y oportuna a la terapia nutricional, así como también la correcta utilización de la terapia nutricional;
- b) promover la integración en los sistemas de salud del modelo de cuidado nutricional capaz de proveer terapia nutricional en condiciones de dignidad;
- c) promover el enfoque interdisciplinario y la creación de equipos de terapia nutricional;
- d) valorizar el reembolso y el pago de los servicios de cuidado nutricional;
- e) contribuir a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas 2 y 3 (ODS 2 y 3) en particular los objetivos 2.2: “Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición”, y 3.4: “Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.”

12. Principios éticos, deontológicos y de transparencia de la industria farmacéutica y nutricional (IFyN)

Se deberá promover relaciones, basadas en políticas de ética y transparencia, entre las sociedades, colegios y asociaciones que defienden el derecho al cuidado nutricional y la IFyN, que exijan:

a) Claridad y responsabilidad en las funciones de la IFyN para que puedan:

- demostrar el más alto nivel de calidad de las soluciones y productos nutricionales;
- demostrar, por medio de científicos independientes a la IFyN, que las soluciones nutricionales creadas demuestran beneficio clínico objetivo y científicamente válido;
- tener programas de educación promovidos por la IFyN con el más alto valor científico y que estén libres de toda intención de comercialización de las soluciones nutricionales;
- que la interacción de la IFyN con las organizaciones profesionales y regulatorias esté estrictamente enfocada en la promoción de la mejor atención al paciente y el crecimiento científico constante.

Para ello, cada sociedad, colegio y asociación deberá establecer políticas de ética, integridad y transparencia, reconociendo que la IFyN juega un papel esencial en la creación y comercialización de soluciones y fórmulas nutricionales para el paciente; y que contribuye a la educación de los clínicos en la prestación de nutrición y en la investigación nutricional.

13. Llamado a la acción internacional

La FELANPE hace un llamado a las sociedades y organizaciones internacionales para unirse en la lucha contra la malnutrición y el respeto del derecho al cuidado nutricional. Los principios establecidos en el presente documento servirán de fundamento para acciones comunes.

La FELANPE insta a los Estados y al Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas a reconocer la presente Declaración y por lo tanto, el Derecho al Cuidado Nutricional como un derecho humano, y a que se garantice a todas las personas, especialmente a los enfermos con o en riesgo de desnutrición, acceso al cuidado nutricional y en particular a la terapia nutricional óptima y oportuna, con el fin de, entre otros, reducir las elevadas tasas de desnutrición hospitalaria y de morbi-mortalidad asociadas.

En la ciudad de Cartagena, a los 3 días del mes de mayo de 2019,

Firmaron los presidentes o representantes de las sociedades, asociaciones y colegios miembros de la FELANPE.

Como testigos, los presidentes o representantes de ESPEN, ASPEN, ESPEGHAN, LASPEGHAN y SLAN.

DRA. DOLORES RODRÍGUEZ-VENTIMILLA
Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional,
Nutrición Clínica y Metabolismo – FELANPE 2019-2020

DRA. ANA FERREIRA
FELANPE 2021 – 2022

DRA. MA. VIRGINIA DESANTADINA
Asociación Argentina de Nutrición Enteral y
Parenteral – AANEP

DR. DAN WAITZBERG
Sociedad Brasileña de Nutrición Parenteral y Enteral –
BRASPEN

LIC. JANETT K. RODRIGUEZ
Asociación Boliviana de Nutrición Clínica y Terapia
Nutricional

DRA. PAULA SÁNCHEZ
Asociación Costarricense de Nutrición Enteral y
Parenteral – ACONEP

DR. CHARLES BERMÚDEZ
Asociación Colombiana de Nutrición Clínica – ACNC

DR. LÁZARO ALFONSO NOVO
Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo
– SCNCM

DRA. KARIN PAPAPRIETO
Asociación Chilena de Nutrición Clínica, Obesidad y
Metabolismo – ACHINUMET

DRA. MERY GUERRERO
Asociación Ecuatoriana de Nutrición Parenteral y
Enteral – ASENPE

DR. MIGUEL LEÓN-SANZ
Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral
– SENPE

DR. JUAN CARLOS HERNÁNDEZ
Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia
Nutricional – CMNCTN

DRA. ROSA LARREATEGUI
Asociación Panameña de Nutrición Clínica y
Metabolismo – APNCM

DRA. MARÍA CRISTINA JIMÉNEZ
Sociedad Paraguaya de Nutrición – SPN

MG. LUISA ANGÉLICA GUERRERO
Asociación Peruana de Terapia Nutricional –
ASPETEN

DRA. ANAYANET JÁQUEZ
Sociedad Dominicana de Nutrición Enteral y
Parenteral – SODONEP

LIC. MABEL PELLEJERO
Sociedad Uruguaya de Nutrición – SUNUT

DR. JOSÉ GUILLERMO GUTIÉRREZ
Asociación Salvadoreña de Nutrición Parenteral y
Enteral – ASANPEN,

Testigos

DR. ROBERTO BERNI CANANI
The European Society for Paediatric Gastroenterology,
Hepatology and Nutrition – SPEGHAN

DRA. LILIANA LADINO
Latinamerican Society for Paediatric
Gastroenterology, Hepatology and Nutrition –
LASPEGHAN

DR. RAFAEL FIGUEREDO
Sociedad latinoamericana de Nutrición – SLAN

PR ROCCO BARAZZONI
European Society for Clinical Nutrition and
Metabolism – ESPEN

DR JUAN BERNARDO OCHOA
American Society for Parenteral and Enteral Nutrition
– ASPEN.



Los 13 Principios de la Declaración de Cartagena

The 13 Principles of the Cartagena Declaration

Os 13 Princípios da Declaração de Cartagena

Diana Cardenas^{1*}, Milena Puentes², Sonia Echeverri³, Angélica Pérez⁴, Lina López⁵, Charles Bermúdez⁶.

Recibido para publicación: 1 de septiembre de 2019 . Aceptado para publicación: 1 de octubre 2019.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v2supl1.035>

Resumen

La Declaración de Cartagena reconoce que el cuidado nutricional es un derecho humano. Para lograr que este derecho sea efectivo, la Declaración propone trece Principios, los cuales proporcionan un marco de referencia para promover el desarrollo del cuidado nutricional en el ámbito clínico que permita que todas las personas enfermas reciban terapia nutricional en condiciones de dignidad. La Declaración por medio de los principios, podrá servir como un instrumento para que se promuevan, a través de los gobiernos, la formulación de políticas y legislaciones en el campo de la nutrición clínica. También, se pretende que el marco general de principios ayude a crear conciencia acerca de la magnitud de este problema y a forjar redes de cooperación entre los países de la región. Por lo tanto, la Declaración de Cartagena debe considerarse un documento marco cuyos principios constituyen la base para promover el desarrollo de la atención nutricional en el campo clínico, y concientizar a las autoridades públicas, los organismos académicos y la industria farmacéutica.

En este artículo se presenta la definición, el contexto, el alcance, la perspectiva y algunos conceptos clave para cada uno de los Principios.

Palabras clave: Declaración de Cartagena, derechos humanos, principios.

Summary

The Cartagena Declaration recognizes that nutritional care is a human right. To make this human right effective, the Declaration provides a coherent framework of thirteen principles which provide a structure for promoting the development of nutritional care in the clinical setting, allowing all sick people to receive nutritional therapy in dignified conditions. The Declaration, through its principles, may also serve as an instrument to promote, through governments, the formulation of policies and laws in the field of clinical nutrition. The general framework of principles can contribute to raising awareness about the magnitude of this problem and to promote cooperation networks among Latin-American countries.

Thus, the Cartagena Declaration should be considered a framework document whose principles constitute the basis for promoting the development of nutritional care in the clinical field, and raising awareness among public authorities, academic bodies, and the pharmaceutical industry.

This article presents the definition, context, scope, perspective and some key concepts for each of the principles.

Keywords: Cartagena Declaration; Human rights; Principles.

Resumo

A Declaração de Cartagena reconhece que o cuidado nutricional é um direito humano. Para garantir que esse direito seja efetivo, a Declaração propõe treze princípios, que fornecem uma estrutura para promover o desenvolvimento dos cuidados nutricionais no ambiente clínico que permite que todas as pessoas doentes recebam terapia nutricional em condições dignas. A Declaração, por meio dos princípios, também pode servir como instrumento para promover, através dos governos, a formulação de políticas e leis no campo da nutrição clínica. Além disso, pretende-se que a estrutura geral de princípios ajude a aumentar a conscientização sobre a magnitude desse problema e criar redes de cooperação entre os países da região.

Portanto, a Declaração de Cartagena deve ser considerada um documento de estrutura cujos princípios constituem a base para promover o desenvolvimento do cuidado nutricional no campo clínico e conscientizar as autoridades públicas, os órgãos acadêmicos e a indústria farmacêutica.

Este artigo apresenta a definição, contexto, escopo, perspectiva e alguns conceitos-chave para cada um dos princípios

Palavras-chave: Declaração de Cartagena, direitos humanos, princípios.

¹ Instituto de Investigación en Nutrición, Genética y Metabolismo, Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia.

² Liga Contra el Cáncer - Seccional Bogotá. Bogotá, D.C., Colombia. Tesorera ACNC 2017-2021.

³ Comité de Ética Hospitalaria y de Humanismo y Bioética. Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia. Vice-presidente FELANPE Región Centro 2019-2020.

⁴ Departamento de Nutrición y Bioquímica. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, D.C., Colombia. Secretaria ejecutiva ACNC 2017-2021.

⁵ Grupo de Soporte Metabólico y Nutricional. Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, D.C., Colombia. Vice-presidente ACNC 2017-2021.

⁶ Departamento de Cirugía. Clínica la Colina y Clínica del Country. Bogotá, D.C., Colombia. Presidente ACNC 2017-2021.

*Correspondencia: Diana Cardenas
dianacardenasbraz@gmail.com

LOS PRINCIPIOS

PRINCIPIO # 1

La alimentación en condiciones de dignidad de la persona enferma

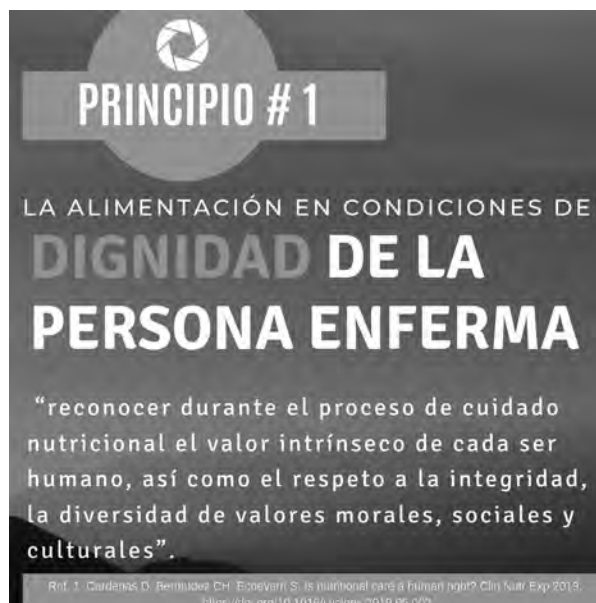
“Se reconoce el derecho al cuidado nutricional como un derecho humano emergente que se relaciona con el derecho a la salud y el derecho a la alimentación. Se destaca que la persona enferma debe ser alimentada en condiciones de dignidad, lo que implica reconocer durante el proceso de cuidado nutricional el valor intrínseco de cada ser humano, así como el respeto a la integridad, la diversidad de valores morales, sociales y culturales. El derecho al cuidado nutricional en el ámbito clínico comprende los aspectos cuantitativos, cualitativos y de aceptabilidad cultural⁽¹⁾.”

Contexto

En este principio se reconoce que el cuidado nutricional es un derecho humano y, por lo tanto, se debe alimentar a las personas enfermas en condiciones que respeten su dignidad. Debe considerarse el principio fundamental de la Declaración. Es el punto de partida, es la necesidad de responder a la problemática de la desnutrición asociada a la enfermedad y a la subalimentación de la persona enferma. Esta problemática es aún frecuente y poco se ha avanzado a pesar de que la ciencia de la nutrición clínica se ha desarrollado en los últimas décadas y que hoy disponemos de amplia evidencia que demuestra el impacto de la terapia nutricional, en el marco de un cuidado nutricional óptimo y oportuno, sobre el pronóstico y los desenlaces de los pacientes. Integrar el enfoque basado en derechos humanos en el campo de la nutrición clínica es una nueva perspectiva que brinda la oportunidad de comprometer distintas partes interesadas en una lucha común contra la malnutrición⁽²⁾.

Alcance

Reconocer el cuidado nutricional como un derecho humano y promover el respeto a la dignidad humana al alimentar a las personas enfermas tiene implicaciones sobre lo político, lo académico-científico lo ético y lo legal. Aunque la Declaración no es un instrumento jurídicamente vinculante, es decir que no obliga a las partes, sí las compromete en lo moral. Así las cosas, las sociedades científicas que han firmado la Declaración se han comprometido a reconocer y fomentar este derecho. Un primer paso es buscar que los gobiernos



y los responsables políticos miren con interés la problemática de la malnutrición en el contexto clínico y promuevan políticas públicas y legislaciones en el tema. Desde lo académico, se debe promover la enseñanza y el reconocimiento de este derecho como un derecho humano emergente que se relaciona estrechamente con el derecho a la salud y a la alimentación. Desde la perspectiva ética es posible reconocer que el paciente en riesgo o con estado de desnutrición es una persona vulnerable debido al impacto sobre lo biológico, lo eco-



** Imágenes diseñadas por Milena Puentes en el marco de la divulgación de la Declaración de Cartagena.

nómico y lo social. Además, nos responsabiliza frente a esta problemática y nos obliga a actuar por un cuidado nutricional para todas las personas.

Perspectiva

La firma de la Declaración de Cartagena, el 3 de mayo de 2019, es el punto de partida de acciones comunes en Latino América, pero sin perder de vista el enfoque global de las acciones⁽¹⁾. El programa de implementación de la Declaración busca en primera instancia brindar las herramientas necesarias para poder traducir los principios en acciones. Es decir, la Declaración nos indica “qué” se debe hacer y las herramientas indicarán “cómo” se debe hacer. El Primer Principio estará presente directa o indirectamente en cada una de las herramientas.

PRINCIPIO # 2

El cuidado nutricional es un proceso

“El cuidado nutricional forma parte de la atención integral del paciente, y, por tanto, debe ser un componente inherente a su cuidado. Se concibe como un proceso continuo que consta de diversas etapas, las cuales se pueden resumir en: 1. Detectar, 2. Nutrir y 3. Vigilar.

En consecuencia, las instituciones de salud deberán promover el desarrollo del modelo de atención nutricional basado en detectar, nutrir, vigilar⁽¹⁾”.

Contexto

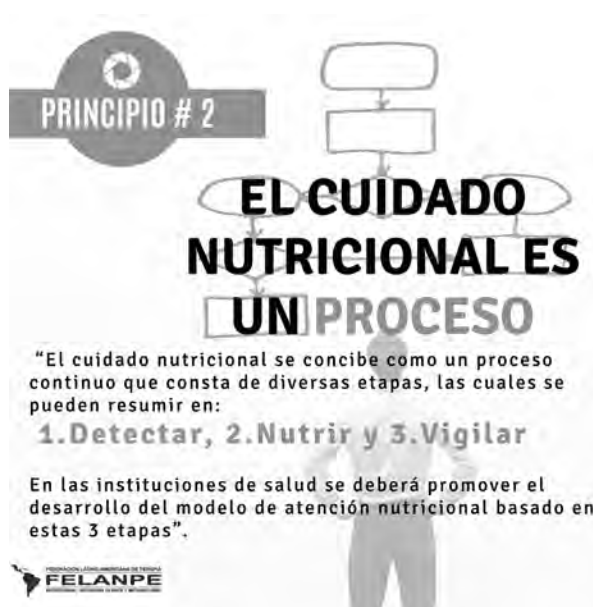
En el Principio # 2 se reconoce que el cuidado nutricional es un proceso y está íntimamente ligado al # 1. En el Principio # 1 de la Declaración de Cartagena se estipula que el paciente debe ser alimentado en condiciones que garanticen el respeto de la dignidad humana.

¿Cómo se logra? Es posible garantizar el respeto de la dignidad humana si el paciente es alimentado teniendo en cuenta los aspectos culturales, simbólicos y afectivos o emocionales de la nutrición, además de reconocer los riesgos, los beneficios y los límites de la terapia nutricional. Al igual que toda terapia médica, la terapia nutricional debe tener una indicación y debe ser administrada con el consentimiento del paciente. Para garantizar la administración de una adecuada terapia nutricional esta debe concebirse en el marco de un proceso continuo que inicia con la identificación del riesgo nutricional.

Concepto clave

La noción de dignidad

La dignidad se refiere al valor intrínseco de cada ser humano por el simple hecho de serlo. Según Emmanuel Kant, la dignidad implica el hecho de que la persona nunca debe ser tratada como un medio, sino como un fin en sí misma. En el cuidado nutricional la noción de dignidad implica, como lo dice el primer principio, “reconocer durante el proceso de cuidado nutricional el valor intrínseco de cada ser humano, así como el respeto a la integridad, la diversidad de valores morales, sociales y culturales”.



Alcance

Reconocer el cuidado nutricional como un proceso tiene implicaciones principalmente sobre la organización de la atención al paciente. Las actividades deben organizarse y estandarizarse de manera que se realice la detección, la terapia nutricional y el monitoreo del cuidado nutricional según las condiciones y las particularidades de cada sistema de salud o de cada institución. Idealmente, debe realizarse desde un enfoque interdisciplinario (Principio # 4) y con la participación del

paciente (Principio # 3). El Principio # 2 reconoce que toda persona que consulte un servicio médico, en cualquier nivel de atención, tiene derecho de beneficiarse del proceso de cuidado nutricional. Es decir, que una vez se ha identificado el riesgo o se ha hecho el diagnóstico del estado nutricional, la persona debe ser alimentada teniendo en cuenta los beneficios que puede tener según la indicación médica precisa y solo después de su consentimiento. El Principio # 2 también tiene implicaciones sobre los aspectos académicos pues se debe asegurar que los profesionales de la salud adquieran las competencias necesarias para realizar las tres etapas del cuidado nutricional.

Así las cosas, las sociedades científicas que han firmado la Declaración se han comprometido a reconocer y promocionar el cuidado nutricional como un proceso, y para ello un primer paso es buscar que los gobiernos y las instituciones miren con interés la problemática de la malnutrición y promuevan la implementación del modelo de cuidado nutricional basado en tres etapas y con un enfoque interdisciplinario. Desde lo académico se debe promover la enseñanza de las distintas etapas del cuidado nutricional.

Perspectiva

El Principio # 2 es fundamental para el desarrollo de la nutrición clínica y para garantizar el respeto del derecho al cuidado nutricional. El programa de implementación de la Declaración tendrá herramientas necesarias para definir que los profesionales y las instituciones pongan en marcha el modelo de cuidado nutricional. Las tres etapas buscan que el cuidado nutricional se brinde con seguridad, oportunidad, eficiencia, eficacia y efectividad.

Conceptos clave

Detectar

La identificación del riesgo nutricional realizado por medio del tamizaje es la primera etapa, lo cual conlleva, en la siguiente etapa, si el paciente está en riesgo, a la realización del diagnóstico completo del estado nutricional permitiendo establecer la indicación médica de terapia nutricional y la realización del plan nutricional. El tamizaje nutricional debe ser sistemático para las personas enfermas en cualquier nivel de atención en salud. Todo paciente con riesgo nutricional deberá beneficiarse de un diagnóstico nutricional completo.



PRINCIPIO # 2

Detectar, Nutrir y Vigilar

"Reconocer el cuidado nutricional como un proceso tiene implicaciones principalmente sobre la organización de la atención al paciente.

Las actividades deben organizarse y estandarizarse para que se realice la detección, la terapia nutricional y el monitoreo del cuidado nutricional según las condiciones y las particularidades de cada sistema de salud o de cada institución."



Declaración de Cartagena

El diagnóstico nutricional permite identificar las alteraciones nutricionales, las cuales pueden ser: a. Malnutrición (sinónimo de desnutrición), b. Sobrepeso y obesidad, c. Anormalidades de micronutrientes. La malnutrición o desnutrición se define como la condición que resulta de la falta de ingesta, de la absorción nutricional alterada, de pérdidas de nutrientes incrementadas que conlleva a cambios de la composición corporal (disminución de la masa libre de grasa) y de la masa celular corporal lo que produce la disminución de las funciones mentales, físicas y al deterioro del resultado clínico. La desnutrición puede ser el resultado del ayuno/inanición, la enfermedad o la edad avanzada (i.e. > 70 años). Cada una se puede presentar de manera aislada o de manera combinada.

La malnutrición se puede presentar como: a. Malnutrición sin enfermedad, b. Malnutrición asociada a la enfermedad con inflamación (aguda o crónica), c. Malnutrición asociada a la enfermedad sin inflamación.

Se hace hincapié en que los criterios diagnósticos de malnutrición establecidos por consenso deberían ser evaluados en el contexto Latinoamericano, teniendo en cuenta las características fenotípicas de la población y la situación socio económica, entre otras. La detección del riesgo nutricional debe ser prioridad en todos los niveles de atención en salud.

Nutrir

El plan nutricional incluye la terapia nutricional (o terapia médica nutricional), es decir, con alimentos

naturales de administración ordinaria y con nutrientes artificiales administrados por medio de suplementos, nutrición enteral y parenteral. Se considera que la terapia nutricional es una intervención médica, que requiere una indicación médico-nutricional, que tiene un objetivo de tratamiento específico y que necesita el consentimiento informado del paciente. Como toda terapia, la nutrición también tiene efectos secundarios, riesgos y beneficios. Se tienen en cuenta las dimensiones biológicas (cuantitativa y cualitativa), simbólica, afectiva y cultural asociada a la alimentación, incluso si se trata de terapia nutricional artificial.

Vigilar

La terapia nutricional se debe monitorear y documentar. El monitoreo busca verificar que se cumplan las distintas dimensiones de la terapia nutricional, así como prevenir los efectos secundarios. La documentación sirve para seguir y evaluar la continuidad de la terapia de cada paciente y garantizar la calidad. Es importante poder iniciar un proceso de gestión del riesgo y “asegurabilidad” en el ámbito clínico.

PRINCIPIO # 3

El empoderamiento de los pacientes como acción necesaria para mejorar el cuidado nutricional

“El acto de empoderar a los pacientes y sus familias en la lucha contra la malnutrición implica darles la capacidad para pensar de manera crítica sobre la malnutrición y sus respectivas consecuencias negativas, permitiéndole al mismo tiempo tomar decisiones autónomas e informadas, como exigir atención nutricional y cumplir el tratamiento nutricional sugerido⁽¹⁾.”

Contexto

El Principio # 3 de la Declaración de Cartagena reconoce el rol central del paciente en el proceso del cuidado nutricional descrito en el Principio # 2. El Tercer Principio se enmarca en la necesidad de pasar de un modelo de relación paternalista del paciente con el médico o sistema de salud a un modelo donde las decisiones sean compartidas. Un modelo de cuidado nutricional inspirado en el empoderamiento busca potenciar las capacidades propias del paciente para manejar la nutrición en enfermedades agudas o crónicas y su capacidad para tomar el control de su vida. El empoderamiento implica que el paciente y su red de apoyo, se comprometen con la terapia nutricional pasando del simple hecho de recibir la información de manera pasiva a la implicación activa en las decisiones. También implica que el profesional del cuidado nutricional debe transmitir ciertas informaciones para que el paciente y su red tenga capacidad de actuar en total libertad.



Alcance

Reconocer que el empoderamiento de los pacientes es una acción necesaria para mejorar el cuidado nutricional y para promover el respeto de la dignidad humana tiene implicaciones sobre los aspectos organizacionales, lo académico-científico y lo ético. Desde el punto de vista organizacional, las etapas del modelo de cuidado nutricional “Detectar, nutrir y vigilar” deben tener en cuenta acciones de educación y sensibilización de los pacientes. Los profesionales de la salud deben adquirir competencias para educar y transmitir la información al paciente para poder tomar las decisiones de manera conjunta. Desde el punto de vista de la ética, el empoderamiento implica reconocer el principio de autonomía del paciente (respeto a la capacidad de decidir de las personas, y el

derecho a que se respete su voluntad), la responsabilidad de los profesionales en nutrición clínica de alimentar a la persona enferma y el principio de equidad en salud.

Las sociedades científicas que han firmado la Declaración se han comprometido a reconocer y promocionar el cuidado nutricional, y a reconocer la importancia de empoderar al paciente en la toma de decisiones durante este proceso.

Para ello, un primer paso es buscar que los gobiernos y las instituciones miren con interés la problemática de la malnutrición y promuevan la implementación del modelo de cuidado nutricional basado en tres etapas, con un enfoque interdisciplinario e involucrando el empoderamiento del paciente. Desde lo académico se debe promover la enseñanza de las distintas etapas del cuidado nutricional y las técnicas de educación terapéutica y empoderamiento.

Perspectiva

El Principio # 3 es fundamental para el desarrollo de la nutrición clínica y para garantizar el respeto del derecho al cuidado nutricional. El programa de implementación de la Declaración tendrá herramientas necesarias para que los profesionales y las instituciones pongan en marcha este principio. Se debería sensibilizar a las distintas asociaciones de pacientes acerca de la importancia del cuidado nutricional en cualquier enfermedad.

Conceptos clave

El empoderamiento se define como un proceso y un resultado. El primero se basa en que, al aumentar la



educación se mejora la capacidad de pensar en forma crítica y de actuar de manera autónoma, mientras que el segundo (resultado), se logra mediante el sentido de autoeficacia.

El empoderamiento se realiza a través de la educación y la educación implica libertad. En el cuidado nutricional, empoderar a los pacientes significa ofrecerles la oportunidad de ser parte del proceso y tratamiento nutricional; en consecuencia, no solo se busca obtener una voz, sino también compartir conocimientos y responsabilidades con ellos y con la familia. El empoderamiento busca aumentar la libertad y autonomía del paciente (la capacidad de tomar decisiones informadas) sobre el papel de la malnutrición y la terapia nutricional en las diferentes fases de tratamiento.

PRINCIPIO # 4

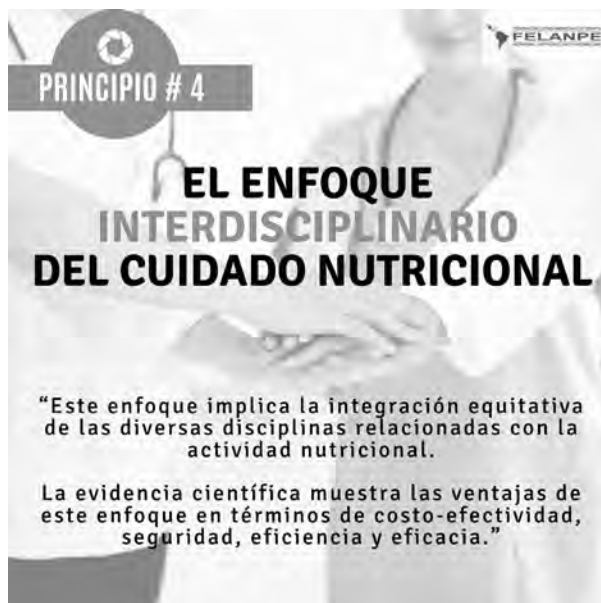
El enfoque interdisciplinario del cuidado nutricional

“Este enfoque implica la integración equitativa de las diversas disciplinas relacionadas con la actividad nutricional. La evidencia científica muestra las ventajas de este enfoque en términos de costo-efectividad, seguridad, eficiencia y eficacia⁽¹⁾.”

Contexto

El Principio # 4 de la Declaración de Cartagena reconoce la importancia de la interdisciplinariedad en la

práctica del cuidado nutricional. El enfoque interdisciplinario ha sido esencial para poner en práctica los adelantos médicos y científicos que llevaron al desarrollo de la terapia nutricional en las últimas décadas. A medida que se desarrolló la terapia nutricional, se crearon equipos multidisciplinarios de terapia nutricional, que fueron migrando a interdisciplinarios, para optimizar la efectividad y la seguridad de esta terapia. Se ha demostrado que el impacto de la estandarización y el cuidado nutricional a través de grupos interdisciplinarios mejoran los resultados y la seguridad del paciente, y tienen un impacto económico positivo en las instituciones de salud. Sin embargo, muchos hospitales no tienen grupos de terapia nutricional.



Alcance

Reconocer la importancia del enfoque interdisciplinario en el cuidado nutricional tiene implicaciones principalmente académicas, pero también sobre los aspectos organizacionales. Se recomienda administrar la terapia nutricional en el marco de grupos de terapia nutricional donde participen como mínimo, profesionales de la nutrición, enfermería, medicina, farmacia. Además, se aconseja la inclusión de otras disciplinas como la fonoaudiología, la terapia ocupacional, la fisioterapia, la rehabilitación, el trabajo social y la psicología que incrementan la eficacia de la terapia nutricional. Desde lo académico, no solo se debe formar a los profesionales de estas disciplinas en el campo de la nutrición clínica, sino definir las competencias específicas disciplinares.

Las sociedades científicas que han firmado la Declaración se han comprometido a reconocer la importancia del enfoque interdisciplinario en el cuidado nutricional. Desde lo académico se debe promover educación de los profesionales que integran los equipos interdisciplinarios de terapia nutricional

Perspectiva

Se deberá promocionar la creación de los equipos interdisciplinarios de terapia nutricional y la acredi-

tación de los equipos que están en funcionamiento, a través de la medición de sus resultados. En la Interdisciplinariedad las distintas disciplinas interactúan respetando cada una el área de trabajo específico de la otra. Hay una cohesión de saberes, donde se aporta conocimiento desde la perspectiva disciplinar, se comparte responsabilidad, pero se mantiene la competencia de cada disciplina. Por ello, se hace necesario reconocer los límites y las competencias de las distintas disciplinas que interactúan en el cuidado nutricional. En el programa de implementación se desarrollarán herramientas que permitirán desarrollar el enfoque interdisciplinario.

Conceptos clave

La interdisciplinariedad según la Real Academia de la Lengua se define como una actividad “Que se realiza con la cooperación de varias disciplinas”. La multidisciplinariedad y la transdisciplinariedad son conceptos cercanos y complementarios. En la Interdisciplinariedad las distintas disciplinas interactúan respetando cada una el área de trabajo específico de la otra.



PRINCIPIO # 5

Principios y valores éticos en el cuidado nutricional

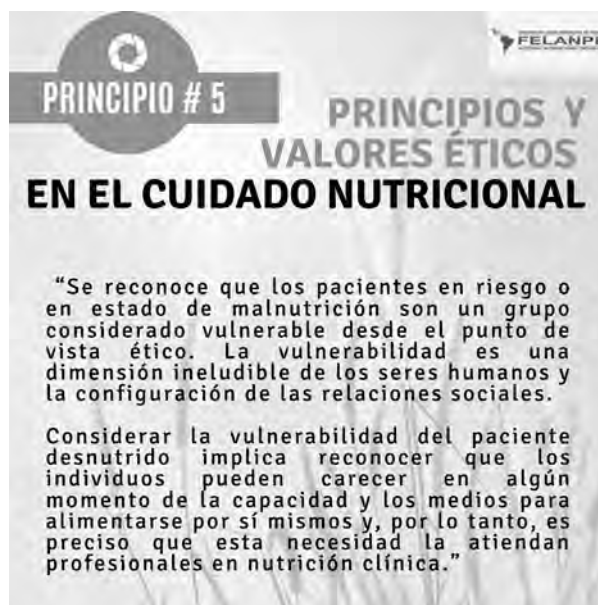
“Se reconoce que los pacientes en riesgo o en estado de malnutrición son un grupo considerado vulnerable desde el punto de vista ético. La vulnerabilidad es una dimensión ineludible de los seres humanos y la configuración de las relaciones sociales. Considerar la vulnerabilidad del paciente desnutrido implica reconocer que los individuos pueden carecer en algún momento de la capacidad y los medios para alimentarse por sí mismos y, por lo tanto, es preciso que esta necesidad la atiendan profesionales en nutrición clínica⁽¹⁾.”

Contexto

En el Principio # 5 de la Declaración de Cartagena se reconoce la necesidad de fundamentar la práctica del cuidado nutricional en principios y valores éticos. La terapia nutricional se considera un gran avance científico y tecnológico que ha permitido alimentar a la persona enferma y mejorar los desenlaces clínicos, la calidad de vida e impactar en los costos de la salud. Se reconoce que con estos adelantos surgen cuestiones bioéticas que pueden tener repercusiones en los individuos, las familias y grupos o comunidades. El Principio # 5 propone que dichas cuestiones sean analizadas en el marco de los principios establecidos en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (DUBDH) en especial los principios universales de igualdad, justicia y equidad, no discriminación y no estigmatización, no maleficencia, autonomía, beneficencia y el respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal⁽³⁾. Además, este principio reconoce que el respeto de la diversidad cultural y del pluralismo es fundamental en la realización del cuidado nutricional y en el debate de los cuestionamientos éticos.

Alcance

El Principio # 5 establece la necesidad de darle un enfoque ético al cuidado nutricional. Un aspecto fundamental de este enfoque es que se reconoce que los pacientes en riesgo o en estado de malnutrición son un grupo que debe considerarse vulnerable. Esta vulnerabilidad se explica por el impacto de la malnutrición en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales (con el riesgo de perder la vida y la posibilidad de perder la autonomía) y por que la malnutrición es un síndrome



que con frecuencia es ignorado en el contexto clínico. La vulnerabilidad es una dimensión ineludible de los seres humanos y la configuración de las relaciones sociales. Considerar la vulnerabilidad del paciente desnutrido implica reconocer que los individuos pueden carecer en algún momento de la capacidad y los medios para alimentarse por sí mismos y, por lo tanto, es preciso que esta necesidad la atiendan profesionales en nutrición clínica.

Las sociedades científicas que han firmado la Declaración se han comprometido a reconocer la importancia del enfoque ético en el cuidado nutricional. Se espera que se promueva la enseñanza de la ética, las discusiones y los espacios de debate ético en torno al cuidado nutricional.

Perspectiva

El cuidado nutricional como derecho humano implica que toda persona con o en riesgo de desnutrición, debe tener acceso al cuidado nutricional y en particular a la terapia nutricional óptima y oportuna. Este derecho debe ejercerse con un fundamento ético y con profesionalismo. El fundamento ético establece los valores y principios necesarios para la práctica del cuidado nutricional. Estos principios tendrán un impacto en las acciones y decisiones que se tomen al alimentar a la persona enferma. Se busca que dichas acciones respeten la autonomía de la persona, tengan en cuenta los beneficios



Ética

La ética es una rama de la filosofía que tiene como objetivo realizar un análisis intelectual de la dimensión moral humana en toda su complejidad.

La ética se ocupa de los principios que nos permiten tomar decisiones sobre lo que es correcto e incorrecto. En otras palabras, la ética es el estudio de lo que es moralmente correcto y de lo que no es.



Declaración de Cartagena

y riesgos posibles y se limiten las acciones fútiles. Este principio también tiene una dimensión deontológica ya que establece que se deberían promover el profesionalismo, la honestidad, la integridad y la transparencia en la adopción de decisiones, en particular en las declaraciones de todos los conflictos de interés y el aprovechamiento compartido de conocimientos de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 de la DUBDH.

El programa de implementación de la Declaración de Cartagena desarrollará herramientas que permitirán el desarrollo de programas de formación en ética del cuidado nutricional. Estas herramientas permitirán que el enfoque ético sea tenido en cuenta en el cuidado nutricional y será esencial para promover el respeto de este derecho humano.

Conceptos clave

Ética

La ética es una rama de la filosofía que tiene como objetivo realizar un análisis intelectual de la dimensión moral humana en toda su complejidad. La ética se ocupa de los principios que nos permiten tomar decisiones sobre lo que es correcto e incorrecto. En otras palabras, la ética es el estudio de lo que es moralmente correcto y de lo que no es.

Un dilema ético es aquella situación en la que las obligaciones morales exigen o parecen exigir que una persona adopte una o más acciones alternativas pero incompatibles, de modo que la persona no puede realizar todas las acciones requeridas. En esas situaciones, existe un conflicto o tensión entre el respeto de dos o más principios que hace que sea difícil decidir qué se debe hacer. Las decisiones relacionadas con acciones fútiles en general conllevan dilemas éticos.

PRINCIPIO # 6

La integración de la atención en salud basada en el valor (aspectos económicos)

“Se deberían integrar los aspectos económicos en el ejercicio, la evaluación y la investigación en nutrición clínica. Se propone integrar la atención en salud basada en el valor del cuidado nutricional. Bajo este enfoque, se busca reorientar los servicios de salud para que logren mejorar la satisfacción de las necesidades en salud de las personas, en particular del cuidado nutricional mientras mantienen una relación óptima con los costos y los resultados. Generar valor implica un énfasis en lograr resultados en salud tanto para los pacientes como para las organizaciones y la sociedad manteniendo una relación óptima con los costos⁽¹⁾.”

LA INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD BASADA EN EL VALOR (ASPECTOS ECONÓMICOS)

“Se deberían integrar los aspectos económicos en el ejercicio, la evaluación y la investigación en nutrición clínica. Se propone integrar la atención en salud basada en el valor del cuidado nutricional. Bajo este enfoque, se busca reorientar los servicios de salud para que logren mejorar la satisfacción de las necesidades en salud de las personas, en particular del cuidado nutricional mientras mantienen una relación óptima con los costos y los resultados.

Generar valor implica un énfasis en lograr resultados en salud tanto para los pacientes como para las organizaciones y la sociedad manteniendo una relación óptima con los costos.”



Contexto

En el Principio # 6 de la Declaración de Cartagena se reconoce la necesidad de integrar los aspectos económicos principalmente en el ejercicio de la nutrición clínica. Surge de la necesidad de integrar el cuidado nutricional en sistemas de salud garantizando la eficiencia. Es decir, los sistemas y las organizaciones de salud deben poder garantizar la terapia nutricional, buscando una atención en salud con los mejores resultados posibles y manteniendo una relación adecuada con los costos.

Alcance

El Principio # 6 establece la necesidad de dar un enfoque basado en el valor e integrar los aspectos econó-

micos al cuidado nutricional. Un aspecto fundamental de este enfoque es que se reconozca la necesidad de garantizar en todos los sistemas de salud los procesos regulatorios adaptados y el reembolso de los productos nutricionales (suplementos, nutrición enteral y parenteral), las consultas de especialistas y que se integren los cuatro pasos del cuidado nutricional (detectar, diagnosticar, nutrir y vigilar).

Las sociedades científicas que han firmado la Declaración se han comprometido a reconocer la importancia de la integración de la atención en salud basada en el valor (aspectos económicos).

Perspectiva

La persona enferma tiene el derecho a recibir atención nutricional segura y de calidad, con personal calificado y procurando costo efectividad, basados en la evidencia científica. Se deberían asignar recursos según las políticas públicas enfocadas en la promoción, prevención e intervención nutricional que resulten en mejorar la calidad de vida de los pacientes. Para esto es fundamental que se implementen programas de calidad que integren elementos de la economía de la salud: costo minimización, costo eficacia, costo beneficio, costo efectividad y costo utilidad

Conceptos clave

El valor en salud está definido por una relación eficiente entre los resultados y los costos, y sus beneficiarios: el paciente, la sociedad y el financiador del servicio de salud.

PRINCIPIO # 7

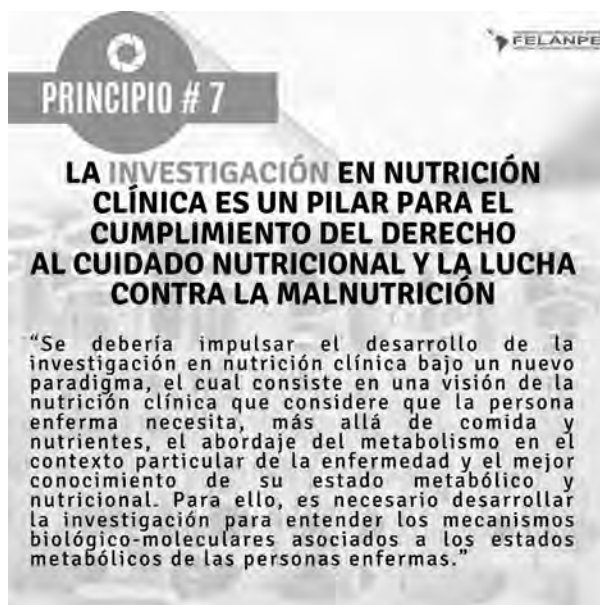
La investigación en nutrición clínica es un pilar para el cumplimiento del derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición

“Se debería impulsar el desarrollo de la investigación en nutrición clínica bajo un nuevo paradigma, el cual consiste en una visión de la nutrición clínica que considere que la persona enferma necesita, más allá de comida y nutrientes, el abordaje del metabolismo en el contexto particular de la enfermedad y el mejor conocimiento de

su estado metabólico y nutricional. Para ello, es necesario desarrollar la investigación para entender los mecanismos biológico-moleculares asociados a los estados metabólicos de las personas enfermas⁽¹⁾.”

Contexto

En el Principio # 7 de la Declaración de Cartagena se reconoce la necesidad de impulsar el desarrollo de la investigación en nutrición clínica bajo un nuevo paradigma. Surge de la necesidad de entender que la terapia nutricional no implica simplemente la administración de nutrientes para suplir unos requerimientos. La admi-



nistración de la terapia nutricional implica también entender que la persona enferma presenta situaciones y alteraciones metabólicas específicas que podrían considerarse adaptativas de la lesión o la enfermedad. Por ello, la terapia nutricional debe ajustarse a la situación metabólica de cada paciente.

Alcance

El Principio # 7 establece la necesidad de impulsar el desarrollo de la investigación en nutrición clínica. Se trata de promover la investigación de los mecanismos y aspectos fisiológicos y moleculares de las adaptaciones metabólicas del paciente con lesión o enfermo. Un aspecto fundamental de este enfoque es la necesidad de promover la investigación y la innovación en productos de terapia nutricional que permitan la administración de nutrientes de manera adaptada a cada situación. También es necesario desarrollar la investigación para conocer los mecanismos fisiológicos moleculares propios a las situaciones como sarcopenia, caquexia y carencias en micronutrientes.

Perspectiva

Las sociedades científicas que han firmado la Declaración se han comprometido a promover la investigación. Para ello se deberá exigir a las autoridades

gubernamentales, a las instituciones académicas y a las compañías farmacéuticas mayor inversión y apoyo a la investigación en nutrición clínica. La problemática de la desnutrición asociada a la enfermedad y su impacto en los sistemas de salud deberá tener más visibilidad para que la investigación en este campo pueda ser una prioridad. Se reconoce que los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad (industria farmacéutica, empresas, etc.).

El programa de implementación de la Declaración de Cartagena desarrollará herramientas que permitirá el cumplimiento de los siguientes objetivos: a) investigar sobre los problemas de nutrición clínica relevantes bajo los estándares científicos de calidad, la medicina basada en la evidencia y respetando los principios de la bioética; b) desarrollar líneas de investigación pertinentes en el contexto regional (latinoamericano); c) evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología que surgen en el campo de la nutrición clínica; d) apoyar la formulación de recomendaciones, guías y consensos de prácticas clínicas basados en la evidencia científica; e) fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la nutrición clínica y el problema de la malnutrición, así como la participación al respecto del derecho a la alimentación en este ámbito.



- a) investigar sobre los problemas de nutrición clínica
- b) desarrollar líneas de investigación pertinentes en el contexto regional (latinoamericano)
- c) evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología que surgen en el campo de la nutrición clínica
- d) apoyar la formulación de recomendaciones, guías y consensos de prácticas clínicas basados en la evidencia científica
- e) fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la nutrición clínica y el problema de la malnutrición.

Declaración de Cartagena

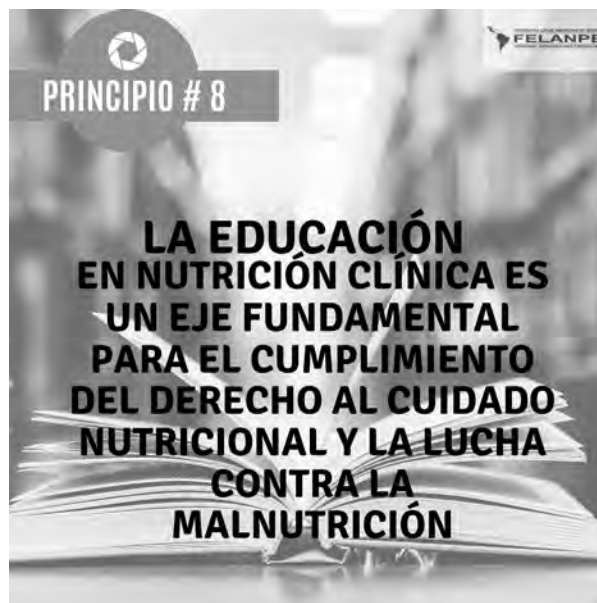
PRINCIPIO # 8

La educación en nutrición clínica es un eje fundamental para el cumplimiento del derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición

“Se deberá crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, y bajo el nuevo paradigma la educación en nutrición clínica. En el pregrado: fomentar la enseñanza de la nutrición clínica en las carreras de la salud (medicina, nutrición, enfermería, farmacia, etc.). En el posgrado de medicina y otras carreras de la salud: reconocer la nutrición clínica como especialidad clínica y no como subespecialidad o formación complementaria⁽¹⁾.”

Contexto

En el Principio # 8 de la Declaración de Cartagena se reconoce la necesidad de promover la educación en nutrición clínica. Este Principio surge frente a la falta de educación en nutrición clínica en las formaciones de pregrado y de posgrado de los profesionales de la salud, médicos, enfermeras y nutricionistas, entre otros. A pesar de la evidencia de que los médicos están dispuestos, entienden la importancia del cuidado nutricional, y se consideran fuentes creíbles de información sobre la nutrición, estos profesionales no realizan cuidado nutricional y citan como barrera la falta de conocimiento y la formación insuficiente. Estos datos se alinean con la evidencia de brechas



persistentes en la educación y formación en nutrición médica en los Estados Unidos y Europa.

Alcance

El Principio # 8 establece la necesidad de impulsar la educación en nutrición clínica. Se trata de promover la introducción de un currículo básico en nutrición en las facultades de las carreras de la salud (medicina, nutrición, enfermería, farmacia, etc.). En el posgrado de medicina y otras carreras de la salud: reconocer la nutrición clínica como especialidad clínica y no como subespecialidad o formación complementaria.

Perspectiva

Las sociedades científicas que han firmado la Declaración se han comprometido a promover la educación en nutrición clínica. Para ello se deberá promover un currículo mínimo en nutrición para pregrado y el reconocimiento de la nutrición clínica como especialidad. Conocimientos y competencias mínimas deberían ser impartidas en el pregrado de las carreras de salud. Las instancias correspondientes deberán acreditar la formación especializada y fomentar la educación continuada en el campo de la nutrición clínica.

El programa de implementación de la Declaración de Cartagena desarrollará herramientas que permitirán crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, y bajo el nuevo paradigma de la educación en nutrición

PRINCIPIO # 8

Se deberá crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, y bajo el nuevo paradigma la educación en nutrición clínica.

En el pregrado: fomentar la enseñanza de la nutrición clínica en las carreras de la salud (medicina, nutrición, enfermería, farmacia, etc.).

En el posgrado de medicina y otras carreras de la salud: reconocer la nutrición clínica como especialidad clínica y no como subespecialidad o formación complementaria.

Declaración de Cartagena

clínica. En el pregrado: fomentar la enseñanza de la nutrición clínica en las carreras de la salud (medicina, nutrición, enfermería, farmacia, etc.). En el posgrado de medicina y otras carreras de la salud: reconocer la nutrición clínica como especialidad clínica y no como

subespecialidad o formación complementaria. Las instancias correspondientes: acreditar la formación especializada y fomentar la educación continuada en el campo de la nutrición clínica.

PRINCIPIO # 9

Fortalecimiento de las redes de nutrición clínica

“Se deberá crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, actividades, programas y proyectos con el propósito de: a) promover en las instituciones de salud públicas y privadas el desarrollo del modelo de cuidado nutricional basado en detectar, nutrir, vigilar; b) fortalecer programas de educación en nutrición clínica; c) desarrollar y fortalecer líneas de investigación en nutrición clínica; d) impulsar la solidaridad y la cooperación en el desarrollo de programas para promover el cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición⁽¹⁾.”

Contexto

En el Principio # 9 de la Declaración de Cartagena se reconoce la necesidad de fortalecer las redes de nutrición clínica. Este principio surge frente a la necesidad de aunar esfuerzos entre las distintas sociedades científicas, instituciones académicas y hospitalarias entre otros, para promover un mejor cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición.



Se deberá crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, actividades, programas y proyectos con el propósito de:

- a) promover en las instituciones de salud públicas y privadas el desarrollo del modelo de cuidado nutricional basado en detectar, nutrir, vigilar.
- b) fortalecer programas de educación en nutrición clínica.
- c) desarrollar y fortalecer líneas de investigación en nutrición clínica.
- d) impulsar la solidaridad y la cooperación en el desarrollo de programas para promover el cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición.



Declaración de Cartagena



Alcance

El Principio # 9 establece la necesidad de desarrollar redes de trabajo para así promover el cuidado nutricional y con esto, el desarrollo del modelo de cuidado nutricional basado en detectar, nutrir, vigilar; fortalecer programas de educación en nutrición clínica; c) desarrollar y fortalecer líneas de investigación en nutrición clínica; impulsar la solidaridad y la cooperación en el desarrollo de programas para promover el cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición.

Perspectiva

Las sociedades científicas que han firmado la Declaración se han comprometido a fomentar la creación de redes de trabajo para el fomento de la nutrición clínica.

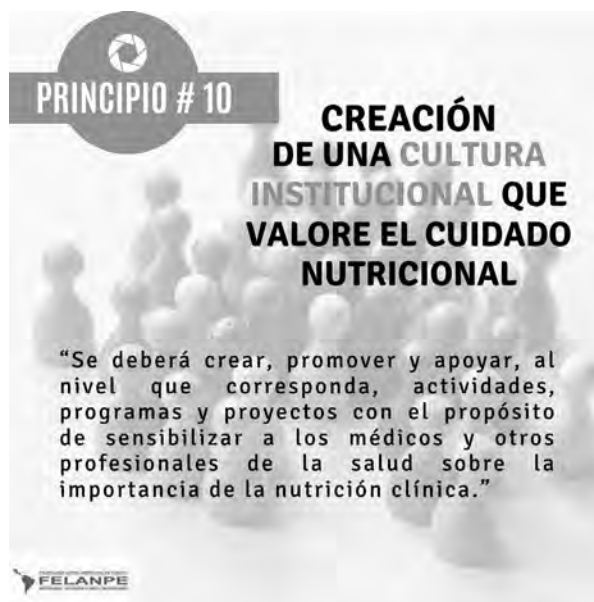
PRINCIPIO # 10

Creación de una cultura institucional que valore el cuidado nutricional

“Se deberá crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, actividades, programas y proyectos con el propósito de sensibilizar a los médicos y otros profesionales de la salud sobre la importancia de la nutrición clínica; sensibilizar a la sociedad y a las instituciones sobre la problemática de la malnutrición y el derecho al cuidado nutricional; mostrar la evidencia científica que permita avanzar en la institucionalización del modelo de cuidado nutricional basado en detectar, nutrir, vigilar; promover la participación de la comunidad, los pacientes y las instituciones en la concretización del derecho al cuidado nutricional; propender por un cuidado nutricional justo y equitativo⁽¹⁾.”

Contexto

En el Principio # 10 de la Declaración de Cartagena se reconoce la necesidad de crear una cultura institucional que reconozca el valor del cuidado nutricional basada en el respeto a los derechos humanos, en particular al derecho humano al cuidado nutricional. Este principio surge de la necesidad de crear conciencia sobre la desnutrición asociada a la enfermedad en los distintos espacios de atención en salud y el papel del cuidado nutricional.



Alcance

El Principio # 10 establece la necesidad de fomentar una cultura institucional que reconozca al cuidado nutricional como un derecho humano. Esto implica sensibilizar a la sociedad y a las instituciones sobre la problemática de la malnutrición y el derecho al cuidado nutricional; mostrar la evidencia científica que permita avanzar en la institucionalización del modelo de cuidado nutricional basado en detectar, nutrir, vigilar; promover la participación de la comunidad, los pacientes y las instituciones en la concretización del derecho al cuidado nutricional; propender por un cuidado nutricional justo y equitativo.

Perspectiva

Las sociedades científicas que han firmado la Declaración se han comprometido a reconocer el derecho al cuidado nutricional y a fomentar los principios y valores necesarios en las instituciones de atención en salud en distintos niveles

Concepto clave

La cultura institucional se refiere a los valores y prácticas que orientan y dan sentido al quehacer de las instituciones.

PRINCIPIO # 11

Justicia y equidad en el cuidado nutricional

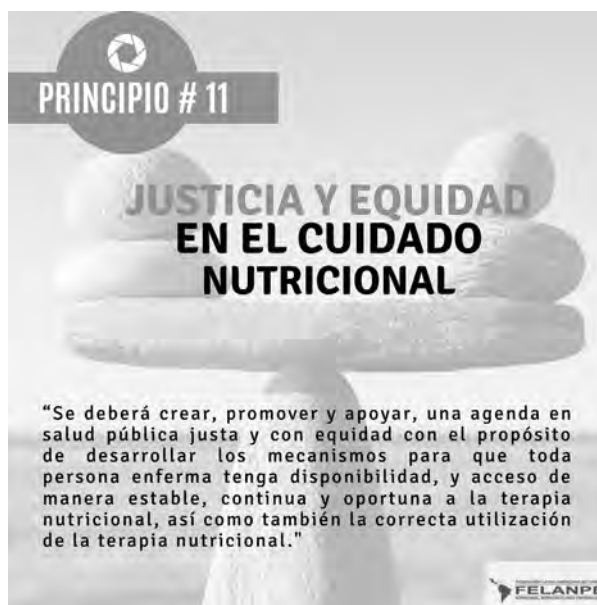
“Se deberá crear, promover y apoyar, una agenda en salud pública justa y con equidad con el propósito de desarrollar los mecanismos para que toda persona enferma tenga disponibilidad, y acceso de manera estable, continua y oportuna a la terapia nutricional, así como también la correcta utilización de la terapia nutricional; promover la integración en los sistemas de salud del modelo de cuidado nutricional capaz de proveer terapia nutricional en condiciones de dignidad; promover el enfoque interdisciplinario y la creación de equipos de terapia nutricional; valorizar el reembolso y el pago de los servicios de cuidado nutricional⁽¹⁾.”

Contexto

En el Principio # 11 de la Declaración de Cartagena se reconoce la necesidad de promover justicia y equidad en el cuidado nutricional. Este principio surge de la necesidad de promover que todas las personas enfermas reciban cuidado nutricional con las mismas condiciones y en igualdad de oportunidades.

Alcance

El Principio # 11 establece la necesidad de fomentar legislaciones y políticas públicas justas en el campo de la nutrición clínica. Esto implica promover la integra-



ción en los sistemas de salud del modelo de cuidado nutricional capaz de proveer terapia nutricional en condiciones de dignidad, justicia y equidad; promover el enfoque interdisciplinario y la creación de equipos de terapia nutricional; valorizar el reembolso y el pago de los servicios de cuidado nutricional, entre otros.

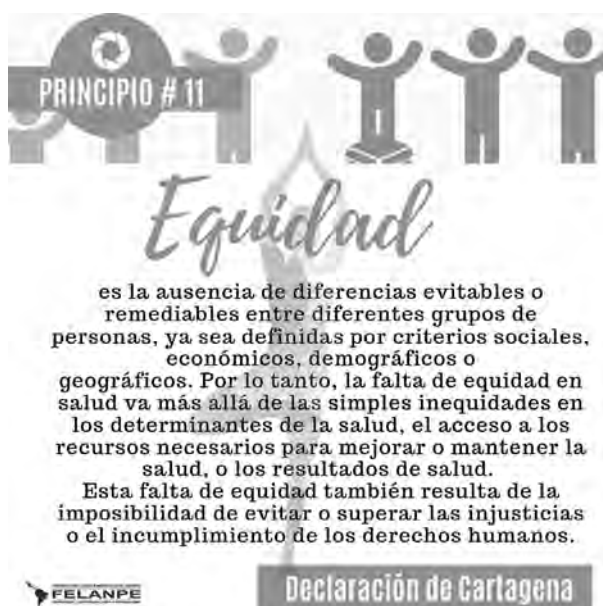
Perspectiva

Las sociedades científicas que han firmado la Declaración se han comprometido a promover legislaciones y políticas públicas en el campo de la nutrición clínica que brinden acceso al cuidado nutricional con justicia y equidad.

Consideramos que así es posible contribuir a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas 2 y 3 (ODS 2 y 3)⁽⁴⁾ en particular los objetivos 2.2: “Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición”, y 3.4: “Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.”

Concepto clave

La equidad es la ausencia de diferencias evitables o remediables entre diferentes grupos de personas, ya sea definida por criterios sociales, económicos, demográficos o geográficos. Por lo tanto, la falta de equidad en salud va más allá de las simples inequidades en los determinantes de la salud, el acceso a los recursos nece-



sarios para mejorar o mantener la salud, o los resultados de salud. Esta falta de equidad también resulta de

la imposibilidad de evitar o superar las injusticias o el incumplimiento de los derechos humanos.

PRINCIPIO # 12

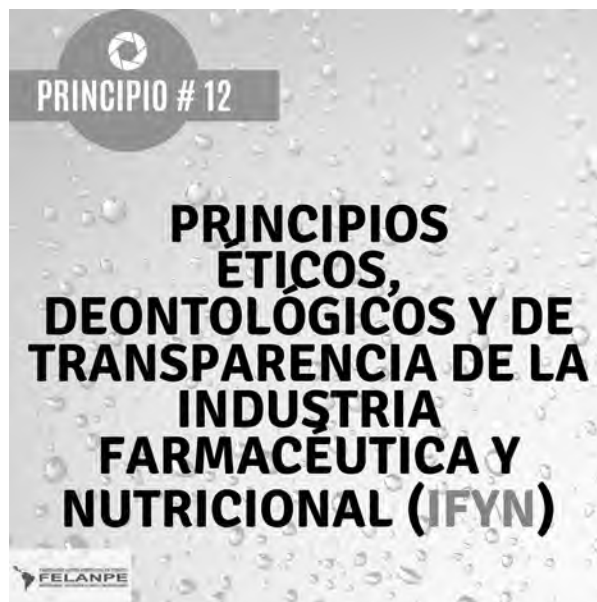
Principios éticos, deontológicos y de transparencia de la industria farmacéutica y nutricional (IFyN)

“Se deberá promover relaciones, basadas en políticas de ética y transparencia, entre las sociedades, colegios y asociaciones que defienden el derecho al cuidado nutricional y la IFyN, que exijan claridad y responsabilidad en las funciones de la IFyN para que puedan exhibir el más alto nivel de calidad de las soluciones y productos nutricionales; demostrar, por medio de científicos independientes a la IFyN, que las soluciones nutricionales creadas representan beneficio clínico objetivo y científicamente válido; tener programas de educación promovidos por la IFyN con el más alto valor científico y que estén libres de toda intención de comercialización de las soluciones nutricionales; que la interacción de la IFyN con las organizaciones profesionales y regulatorias esté estrictamente enfocada en la promoción de la mejor atención al paciente y el crecimiento científico constante⁽¹⁾.”



“Se deberá promover relaciones, basadas en políticas de ética y transparencia, entre las sociedades, colegios y asociaciones que defienden el derecho al cuidado nutricional y la IFyN, que exijan claridad y responsabilidad en las funciones de la IFyN para que puedan demostrar el más alto nivel de calidad de las soluciones y productos nutricionales.”

Declaración de Cartagena



Contexto

En el Principio # 12 de la Declaración de Cartagena se reconoce la necesidad de promover relaciones con la industria farmacéutica y nutricional basada en principios éticos, deontológicos y de transparencia. Este principio surge frente a la necesidad de evitar conflictos de intereses no esclarecidos y para reiterar que el bienestar de las personas debería tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la industria farmacéutica.

Alcance

El Principio # 12 establece la necesidad de promover relaciones con la IF&A basada en principios éticos, deontológicos y de transparencia.

Perspectiva

Las sociedades científicas que han firmado la Declaración se han comprometido a promover relaciones con la IFyN basada en principios éticos, deontológicos y de transparencia. Para ello, cada sociedad,

colegio y asociación deberá establecer políticas de ética, integridad y transparencia, reconociendo que la IFyN juega un papel esencial en la creación y comercialización de soluciones y fórmulas nutricionales para el

paciente; y que contribuye a la educación del personal de salud (clínicos) en la prestación de nutrición y en la investigación nutricional.

EL MANDATO DE LA DECLARACIÓN

PRINCIPIO # 13

Llamado a la acción internacional

“La FELANPE hace un llamado a las sociedades y organizaciones internacionales para unirse en la lucha contra la malnutrición y el respeto del derecho al cuidado nutricional. Los principios establecidos en el presente documento servirán de fundamento para acciones comunes.

La FELANPE insta a los Estados y al Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas a reconocer la presente Declaración y por lo tanto, el Derecho al Cuidado Nutricional como un derecho humano, y a que se garantice a todas las personas, especialmente a los enfermos con o en riesgo de desnutrición, acceso al cuidado nutricional y en particular a la terapia nutricional óptima y oportuna, con el fin de, entre otros, reducir las elevadas tasas de desnutrición hospitalaria y de morbi-mortalidad asociadas⁽¹⁾.”

En el Principio # 13 se establece claramente el mandato de la Declaración de Cartagena. Allí se reconoce el derecho al cuidado nutricional como un derecho humano. También se reconoce que el beneficiario de ese derecho son los pacientes en cualquier ámbito de salud, quienes pueden reclamar el acceso al cuidado nutricional y en particular a la terapia nutricional óptima y oportuna. Los encargados de proteger este derecho son las sociedades y organizaciones internacionales que deben unirse en la lucha contra la malnutrición, y quienes deberán llegar a los gobiernos y legisladores políticos para crear legislaciones y políticas públicas en el campo de la nutrición clínica.



La FELANPE insta a los Estados y al Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas a reconocer la presente Declaración y por lo tanto, el Derecho al Cuidado Nutricional como un derecho humano, y a que se garantice a todas las personas, especialmente a los enfermos con o en riesgo de desnutrición, acceso al cuidado nutricional y en particular a la terapia nutricional óptima y oportuna, con el fin de, entre otros, reducir las elevadas tasas de desnutrición hospitalaria y de morbi-mortalidad asociadas.



Financiación

El presente artículo no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Declaración de autoría

DC y MP diseñaron el artículo. Los autores declaran que revisaron el artículo y validaron su versión final. Las imágenes fueron diseñadas por Milena Puentes.

Referencias bibliográficas

1. Cardenas D, Bermúdez CH, Echeverri S, Perez A, Puentes M, Lopez 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. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02701>
2. Cardenas D, Bermudez CH, Echeverri S. Is nutritional care a human right? *Clin Nutr Exp.* 2019;26:1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jyclnex.2019.05.002>.
3. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. La Declaración de Bioética y Derechos Humanos. [Internet]. Paris: Unesco; 2005 [consultado el 8 de julio 2019]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
4. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. New York: ONU; 2015 [consultado el 8 de Julio 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/energy/> [Internet].



Del derecho a la alimentación al derecho al cuidado nutricional

From the right to food to the right to nutritional care
Do direito à alimentação ao direito ao cuidado nutricional

Diana Cardenas^{1*}, Sonia Echeverri², Charles Bermúdez³

Recibido: 1 de septiembre de 2019 . Aceptado para publicación: 26 de octubre 2019.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v2supl1.029>

Resumen

La desnutrición es un problema de salud pública en el mundo. La desnutrición asociada a factores socioeconómicos es competencia del ámbito del derecho a la alimentación adecuada. El abordaje de este tipo de desnutrición se logra a través de las dos vertientes de este derecho: el derecho a estar protegido contra el hambre y el derecho a una alimentación adecuada que implica la necesidad de constituir un entorno económico, político y social que permita a las personas alcanzar la seguridad alimentaria por sus propios medios. Sin embargo, la desnutrición asociada a la enfermedad no puede definirse dentro del alcance del derecho a la alimentación. En este contexto, debe considerarse como un derecho humano al cuidado nutricional donde la persona en riesgo o en estado de desnutrición pueda recibir cuidado nutricional incluyendo la terapia nutricional de manera óptima y oportuna. Este nuevo derecho humano emergente debe ser estudiado y definido desde el enfoque de los derechos humanos para que sea reconocido ante las instituciones de derechos humanos internacionales y nacionales.

Palabras clave: desnutrición, salud pública, derecho al cuidado nutricional.

Summary

Malnutrition is a public health problem in the world. Malnutrition associated with socioeconomic factors falls within the scope of the right to adequate food. The approach to this type of malnutrition is achieved through the two aspects of this right: the right to be protected against hunger and the right to adequate food, which implies the need to constitute an economic, political and social environment that allows people to achieve food security by their own means. However, malnutrition associated with the disease cannot be defined within the scope of the right to food. In this context, a human right to nutritional care should be considered where the person at risk or in a state of malnutrition can receive nutritional care including nutritional therapy in an optimal and timely manner. This new emerging human right must be studied and defined from the human rights approach to be recognized before international and national human rights institutions.

Keywords: Malnutrition; Public health; Right to nutritional care.

Resumo

A desnutrição é um problema de saúde pública no mundo. A desnutrição associada a fatores socioeconômicos encontra-se no domínio do direito à alimentação adequada. A abordagem para esse tipo de desnutrição é alcançada através dos dois aspectos desse direito: o direito a ser protegido contra a fome e o direito a alimentação adequada, o que implica a necessidade de constituir um ambiente econômico, político e social que permita as pessoas alcançarem a segurança alimentar por seus próprios meios. No entanto, a desnutrição associada à doença não pode ser definida no âmbito do direito à alimentação. Nesse contexto, um direito humano aos cuidados nutricionais deve ser considerado onde a pessoa em risco ou em estado de desnutrição pode receber cuidados nutricionais, incluindo terapia nutricional, de maneira ótima e oportuna. Esse novo direito humano emergente, deve ser estudado e definido a partir da abordagem de direitos humanos para ser reconhecida perante instituições nacionais e internacionais de direitos humanos.

Palavras-chave: desnutrição, saúde pública, direito ao cuidado nutricional.

¹ Instituto de Investigación en Nutrición, Genética y Metabolismo, Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia.

² Comité de Ética Hospitalaria y Comité de Humanismo y Bioética de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia.

³ Departamento de Cirugía. Clínica la Colina y Clínica del Country. Bogotá, Colombia. Presidente ACNC 2017-2021.

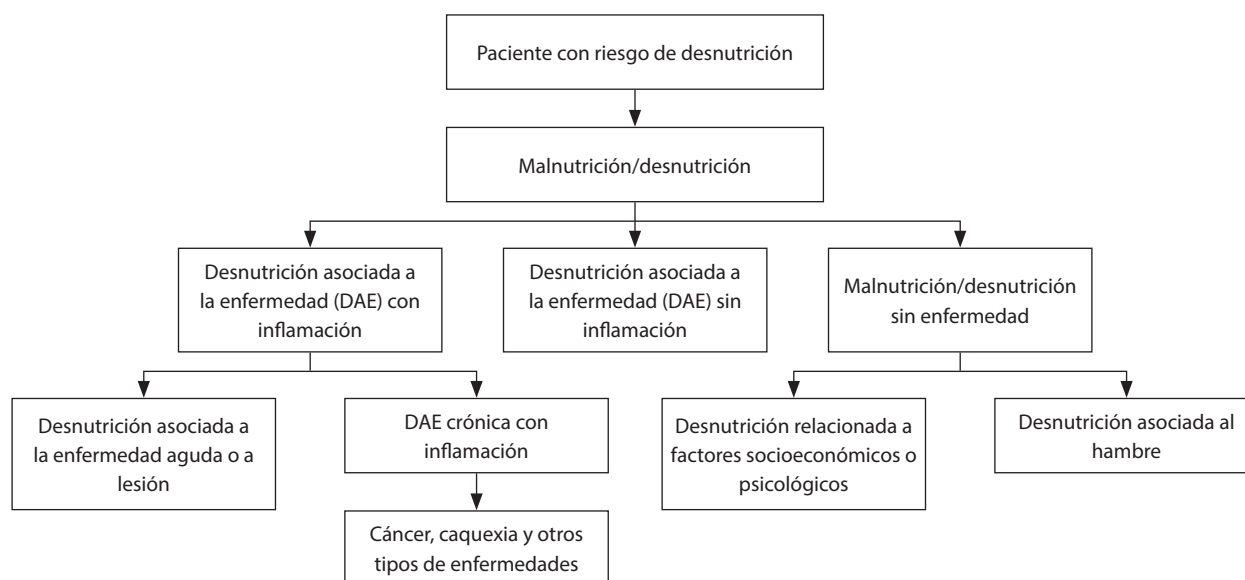
*Correspondencia: Diana Cardenas
dianacardenasbraz@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La malnutrición es un problema de salud pública en el mundo debido al alto impacto sobre la morbilidad, la mortalidad y los costos para los sistemas de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la malnutrición puede ser de tres tipos: sobrepeso/obesidad, desnutrición y alteraciones de micronutrientes. En la Figura 1 se muestra la clasificación de los trastornos nutricionales⁽¹⁾. La desnutrición en la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (ICE11) se encuentra dentro del código 5 “enfermedades endocrinas” y como parte de los “trastornos nutricionales”. La des-

nutrición se define allí como “un trastorno en el cual los requerimientos del organismo no se ven satisfechos debido a un consumo insuficiente de nutrientes o a deficiencia de su absorción o aprovechamiento. Puede deberse a una falta de acceso a alimentos o a una enfermedad. Por «desnutrición» por lo general, se entiende como un déficit del consumo energético, pero también puede hacer referencia a la carencia de nutrientes específicos. Puede ser aguda o crónica⁽²⁾.

En esta definición podemos identificar dos grandes tipos de desnutrición por déficit. La primera, la desnutrición asociada a factores socioeconómicos y al hambre donde el punto de partida es el acceso inadecuado a los



Criterios fenotípicos	Criterios etiológicos
1. Pérdida de peso involuntaria >5 % dentro de los últimos 6 meses o >10 % más allá de 6 meses	1. Ingesta de alimentos o asimilación disminuida ≤50 % de requerimientos energéticos en menos de una semana, o cualquier reducción por más de dos semanas, o cualquier enfermedad gastrointestinal que impacte la asimilación y absorción de los alimentos
2. Bajo índice de masa corporal (kg/m ²) <20 si es menor de 70 años; <22 si es mayor de 70 años Asia: <18,5 si es menor de 70 años; <20 si es mayor de 70 años	1. Inflamación Enfermedad aguda/lesión o enfermedad crónica
3. Masa muscular reducida Reducida según técnicas validadas de valoración de la composición corporal	

Figura 1. Clasificación de los trastornos nutricionales según la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), 2017⁽¹⁾ y los criterios diagnósticos *Global Leadership Initiative on Malnutrition* (GLIM) de la desnutrición asociada a la enfermedad, 2018. Según ESPEN, en inglés *undernutrition* (desnutrición) es sinónimo de *malnutrition* (malnutrición).

alimentos (Figura 2). Las cifras según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) muestran que, en el año 2017, 821 millones de personas sufrían de hambre, es decir, 1 de cada 9 personas en el mundo. El enfoque para abordar este problema se basa en las políticas públicas de nutrición y en la erradicación de la pobreza y el hambre⁽³⁾. El enfoque de derechos humanos desde hace varias décadas, a través del derecho a la alimentación adecuada, ha permitido que los Estados se responsabilicen y actúen para proteger a las poblaciones contra el hambre y la malnutrición.

La segunda, la desnutrición asociada a la enfermedad donde el punto de partida son los grados variables de inflamación aguda o crónica asociados a la enfermedad o al trauma, y las consecuentes adaptaciones metabólicas, la ingesta reducida de alimentos o la disminución de su asimilación⁽¹⁾ (Figura 3). Esto conlleva a alteración de la composición corporal, con pérdida de masa magra, de tejido adiposo y a una función biológica disminuida⁽¹⁾. Para abordar la desnutrición asociada a la enfermedad, el cuidado nutricional ha demostrado

ser un proceso eficaz y costo-efectivo^(4,5). Sin embargo, a pesar de esto y de que hoy es técnicamente posible de administrar terapia nutricional a cualquier persona enferma, la prevalencia de la desnutrición asociada a la enfermedad al ingreso hospitalario sigue siendo alta, entre 40 % y 60 % según los distintos estudios⁽⁶⁾. Las políticas públicas y las legislaciones para abordar esta problemática son escasas y el enfoque desde los derechos humanos nunca se ha estudiado.

Frente a este problema nos cuestionamos: ¿por qué el derecho a la alimentación no es respetado en el ámbito clínico? Por sorprendente que pueda parecer, en el hospital, lugar privilegiado del cuidado a la persona donde se busca la salud y el máximo nivel de bienestar de las personas, este derecho es irrespetado con demasiada frecuencia. Nuestra hipótesis es que la desnutrición asociada a la enfermedad no entra en el ámbito del concepto ni del contenido normativo del derecho a la alimentación. En este artículo mostraremos que en el contexto clínico y en cualquier nivel de atención en salud, el derecho a la alimentación no puede ser garantizado debido a que su contenido normativo no aplica.

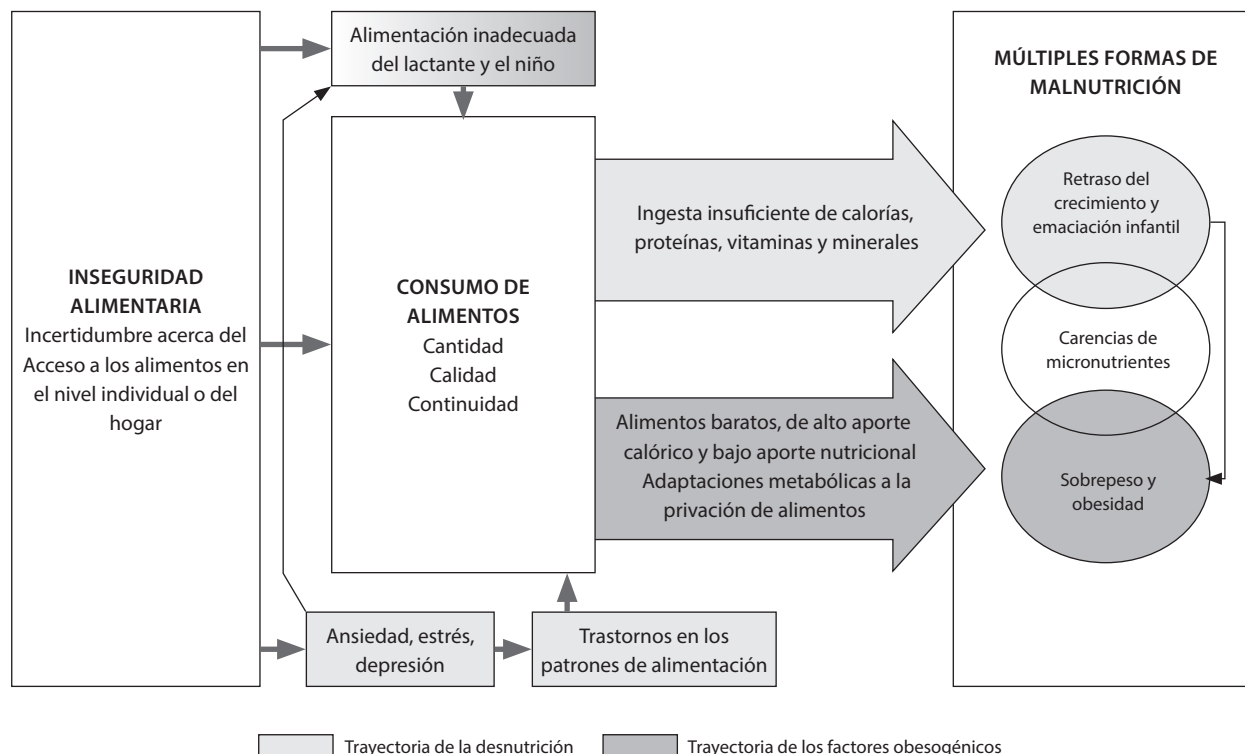


Figura 2. Trayectoria del acceso inadecuado a los alimentos a las múltiples formas de malnutrición, según la FAO, 2018⁽⁸⁾.

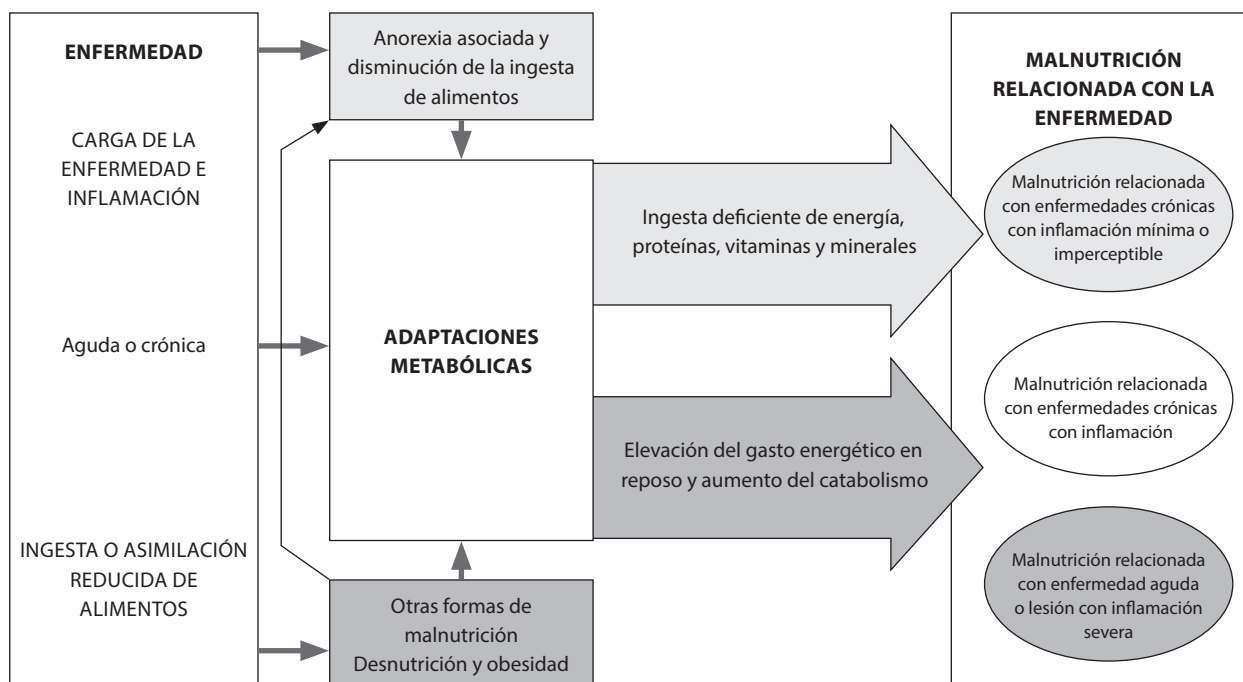


Figura 3. Trayectoria de la enfermedad a las diversas formas de desnutrición. Figura basada en la definición y clasificación de la desnutrición⁽¹⁾.

Por lo tanto, es necesario reconocer un nuevo derecho humano emergente: el derecho al cuidado nutricional.

EL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

El derecho a una alimentación adecuada como un derecho humano fundamental fue reconocido por primera vez, en el marco del derecho a un nivel de vida adecuado, en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (Artículo 25):

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para la salud, el bienestar y el bienestar de su familia, incluidos los alimentos...”⁽⁷⁾. Este derecho se convirtió en legalmente vinculante (que obliga a las partes) cuando el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) entró en vigor en 1976. Desde entonces, otros acuerdos internacionales han reiterado el derecho a la alimentación, incluida la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989), la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados

(1951), la Convención sobre el Derecho de las Personas con Discapacidad (2006) y diversos instrumentos regionales de derechos humanos. Hasta la fecha, 160 Estados han ratificado el PIDESC y, por lo tanto, están legalmente obligados a aplicar sus disposiciones. En el artículo 11 de este Pacto se establece que los Estados parte «reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para él y su familia, incluida la alimentación adecuada» y afirma la existencia del derecho de toda persona a estar protegida contra el “hambre y la malnutrición”⁽⁸⁾.

Vivir una vida sin hambre es considerado como el mínimo que debe garantizar cada Estado independiente del nivel de desarrollo⁽¹⁴⁾. Sin embargo, el derecho a la alimentación no se limita a este aspecto. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido el derecho a la alimentación en su comentario general No. 12 como:

“El derecho a una alimentación adecuada se realiza cuando cada hombre, mujer y niño, solo o en comunidad, tiene física y económicamente en

todo momento acceso a alimentos suficientes o a los medios para obtenerlos”⁽⁹⁾.

Además, el Comité subraya que el derecho a una alimentación adecuada “no debe interpretarse restrictiva o estrictamente como el derecho a una ración mínima de calorías, proteínas u otros nutrientes específicos”. También se deben tener en cuenta otros elementos como las prácticas alimentarias, la educación en temas de higiene, la formación en nutrición, la provisión de cuidados de salud y la lactancia. Esto implica que cada persona debe tener acceso a los alimentos no solo para no sufrir de hambre sino para tener un buen estado de salud y bienestar. Por lo tanto, este derecho engloba dos normas distintas: la primera es el derecho a “una alimentación adecuada”, la segunda es que “toda persona esté protegida contra el hambre y la malnutrición”⁽⁸⁾.

Este enfoque del derecho a la alimentación, que ha ido evolucionando desde la década de los años 90, pretende ir más allá del enfoque de seguridad alimentaria que hasta entonces se ha defendido. Ya no se trata solo de la defensa y la promoción de la producción agrícola y de garantizar la disponibilidad de los alimentos; ahora se trata de un derecho a la alimentación que permite proteger a las personas del hambre y la malnutrición para lograr un buen estado de salud. Es decir, se busca proteger el derecho a satisfacer las propias necesidades alimentarias, ya sea produciendo o comprando los productos. Se considera un cambio radical de perspectiva: el ciudadano beneficiario del derecho a la alimentación ya no es un receptor indefenso, pasivo, un objeto de caridad, y el cual debe “ser alimentado”, sino una persona que tiene derecho a beneficiarse de un entorno que le permite alimentarse y, en su defecto, recibir asistencia no solo con dignidad sino con calidad⁽¹⁰⁾.

En conclusión, la desnutrición asociada a factores socioeconómicos entra en el ámbito del derecho a la alimentación adecuada. El abordaje de este tipo de desnutrición se logra a través de las dos vertientes de este derecho. Por un lado, el derecho a estar protegido contra el hambre considerado como una norma absoluta, y como el nivel mínimo que debe garantizarse a todas las personas independientemente del nivel de desarrollo alcanzado por el Estado. Por otro lado, el derecho a una alimentación adecuada el cual abarca mucho más, ya que conlleva la necesidad de constituir un entorno económico, político y social que permita a las personas alcanzar la seguridad alimentaria por sus propios medios.

¿La desnutrición asociada a la enfermedad tiene cabida en el derecho humano a la alimentación? ¿Cómo

debe entenderse el derecho a la alimentación en el contexto clínico? En otras palabras, la pregunta fundamental es ¿se debe garantizar el derecho de las personas a «alimentarse» o a ser «alimentadas»?

EL DERECHO AL CUIDADO NUTRICIONAL: UN DERECHO HUMANO EMERGENTE

Recordemos que en el ámbito de la salud pública y en el contexto político se considera que el beneficiario o titular del derecho a la alimentación es una persona con un papel activo a la cual el Estado debe proporcionar un entorno propicio para permitirle «alimentarse a sí mismo» y, en su defecto, recibir asistencia con dignidad. En el contexto clínico, ¿se debe garantizar el derecho de las personas a «alimentarse a sí mismas» o a ser «alimentadas»?

En el contexto clínico, la persona enferma tiene mayor probabilidad de presentar alteración del estado nutrición por el simple hecho de estar enfermo. Por lo tanto, toda persona enferma en contacto con una institución de salud debería poder recibir cuidado nutricional. Es decir, se debería realizar tamizaje nutricional para identificar el riesgo nutricional, un diagnóstico preciso de la desnutrición que conlleva a un plan nutricional que incluye la alimentación y la terapia nutricional, su vigilancia y monitoreo (Figura 4). Para que el paciente se beneficie del cuidado nutricional es indispensable un profesional experto en nutrición clínica para asegurar un completo y adecuado proceso de cuidado nutricional. La persona enferma no puede decidir por sí sola el tipo de nutrición o alimentación que necesita. Es el profesional quien emite una recomendación y una indicación terapéutica. Por supuesto que es el paciente, y su autonomía, quien dispone de libertad para decidir si acepta o no lo propuesto por el profesional de la salud.

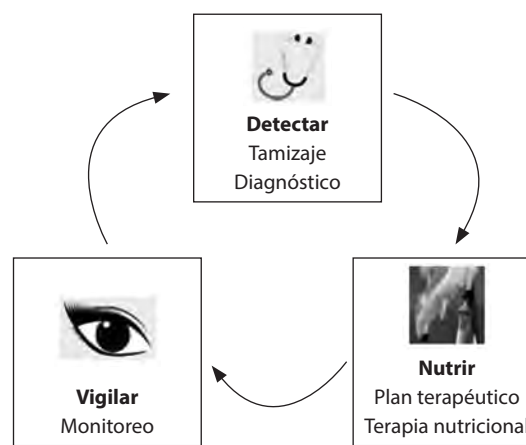


Figura 4. Las etapas del proceso de cuidado nutricional.

Por lo tanto, la persona enferma tiene el derecho a recibir una terapia nutricional es decir “a ser alimentado” y esto debe estar garantizado por el Estado y los cuidadores. El contenido normativo del derecho a la alimentación tal y como es concebido en los instrumentos internacionales de derechos humanos, no puede ser aplicado de la misma manera en el contexto clínico. Así las cosas, es posible reconocer que los pacientes tienen el derecho a recibir un cuidado nutricional óptimo y oportuno, y en consecuencia, es posible reconocer un derecho humano emergente: el derecho al cuidado nutricional (Figura 5).

Reconocer la existencia de un derecho al cuidado nutricional, tendría implicaciones para los beneficiarios del derecho (los pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición), y para los titulares de deberes como el Estado y los legisladores. Para los pacientes, este derecho implicaría que puede reclamar al estado un cuidado nutricional completo que permita prevenir o al menos limitar las alteraciones nutricionales y modular las adaptaciones metabólicas para tener un impacto positivo en la evolución de la enfermedad. Para los Estados, este derecho implicaría garantizar como mínimo el acceso, la aceptabilidad, la disponibilidad y la calidad de alimentos y la terapia nutricional en el hospital (Figura 5).

Para los profesionales de la salud, el derecho al cuidado nutricional debe guiar sus acciones. Se trata de

defender el derecho de cada persona enferma a recibir todas las etapas del cuidado nutricional que conlleven al paciente a «ser alimentado» en condiciones de dignidad. Más específicamente, el derecho a beneficiarse del cuidado nutricional y a recibir los requerimientos nutricionales a través de una terapia nutricional oportuna, óptima y de calidad, en un contexto que respalde la dimensión emocional, simbólica y social de la alimentación. Se debe hacer énfasis en que alimentar a la persona enferma no debe ser considerado un acto de caridad, como lo fue cuando se alimentaba a los enfermos en el hospital durante la Edad Media. Por el contrario, debe considerarse como un cuidado y un tratamiento médico que se integra al tratamiento general de los pacientes. En consecuencia, los médicos, los nutricionistas, los enfermeros y otros profesionales de la salud deben proteger, respetar y garantizar el derecho al cuidado nutricional y esto a través de la realización de todas las etapas del cuidado nutricional incluyendo una terapia nutricional oportuna y óptima.

CONCLUSIÓN

La desnutrición asociada a la enfermedad no puede definirse dentro del alcance del derecho a la alimentación. El derecho a la alimentación tal y como es considerada en los instrumentos internacionales de

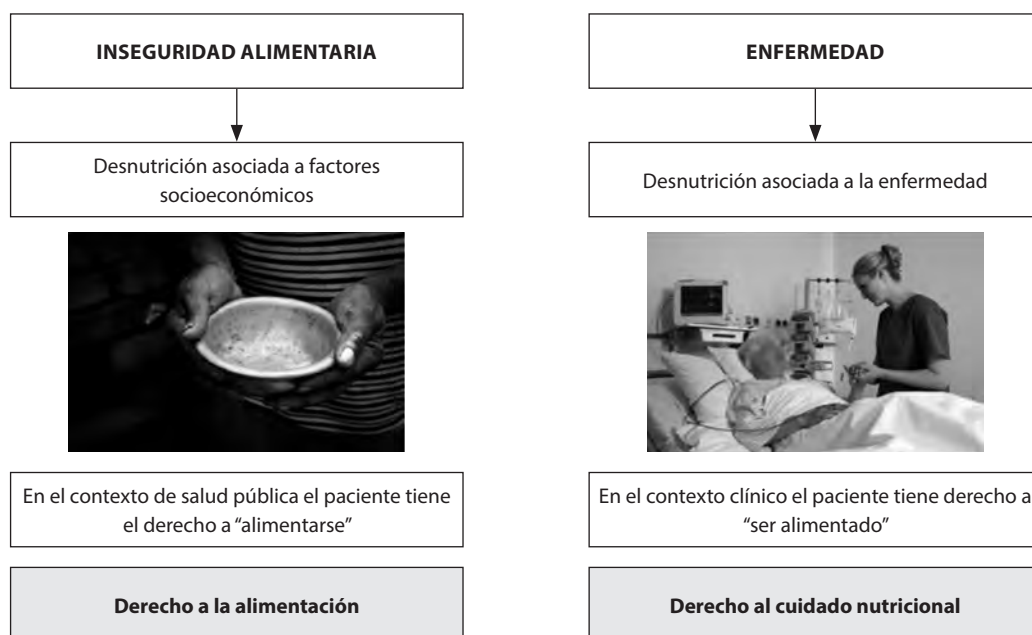


Figura 5. El derecho a la alimentación *versus* el derecho al cuidado nutricional.

derechos humanos, como el derecho a “alimentarse” no puede ser garantizado de la misma manera en el ámbito clínico. En este contexto, debe considerarse un derecho humano al cuidado nutricional donde la persona en riesgo o en estado de desnutrición reciba cuidado nutricional incluyendo la terapia nutricional de manera óptima y oportuna. Este nuevo derecho humano emergente debe ser estudiado y definido desde el enfoque de los derechos humanos para que sea reconocido ante las instituciones de derechos humanos nacionales e internacionales.

Financiación

El presente artículo no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Declaración de autoría

Los autores declaran que revisaron de artículo y validaron su versión final.

Referencias bibliográficas

1. 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.
2. World Health Organization. [Internet]. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information ICD 11. (Consultado el 5 de septiembre de 2019). Disponible en: <https://icd.who.int/en>.
3. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The state of food security and nutrition in the world. [Internet]. Roma 2018. (Consultado el 5 de septiembre de 2019). Disponible en: <http://www.fao.org/3/I9553ES/i9553es.pdf>.
4. Rosen BS, Maddox P, Ray N. A position paper on how cost and quality reforms are changing healthcare in America: focus on nutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2013;37:796-801.
5. Kris-Etherton PM, Akabas SR, Bales CW, Bistrrian B, Braun L, Edwards MS, Laur C, Lenders CM, Levy MD, Palmer CA, et al. The need to advance nutrition education in the training of health care professionals and recommended research to evaluate implementation and effectiveness. *Am J Clin Nutr.* 2014;99(Suppl.):1153S-66S.
6. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr.* 2016;36:958-67.
7. Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. [Internet]. (Consultado el 1 de agosto 2019). Disponible en: <http://www.un.org>.
8. Food and Agriculture Organization of the United Nations. [Internet]. Le droit à l'alimentation. Le temps d'agir Avancées et enseignements tirés lors de la mise en application. Roma 2012. (Consultado el 1 de agosto 2019). Disponible: <http://www.fao.org/docrep/016/i2250f/i2250f.pdf>.
9. Le droit à l'alimentation. Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture, Rome 2006 [Internet]. (Consultado el 1 de agosto 2019). Disponible: <http://www.fao.org/3/a-ah189f.pdf>.
10. Diouf J. Droit à l'alimentation, notions generales. FAO, 2007. [Internet]. (Consultado el 1 de agosto 2019). Disponible: <http://www1.montpellier.inra.fr/aide-alimentaire/images/>.



Nutrición clínica y el enfoque basado en derechos humanos

Clinical nutrition and the human right-based approach

Nutrição clínica e a abordagem baseada nos direitos humanos

Diana Cardenas¹

Recibido: 5 de septiembre de 2019 . Aceptado para publicación: 2 de octubre 2019
<https://doi.org/10.35454/rncm.v2supl1.030>

Resumen

Introducción: el cuidado nutricional fue reconocido como un derecho humano en la Declaración de Cartagena del 3 de mayo de 2019. En este artículo se define este derecho y se analizan las implicaciones del enfoque basado en los derechos humanos en la nutrición clínica y la lucha contra la malnutrición asociada a la enfermedad.

Metodología: se realizó un análisis con el enfoque basado en los derechos humanos (*Human rights-based approach*). Este enfoque es una estrategia fundamental para determinar el papel y las obligaciones de las diferentes partes interesadas (gobiernos y responsables políticos, instituciones de salud, pacientes, profesionales de la salud y cuidadores).

Resultados: el cuidado nutricional es un derecho humano emergente, cuyo mandato normativo se encuentra en el principio 13 de la Declaración de Cartagena. Al igual que otros derechos humanos, se fundamenta en el principio del respeto a la dignidad humana, su contenido y alcance se limitan al campo de la nutrición clínica. Aunque este mandato no tiene fuerza vinculante, sí implica un compromiso moral importante para asegurar que el paciente se beneficie del proceso de cuidado nutricional.

Conclusión: el reconocimiento del cuidado nutricional como derecho humano es el resultado del esfuerzo de las sociedades científicas internacionales en el campo de la nutrición clínica que pretenden luchar por un mínimo de garantía para que las personas en cualquier parte del mundo puedan acceder al cuidado nutricional. A futuro, el objetivo es que desde el punto de vista legal y político, los estados también tengan ciertas obligaciones, cuya implementación efectiva puede ser legítimamente reclamada por las personas.

Palabras clave: derechos humanos, cuidado nutricional, malnutrición

Summary

Introduction: Nutritional care was recognized as a human right in the Cartagena Declaration of May 3, 2019. This article defines this right and discusses the implications of the human right-based approach in clinical nutrition and the fight against disease-related malnutrition.

Methodology: An analysis was carried out with the human rights-based approach. This approach is a fundamental strategy to determine the roles and obligations of different stakeholders (governments and policy makers, health institutions, patients, health professionals and caregivers).

Results: It is possible to define nutritional care as an emerging human right. Its normative mandate is found in principle 13 of the Cartagena Declaration. Like other human rights, it is based on the principle of respect for human dignity and its content and scope are limited to the field of clinical nutrition. Although this mandate has no binding force, it does imply an important moral commitment to ensure that the patient benefits from the nutritional care process.

Conclusion: The recognition of nutritional care as a human right is the result of the effort of international scientific societies in the field of clinical nutrition that seek to fight for a minimum guarantee so that people anywhere in the world can access nutritional care. In the future, the objective is that from a legal and political point of view, states also have certain obligations, whose effective implementation can be legitimately claimed by people.

Resumo

Introdução: cuidado nutricional foi reconhecido como um direito humano na Declaração de Cartagena de 3 de maio de 2019. Este artigo define esse direito e discute as implicações da abordagem baseada nos direitos humanos, na nutrição clínica e na luta contra a desnutrição associada à doença.

Metodologia: foi realizada uma análise, com a abordagem baseada nos direitos humanos. Essa abordagem é uma estratégia fundamental para determinar o papel e as obrigações das diferentes partes interessadas (governos, responsáveis políticos, instituições de saúde, pacientes, profissionais de saúde e cuidadores).

Resultados: O cuidado nutricional é um direito humano emergente, cujo mandato normativo é encontrado no princípio 13 da Declaração de Cartagena. Como outros direitos humanos, é baseado no princípio do respeito à dignidade humana, o seu conteúdo e alcance são limitados ao campo da nutrição clínica. Embora este mandato não tenha força vinculativa, implica um compromisso importante para garantir que o paciente beneficie do processo do cuidado nutricional.

Conclusão: o reconhecimento do cuidado nutricional, como um direito humano é o resultado do esforço das sociedades científicas internacionais no campo da nutrição clínica, que tem como objetivo lutar por uma garantia mínima para que as pessoas em qualquer lugar do mundo possam aceder ao cuidado nutricional. No futuro, o objetivo é que, do ponto de vista jurídico e político, os estados também tenham certas obrigações, cuja implementação efetiva possa ser legitimamente reivindicada pelas pessoas.

Palavras-chave: direitos humanos, cuidado nutricional, malnutrição.

¹ Instituto de Investigación en Nutrición, Genética y Metabolismo, Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia

*Correspondencia: Diana Cardenas
dianacardenasbraz@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Existe un vínculo inextricable entre la salud y los derechos humanos. Según Jonathan Mann, la salud es un problema de derechos humanos y, a la inversa, los derechos humanos son un problema de salud⁽¹⁾. En los últimos 70 años los derechos humanos se han desarrollado bajo el derecho internacional, como base para la salud pública, ofreciendo un marco universal para promover la justicia en salud pública, elaborando las libertades y derechos necesarios para lograr la dignidad para todos.

Los derechos humanos son conceptos filosóficos, jurídicos y políticos, postulan que todo ser humano posee derechos inalienables y universales, independiente del marco legal vigente y de otros factores como el origen étnico o la nacionalidad⁽¹⁾. Los derechos humanos son una variedad de prerrogativas personales de un individuo que las sociedades democráticas, generalmente, consagran en la ley, ya sea a través de sus constituciones políticas o como consecuencia de adherir las convenciones internacionales, y de ese modo garantizar que todos los actores, incluido el Estado, respeten su primacía. La centralidad de los derechos humanos en temas de salud se encuentra en políticas, programas y prácticas de salud pública reconocidas. De hecho, la creciente evidencia demuestra que las normas que consagran el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos pueden traducirse en una mejor salud pública⁽²⁾.

La relación entre derechos humanos y nutrición es también bidireccional. Por un lado, el enfoque basado en derechos humanos aporta al campo de la nutrición. Lo ha hecho desde hace varias décadas, desde el campo de la nutrición pública, a través de los instrumentos e instituciones de derechos humanos los cuales constituyen la base para la formulación y la implementación de políticas y programas de nutrición. Es decir, que desde la salud pública, los interesados en nutrición hacen valer la obligación que tienen los estados de promover el derecho humano a tener comida adecuada y por ende a no tener hambre. También reconocen que otros derechos humanos (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales) deben ser implementados para permitir que el derecho a la alimentación sea una realidad fundamentada en una base sostenible. En otras palabras, los esfuerzos se han centrado en utilizar las leyes e instituciones de derechos humanos para aunar los esfuerzos dirigidos a mejorar la nutrición humana, y esto como un “imperativo moral y como una precondición para un desarrollo social, económico y humano

sostenible”⁽³⁾. Por otro lado, recientemente se ha cuestionado la forma como la nutrición puede impactar en los derechos humanos y de esta manera tener efectos positivos sostenibles para el ser humano y la sociedad. Es decir, que desde la nutrición pública se puede contribuir a la agenda de desarrollo sostenible a través de los derechos humanos.

Sin embargo, la nutrición en el contexto clínico, aun no ha explorado suficientemente la vía del enfoque basado en derechos humanos. Hasta ahora se ha limitado a promover y reclamar el derecho a la alimentación en el contexto clínico^(4,5). La Declaración de Cancún firmada en 2008 por FELANPE se basó en el derecho a la alimentación y nutrición en los hospitales⁽⁶⁾. Otro ejemplo, la Resolución ResAP (2003)³ sobre alimentación y cuidado nutricional en hospitales, adoptada por el comité de ministros del Consejo de Europa, se basó en el derecho a la alimentación, como se afirma en la introducción: “el acceso a una variedad de alimentos seguros y saludables es un derecho humano fundamental”⁽⁷⁾.

Al invocar el derecho a la alimentación y a la nutrición en los hospitales se estaría promoviendo el derecho a estar protegido contra el hambre y el derecho a una alimentación adecuada. Sin embargo, consideramos que el problema de la desnutrición asociada la enfermedad va más allá y no puede ser considerada solo en el ámbito de este derecho ni su contenido normativo aplicado en el contexto clínico; en consecuencia, se propone reconocer un nuevo derecho humano: el derecho al cuidado nutricional⁽⁸⁾. Por lo tanto, la Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición, Declaración de Cartagena, es innovadora al reconocer que el cuidado nutricional debe ser considerado como un derecho humano emergente. Esta declaración surge tras la necesidad de darle una nueva mirada a la Declaración de Cancún. Su punto de partida es la necesidad de avanzar en temas claves como la promoción de la educación y la investigación en nutrición clínica, el empoderamiento de los pacientes, el reconocimiento del valor en salud del cuidado nutricional y la promoción de un cuidado nutricional óptimo para controlar la prevalencia de desnutrición asociada a la enfermedad y su impacto sobre la carga de la enfermedad. Para avanzar en ello, se necesitan políticas públicas y legislaciones en nutrición clínica, y el derecho al cuidado nutricional es una vía para lograrlo.

Así las cosas, es necesario definir al cuidado nutricional como un derecho humano. En otras palabras,

queremos contestar a la siguiente pregunta: ¿Cómo el enfoque basado en los derechos humanos puede contribuir al desarrollo de la nutrición clínica y a la lucha contra la malnutrición asociada a la enfermedad? En este artículo se define el derecho al cuidado nutricional bajo este enfoque y se analizan las implicaciones para la nutrición clínica.

METODOLOGÍA

El enfoque basado en los derechos humanos

El enfoque basado en los derechos humanos ha sido desarrollado por Naciones Unidas como el marco conceptual que sitúa el respeto, la protección y la garantía de derechos humanos como el fundamento, el objetivo y las herramientas para hacer posible un desarrollo humano sostenible⁽⁹⁾. El enfoque de los derechos humanos es un marco conceptual popular y conlleva un poder retórico y jurídico considerable. Además, este enfoque puede ayudar a movilizar la fuerza de la opinión pública para lograr un cambio. Aunque, con frecuencia, tanto el significado de las reclamaciones de derechos humanos como la forma en que están fundamentadas pueden causar confusión. La falta de una definición de los derechos humanos, fomenta la promoción de este enfoque por cualquier causa que se considere útil, con la consiguiente proliferación indiscriminada de reclamos y su posterior depreciación. Por lo tanto, es necesario definir el cuidado nutricional como derecho humano.

El derecho al cuidado nutricional ha sido considerado un derecho humano emergente por las sociedades científicas internacionales en el campo de la nutrición clínica en mayo de 2019. El objetivo final es que este derecho humano, más allá de la sociedad civil, sea reconocido por instancias nacionales e internacionales como el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Es un objetivo ambicioso, y el primer paso para lograrlo es tener claridad y precisión sobre la definición y contenido de este derecho. El enfoque basado en derechos humanos puede servir para este propósito. Nuestra hipótesis es que esta perspectiva permite definir al cuidado nutricional no como una prolongación del derecho a la salud o a la alimentación sino como un derecho humano en sí mismo. Este artículo responde los siguientes interrogantes: ¿Cómo se clasifica el derecho al cuidado nutricional? ¿Cuál es el fundamento, el contenido y alcance de este derecho?

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El cuidado nutricional es un derecho humano emergente

Los derechos humanos emergentes son reivindicaciones legítimas de la sociedad civil dirigidas a la formulación de nuevos o renovados derechos humanos⁽¹⁰⁾. Los derechos humanos emergentes tienen un punto de partida en el año 2004 en La Declaración Universal de los Derechos Emergentes⁽¹¹⁾. Esta Declaración “pretende llenar los vacíos existentes y contribuir a diseñar un nuevo horizonte de derechos que sirva de orientación a los movimientos sociales, a las agendas de los gobernantes, para propiciar una nueva relación entre sociedad civil global y poder”⁽¹⁰⁾.

Los derechos humanos emergentes son, por una parte, aquellos derechos que surgen ante la rápida y constante evolución de las sociedades globalizadas y, por otra parte, un conjunto de derechos que emergen tras haber permanecido “sumergidos” en el olvido o en la indiferencia de los estados y del conjunto del sistema internacional. Como parte de los derechos humanos emergentes se encuentran algunos novedosos, como el derecho a una renta básica, o nuevas interpretaciones de derechos clásicos, como por ejemplo el derecho a acceder a los medicamentos, considerado como una prolongación del clásico derecho a la salud.

En el caso de la nutrición clínica la aplicación del enfoque basado en derechos humanos nos permite definir el cuidado nutricional no como una prolongación del derecho a la salud o del derecho a la alimentación, sino como un nuevo derecho humano⁽⁸⁾. Se trata de una reivindicación de la sociedad civil (en este caso, sociedades científicas en el campo de la nutrición clínica) que aspiran a que todos los pacientes tengan un acceso a un cuidado nutricional óptimo y oportuno, y a que la desnutrición asociada a la enfermedad y el hambre, en el contexto clínico, sean un tema visible. Por lo tanto, y de acuerdo con este enfoque, es necesario definir el fundamento, el contenido y el alcance, como se ha hecho para otros derechos humanos emergentes⁽¹²⁾ (Tabla 1).

La dignidad humana: el fundamento del derecho al cuidado nutricional

La dignidad humana es el valor fundamental de los derechos humanos. La noción de dignidad humana desde su dimensión filosófica significa, según Emmanuel Kant,

Tabla 1. Características del derecho humano al cuidado nutricional

Derecho Humano Emergente
Fundamento – La dignidad humana
Los titulares de deberes – La Declaración de Cartagena compromete moralmente a las sociedades científicas en el campo de la nutrición clínica a promover el derecho al cuidado nutricional
Los titulares de derechos – Los pacientes con riesgo o en estado de desnutrición
Contenido y alcance – El cuidado nutricional tiene que ver con el deber de identificar el riesgo, diagnosticar el estado nutricional y alimentar a los pacientes enfermos por medios naturales o artificiales a fin de prevenir o tratar la desnutrición relacionada con la enfermedad y contribuir a la salud y a mejorar los resultados. El contenido de este derecho humano debe concebirse en una relación estrecha con el derecho a la salud y a la alimentación.

el hecho de que la persona nunca debe ser tratada como un medio, sino como un fin en sí misma. Las personas no tienen un precio, tienen dignidad⁽¹³⁾. La dignidad se refiere a una cualidad que estaría vinculada a la esencia misma de cada ser humano, lo que explicaría por qué esta cualidad es igual para todos y no admite niveles ni grados. En este sentido, significa que todos los seres humanos merecen respeto incondicional, independiente de su edad, salud física o mental, identidad de género u orientación sexual, religión, condición social u origen étnico. Sin embargo, es necesario reconocer que la dignidad puede ser un concepto ambiguo: los movimientos pro eutanasia y anti eutanasia lo hacen en nombre del respeto de la dignidad humana. Esta ambigüedad, puede llevar a importantes debates filosóficos y legales principalmente sobre su valor operativo en la toma de decisiones y en el campo legal. Es por esto que es necesario definir lo que significa alimentar a la persona enferma en condiciones de dignidad como lo propone la Declaración de Cartagena.

El respeto de la dignidad humana entendida como el derecho de una persona a ser tratada éticamente, a ser valorada y respetada por sí misma, se logra a través de la terapia nutricional al alimentar a la persona enferma, cuando se considera la autonomía individual, las creencias religiosas y el entorno sociocultural. Esto implica reconocer durante las etapas del proceso de cuidado nutricional el valor intrínseco de cada ser humano, así como el respeto a la integridad, la diversidad de valores morales, sociales y culturales.

La ausencia de una atención nutricional óptima puede atentar contra la dignidad humana. Pero también, prolongar la terapia nutricional más allá de lo

médicamente necesario, puede ser considerado un irrespeto a la dignidad humana pues se estaría vulnerando la integridad física de la persona. Por lo tanto, se debe tener en cuenta que la terapia nutricional es un tratamiento médico, las personas enfermas tienen el derecho y la autonomía para rechazarlo, y el personal de salud la obligación de aceptar esta decisión y no realizar acciones fútiles.

Contenido y alcance del derecho al cuidado nutricional

El contenido y el alcance de los derechos humanos se refiere a los intereses que defienden los derechos (por ejemplo, salud, autonomía y conocimiento) y a los deberes generados por estos intereses subyacentes. El cuidado nutricional como derecho humano implica el deber de garantizar a todas las personas, especialmente a los enfermos con o en riesgo de desnutrición, acceso al cuidado nutricional y en particular a la terapia nutricional óptima y oportuna, con el fin de, entre otros, reducir las elevadas tasas de desnutrición hospitalaria y de morbi-mortalidad asociadas⁽⁸⁾. Se considera que el derecho al cuidado nutricional se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, después de un diagnóstico oportuno, recibe nutrición adecuada (dietoterapia, terapia nutricional oral, enteral o parenteral) teniendo en cuenta sus dimensiones (biológicas, simbólicas, afectivas y culturales) y no padece de hambre. Son elementos esenciales la seguridad, la oportunidad, la eficiencia, la eficacia, la efectividad del cuidado nutricional y el respeto de los principios bioéticos. Esto se considera el mínimo

que debe garantizarse, independiente del nivel de atención en salud.

El cuidado nutricional es parte de la atención global del paciente, y abarca un proceso que comienza con la identificación del riesgo nutricional y que tiene como objetivo prevenir y tratar la desnutrición relacionada con la enfermedad al proporcionar una amplia gama de productos, desde alimentos hasta terapia nutricional. La última se considera una intervención médica que requiere una indicación terapéutica con un objetivo de tratamiento y que necesita el consentimiento informado del paciente. Promover el derecho al cuidado nutricional no quiere decir estar a favor de administrar terapia nutricional a todas las personas enfermas en todas las etapas de la enfermedad, incluso en la fase terminal o antes de morir.

Por lo tanto, el cuidado nutricional tiene que ver con el deber de alimentar a los pacientes enfermos por medios naturales o artificiales a fin de prevenir o tratar la desnutrición relacionada con la enfermedad y contribuir a la salud y a mejorar los resultados. El contenido de este derecho humano debe concebirse en una relación estrecha con otros derechos humanos. Se considera que es posible enmarcar este deber en el ámbito de dos derechos bien reconocidos: el derecho a la alimentación y el derecho a la salud.

El enfoque de derechos humanos permite identificar a los titulares de deberes. En el caso del cuidado nutricional, los titulares de deberes son los Estados y otras partes interesadas, y también los administradores de servicios de salud, la sociedad científica y los profesionales de la salud. La cuestión en juego es la capacidad de los sistemas de atención de salud para proporcionar una atención nutricional óptima.

Indicadores de derechos humanos

Los indicadores de derechos humanos brindan informaciones concretas sobre el Estado, las actividades o los resultados relacionados con las normas de los derechos humanos. Se utilizan para evaluar y vigilar la promoción y protección de estos⁽¹⁴⁾. La importancia de los indicadores radica en su utilidad para concretar el análisis de la situación, identificar y definir las cuestiones y las dificultades que hay que resolver. Además, sirve para revisar estrategias y establecer objetivos y metas, seguir los progresos realizados, y evaluar el impacto de los resultados⁽¹⁴⁾. El uso de indicadores contribuye a mejorar la realización efectiva de los derechos humanos.

Los indicadores pueden ser cuantitativos o cualitativos. Los cuantitativos incluyen los indicadores tipo “estadísticas”, mientras que en la segunda figura toda información articulada de forma descriptiva o “categoría”. Los indicadores también pueden ser de tipo estructural, de proceso o de resultado.

Después de un análisis riguroso se han definido indicadores del derecho al cuidado nutricional. El punto de partida fue la descripción de atributos o características que detallan la norma del derecho al cuidado nutricional que propone la Declaración de Cartagena. La especificación de los atributos del derecho al cuidado nutricional ayuda a hacer que el contenido de ese derecho sea concreto y hace explícito el vínculo entre los indicadores definidos del derecho por un lado y las normas relativas a ese derecho por otro⁽¹⁴⁾.

En general los atributos se definen a partir del marco normativo del derecho en cuestión. En nuestro caso, la única normativa (no vinculante legalmente) es la Declaración de Cartagena la cual se completa con la normativa relativa al derecho a la salud y el derecho a la alimentación definidos en el preámbulo de la misma (Tabla 2).

Los atributos del derecho al cuidado nutricional identificados fueron:

- Terapia nutricional óptima y oportuna
- Educación al paciente en nutrición clínica
- Educación a profesionales de la salud en nutrición clínica
- Investigación en nutrición clínica

La Tabla 3 muestra los indicadores estructurales de proceso y de resultado. Estos fueron definidos a partir del mandato de la Declaración.

CONCLUSIÓN Y PERSPECTIVA

Reconocer que todos los pacientes tienen derecho al cuidado nutricional es un avance importante en la nutrición clínica. El enfoque basado en derechos humanos permite identificar las principales prioridades y objetivos con el fin de luchar contra la desnutrición e implementar un cuidado nutricional óptimo para todos. Entre estas prioridades y objetivos, es posible identificar la necesidad de mejorar la investigación y la educación médica, destacar los aspectos económicos, crear una cultura institucional que valore la atención nutricional y promover el empoderamiento del paciente, como acciones necesarias para mejorar la nutrición.

Tabla 2. Normativa relativa al derecho a la salud y el derecho a la alimentación en la Declaración de Cartagena

Preámbulo
<ul style="list-style-type: none"> – Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948 donde se establece que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación [...]” – Artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en la cual se estipula que los Estados parte “reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación [adecuada]” y se afirma la existencia del “derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre”. – Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en particular la observación general N° 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y se reconoce que “el derecho a la salud abarca amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición”.
Principio 13
<p>El mandato de la Declaración de Cartagena</p> <ul style="list-style-type: none"> – FELANPE hace un llamado a las sociedades y organizaciones internacionales para unirse en la lucha contra la malnutrición y el respeto del derecho al cuidado nutricional. Los principios establecidos en el presente documento servirán de fundamento para acciones comunes. – La FELANPE insta a los Estados y al Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas a reconocer la presente Declaración y por lo tanto, el Derecho al Cuidado Nutricional como un derecho humano, y a que se garantice a todas las personas, especialmente a los enfermos con o en riesgo de desnutrición, acceso al cuidado nutricional y en particular a la terapia nutricional óptima y oportuna, con el fin de, entre otros, reducir las elevadas tasas de desnutrición hospitalaria y de morbi-mortalidad asociadas.

Tabla 3. Indicadores del derecho al cuidado nutricional

	Atributos				
	Proceso de cuidado nutricional	Terapia nutricional óptima y oportuna	Educación al paciente en nutrición clínica	Educación a profesionales de la salud en nutrición clínica	Investigación en nutrición clínica
Indicador estructural	Legislaciones sobre el cuidado nutricional				
	Políticas públicas para mejorar el mejorar el cuidado nutricional y luchar contra la malnutrición asociada a la enfermedad				
Indicadores de proceso	Proporción de hospitales que implementaron las tres etapas del cuidado nutricional: Detectar, nutrir, vigilar.	Proporción de hospitales con grupos interdisciplinarios de terapia nutricional.	Desarrollo de programas de empoderamiento y de educación terapéutica a los pacientes con terapia nutricional en el hospital y a domicilio.	Mejora del currículo de nutrición en las facultades de medicina y otros. Creación de programas de posgrado.	Creación de grupos o líneas de investigación en nutrición clínica y metabolismo.
Indicadores de resultado	Prevalencia de riesgo nutricional y de desnutrición asociada a la enfermedad				
	Prevalencia de riesgo nutricional al ingreso hospitalario.	Proporción de pacientes en riesgo nutricional que recibieron terapia nutricional.	Proporción de pacientes conocedores del cuidado nutricional.	Horas de enseñanza de la nutrición en el pregrado de medicina y otras profesiones sanitarias. Creación de programas de posgrado.	Número de publicaciones originales en nutrición clínica.

El cuidado nutricional debe ser considerado como un derecho humano emergente. Al ser reconocido únicamente en la Declaración de Cartagena, y aunque no tiene fuerza vinculante sí atesora una fuerza moral muy importante que implica la responsabilidad ética de promover el cuidado nutricional.

Este derecho es el resultado del esfuerzo de las sociedades científicas internacionales en el campo de la nutrición clínica que buscan alcanzar un mínimo de garantía para que las personas, en cualquier parte del mundo puedan acceder al cuidado nutricional. A futuro, el objetivo es que desde el punto de vista legal y político, los Estados tengan también ciertas obligaciones, cuya implementación efectiva pueda ser legítimamente reclamada por las personas. Por lo tanto, los Estados y otros titulares de deberes estarían obligados a «respetar, proteger y cumplir» el derecho a beneficiarse de todo el proceso de cuidado nutricional. Esto significa que el paciente tiene derecho a beneficiarse del tamizaje nutricional y a que su estado nutricional sea diagnosticado, a recibir una dieta hospitalaria regular, dieta terapéutica (modificación de alimentos y suplementos) y terapia nutricional médica (nutrición enteral y parenteral) administrada por un equipo de expertos, y el Estado tiene el deber de garantizarlo.

Financiación

El presente artículo no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

1. Gostin LO. Public health, ethics, and human rights: a tribute to the late Jonathan Mann. *J Law Med Ethics*. 2001;29(2):121-30.
2. Schusky RW. Jonathan Mann's mantle. *The Lancet*. 1998;352(9145):2025.
3. Barth Eide W. Nutrición y Derechos Humano. [Internet]. (Consultado el 12 de octubre) Disponible en https://www.unscn.org/files/Publications/Briefs_on_Nutrition/Brief10_SP.pdf.
4. Crenn P. The right to nutrition: a human right to promote and defend. *Nutr Clin Metab*. 2009; 23: 172–181.
5. Kondrup J. Proper hospital nutrition as a human right. *Clinical Nutrition*. 2004; 23:135–137.
6. Castillo Pineda JC, Figueredo Grijalva R, Dugloszewski C, Ruy Díaz Reynoso JAS, Spolidoro Noroña JV, 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.
7. Committee of Ministers. Resolution ResAP(2003)3 on Food and Nutritional Care in Hospitals. Strasbourg: Council of Europe; 2003.
8. Cardenas D, Bermudez CH, Echeverri S. Is nutritional care a human right? *Clin Nutr Exp*. 2019;26:1-7.
9. United Nations HRBA portal. [Internet]. The Human Rights Based Approach to Development Cooperation: Towards a Common Understanding Among UN Agencies. (Consultado el 10 de octubre 2019) Disponible en: <https://hrbaportal.org/the-human-rights-based-approach-to-development-cooperation-towards-a-common-understanding-among-un-agencies>
10. Institut de Drets Humans de Catalunya. [Internet] Derechos Humanos emergentes. (Consultado el 10 de octubre 2019), Disponible en : <https://www.idhc.org/es/incidencia/proyectos/derechos-humanos-emergentes>
11. Cruz Cadena KY, Caballero Palomino SA, Torres Bayona, DF. Derechos humanos emergentes: ¿nuevos derechos? *Advocatus*. 2018(15)30:135 -45.
12. Gewith A. The basis and content of human rights. *Nomos*. 1981;23:119-47.
13. Fiat E. *Petit traité de dignité*, Ed Laorusse, Paris 2012, p. 234.
14. OHCHR, Human Rights Indicators, CUN, 2012. Consultado el 2 de marzo 2019. Disponible en: https://www.ohchr.org/documents/publications/human_rights_indicators_en.pdf



Aspectos éticos de la Declaración de Cartagena

Ethical aspects of the Cartagena Declaration

Aspetos éticos da Declaração de Cartagena

Diana Cardenas¹, Sonia Echeverri²

Recibido para publicación: 25 de septiembre de 2019 . Aceptado para publicación: 26 de octubre 2019.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v2supl1.032>

Resumen

Introducción: el cuidado nutricional fue reconocido como un derecho humano en la Declaración de Cartagena del 3 de mayo de 2019. Este artículo analiza la Declaración de Cartagena desde la perspectiva y fundamentación ética.

Metodología: se hace un análisis desde la ética teniendo en cuenta los principios de la bioética o "principialismo" y los de la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

Resultados: se reconoce que el derecho al cuidado nutricional implica alimentar a la persona enferma en condiciones que respeten su dignidad, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la persona desnutrida o en riesgo de desnutrición y respetando los principios de la bioética. Por lo tanto, se deben respetar los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Reconocer este derecho no implica que se esté aceptando la obligación de alimentar a todos los pacientes en cualquier etapa de la vida y bajo cualquier costo. Por el contrario, reconocer este derecho implica desde el punto de vista ético, que se debe tomar la mejor decisión para el paciente y esto puede incluir la decisión de no alimentar.

Conclusión: la Declaración de Cartagena tiene un componente ético estructural fundamental el cual se basa en los conceptos de dignidad y vulnerabilidad, el respeto a la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia como condición para el ejercicio de la nutrición clínica. Además, promueve los valores de justicia y equidad en el cuidado nutricional.

Palabras clave: derechos humanos, ética, bioética, malnutrición.

Summary

Introduction: Nutritional care was recognized as a human right in the Cartagena Declaration on May 3, 2019. This article analyzes the Cartagena Declaration from the ethical approach.

Methodology: An analysis was made based on the four principle approach and on the principles of the UNESCO Declaration of Bioethics and Human Rights.

Results: it is recognized that the right to nutritional care implies feeding the sick person in conditions that respect their dignity, considering the vulnerability of the malnourished person or at risk of malnutrition and respecting the principles of bioethics. Therefore, the principles of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice must be respected. Recognizing this right and the ethical basis of the Declaration does not imply that the obligation to feed all patients at any stage of life and at any cost is being accepted. On the contrary, recognizing this right implies from an ethical point of view that the best decision for the patient must be taken and this may include the decision not to feed.

Conclusion: The Cartagena Declaration has a fundamental structural ethical component which is based on the concepts of dignity and vulnerability, respect for autonomy, beneficence, non-maleficence and justice as a condition for the practice of clinical nutrition. In addition, it promotes the values of justice and equity in nutritional care.

Keywords: Human rights; Ethics; Bioethics; Malnutrition.

Resumo

Introdução: o cuidado nutricional foi reconhecido como um direito humano na Declaração de Cartagena de 3 de maio de 2019. Este artigo analisa a Declaração de Cartagena sob a perspectiva e o fundamento ético.

Metodologia: é feita uma análise da ética, levando em consideração os princípios da bioética ou "principialismo" e os da Declaração da UNESCO de Bioética e Direitos Humanos.

Resultados: a Declaração de Cartagena tem como fundamento ético os princípios da Declaração da UNESCO de Bioética e Direitos Humanos. Reconhece-se que o direito ao cuidado nutricional implica alimentar a pessoa doente em condições que respeitem sua dignidade, levando em consideração a vulnerabilidade da pessoa desnutrida ou em risco de desnutrição e respeitando os princípios da bioética.

Portanto, os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça devem ser respeitados. O reconhecimento deste direito e da base ética da Declaração não implica que a obrigação de alimentar todos os pacientes em qualquer fase da vida e a qualquer custo seja aceite. Pelo contrário, reconhecer esse direito implica, do ponto de vista ético, que a melhor decisão para o paciente deve ser tomada e isso pode incluir a decisão de não alimentar.

Conclusão: a Declaração de Cartagena possui um componente ético estrutural fundamental, baseado nos conceitos de dignidade e vulnerabilidade, respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça como condição para a prática da nutrição clínica. Além disso, promove os valores de justiça e equidade no cuidado nutricional.

Palavras-chave: direitos humanos, ética, bioética, desnutrição.

¹ Instituto de Investigación en Nutrición, Genética y Metabolismo, Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia

*Correspondencia: Diana Cardenas
dianacardenasbraz@gmail.com

² Comité de Ética Hospitalaria y de Humanismo y Bioética. Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia. Vice-presidente FELANPE Región Centro 2019-2020.

INTRODUCCIÓN

El 3 de mayo de 2019 en la ciudad de Cartagena, Colombia, las 16 asociaciones, sociedades y colegios que conforman la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE), tras firmar la Declaración de Cartagena, se comprometieron a defender el derecho al cuidado nutricional y a luchar contra la malnutrición. La Declaración de Cartagena busca a través de trece principios proporcionar un marco de referencia para promover el desarrollo del cuidado nutricional en el ámbito clínico que permita que todas las personas enfermas reciban terapia nutricional en condiciones de dignidad. Sirve también, como un instrumento para que las sociedades miembro de la FELANPE y todas las instituciones que trabajan por el cuidado nutricional, promuevan, a través de los gobiernos, la formulación de políticas y legislaciones en el campo de la nutrición clínica. Se trata de un instrumento no vinculante, es decir, que no obliga legalmente, pero que tiene una fuerza moral innegable el cual compromete a las partes a aunar esfuerzos en esta lucha común. Conocer su fundamento ético es clave para la aplicación de los principios de la declaración, el desarrollo del programa de implementación y la formulación de las políticas en nutrición clínica. Este artículo tiene como objetivo realizar un análisis sobre los aspectos éticos y principios que fundamentan la Declaración de Cartagena.

METODOLOGÍA

La ética es una rama de la filosofía que tiene como objetivo realizar un análisis intelectual de la dimensión humana moral en toda su complejidad⁽¹⁾. La ética tiene que ver con principios que nos permiten tomar decisiones sobre lo que es moralmente correcto o incorrecto. Se refiere a un juicio de comportamientos, buenos o malos. La bioética hace parte de la ética y tiene como objetivo reflexionar y proporcionar respuestas a los problemas y cuestiones o dilemas éticos que presentan los avances de la ciencia y la tecnología incluyendo la

toma de decisiones en el campo de la salud. En este artículo se analiza el fundamento ético de la Declaración de Cartagena teniendo en cuenta los principios de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) así como los principios establecidos en la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO firmada por 191 países en la ciudad de París el 19 de octubre de 2005 (DUBDH)⁽²⁾.

RESULTADOS - ANÁLISIS

La nutrición artificial se considera un gran avance en la medicina del siglo XX, ya que gracias a la administración de nutrientes por vía enteral o parenteral hoy podemos alimentar a las personas enfermas que lo requieran, y tener un impacto sobre la malnutrición, el pronóstico de la enfermedad y la calidad de vida. Sin embargo, este avance conlleva a cuestionamientos éticos en situaciones particulares como los cuidados paliativos y el fin de la vida, el paciente con cáncer, el paciente con Alzheimer avanzado, el paciente en cuidados intensivos, etc.⁽³⁾. Las dificultades en la toma de decisiones y dilemas éticos en este campo surgen principalmente por falta de claridad sobre rol de la nutrición artificial. Se trata de una terapia médica la cual debe tener una indicación, un objetivo terapéutico preciso y debe contar con el consentimiento del paciente, sus familiares o representante legal. Como toda terapia médica, la nutrición artificial tiene indicaciones médicas precisas pero también tener efectos secundarios y complicaciones que pueden llegar a ser más importantes que el beneficio posible y causar daño al paciente. Es por esto que la decisión de retirar o no iniciar la terapia nutricional en situaciones particulares deben tomarse después de un análisis de cada caso y después de una consulta interdisciplinaria con el equipo médico tratante y la familia.

La Declaración de Cartagena al reconocer el derecho al cuidado nutricional como un derecho humano está promoviendo un compromiso y una responsabilidad ética muy importante para todas aquellas sociedades científicas o personas que lo impulsen y lo defienden.

Es necesario aclarar que esto no quiere decir que se esté defendiendo la obligación de alimentar a todas las personas bajo cualquier circunstancia o en cualquier etapa de la vida, incluso en la fase terminal. Por el contrario, reconocer este derecho implica desde el punto de vista ético, que se debe consensuar con el paciente y familia o cuidadores, la mejor decisión para el paciente y esto incluye la opción de no alimentar. Por lo tanto, se debe promover la alimentación de la persona enferma en condiciones que respeten su dignidad, teniendo en cuenta y respetando los principios de la bioética.

LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS DE LA UNESCO

La Declaración de Cartagena se fundamenta en el respeto de los principios establecidos en la DUBDH⁽²⁾. Se trata de un referente ético que abarca asuntos relacionados con la medicina, las ciencias de la vida y con la aplicación de la tecnología asociada a los seres humanos, teniendo en cuenta las dimensiones éticas, sociales, legales y ambientales.

La DUBDH tiene como objetivo proveer una estructura universal de principios y procedimientos para orientar a los Estados en la formulación de políticas, leyes y de diversas herramientas aplicadas en el ámbito de la bioética. Se trata de un instrumento que tiene como eje central el respeto a la dignidad humana, a los derechos humanos y se fundamenta en 15 principios (Tabla 1).

La Declaración de Cartagena los reconoce y los aplica en el campo de la nutrición clínica, de tal manera que el Principio 5 “Principios y valores éticos en el cuidado nutricional”, afirma:

“Es importante resaltar que la terapia nutricional (nutrición oral, enteral y parenteral) se considera un gran avance científico y tecnológico que ha permitido alimentar a cualquier persona enferma y mejorar los desenlaces clínicos, la calidad de vida e impactar en los costos de la salud. Se reconoce que con estos adelantos surgen cuestiones bioéticas que pueden tener repercusiones en los individuos, las familias y los grupos o comunidades. Dichas cuestiones deberían analizarse en el marco de los principios establecidos en la DUBDH de la UNESCO, en especial los principios universales de igualdad, justicia y equidad, no discriminación y no estigmatización, no maleficencia, autono-

Tabla 1. Principios de la DUBH, UNESCO 2005

- Dignidad humana y derechos humanos
- Beneficios y efectos nocivos
- Autonomía y responsabilidad individual
- Consentimiento
- Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento
- Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal
- Privacidad y confidencialidad
- Igualdad, justicia y equidad
- No discriminación y no estigmatización
- Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo
- Solidaridad y cooperación
- Responsabilidad social y salud
- Aprovechamiento compartido de los beneficios
- Protección de las generaciones futuras
- Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad.

mía, beneficencia y el respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal.”

LA DIGNIDAD HUMANA

El respeto a la dignidad de la persona es el pilar fundamental en el que están cimentados los valores tanto de la DUBDH como de la Declaración de Cartagena, y es a la vez el hilo conductor de sus enunciados.

El concepto de dignidad humana y el respeto a los derechos humanos están estrechamente relacionados. El enfoque basado en derechos humanos permite identificar las prioridades y objetivos con el fin de luchar contra la desnutrición e implementar un cuidado nutricional óptimo para todos. También permite entender que la dignidad humana es un eje central en el fundamento ético de alimentar a la persona enferma. La noción de dignidad humana desde su dimensión filosófica significa, según Emmanuel Kant, el hecho de que la persona nunca debe ser tratada como un medio, sino

como un fin en sí mismo. Las personas no tienen un precio, tienen dignidad⁽⁴⁾. La dignidad se refiere a una cualidad que estaría vinculada a la esencia misma de cada ser humano, lo que explicaría la razón por la cual esta cualidad debe ser igual para todos y no admitir niveles, grados o excepciones. En este sentido, significa que todos los seres humanos merecen respeto incondicional, independientemente de su edad, salud física o mental, identidad de género u orientación sexual, religión, condición social u origen étnico.

El primer principio de la Declaración de Cartagena está centrado en forma exclusiva en reconocer la importancia de alimentar en condiciones de dignidad a la persona enferma. El respeto de la dignidad humana entendida como el derecho de una persona a ser tratada éticamente, a ser valorada y respetada por sí misma, se logra cuando al alimentar a la persona enferma (a través de la terapia nutricional), se enaltecen su autonomía individual, creencias religiosas y entorno sociocultural. Esto implica reconocer durante las etapas del proceso de cuidado nutricional el valor intrínseco de cada ser humano, así como el respeto a la integridad, la diversidad de valores morales, sociales y culturales.

La ausencia de una atención nutricional óptima puede atentar contra la dignidad humana. Pero también prologar la terapia nutricional más allá de lo médicamente necesario, puede ser considerado como un no respeto de la dignidad humana pues se estaría lesionando la integridad física de la persona. Por lo tanto, se debe tener en cuenta que la terapia nutricional es un tratamiento médico, las personas enfermas tienen el derecho y la autonomía para rechazarlo, y el personal de salud la obligación de aceptar esta decisión y no realizar acciones fútiles.

LA VULNERABILIDAD DEL PACIENTE DESNUTRIDO

La noción de vulnerabilidad es central en el componente ético de la nutrición clínica. La Declaración de Cartagena afirma:

“Se reconoce que los pacientes en riesgo o en estado de desnutrición son un grupo considerado vulnerable desde el punto de vista ético. La vulnerabilidad es una dimensión ineludible de los seres humanos y la configuración de las relaciones sociales. Considerar la vulnerabilidad del paciente desnutrido implica reconocer que los individuos pueden carecer en algún momento de

la capacidad y los medios para alimentarse por sí mismos y, por lo tanto, es preciso que esta necesidad la atiendan profesionales en nutrición clínica. La malnutrición implica deterioro físico, psicológico y social (con el riesgo de perder la vida y la posibilidad de perder la autonomía).”

La palabra vulnerable viene del latín *vulnerabilis*, formada de *vulnus* (herida) y el sufijo *abilis* o *able* que indica posibilidad, es decir, que puede ser herido. De ahí que la palabra vulnerabilidad en su uso común quiere decir “calidad de poder” ser dañado. Una persona vulnerable es una persona que puede ser herida fácilmente y que no puede defenderse por sí sola en forma expedita. Es de esta manera como en el ámbito del derecho se considera a las personas vulnerables, a las cuales el Estado tiene la obligación de proteger para evitar, por ejemplo, que sean objeto de investigación. En el ámbito clínico, la noción de vulnerabilidad se fundamenta en la noción levinasiana donde se plantea una moral no-intelectualista cuyo origen es la vulnerabilidad y la subjetividad de un individuo, definida por la sensibilidad corporal y no por la conciencia o la razón o la deliberación racional de la libertad⁽⁵⁾. De esta forma, según la ética de la vulnerabilidad la cuestión del respeto y el acompañamiento de la persona vulnerable va más allá de la protección de una categoría de individuo y del difícil problema del consentimiento informado⁽⁶⁾. En estas condiciones el respeto a la persona no se reduce a la evaluación de su competencia jurídica ni al examen de sus capacidades cognitivas. De igual forma, la respuesta a las necesidades específicas no puede tomar el cariz de una decisión por el otro que sería una destitución de su voluntad. Mucho más que ello, lo que las situaciones de vulnerabilidad hacen resaltar es la necesidad de tener en cuenta el hecho de que la persona necesita del otro, necesita cuidado y estructura médicas, y la realidad de hecho que ella desea ser considerada persona, un ser humano cuya dignidad está intacta a pesar de estar en riesgo de agresión física o cognitiva.

Por lo tanto, el sentido ético más profundo de vulnerabilidad implica el compromiso de la responsabilidad por los demás, la «preocupación por los demás»⁽⁶⁾. La vulnerabilidad implica «la responsabilidad por el otro» y eso significa que necesitamos el otro. En el caso de la desnutrición, un paciente desnutrido es doblemente vulnerable porque por un lado, su integridad está comprometida y de otro lado es frágil por su relación de dependencia con el profesional que debe alimen-

tarlo de manera artificial. La desnutrición implica para los pacientes, del mismo modo que la enfermedad, la pérdida de control del cuerpo, de los procesos vitales necesarios para la salud y la autonomía. En el caso de la desnutrición esto es aún más grave debido a que su diagnóstico es difícil por falta de consenso para definirla y métodos para determinarla; además de la escasa acción de los médicos la cual puede deberse a insensibilidad *per se* o a desconocimiento del tema de la malnutrición y sus consecuencias. Por lo tanto, es posible considerar que el paciente desnutrido es un paciente doblemente vulnerable. La persona con desnutrición asociada a la enfermedad en situaciones particulares pierde la capacidad de alimentarse. Es entonces dependiente de un cuidador, de sus capacidades técnicas y científicas, pero también de sus cualidades morales para satisfacer este tratamiento médico que es la terapia nutricional.

LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN LA DECLARACIÓN DE CARTAGENA

El principialismo según Tom Beauchamp y James Childress se basa en cuatro principios: el respeto por la autonomía de la persona, el principio de no maleficencia, el principio de beneficencia y el principio de justicia⁽⁷⁾. Estos cuatro principios constituyen un marco de referencia común para el análisis de los problemas bioéticos.

AUTONOMÍA

Los pacientes deben ser tratados como agentes autónomos, es decir, reconocer su capacidad para tomar decisiones independientes y auténticas sobre la forma como quieren ser alimentados, si quieren ser alimentados o no, con base en sus conocimientos, valores y creencias personales. La autonomía no significa que un paciente tenga derecho a obtener cualquier tratamiento que desee o solicite si ese tratamiento en particular no está indicado médicamente. La autonomía solo puede ejercerse después de haber obtenido información completa y apropiada, así como de haberla entendido. La decisión debe tomarse sin ningún tipo de presión o de coerción.

Estos aspectos se manifiestan en los Principios # 2 y # 3 de la Declaración de Cartagena. Por un lado, en el Principio 1, se afirma que:

“Se debe tener en cuenta que la terapia nutricional es un tratamiento médico, las personas enfermas tienen el derecho y la autonomía para rechazarlo y

el personal de salud, la obligación de aceptar esta decisión.”

Esto se complementa con el Principio # 3 donde se reconoce la importancia del empoderamiento del paciente para asegurar decisiones verdaderamente autónomas por parte del paciente:

“El acto de empoderar a los pacientes y sus familias en la lucha contra la malnutrición implica darles la capacidad para pensar de manera crítica sobre este síndrome y sus respectivas consecuencias negativas, permitiéndoles al mismo tiempo tomar decisiones autónomas e informadas, como exigir atención nutricional y cumplir el tratamiento nutricional sugerido.”

BENEFICENCIA

El principio de beneficencia impone la obligación de actuar en beneficio del paciente. Los cuidadores deben cumplir con las obligaciones y estándares profesionales. Cada decisión debe tomarse en el plano individual. Los profesionales de la salud tienen la obligación de maximizar los beneficios potenciales para sus pacientes y al mismo tiempo minimizar el daño potencial para ellos.

Esto significa que se debe proporcionar una terapia nutricional adecuada en respuesta a una indicación médica y siguiendo el consentimiento del paciente, que la detección del riesgo de desnutrición se debe realizar utilizando una herramienta validada apropiada para todas las personas que entran en contacto con los servicios de salud. La evaluación nutricional debe realizarse en todos los sujetos identificados en riesgo mediante la detección temprana de riesgo nutricional. Se debe realizar la monitorización de la terapia nutricional en todos los pacientes.

El respeto del principio de beneficencia en la Declaración esta implícita en el preámbulo:

“Convencidos de que una adecuada terapia nutricional puede corregir la malnutrición, mejorar el pronóstico de las enfermedades y la calidad de vida, disminuir las comorbilidades, la mortalidad y los costos en salud”

Y en el Principio # 2 donde se reconoce que:

“El cuidado nutricional forma parte de la atención integral del paciente y, por lo tanto, debe ser un componente inherente a su cuidado.”

NO MALEFICENCIA

El principio de no maleficencia impone la obligación de no infligir daño a los demás. La terapia de nutrición médica debe minimizar el daño posible. Si el riesgo de administrar terapia nutricional a un paciente específico supera los beneficios potenciales, entonces el profesional de la salud tiene la obligación de no proporcionar (omitir) dicha terapia. Si la terapia nutricional es inútil y solo prolonga el sufrimiento o la aplaza el momento de morir, deberá suspenderse. Además, el respeto de este principio implica evitar el ayuno prolongado e innecesario del paciente hospitalizado. Omitir o retirar la terapia nutricional si se considera inútil (en una situación en la que esta solo prolongaría el sufrimiento, o en la fase terminal de una enfermedad incurable o intratable), situaciones en las que la terapia nutricional no estaría médicamente indicada.

El respeto de este principio se reconoce desde el preámbulo de la Declaración de Cartagena:

“Conocedores de que la terapia nutricional puede tener efectos secundarios y escasa efectividad en algunos pacientes, como aquellos en estado hipercatabólico, o cuando no es administrada de manera oportuna y adecuada”

También se hace énfasis en no realizar acciones fútiles en el Principio # 1:

“Se debe tener en cuenta que la terapia nutricional es un tratamiento médico, las personas enfermas tienen el derecho y la autonomía para rechazarlo y el personal de salud, la obligación de aceptar esta decisión y no realizar acciones fútiles.”

JUSTICIA

El principio de justicia se refiere a la igualdad de acceso a la atención médica para todos. Los recursos limitados, incluido el tiempo que los médicos y otros profesionales de salud dedican a sus pacientes, deben distribuirse de manera uniforme para lograr un verdadero beneficio para el paciente. Los recursos deben distribuirse de manera justa sin discriminación alguna. Esto quiere decir que todos los paciente deber tener el mejor cuidado nutricional disponible. Esto implica que la terapia nutricional siempre se debe administrar, como cualquier otra terapia, solo cuando exista una indicación

médica. Esto está explícito desde el preámbulo de la Declaración de Cartagena:

“Conscientes de la necesidad de buscar, mediante la aplicación de las ciencias básicas, clínicas y de salud pública, soluciones nutricionales cada vez más eficaces”

Y en el Principio # 6 de la Declaración donde se hace énfasis en el enfoque de la atención en salud basada en el valor:

“Bajo este enfoque, se busca reorientar los servicios de salud para que logren mejorar la satisfacción de las necesidades en salud de las personas, en particular del cuidado nutricional, mientras mantienen una relación óptima con los costos y los resultados.”

El Principio # 11, reconoce la importancia de los valores de justicia y equidad en el cuidado nutricional.

La Tabla 2 muestra el contenido ético de la Declaración de Cartagena.

Tabla 2. Contenido ético de la Declaración de Cartagena

Fundamento ético	Declaración de Cartagena
Alimentar a la persona en condiciones de dignidad	– Principio 1
La vulnerabilidad de la persona en riesgo o en estado de desnutrición	– Principio 5
Respeto del principio de autonomía	– Principio 1 – Principio 3
Respeto del principio de beneficencia	– Preámbulo – Principio 2
Respeto del principio de no maleficencia	– Preámbulo – Principio 1
Respeto del principio de justicia	– Preámbulo – Principio 6

CONCLUSIÓN

La Declaración de Cartagena tiene un componente ético estructural fundamental el cual se basa en los conceptos de dignidad y vulnerabilidad. Los principios que establece esta Declaración reconocen la importancia del principialismo y promueve el respeto a la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia como condición para el ejercicio de la nutrición clínica.

Además, promueve los valores de justicia y equidad en el cuidado nutricional.

Financiación

El presente artículo no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Declaración de autoría

DC y SE participaron por igual en la concepción y redacción del artículo. Las autoras validaron la versión final.

Referencias bibliográficas

1. Ricoeur P, *Éthique*, Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, M Canto-Sperber ed., Paris, PUF, 2004, p. 689.
2. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.[Internet]. Paris: Unesco; 2005 [consultado el 29 octubre 2015]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
3. Druml CH, Ballmer P.E, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr.* 2016;35:545-56.
4. Fiat E. *Petit traité de dignité*. Paris: Ed. Larousse. 2012. p. 234.
5. Levinas E. *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Martinus Nihjoff, The Hague, 1974. [Internet]. [Consultado el 1 de agosto 2019]. Disponible en : https://monoskop.org/images/8/89/Levinas_Emanuel_Autrement_qu_etre_ou_au_dela_de_l_essence_1974.pdf
6. Pelluchon C. *L'autonomie brisée*. Bioéthique et philosophie, philosophie. Paris: PUF, 2009. p. 99.
7. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th edition. New York: Oxford University Press, 2013. p. 416.



La Declaración de Cartagena desde la interdisciplinariedad

The Cartagena Declaration from interdisciplinarity A Declaração de Cartagena desde a interdisciplinariedade

Sonia Echeverri^{1*}

Recibido: 1 de noviembre de 2019 . Aceptado para publicación: 13 de noviembre 2019.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v2supl1.031>

Resumen

La Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE), en su asamblea general realizada en el pasado mes de mayo en la ciudad de Cartagena, elevó a la categoría de derecho humano el derecho al cuidado nutricional y a la lucha contra la malnutrición. En la Declaración de Cartagena, la cual a través de 13 Principios aborda el preocupante problema de la desnutrición, en todas sus formas, indica la manera de crear conciencia sobre este flagelo del que mucho se habla, se investiga, se asume, se palia, se obtienen escasos resultados, pero al que pocas veces se consigue vencer.

Se reconoce, entonces, que la malnutrición es un problema complejo, que requiere tratamientos complejos, los cuales logran ser optimizados cuando disciplinas relacionadas con la actividad nutricional como medicina, enfermería, nutrición, farmacia y rehabilitación, entre otras, deciden sumar esfuerzos basados en sus conocimientos y respetando las competencias disciplinares, como quedó explícito en el Principio # 4 de la Declaración de Cartagena enfocado en la interdisciplinariedad del cuidado nutricional, y como lo reflejan Humberto Arenas, Alexandra Texeira, Gil Hardy, María Isabel Pedreira, autores que integran este artículo que trata sobre dicho Principio.

Summary

The Latin American Federation of Nutrition Therapy, Clinical Nutrition and Metabolism (FELANPE), in its general assembly held last May in the city of Cartagena, raised the right to nutritional care and the fight against malnutrition to the category of human right. The Cartagena Declaration, which through 13 Principles addresses the worrying problem of malnutrition, in all its forms, indicates how to raise awareness about this scourge that is much talked about, investigated, assumed, palliated, we obtain some results, but we can rarely beat it.

Thus, it is recognized that malnutrition is a complex problem, requiring complex treatments, which are optimized when disciplines related to nutritional activity such as medicine, nursing, nutrition, pharmacy and rehabilitation, among others, decide to join efforts based on their knowledge and respecting the disciplinary competences, as was explicit in Principle # 4 of the Cartagena Declaration focused on the interdisciplinarity of nutritional care, and as reflected by Humberto Arenas, Alexandra Texeira, Gil Hardy, María Isabel Pedreira, authors who integrate this article which is about this Principle.

Resumo

A Federação Latino-Americana de Terapia Nutricional, Nutrição Clínica e Metabolismo (FELANPE), em sua assembleia geral realizada em maio passado na cidade de Cartagena, elevou o direito ao cuidado nutricional e o combate à desnutrição à categoria de direito humano. La Declaração de Cartagena, que através de 13 princípios aborda o preocupante problema da desnutrição, em todas suas formas, indica como aumentar a conscientização sobre esse flagelo que é muito comentado, investigado, assumido, aliviado, com poucos resultados, mas raramente é abatido.

Reconhece-se, então, que a desnutrição é um problema complexo, que requer tratamentos complexos, otimizados quando disciplinas relacionadas à atividade nutricional, como medicina, enfermagem, nutrição, farmácia e reabilitação, entre outras, decidem unir esforços com base em seus conhecimentos. e respeitando as competências disciplinares, como foi explicitado no Princípio nº 4 da Declaração de Cartagena, focado na interdisciplinaridade do cuidado nutricional, e refletido por Humberto Arenas, Alexandra Texeira, Gil Hardy, María Isabel Pedreira, autores que integram este artigo que trata deste Princípio.

¹ Comité de Ética Hospitalaria y de Humanismo y Bioética. Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia. FASPEN. Vice-presidente Región Centro 2019-2020.

*Correspondencia: Sonia Echeverri
info.fundacionconocimiento@gmail.com

En conclusión, al firmar la Declaración de Cartagena, las sociedades, asociaciones y colegios que conforman la FELANPE, se comprometieron a reconocer la importancia de promover la integración disciplinaria equitativa para brindar un óptimo cuidado nutricional, tanto en la asistencia como en la academia, según lo demuestra la evidencia científica.

Palabras clave: Declaración de Cartagena, desnutrición, interdisciplinariedad, principios.

In conclusion, by signing the Cartagena Declaration, the societies, associations and schools that make up FELANPE, pledged to recognize the importance of promoting equitable disciplinary integration to provide optimal nutritional care, both in healthcare and academia, as scientific evidence proves.

Keywords: Cartagena Declaration; Malnutrition; Interdisciplinary; Principles.

Concluindo, ao assinar a Declaração de Cartagena, as sociedades, associações e escolas que compõem a FELANPE comprometeram-se a reconhecer a importância de promover uma integração disciplinaria equitativa para oferecer um atendimento nutricional ideal, tanto no atendimento quanto na academia, de acordo com evidências científicas.

Palavras-chave: Declaração de Cartagena, desnutrição, interdisciplinaridade, princípios.

INTRODUCCIÓN

El Principio # 4 de la Declaración de Cartagena con acierto orienta el cuidado nutricional desde la interdisciplinariedad: “Este enfoque implica la integración equitativa de las diversas disciplinas relacionadas con la actividad nutricional. La evidencia científica muestra las ventajas de este enfoque en términos de costo-efectividad, seguridad, eficiencia y eficacia.”⁽¹⁾

La desnutrición, en todas sus formas, es una alteración con un elevado grado de complejidad y de incertidumbre, y como tal se debe enfrentar. Esta complejidad hace que sea necesaria la participación de diversas disciplinas que enfoquen su mirada y acción a interactuar entre sí compartiendo saberes, experiencias y objetivos.

Desde hace más de cuatro décadas, cuando el doctor Stanley J. Dudrick, utilizó la nutrición parenteral con los resultados conocidos, lo hizo con el concurso de un equipo de salud conformado por profesionales de enfermería, farmacia y nutrición, inicialmente multidisciplinario fue migrando a la interdisciplinariedad. Se reconoce, desde entonces, que el aporte de cada disciplina es en gran medida responsable del éxito de la terapia nutricional: salvar vidas, lograr que pacientes condenados a morir por la imposibilidad de usar el tracto digestivo puedan nutrirse, recuperarse, salir adelante.

CUIDADO NUTRICIONAL INTERDISCIPLINARIO

Interdisciplinario, término acuñado por el sociólogo Louis Wirtz y publicado por primera vez en 1937. La interdisciplinariedad, cuyo prefijo inter, anticipa que entre las disciplinas se establecerá una relación en la que cada una aportará dentro de su campo y competen-

cia, los diferentes esquemas conceptuales de análisis, sometiéndolas a comparación, juicio crítico y, finalmente, incorporando e integrando resultados con el fin de resolver un problema concreto en toda su complejidad, en este caso la desnutrición, objeto de estudio y cuidado⁽²⁾.

Como lo plantea Mario Tamayo y Tamayo, la interdisciplinariedad es una exigencia interna de las ciencias. Tomemos el caso de medicina, enfermería, nutrición, farmacia, rehabilitación, psicología, cada una de ellas analizadas en particular, puede ser considerada un nivel de ciencia, que tiene como objeto mantener la salud, prevenir, tratar, curar o paliar enfermedades, entre otros, aplica procesos estructurados, que responden a una dinámica propia y que se va desarrollando a medida que cada sistema, de su propia disciplina, se conecta, se relaciona y coexiste con las otras disciplinas⁽²⁾.

Por lo tanto, enfrentar el flagelo de la malnutrición (desnutrición u obesidad), fenómeno amplio y complejo, requiere el concurso de diversas disciplinas de la salud, cada una de ellas con competencias determinadas en su contexto curricular y con una estructura o base común cuya realidad se define, estudia, investiga y desarrolla desde una visión propia. Con este fundamento (para el tema que nos ocupa, en la investigación y en la asistencia), las disciplinas se van entrelazando, integrando, dándose una cohesión de saberes, formando grupos o equipos, que enriquecen a cada disciplina, en lo personal, en lo profesional, optimizando la atención nutricional que se brinda al paciente, familia, cuidadores, y comunidad.

Sin embargo, las disciplinas adoptan diversas formas de coexistir, de trabajar en equipo, de producir conocimiento, como son la multidisciplinariedad, pluridisciplinariedad, interdisciplinariedad, intradisciplinariedad

y la transdisciplinariedad, una de ellas con características propias, dinámicas específicas y diferentes matices. En general, los equipos de Soporte Nutricional (*Nutritional Support Team*, NTS, por su sigla en inglés) acogen la multidisciplinariedad: “conjunto de disciplinas con objetivos comunes que no mantienen relaciones de colaboración entre sí».

Algunos estudiosos de temas económicos relacionados con políticas de salud, proponen que la transdisciplinariedad, definida esta como “la transformación e integración del conocimiento desde todas las perspectivas interesadas para definir y tratar problemas complejos” o “Proceso según el cual los límites de las disciplinas individuales se trascienden para tratar problemas desde perspectivas múltiples con vista a generar conocimiento emergente.”, podría incrementar los beneficios en términos financieros⁽¹⁾.

La Declaración de Cartagena, aborda el tema del cuidado nutricional desde la Interdisciplinariedad por todas las ventajas que trae consigo, entre ellas su esencia: es la sumatoria de conocimientos, métodos científicos, habilidades y destrezas disciplinares que permiten resolver problemas complejos que sobrepasan los límites y competencias de cada disciplina, creando nuevos conocimientos, encontrando certezas en situaciones de incertidumbre, complementando deficiencias con el objetivo de optimizar el cuidado nutricional y luchar contra la desnutrición, contribuir al bienestar de la sociedad y por ende al progreso económico^(1,3).

En consecuencia, reconocer la importancia del enfoque interdisciplinario en el cuidado nutricional tiene implicaciones principalmente académicas, pero también

sobre organizaciones e instituciones de salud. La administración de la terapia nutricional deberá administrarse en el marco de equipos de terapia nutricional, donde participen como mínimo, profesionales de la nutrición, enfermería, medicina, farmacia. Además, se aconseja la inclusión de otras disciplinas como la fonoaudiología, la terapia ocupacional, la fisioterapia, la rehabilitación, el trabajo social y la psicología que incrementan la eficacia de la terapia nutricional, se complementen, pero sobre todo que esta se haga con ética, humanismo, reconociendo al otro como par, respetando las diferencias, la diversidad, que el cuidado nutricional se brinde valorando y apreciando la vulnerabilidad del enfermo y la dignidad humana (Figura 1).

El doctor Óscar Jaramillo, en 1999, en comunicación a la FELANPE, en respaldo a la creación del Curso Interdisciplinario de Nutrición Clínica, CINC, escribió: “Los problemas que deben resolverse día a día, no se presentan – para nuestra fortuna o nuestra desgracia- clasificados en bloques disciplinares. La naturaleza, en su admirable sabiduría, no permite – con muy escasas excepciones- que uno solo de sus individuos sea responsable de cambiar su curso”. “.. Se pretende que de una educación no interdisciplinaria dada a los estudiantes, se origine -por generación espontánea- un trabajo interdisciplinario, olvidando que la formación universitaria raras veces ofrece la oportunidad a sus estudiantes de interactuar con otras disciplinas”. En este sentido la Declaración de Cartagena, recomienda que: “Desde lo académico, no solo se debe formar a los profesionales de estas disciplinas en el campo de la nutrición clínica, sino definir y respetar las competencias disciplinares específicas.”

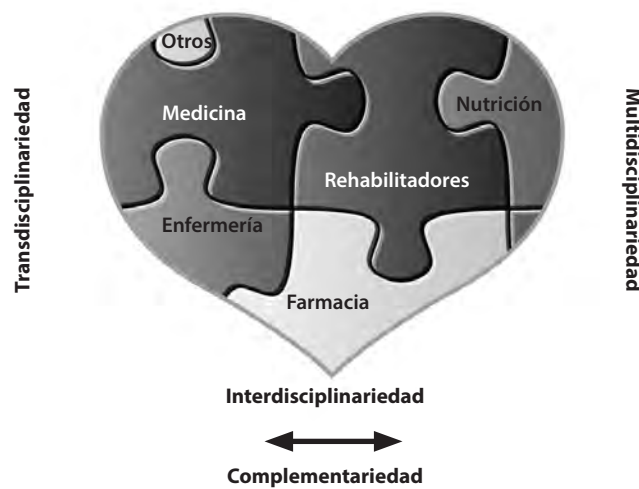


Figura 1. Modelos de trabajo en equipo para el cuidado nutricional.

Importancia de la Declaración de Cartagena sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición. Desde la perspectiva médica

Importance of the Cartagena Declaration on the right to nutritional care and the fight against malnutrition. From the medical perspective

Importância da Declaração de Cartagena sob o direito ao cuidado nutricional e a luta contra a desnutrição. Do ponto de vista médico

Acad. Dr. Humberto Arenas Márquez, FACS-FASPEN^{1*}

Las evidencias demuestran que la tasa de prevalencia de malnutrición hospitalaria es alarmante y que los costos de atención asociados a ella se incrementan de forma exponencial^(4,5); sin duda, la nutrición óptima está íntimamente relacionada con el resultado positivo del manejo de una enfermedad⁽⁶⁾; por tanto, lo ideal sería que un plan nutricional se aplicara a todo enfermo que ingrese a un hospital^(7,8). Sin embargo, la realidad es distinta; el médico que lidera el equipo de atención no ha sido entrenado para afrontar este reto y lo que es peor, no está consciente de esta necesidad.

Basado en el principio hipocrático ético “Primero no dañar”, la FELANPE ha presentado la Declaración de Cartagena en 2019 y definido 13 Principios para concientizar especialmente a los médicos y a los líderes de los Sistemas de Salud en Latinoamérica acerca del derecho que tienen los pacientes a una nutrición intrahospitalaria óptima a través de la creación de una Cultura Institucional que valore el cuidado nutricional⁽⁹⁾.

El médico como líder del equipo interdisciplinario de salud por medio de su actitud y valiéndose de sus competencias como la inteligencia, el esfuerzo y el carisma deberá poder mejorar su autoconciencia y la de sus colaboradores para crear una coalición capaz de transformar su entorno hospitalario, y así integrar el

proceso de atención nutricional dentro de la Cultura de Seguridad Institucional⁽¹⁰⁾ cuyos objetivos son: la identificación y control de los riesgos que pueden causar daño nutricional a los pacientes, la prevención del daño y el proveer un ambiente seguro para proporcionar la alimentación óptima en todos los tiempos y bajo todas las circunstancias.

Por otro lado, la cultura de la seguridad es materia de la ética y está ligada a la eficiencia, ya que un médico seguro no es aquél más competente en una destreza, sino aquél que es más honesto en reconocer sus propios límites de competencias y habilidades y que tiene el valor suficiente para solicitar ayuda y está comprometido para aprender más allá de su límite, especialmente en el área nutricional⁽¹¹⁾.

Dicho cambio cultural es una precondition para la acción que conducirá a una política para mejorar el proceso de la atención nutricional del paciente con una política de medición de resultados y con ellos la capacidad para actuar en el campo político⁽¹²⁾.

Sin duda, la confianza es la piedra angular en la relación médico-paciente⁽¹³⁾. El concepto de vulnerabilidad es particularmente relevante cuando el estado de dependencia está relacionada con la enfermedad; por tanto, la persona que está enferma confía en que los

¹ Unidad de Práctica Integrada en Falla Intestinal, Hospital San Javier. Guadalajara, México. ExPresidente de la FELANPE.

*Correspondencia: Humberto Arenas Márquez
arenas50@hotmail.com

profesionales de la medicina le proporcionemos una atención responsable y digna al reconocer su integridad para mantener su salud y coordinar la atención centrada en las necesidades del paciente para que así los pacientes perciban que están protegidos cuando están más vulnerables.

Aunque tenemos avances significativos en las ciencias médicas, las prácticas no han evolucionado. Para lograr las metas de la Declaración de Cartagena necesitamos una meta unificada que permita alinear todas las acciones.

Un objetivo que ha sido discutido en debates en la atención para la salud y que puede ser definido y medido es el añadir valor a los sistemas. Porter ha desarrollado la teoría del valor donde el centro de la atención, y por ende del valor, son los pacientes. El valor en salud se define como el resultado alcanzado por cada peso invertido y es creado en un ciclo completo de cuidados de la condición de salud de la persona. El valor puede ser medido utilizando herramientas científicas^(14,15).

La responsabilidad compartida se logrará mediante el desarrollo de unidades de práctica integrada. Estos

sistemas integrados de atención reemplazarían nuestra cultura individualista y autónoma, en los que departamentos y especialidades específicos trabajan de forma independiente y se concentran en proporcionar una gama limitada de intervenciones.

CONCLUSIONES

Para lograr las metas de la Declaración de Cartagena es fundamental que se produzca un cambio cultural en los médicos. Los sistemas deberán invertir en un modelo integral de atención para la salud que incluya la óptima nutrición. La investigación de la actitud de los médicos a través de la medición de sus resultados y costos, así como la satisfacción del paciente permitirá identificar equipos de atención interdisciplinaria que den valor al paciente al incluir el proceso nutricional en la cultura institucional. Dicho cambio cultural conducirá a lograr una atención de calidad, eficiencia operacional y salud financiera para la institución y los proveedores de atención en beneficio del paciente⁽¹⁶⁾.

La Declaración de Cartagena: el papel del farmacéutico

The Cartagena Declaration: the role of the pharmacist

A Declaração de Cartagena: o papel do farmacêutico

Prof. Gil Hardy, Ph.D, FRSC, FASPEN^{1*}

La Declaración de Cartagena⁽⁹⁾ sobre el derecho al cuidado nutricional describe 13 principios importantes, incluido el hecho de que este debe ser un proceso continuo que abarque: detectar, nutrir, vigilar. La alimentación por vía oral, nutrición enteral (NE) o la nutrición parenteral (NP) se consideran una intervención médica, que como cualquier terapia, tiene efectos secundarios, riesgos y beneficios; y por lo tanto, debe ser monitoreada y documentada. Además, los productos nutricionales utilizados para la NP se clasifican como medicamentos farmacéuticos. El Principio # 4 de la Declaración reconoce «El enfoque interdisciplinario del cuidado nutricional». Recomienda específicamente que el cuidado nutricional (en los hospitales) sea realizado por equipos interdisciplinarios, es decir, equipos interdisciplinarios de soporte o terapia nutricional (*Nutrition Support Team*, NST, por sus siglas en inglés) que debe incluir, como mínimo, profesionales de la nutrición (dietistas), enfermeros, médicos y farmacéuticos.

ROL TÉCNICO

El proceso de cuidado nutricional implica varias etapas. Los farmacéuticos están bien posicionados y profesionalmente calificados para desempeñar un papel importante en cada una de estas fases, utilizando el conocimiento y las habilidades técnicas desarrolladas durante su formación profesional y experiencia de posgrado. En muchos lugares, la formulación y composición de las mezclas de NP sigue siendo la piedra angular de este papel técnico del farmacéutico. Desde el inicio de la NP, los farmacéuticos han tenido la res-

ponsabilidad de su preparación. Como expertos en farmacología, microbiología, asepsia y compatibilidad / estabilidad farmacéutica, los farmacéuticos han contribuido significativamente en el uso exitoso de la terapia nutricional, al formular regímenes estables de NP que satisfacen con seguridad las necesidades individuales de cada paciente. Es bien sabido que la administración segura es clave para una terapia nutricional eficaz. Muchos componentes y aditivos de la NP son excelentes medios de crecimiento para bacterias y hongos, pero cualquier riesgo de este tipo puede minimizarse cuando los procesos son supervisados por farmacéuticos. Se puede garantizar una calidad óptima cuando el personal técnico competente prepara las mezclas de NP en instalaciones asépticas apropiadas y monitoreadas en forma rutinaria.

En la actualidad se dispone de una gran cantidad de datos de investigación, generados con frecuencia por farmacéuticos hospitalarios, académicos y de la industria, para facilitar los juicios sobre formulaciones estables y seguras. La ausencia de insumos farmacéuticos adecuados y el desconocimiento de todos los problemas que influyen en la estabilidad de las mezclas parenterales puede conducir a consecuencias graves, incluso fatales⁽¹⁷⁾. Los programas de capacitación y entrenamiento para farmacéuticos y técnicos de farmacia deben involucrar la comprensión de los principios y limitaciones de las técnicas asépticas, superando la creencia de que cualquier operación realizada bajo flujo laminar automáticamente da como resultado un producto estéril o que una buena validación anula una instalación mal diseñada o mal auditada. Puede haber

¹ Profesor Emérito de Nutrición Clínica. College of Health, Massey University, Auckland, Nueva Zelanda.

*Correspondencia: Gil Hardy
gil.hardy50@gmail.com

un riesgo estadístico de producir bolsas de NP «contaminadas» en una unidad aséptica mal diseñada y no controlada, operada por personal con capacitación inadecuada. Por otro lado, se puede garantizar la seguridad y la calidad si los farmacéuticos adecuadamente capacitados, que conocen por completo los procesos técnicos involucrados, pueden anular los riesgos microbiológicos potenciales siguiendo los procedimientos operativos estándar y asumiendo la responsabilidad profesional de sus acciones.

ROL CLÍNICO

La participación del farmacéutico en rondas diarias con los equipos de soporte nutricional proporciona un foro útil para ayudar a identificar eventos inesperados, como fiebre, evitar la eliminación innecesaria de líneas centrales y mejorar la probabilidad de identificar rápidamente las causas de tales eventos que pueden amenazar los resultados del paciente. Su conocimiento especializado sobre los límites de la compatibilidad química dentro de los cuales se puede formular la NP es invaluable⁽¹⁸⁾.

El farmacéutico también puede revisar la administración concomitante de otros medicamentos y asesorar al personal de la sala sobre los aspectos farmacéuticos de la técnica de administración segura. El conocimiento del farmacéutico de la farmacocinética de los medicamentos, las interacciones entre medicamentos y nutrientes (IMN), la estabilidad y la compatibilidad garantizarán que se pueda prescribir la mezcla de NP más conveniente y segura para el paciente⁽¹⁹⁾. Conocer los productos disponibles en el hospital y sus costos también puede garantizar la rentabilidad de la terapia nutricional con NP. La colaboración interdisciplinaria durante la selección y monitorización del paciente, la colocación y cuidado del catéter, la prescripción y preparación de la NP es esencial. En todas estas acciones hay elementos de riesgo y de beneficio para los pacientes. Si se encuentra el equilibrio correcto, entonces los llamados «peligros de la NP» pueden minimizarse o incluso eliminarse. Involucrar a los farmacéuticos en los procesos de evaluación y prescripción de pacientes, permite abordar estos importantes problemas clínicos.

BOLSAS MULTICÁMARA

Uno de los desarrollos de la NP más significativos en las últimas décadas ha sido el cambio de sistema de botellas múltiples a bolsas individuales que contienen todos los nutrientes que se deben administrar a diario. Muchos regímenes de NP todavía se combinan en bol-

sas individuales en unidades asépticas hospitalarias, pero últimamente la industria ha podido proporcionar una amplia variedad de regímenes en bolsas de 2 y 3 cámaras (*Multi-Chamber Bags*, MCB, por sus siglas en inglés). Los beneficios de administrar NP en una sola bolsa multicámara han sido bien documentados y aceptados como el medio óptimo para una administración segura. Una consecuencia desafortunada de la disponibilidad de MCB con una vida útil larga junto con las crecientes presiones regulatorias sobre buenas prácticas de manufactura, etc., ha sido el abandono de la preparación de la NP por parte de muchas farmacias hospitalarias y el cierre de sus unidades asépticas. Sin embargo, las MCB suministradas por el fabricante no son regímenes «todo en uno» y aún requieren la adición aséptica diaria de micronutrientes. Por lo tanto, los farmacéuticos deben estar atentos y asegurarse de que todas las adiciones a la NP se hagan en forma aséptica, bajo condiciones farmacéuticamente controladas.

FARMACONUTRICIÓN

Con el continuo interés clínico en los 'nutracéuticos' para la inmuno / farmaconutrición, es probable que se centre cada vez más en la administración parenteral de aminoácidos específicos, como glutamina, arginina, nuevas fuentes de lípidos, como aceites de pescado y los aceites de oliva, oligoelementos individuales y vitaminas antioxidantes, en concentraciones mayores que las RDA (*Recommended Dietary Allowance*). La Asociación Nutracéutica Americana definió los «nutracéuticos» como «sustancias dietéticas naturales en formas farmacéuticas»⁽²⁰⁾. Esta definición ciertamente abarca componentes de la NP y farmaconutrientes, pero se ha estimado que 75 % de los usuarios domiciliarios de suplementos nutracéuticos no informan a su médico o al equipo de soporte nutricional y pueden no considerarlos como «medicamentos». De hecho, muchos nutracéuticos son medicamentos potentes con algunos beneficios para la salud, pero pueden tener efectos potencialmente adversos al interactuar con la nutrición parenteral o enteral. Se conocen las interacciones entre tiamina / bisulfito, cisteína / cobre, selenito / ácido ascórbico, lípidos / peróxidos. Sabemos que la glutamina afecta la farmacocinética del metotrexato en pacientes con cáncer y la metionina aumenta la incidencia de oxoprolinuria en mujeres con dietas bajas en proteínas. El aumento de las solicitudes clínicas para complementar los regímenes de NE y NP con dosis farmacológicas de estos nutracéuticos para el tratamiento

de enfermedades específicas requerirá una mayor participación del farmacéutico para la preparación aséptica de los regímenes de farmaconutrición para pacientes específicos. ¡No menos!

ROL DE ENSEÑANZA

La experiencia y capacitación del farmacéutico en farmacocinética, inmunonutrición y microbiología los convierte en una fuente principal de conocimiento, asesoramiento y educación para profesionales de la salud y pacientes con NP. Como miembro clave dentro del equipo de soporte nutricional interdisciplinario, el farmacéutico puede garantizar que sus colegas desarrollen una mejor conciencia de los riesgos potenciales de los medicamentos en las etapas de evaluación del paciente. La experiencia en asesoría

sobre medicamentos permite al farmacéutico educar y orientar a los pacientes sobre la preparación, el almacenamiento y la administración de NP en el hogar (*Home Parenteral Nutrition*, HPN, por sus siglas en inglés). La educación y la capacitación continua de otros miembros del equipo de soporte nutricional y pacientes con HPN en técnicas asépticas para manejar la NP y la administración conjunta de otros medicamentos es una responsabilidad clave del farmacéutico. La centralización de todos los registros derivados de la prescripción y del monitoreo de pacientes en la farmacia, puede constituir una parte esencial del plan de atención del paciente con nutrición parenteral y facilitará auditorías periódicas para mejorar constantemente el desempeño del equipo en la lucha contra la desnutrición relacionada con la enfermedad, como defiende la Declaración de Cartagena.

El derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición. Desde la óptica del Nutricionista

The right to nutritional care and the fight against malnutrition. From the Nutritionist's point of view

O direito ao cuidado nutricional e a luta contra a desnutrição. Do ponto de vista do Nutricionista

María Alejandra Texeira ND., MSc.^{1*}, Yadira Cortes ND., Ph.D.², Edna Nava³, Laura Joy ND., Ph.D.⁴

La reflexión enfocada en la Declaración de Cartagena⁽⁹⁾ desde el Comité de Nutricionistas de la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE) nos lleva a preguntarnos ¿Cuál es nuestra responsabilidad como profesionales y como colectivo en relación con estos derechos?

La respuesta sin duda es que como profesionales y como colectivo tenemos la responsabilidad de contribuir a la promoción del derecho al cuidado nutricional y lucha contra la malnutrición, y al avance en temas de educación e investigación en nutrición clínica, para que sean una realidad y no solo enunciados teóricos de principios que no se ponen en práctica.

Si bien los enunciados de principios y las normas son importantes, sin los sentimientos, las actitudes y la convicción interna, no obtendremos los resultados esperados. Como profesionales de la nutrición pensamos que no basta con conocer la Declaración, sino que, es necesario asumir el espíritu de la misma y llevarla a cabo.

Como colectivo es nuestra obligación defender este derecho no solo cumpliéndolo desde el ejercicio de nuestra práctica diaria, sino que, además debemos velar para que se respete y se cumpla evitando caer en una situación de complicidad o de falta por omisión.

JL Aranguren plantea la siguiente pregunta ¿puede ser considerado como verdaderamente bueno el hombre que acepta, cuando menos con su pasividad y con su silencio, una situación social injusta?⁽²¹⁾

Al trasladar el interrogante de Aranguren al contexto de la Declaración de Cartagena nos preguntamos: ¿puede ser considerado bueno el Nutricionista que acepta, cuando menos con su pasividad, la violación del derecho del cuidado nutricional y todo lo que esto implica?

Es responsabilidad del Nutricionista participar en la formulación e implementación de políticas para el cumplimiento positivo de los postulados de la Declaración de Cartagena, analizar las estructuras y políticas gubernamentales y, a la vez, llevar a cabo investigaciones en nutrición y salud que aporten datos para la elaboración de estas políticas.

Demostrar, mediante la investigación clínica, que las intervenciones del profesional de la nutrición resuelven problemas, ayudan a las personas a tener pleno goce de sus derechos a un estado nutricional y de salud adecuados, es un compromiso individual como profesionales y además un tema de responsabilidad gremial y social.

Los Nutricionistas debemos realizar una práctica que priorice la conservación de los derechos de las per-

¹ Banco de Leche Humana del Hospital Regional de Salto. Salto, Uruguay. Directora del Comité de Nutrición de la FELANPE 2019 - 2020.

² Departamento de Nutrición y Bioquímica, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia. Comité de Nutrición de la FELANPE, Región Centro, 2019 - 2020.

³ Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Comité de Nutrición de la FELANPE, Región Norte, 2019 - 2020.

⁴ Instituto Nacional de Cáncer, Paraguay. Comité de Nutrición de la FELANPE, Región Sur, 2019 - 2020.

*Correspondencia: María Alejandra Texeira
alejandraxeira@gmail.com

sonas, que promueva el reconocimiento de la nutrición y la salud como un derecho humano, abogando por las personas que están bajo nuestro cuidado.

Pensamos que impulsados por la Declaración de Cartagena debemos conformar grupos académicos y de estudio de ética, con docentes, investigadores y

clínicos, con el propósito de lograr un mayor acercamiento entre la teoría y la práctica, asumiendo el compromiso de ser no solo un buen Nutricionista, sino un Nutricionista preparado, actualizado, ético, con conciencia gremial y profesionalismo.

Declaración Internacional sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición. Desde la perspectiva de Enfermería

International declaration on the right to nutritional care and the fight against the malnutrition. From the Nursing perspective

Declaração internacional sobre o direito aos cuidados nutricionais e o combate contra a desnutrição. Na perspectiva da Enfermagem

María Isabel Pedreira de Freitas, Ph.D.^{1*}

En mayo de 2019, la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE), en asamblea general, aprobó la Declaración internacional sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición, llamada Declaración Cartagena.

El personal de Enfermería es testigo a diario de pacientes que se desnutren durante su hospitalización o que llegan a las instituciones de salud en un estado de desnutrición lamentable⁽²²⁾. Esta situación aflige en gran medida a personas que permanecen las 24 horas del día al lado de quienes buscan respuesta a sus necesidades de salud. Se conocen publicaciones de estudios basados en evidencia⁽²³⁾, en los que pacientes que permanecen en ayuno para cirugía, por un tiempo superior a lo recomendado, ponen en riesgo su recuperación⁽²⁴⁾. Sin embargo, en muchas instituciones de salud, todavía hay resistencia a hacer modificaciones a esta práctica que puede llegar a comprometer la vida del paciente quirúrgico.

Como enfermeros ¿qué tenemos que ver y hacer con esta Declaración, si sabemos que junto a los pacientes y sus familiares, actuamos en el mismo campo de los médicos?

¿TENEMOS MUCHOS QUE VER Y HACER!

Es una fortuna saber que Estados de todo el mundo, presididos por el doctor Tedros Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud,

OMS, y el Consejo Internacional de Enfermería, CIE, durante la inauguración de la 72 Asamblea Mundial de la Salud, establecieron 2020 como el Año de la Enfermera y de la Partera (matrona, comadrona), dando origen a *Nursing Now*.

Esta campaña afirma que “Si bien es cierto que la OMS reconoce el papel crucial que los enfermeros realizan a diario, 2020 será dedicado a destacar los enormes sacrificios y contribuciones de las enfermeras y parteras, y... busca capacitar a los enfermeros para que ocupen su lugar en el corazón de los desafíos de la salud del Siglo XXI y maximicen su contribución para alcanzar la Cobertura Universal de la Salud”⁽²⁵⁾

Caminar junto a los profesionales de la salud que apoyan la Declaración de Cartagena, significa que Enfermería puede optimizar cada paso en dirección a los retos que la atención de la salud exigen, para que esta se haga teniendo en cuenta que “promover el desarrollo del cuidado nutricional en el ámbito clínico que permita que todas las personas enfermas reciban terapia nutricional en condiciones de dignidad”⁽⁹⁾ es uno de los objetivos de la Declaración.

¿Quién mejor que el equipo de enfermería que acompaña al paciente en su hospitalización en los diferentes momentos en los que sus condiciones clínicas cambian, provocando modificaciones en las conductas terapéuticas que afectarán su recuperación y su estado general?

Los enfermeros están en capacidad de observar y actuar sobre los “factores tan diversos como educación,

¹ Ex Presidente del Comité de Enfermería de la FELANPE

*Correspondencia: María Isabel Pedreira de Freitas
beloca4@yahoo.com.br

estado económico, capital social y ambiente físico que afectan profundamente la salud y el bienestar del individuo y de las poblaciones” como dice uno de los principios del documento *Nursing Now*⁽²⁵⁾.

Al concebir el cuidado nutricional como “un proceso continuo que consta de diversas etapas las cuales se pueden resumir en: 1. Detectar, 2. Nutrir y 3. Vigilar”, como lo plantea la Declaración de Cartagena, el profesional de la salud que está más próximo al paciente y puede actuar de manera inmediata al detectar las alteraciones presentes en la evolución del paciente y en consecuencia proporcionar sus cuidados, es el Enfermero. Este actúa en todo el proceso de la asistencia con un fuerte abordaje de enseñanza de los cuidados postoperatorios, directamente asociada a una mejor recuperación del paciente, así como la evaluación y monitoreo continuos, están muy bien definidos en el papel del enfermero⁽²⁶⁾.

Como dice la Declaración de Cartagena, “la terapia nutricional se debe monitorear y documentar. El monitoreo busca verificar que se cumplan las distintas dimensiones de la terapia nutricional y prevenir los efectos secundarios. La documentación sirve para seguir y evaluar la continuidad de la terapia de cada paciente y garantizar la calidad”⁽⁹⁾. Será el liderazgo del enfermero en la asistencia lo que favorecerá el cumplimiento de este registro y el monitoreo de las complicaciones que ocurren en el proceso de hospitalización del paciente. Son estas acciones, a partir de los resultados obtenidos en las experiencias exitosas vividas en la cotidianidad con los pacientes, ciudadanos y profesionales de la salud, las que hicieron posible las propuestas registradas en el documento *Nursing Now* y en la Declaración de Cartagena que gratamente caminan hacia un mismo objetivo, hombro a hombro, optimizando los resultados que se deben alcanzar.

Tener conciencia de que la “La investigación en nutrición clínica es un pilar para el cumplimiento del derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición” hace necesario fomentar “la enseñanza de la nutrición clínica en las carreras de la salud (medicina, nutrición, enfermería, y farmacia, entre otras)”⁽⁹⁾ Por lo tanto, es fundamental la actuación interdisciplinaria en la formación de los alumnos en las áreas de la salud, desde el inicio de la formación curricular, para lograr una interacción efectiva y coherente con el objeto de obtener los mejores resultados en la práctica clínica.

Para que el paciente atendido pueda ser alimentado y estar nutrido de forma adecuada, es necesario que cada persona realice acciones concretas. Los profesionales

de la salud deben actuar conociendo el nivel cultural de cada paciente y su familia, con el fin de empoderarlos para que puedan dar continuidad al proceso de recuperación de la salud en su domicilio. Podrán tomar las mejores decisiones basadas en la libertad que proporciona el conocimiento, identificando lo que es mejor para él y para su salud. Esa libertad puede ser alcanzada cuando incorpora la capacitación y enseñanza que el enfermero elaboró con su equipo y transmitió al paciente durante su periodo de hospitalización, optimizando de esta manera los resultados obtenidos durante el proceso de enseñanza aprendizaje⁽²⁷⁾.

La Declaración de Cartagena viene a fortalecer las acciones que los equipos de salud deben desarrollar junto a las personas que buscan mejorar su salud cuando esta se encuentra comprometida.

Financiación

El presente artículo no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

Declaro no tener conflicto de intereses

Declaración de autoría

SE diseñó el artículo. Todos los autores participaron por igual y validaron la versión final.

Referencias bibliográficas

1. Barrocas A. Demonstrating the Value of the Nutrition Support Team to the C-Suite in a Value-Based Environment: Rise or Demise of Nutrition Support Teams? *Nutr Clin Pract.* 2019;34:806–21.
2. Tamayo y Tamayo M. El Método, la interdisciplinariedad y la universidad. Universidad ICESI, 1995. (Consultado el 26 de octubre de 2019). Disponible en: [https://books.google.pt > books](https://books.google.pt/books)
3. McCauley SM, Barrocas A, Malone A. Malnutrition quality improvement initiative yields value for interdisciplinary patient care and clinical nutrition practice. *J Acad Nutr Diet.* 2019;119(9):S1-S72.
4. Correia MI, Hegari RA. Addressing Disease -Related Malnutrition in Healthcare: A Latin-American Perspective. *JPEN J Parenter Enter Nutr.* 2016;40(3):319-25.
5. Arenas D, Plascencia A, Ornelas D, Arenas H. Hospital Malnutrition Related to Fasting and Underfeeding Is It an Ethical Issue? *Nutr Clin Pract.* 2016;31(3):316-24.
6. Yeh DD, Fuentes E, Quraishi SA, Cropano C, Kaafarani H MA, et al. Adequate Nutrition May Get You Home: Effect of Caloric/ Protein Deficits on the Discharge Destination of

- Critically Ill Surgical. Patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2016;40(1):37-44.
7. Malone A. Addressing Hospital Malnutrition- The Time Is Now! *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2013;37:439-40.
 8. Tapenden KA. The value of Nutrition Intervention. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2013;37(2):160.
 9. Cardenas D, Bermúdez CH, Echeverri S, Perez A, Puentes M, Lopez 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. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02701>.
 10. McLean S. Transformation: A New Kind of Academic Health Center and the Pursuit of High Self-Mastery. *J Am Coll Surg.* 2016;222(4): 337-46.
 11. Thurunavukarasu P. Do more requirements make better surgeons? External vs. Internal motivators: Against increasing requirements. *Bull Am Coll Surg.* 2011; 96(8):50-1.
 12. Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J, et al. Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care.* 2009;18:424-8.
 13. Pellegrini C. Trust: The Keystone of the Patient-Physician Relationship. *J Am Coll Surg.* 2017;224(2):95-102.
 14. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining Healthcare: Value-based Competition on Results.* Boston, MA: Harvard Business School Press; 2006.
 15. Hoyt DB. Looking forward. *Bull Am Coll Surg.* 2011;96(12):4-6.
 16. Knight A. *Pride and Joy.* Linney Group Ltd 2014. Chapter Five. Crocodiles. p. 21-31.
 17. Allwood M, Hardy G, Sizer T. Roles and functions of the pharmacist in the nutrition support team. *Nutrition.* 1996;12(1): 63-4.
 18. Allwood MC, Ronchera-Oms CL, Sizer T, McElroy B and Hardy G. From pharmaceuticals to pharmaceutical care in nutritional support. *Clin Nutr.* 1995;14 (1);1-3.
 19. Ayers P, Boullata J, Sacks G. Parenteral Nutrition Safety: The Story Continues. *Nutr Clin Pract.* 2018;33(1): 46-52.
 20. Mannion M. Nutraceutical revolution continues at Foundation for Innovation in Medicine Conference. *Am J Nat Med.* 1998;5:30-3.
 21. Aranguren JL. *Ética.* Barcelona: Altaya; 1994. p. 38.
 22. Correia MITD, Campos AC; ELAN Cooperative Study. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. *Nutrition.* 2003; 19(10):823-5.
 23. Correia MITD, Silva RG. Paradigms and evidence of perioperative nutrition. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2005; 32(6):342-347. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912005000600012>
 24. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg.* 2002;183(6):630-41.
 25. World Health Organization. Nursing Now campaign: empowering nurses to improve global health. [internet] 27.02.2018. (Consultado el 30 de octubre 2019) Disponible en: https://www.who.int/hrh/news/2018/nursing_now_campaign/en/
 26. Nursing Now – Brasil. Onde há pesquisa há enfermagem. [Internet] (Consultado el 30 de octubre 2019). Disponible en: <http://nursingnowbr.org/principios-internacionais>
 27. Crosson JA. Enhanced Recovery After Surgery – The Importance of the Perianesthesia Nurse on Program Success. *J Perianest Nurs.* 2018; 33(4):366-74.



La Declaración de Cartagena y los Objetivos de Desarrollo Sostenible

The Cartagena Declaration and the Sustainable Development Goals *A Declaração de Cartagena e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*

Diana Cardenas^{1*}

Recibido para publicación: 1 de septiembre de 2019 . Aceptado para publicación: 26 de octubre 2019.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v2supl1.034>

Resumen

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) buscan terminar con todas las formas de hambre y desnutrición para 2030 y velar por el acceso de todas las personas, en especial los niños, a una alimentación suficiente y nutritiva durante todo el año. Sin embargo, las metas del ODS 2 "Hambre Cero", y de los otros 16 ODS no incluyen la problemática de la desnutrición asociada a la enfermedad. La malnutrición (bajo peso, sobrepeso y obesidad, carencia de nutrientes) asociada a factores socioeconómicos (mala alimentación, hambre y pobreza) y la desnutrición asociada a la enfermedad tienen orígenes y mecanismos fisiopatológicos distintos; y por lo tanto, necesitan abordajes diferentes. La Declaración de Cartagena es un instrumento en que, por primera vez, el cuidado nutricional es elevado a categoría de derecho humano y puede ser considerado como una estrategia para dar visibilidad y llamar la atención de los formuladores de políticas públicas sobre la necesidad de avanzar en este campo. Al incluir este tipo de desnutrición dentro del abordaje global del problema de la malnutrición de las poblaciones estaríamos contribuyendo a lograr las metas de los ODS y en concreto al desarrollo sostenible de los países.

Palabras clave: objetivos de desarrollo sostenible, derechos humanos, malnutrición.

Summary

The Sustainable Development Goals (SDGs) seek to end all forms of hunger and malnutrition by 2030 and ensure the access of all people, especially children, to sufficient and nutritious food throughout the year. However, the goals of SDG 2 "Zero Hunger," and the other 16 SDGs do not include the problem of disease-related malnutrition. Malnutrition (underweight, overweight and obesity, micronutrient deficiencies) associated with socio-economic factors (poor diet, hunger and poverty) and disease-related malnutrition have different pathophysiological origins and mechanisms and therefore need different approaches. The Cartagena Declaration is an instrument where nutritional care is elevated for the first time as a human right and can be considered as a strategy to give visibility and draw the attention of public policy makers on the need to advance in this field. By including this type of malnutrition within the global approach to the problem of population malnutrition, we would be contributing to achieving the SDG targets and, in particular, to the sustainable development of countries.

Keyword: Sustainable Development Goals; Human Rights; Malnutrition.

Resumo

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) buscaram acabar com todas as formas de fome e desnutrição até 2030 e garantir o acesso de todas as pessoas, especialmente crianças, a alimentos suficientes e nutritivos ao longo do ano. No entanto, os objetivos do ODS 2 "Fome Zero" e os outros 16 ODS não incluem o problema da desnutrição associado à doença. A desnutrição (baixo peso, sobrepeso e obesidade, carência de nutrientes) associada a fatores socioeconômicos (má alimentação, fome e pobreza) e a desnutrição associada à doença têm origens e mecanismos fisiopatológicos diferentes e, portanto, precisam de abordagens diferentes. A Declaração de Cartagena é um instrumento em que, pela primeira vez, o cuidado nutricional é elevado à categoria de direito humano e pode ser considerado uma estratégia para dar visibilidade e chamar a atenção dos formuladores de políticas públicas sobre a necessidade de avançar neste campo. Ao incluir esse tipo de desnutrição na abordagem global do problema da desnutrição populacional, estaríamos contribuindo para alcançar as metas dos ODS e, em particular, para o desenvolvimento sustentável dos países.

Palavras-chave: objetivos de desenvolvimento sustentável, direitos humanos, desnutrição.

¹ Instituto de Investigación en Nutrición, Genética y Metabolismo, Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia.

*Correspondencia: Diana Cardenas
dianacardenasbraz@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Según las Naciones Unidas, el desarrollo sostenible se define como el “desarrollo capaz de satisfacer las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer sus propias necesidades. El desarrollo sostenible exige esfuerzos concertados para construir un futuro inclusivo, sostenible y resiliente para las personas y el planeta.”⁽¹⁾. Tiene en cuenta tres elementos básicos: el crecimiento económico, la inclusión social y la protección del medio ambiente. Estos elementos están interrelacionados y son esenciales para lograr el bienestar de las personas y las sociedades⁽¹⁾. El hambre extrema y la malnutrición siguen siendo un enorme obstáculo para el desarrollo sostenible. El hambre y la malnutrición hacen que las personas sean menos productivas y más propensas a sufrir enfermedades, por lo que no suelen ser capaces de aumentar sus ingresos y mejorar sus medios de vida.

Con el objetivo de orientar los esfuerzos de los países para lograr un desarrollo sostenible, en septiembre de 2015, más de 150 jefes de Estado y de Gobierno se reunieron en la histórica Cumbre del Desarrollo Sostenible en la que aprobaron la Agenda 2030 de Naciones Unidas. Esta Agenda contiene 17 objetivos y las 169 metas de aplicación universal que, desde el 1 de enero de 2016, rigen los esfuerzos de los países para lograr un mundo sostenible⁽¹⁾. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) reemplazan a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y buscan lograr aquellas metas que no fueron conseguidas. Lo innovador de los ODS es que insta a todos los países, sin distinción alguna, a adoptar una serie de medidas para promover el desarrollo al tiempo que protegen el planeta. Reconocen que las iniciativas para acabar con temas como el hambre deben ir de la mano de estrategias que favorezcan el crecimiento económico y aborden una serie de necesidades sociales, entre las que cabe señalar la educación, la salud, la protección social y las oportunidades de empleo, a la vez que luchan contra el cambio climático y promueven la protección del medio ambiente. Los ODS no son jurídicamente obligatorios, sin embargo, los países se fijan unas metas que deben lograr a través de acciones y políticas nacionales.

OBJETIVO 2: HAMBRE CERO

Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sosteni-

nible son las metas del objetivo 2 “Hambre cero”. Un mundo sin hambre y en buen estado nutricional puede tener un impacto positivo en la economía, así como en la salud, la educación, la igualdad y el desarrollo social generales. Este objetivo de Hambre Cero es un punto central en la construcción de un futuro mejor para todos los países. El hambre y la desnutrición al frenar el desarrollo humano, impediría que se logren los otros Objetivos de Desarrollo Sostenible, como la educación, la salud y la igualdad de género⁽²⁾ (Tabla 1, Figura 1).

LA DESNUTRICIÓN ASOCIADA A LA ENFERMEDAD Y LOS ODS

La desnutrición asociada a la enfermedad, un tipo específico de desnutrición causada por una enfermedad concomitante, es altamente prevalente en todos los países del mundo^(3,4). En Latinoamérica la prevalencia de desnutrición al ingreso hospitalario es mayor que en otras regiones del mundo, según una revisión de la literatura es de 40 % a 60 %⁽⁵⁾, y aumenta con la duración de la estancia hospitalaria. La desnutrición relacionada con la enfermedad se asocia a una calidad de vida reducida de los pacientes y un aumento de las comorbilidades infecciosas y no infecciosas, la duración de la estadía y los costos que imponen una considerable carga económica y de salud a esos países^(6,7).

El riesgo de desnutrición en el momento de la admisión se ha correlacionado con varios factores entre ellos las alteraciones metabólicas, el impacto de la enfermedad en los requerimientos nutricionales, la disminución de la ingesta de alimentos, los problemas de organización y la falta de sensibilización y educación médica. Consideramos que cualquiera sea la razón, la mayor prevalencia de desnutrición relacionada con la enfermedad en Latinoamérica podría verse influenciada por la mayor prevalencia de hambre y desnutrición de la población en general. Esto significa que las condiciones socioeconómicas y las condiciones de salud pública (acceso y cobertura en salud) pueden influir en la mayor prevalencia de riesgo nutricional hospitalario en la región.

La carga de la desnutrición se investigó en Colombia en pacientes hospitalizados con enfermedad cardiovascular o pulmonar en un estudio multicéntricos realizado por Ruiz et al.⁽⁸⁾. Este estudio mostró que el riesgo de desnutrición detectado con la herramienta *Malnutrition Screening Tool* (MST) se asoció a un aumento de 1,6 días en el promedio de la estancia hospitalaria, con un incremento relativo de 30,13 % en el

Tabla 1. Metas del Objetivo 2: Hambre Cero

2.1 Para 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones vulnerables, incluidos los lactantes, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año
2.2 Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad
2.3 Para 2030, duplicar la productividad agrícola y los ingresos de los productores de alimentos en pequeña escala, en particular las mujeres, los pueblos indígenas, los agricultores familiares, los pastores y los pescadores, entre otras cosas mediante un acceso seguro y equitativo a las tierras, a otros recursos de producción e insumos, conocimientos, servicios financieros, mercados y oportunidades para la generación de valor añadido y empleos no agrícolas
2.4 Para 2030, asegurar la sostenibilidad de los sistemas de producción de alimentos y aplicar prácticas agrícolas resilientes que aumenten la productividad y la producción, contribuyan al mantenimiento de los ecosistemas, fortalezcan la capacidad de adaptación al cambio climático, los fenómenos meteorológicos extremos, las sequías, las inundaciones y otros desastres, y mejoren progresivamente la calidad del suelo y la tierra.
2.5 Para 2020, mantener la diversidad genética de las semillas, las plantas cultivadas y los animales de granja y domesticados y sus especies silvestres conexas, entre otras cosas mediante una buena gestión y diversificación de los bancos de semillas y plantas a nivel nacional, regional e internacional, y promover el acceso a los beneficios que se deriven de la utilización de los recursos genéticos y los conocimientos tradicionales y su distribución justa y equitativa, como se ha convenido internacionalmente. Para ello se deberá: <ul style="list-style-type: none"> 2.a Aumentar las inversiones, incluso mediante una mayor cooperación internacional, en la infraestructura rural, la investigación agrícola y los servicios de extensión, el desarrollo tecnológico y los bancos de genes de plantas y ganado a fin de mejorar la capacidad de producción agrícola en los países en desarrollo, en particular en los países menos adelantados. 2.b Corregir y prevenir las restricciones y distorsiones comerciales en los mercados agropecuarios mundiales, entre otras cosas, mediante la eliminación paralela de todas las formas de subvenciones a las exportaciones agrícolas y todas las medidas de exportación con efectos equivalentes, de conformidad con el mandato de la Ronda de Doha para el Desarrollo. 2.c Adoptar medidas para asegurar el buen funcionamiento de los mercados de productos básicos alimentarios y sus derivados y facilitar el acceso oportuno a información sobre los mercados, en particular sobre las reservas de alimentos, a fin de ayudar a limitar la extrema volatilidad de los precios de los alimentos.

Fuente: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>.

costo promedio asociado a la hospitalización. También se asoció a un aumento en el riesgo de mortalidad hasta 30 días después del alta hospitalaria.

Numerosos estudios han demostrado que el cuidado nutricional puede mejorar los resultados clínicos y reducir los costos de atención médica en diferentes áreas de la enfermedad, como en los pacientes en estado crítico^(9,10), pancreatitis⁽¹¹⁾, adultos mayores⁽¹²⁾, pacientes con disfagia⁽¹³⁾ y pacientes con enfermedad obstructiva crónica⁽¹⁴⁾. A pesar de esta evidencia, la desnutrición relacionada con la enfermedad no se detecta a menudo y, por lo tanto, no se trata en los hospitales, no se generan alertas ni produce inquietud en los responsables de formular las políticas. Son escasos los países que tienen legislaciones y políticas públicas en este tema. A esto se suma que ninguna de las metas del ODS 2, ni de cualquiera de los otros 16 ODS, menciona la desnutrición asociada a la enfermedad (Tabla 1). Esto quiere decir que los gobiernos se centrarán en

abordar la desnutrición y la seguridad alimentaria sin tener en cuenta este tipo específico de desnutrición asociada a la enfermedad.

EL ODS 2 Y LA DECLARACIÓN DE CARTAGENA

Para incluir la problemática de la desnutrición asociada a la enfermedad en la agenda política nacional e internacional y aumentar la probabilidad de que se formulen políticas para combatir este problema, en particular en el ámbito hospitalario, se necesita como primera medida dar visibilidad al problema y generar conciencia sobre su importancia. La Declaración de Cartagena es un instrumento donde, por primera vez, el cuidado nutricional se eleva a categoría de derecho humano. Aunque esta Declaración compromete únicamente a las sociedades a trabajar en su defensa, es un primer paso para dar visibilidad y llamar la atención de los formuladores de políticas

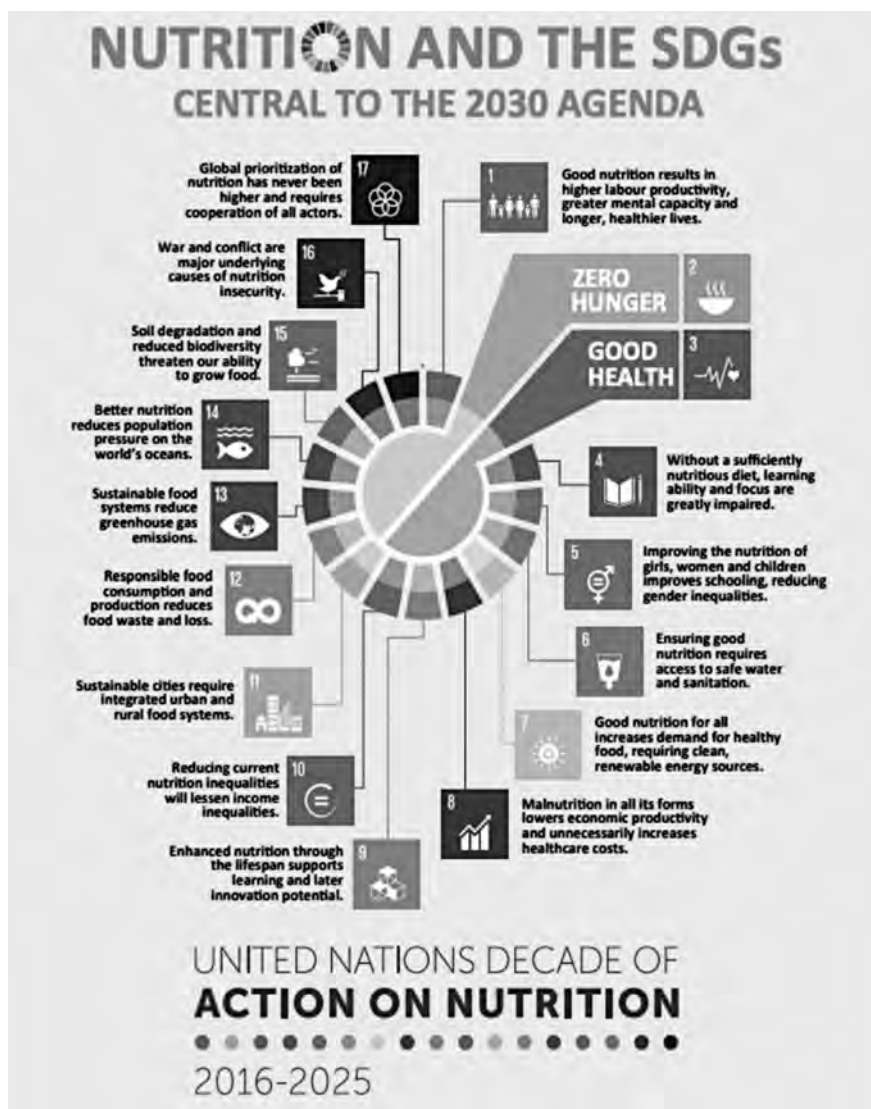
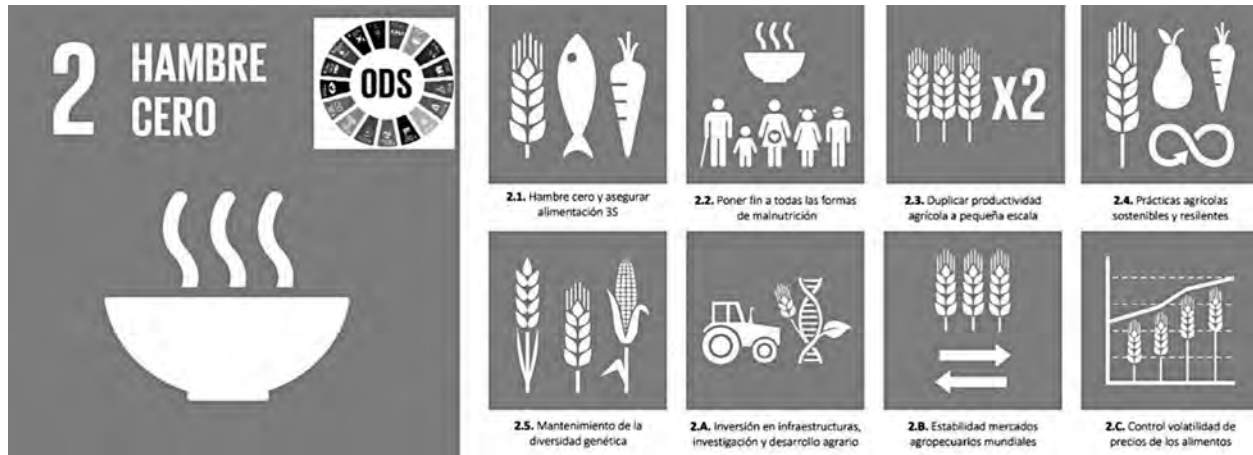


Figura 1. Incluir la desnutrición asociada a la enfermedad y promover el cuidado nutricional en el ámbito clínico contribuye al desarrollo sostenible de los países. Adaptado de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>.

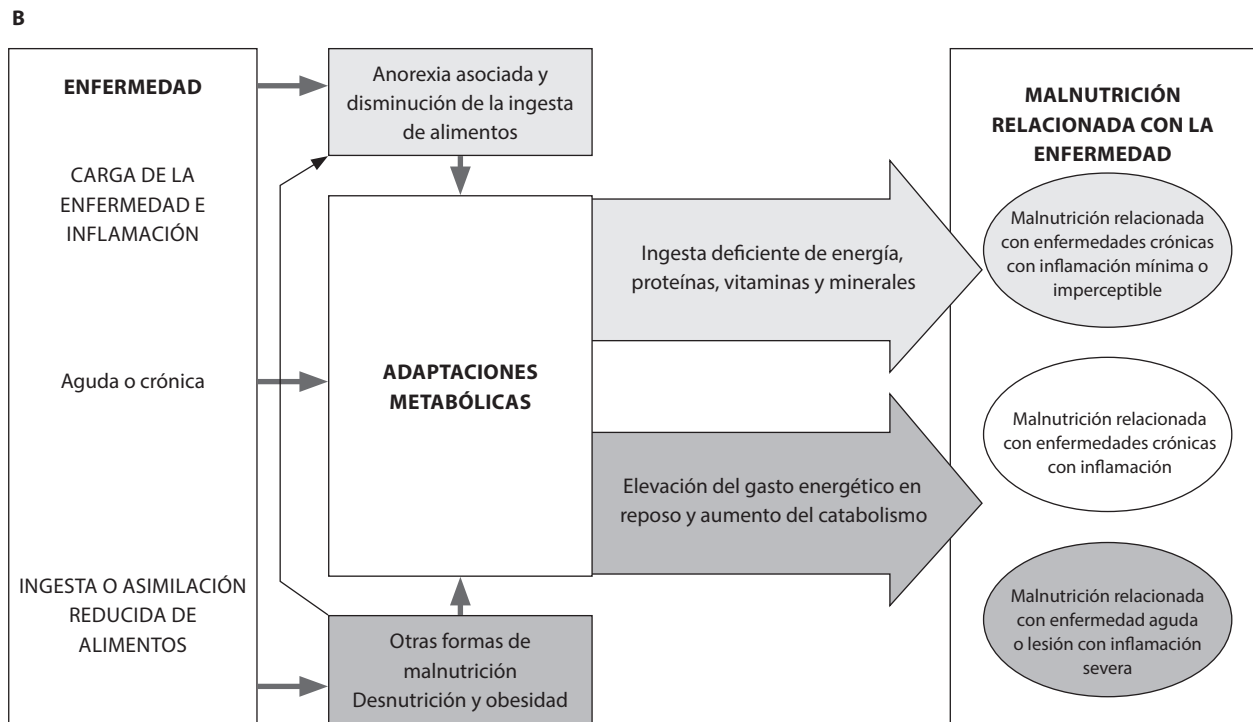
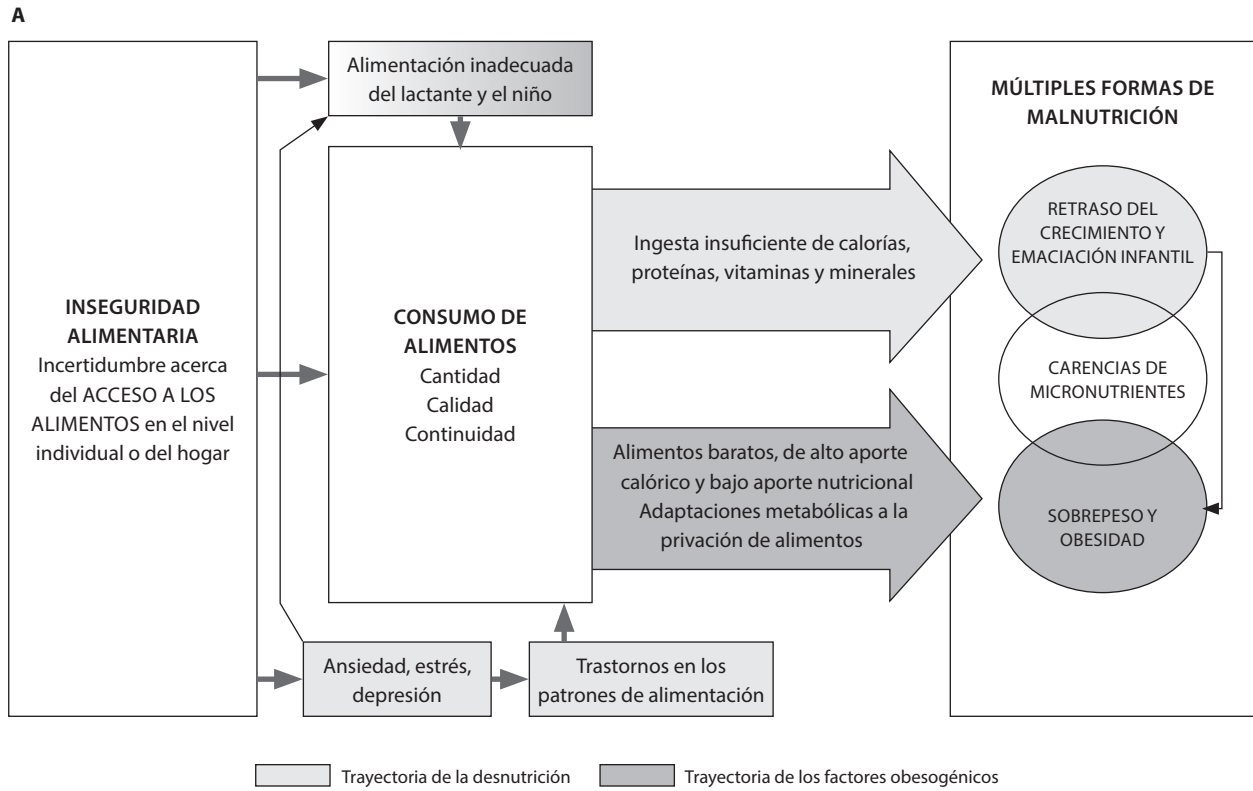


Figura 2. A. Trayectoria del acceso inadecuado a los alimentos a las múltiples formas de malnutrición, según la FAO, 2018⁽¹⁵⁾. **B.** Trayectoria de la enfermedad a las diversas formas de desnutrición. Figura basada en la definición y clasificación de la desnutrición⁽⁴⁾.

públicas. Elevar el cuidado nutricional al rango de derecho humano servirá como una estrategia para que al evaluar y buscar soluciones al problema de desnutrición de la población también se tenga en cuenta la desnutrición asociada a la enfermedad. Esto es esencial si tenemos en cuenta que la malnutrición (bajo peso, sobrepeso y obesidad) asociada a factores socio económicos (mala alimentación, hambre y pobreza) y la desnutrición asociada a la enfermedad tienen orígenes y mecanismos fisiopatológicos distintos; y por lo tanto, necesitan un abordaje diferente (Figura 2).

De esta forma, al hacer visible el problema y luchar por un cuidado nutricional para todos los pacientes, estaríamos contribuyendo al desarrollo sostenible de los países.

CONCLUSIÓN

Cuando las sociedades científicas y los profesionales de la salud asumen la defensa del derecho al cuidado nutricional promueven la visibilidad de esta problemática. El objetivo es lograr que la desnutrición asociada a la enfermedad se incluya dentro del abordaje global del problema de la malnutrición de las poblaciones. De esta forma, desde la ciencia de la nutrición clínica, se está contribuyendo a lograr las metas de los ODS y en concreto al desarrollo sostenible de los países.

Financiación

El presente artículo no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

1. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Internet]. [consultado el 29 octubre 2015]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>.
2. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. ODS 2: Hambre Cero. [Internet]. [consultado el 29 octubre 2015]. Disponible en https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wpcontent/uploads/sites/3/2016/10/2_Spanish_Why_it_Matters.pdf.
3. Sobotka L. Editor. Basics in clinical nutrition. 4th ed. Galen , Prague, 2012.
4. Cederholm CT, 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.
5. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr.* 2017;36:958-67.
6. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr.* 2008;27:5-15.
7. Rodríguez-Manas, Abizanda P, Barcons N, Lizán L. Malnutrition in Institutionalized and Community-Dwelling Older Adults in Spain: Estimates of Its Costs To the National Health System. *Value Health.* 2014;17(7):A507.
8. Ruiz AJ, Buitrago G, Rodríguez N, Gómez G, Sulo S, Gómez C, Partridge J, Misas J, Dennis R, Alba MJ, Chaves-Santiago W, Araque C. Clinical and economic outcomes associated with malnutrition in hospitalized patients. *Clin Nutr.* 2019;38(3):1310-6 doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.016
9. Doig GS, Heighes PT, Simpson F, Sweetman EA, Davies AR. Early enteral nutrition, provided within 24 h of injury or intensive care unit admission, significantly reduces mortality in critically ill patients: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Intensive Care Med.* 2009;35(12):2018-27.
10. Visser J, Labadarios D, Blaauw R. Micronutrient supplementation for critically ill adults: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition.* 2011;27(7-8):745-58.
11. McClave SA, Chang WK, Dhaliwal R, Heyland DK. Nutrition support in acute pancreatitis: a systematic review of the literature. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2006;30(2):143-56.
12. Deutz NE, Matheson EM, Matarese LE, Luo M, Baggs GE, Nelson JL, et al. Readmission and mortality in malnourished, older, hospitalized adults treated with a specialized oral nutritional supplement: a randomized clinical trial. *Clin Nutr.* 2016;35(1):18-26.
13. Cook IJ. Treatment of oropharyngeal dysphagia. *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2003;6(4):273-81.
14. Snider JT, Jena AB, Linthicum MT, Hegazi RA, Partridge JS, LaVallee C, et al. Effect of hospital use of oral nutritional supplementation on length of stay, hospital cost, and 30-day readmissions among medicare patients with COPD. *Chest.* 2015;147(6):1477-84.
15. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The state of food security and nutrition in the world. [Internet]. Roma 2018. (Consultado el :5 september 2019). Disponible en: <http://www.fao.org/3/I9553ES/i9553es.pdf>.



Implementación de la Declaración Internacional sobre el derecho al cuidado nutricional en el ámbito clínico y la lucha contra la malnutrición

Implementation of the International Declaration on the right to nutritional care in the clinical setting and the fight against malnutrition

Implementação da Declaração Internacional sobre o direito ao cuidado nutricional no contexto clínico e o combate à desnutrição

Charles Bermúdez*¹, Angélica Pérez², Milena Puentes³, Lina López⁴, Mery Guerrero⁵, Eloísa García Velasquez⁶, Serrana Tihista⁷, Gertrudis Baptista⁸, Paula Sanchez⁹, Haydee Elena Villafana Medina¹⁰, Lázaro Alfonso¹¹, Tania Palafox¹², Sonia Echeverri¹³, Diana Cardenas¹⁴

Recibido para publicación: 1 de septiembre de 2019. Aceptado para publicación: 15 de octubre 2019.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v2supl1.033>

Resumen

Frente a la alta prevalencia de malnutrición asociada a la enfermedad y la necesidad de avanzar en la educación e investigación en nutrición clínica, se firmó en mayo de 2019 la Declaración de Cartagena. Se trata de la Declaración Internacional sobre el derecho al cuidado nutricional la cual va dirigida a las sociedades, colegios y asociaciones afiliadas a la FELANPE, y a toda organización o institución que promueva la lucha contra la malnutrición.

La Declaración proporciona un marco coherente de 13 Principios los cuales podrán servir de guía en el desarrollo de los planes de acción. Además, servirá como un instrumento para que los Estados formulen políticas y legislen en el campo de la nutrición clínica. Consideramos que el marco general de principios propuesto por la Declaración puede contribuir a crear conciencia acerca de la magnitud de este problema y a forjar redes de cooperación entre los países de la región, y por qué no del mundo. Se estará, entonces, contribuyendo a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas que buscan, para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición.

Summary

Considering the high prevalence of disease-related malnutrition and the need to advance education and research in clinical nutrition, the Cartagena Declaration was signed in May 2019. This is the International Declaration on the right to nutritional care which is addressed to societies, colleges and associations affiliated with FELANPE, and to any organization or institution that promotes the fight against malnutrition.

The Declaration provides a coherent framework of 13 Principles which can serve as a guide in the development of action plans. In addition, it will serve as an instrument for states to formulate policies and legislate in the field of clinical nutrition. We believe that the general framework of principles proposed by the Declaration can contribute to raising awareness about the magnitude of this problem and forging cooperation networks between the countries of the region, and why not, the world. It will be, then, contributing to achieving the United Nations Sustainable Development Goals that seek, by 2030, to end all forms of malnutrition.

Resumo

Face á alta prevalência de desnutrição associada à doença e a necessidade de avançar na educação e pesquisa em nutrição clínica, se assinou em maio de 2019 a Declaração de Cartagena. Esta é a Declaração Internacional sobre o direito ao cuidado nutricional, dirigida a sociedades, faculdades e associações afiliadas na FELANPE e a qualquer organização ou instituição que promova o combate à desnutrição.

A Declaração fornece uma estrutura coerente de 13 Princípios que podem servir como um guia no desenvolvimento de planos de ação. Além disso, servirá como um instrumento para os estados formularem políticas e legislem no campo da nutrição clínica. Acreditamos que o quadro geral dos princípios propostos pela Declaração pode contribuir para a criação de uma consciência sobre a magnitude deste problema e criar redes de cooperação entre os países da região, e porque não do mundo. Contribuirá, então, para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas que buscam, até 2030, acabar com todas as formas de desnutrição.

La Asociación Colombiana de Nutrición Clínica y la FELANPE proponen un programa de implementación el cual tiene como finalidad poner en marcha acciones encaminadas a promover y a poner en práctica cada uno de sus 13 Principios.

Palabras clave: derechos humanos, malnutrición, Principios.

The Colombian Association of Clinical Nutrition and FELANPE propose a program which aims to implement actions aimed at promoting and putting into practice each of its 13 Principles.

Keywords: Human rights; Malnutrition; Principles.

A Associação Colombiana de Nutrição Clínica e a FELANPE propõem um programa de implementação que tem como propósito promover ações e colocar em prática cada um de seus 13 princípios.

Palavras-chave: direitos humanos, desnutrição, Principios.

¹ Departamento de Cirugía. Clínica la Colina y Clínica del Country. Bogotá, D.C., Colombia. Presidente ACNC 2017-2021.

² Departamento de Nutrición y Bioquímica. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, D.C., Colombia. Secretaria ejecutiva ACNC 2017-2021.

³ Liga Contra el Cáncer - Seccional Bogotá. Bogotá, D.C., Colombia. Tesorera ACNC 2017-2021.

⁴ Grupo de Soporte Metabólico y Nutricional. Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, D.C., Colombia. Vice-presidente ACNC 2017-2021.

⁵ Servicio de Nutrición Clínica y Dietética de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, Guayaquil, Ecuador. Presidente de la Asociación Ecuatoriana de Nutrición Parenteral y Enteral, ASENPE.

⁶ Departamento de Soporte Nutricional y Nutrición, Hospital Clínica San Francisco. Guayaquil, Ecuador. Secretaria de FELANPE.

⁷ Departamento de Nutrición, Centro Nacional de Quemados. Docente de Escuela de Nutrición de la Universidad de la República, Uruguay.

⁸ Universidad Central de Venezuela. Unidad de Soporte Nutricional, Hospital Universitario de Caracas. FASPEN.

⁹ Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.

¹⁰ Hospital regional docente de Trujillo, Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Expresidente de la ASPETEN.

¹¹ Hospital Pediátrico Universitario William Soler Ledea, La Habana. Cuba, Presidente Sociedad Cubana Nutrición Clínica y Metabolismo. Miembro Consejo Fiscal FELANPE 2018-2020.

¹² Nutrición Clínica, Centro Médico Dalinde, Ciudad de México, México. Representante de Nutricionistas Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional.

¹³ Comité de Ética Hospitalaria y de Humanismo y Bioética. Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia. Vice-presidente FELANPE Región Centro 2019-2020.

¹⁴ Instituto de Investigación en Nutrición, Genética y Metabolismo, Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia.

*Correspondencia: Charles Bermúdez
chebermud@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La Declaración de Cartagena debe ser considerada punto de partida para el desarrollo de acciones que busquen promover el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición. Los principios en ella establecidos deben transformarse en acciones concretas. Para ello, se propone un programa de implementación el cual tiene como finalidad poner en marcha acciones encaminadas a promover cada uno de sus 13 Principios (Figura 1).

El programa de implementación de la Declaración de Cartagena se justifica, primero, por la necesidad de promover un mejor cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición asociada a la enfermedad. Su fundamento es el reconocimiento del cuidado nutricional como un derecho humano emergente que implica que se debería respetar, proteger y cumplir el derecho a que toda persona se beneficie de las etapas del cuidado nutricional que conllevan a una adecuada terapia nutricional (suplementos, dieta terapéutica, nutrición ente-

ral y parenteral)⁽¹⁾. Esto significa que el paciente tiene derecho a beneficiarse de las etapas del cuidado nutricional por parte de un equipo de expertos, y el gobierno debería poder garantizarla. Este derecho humano es indisoluble del derecho a la salud y el derecho a la alimentación. Estamos convencidos de que promover este derecho desde el nivel de atención primaria hasta las instituciones hospitalarias de alta complejidad es un mecanismo que permitirá luchar contra el problema de la malnutrición y promover una terapia nutricional en condiciones de dignidad para todos⁽¹⁾.

Segundo, la necesidad de avanzar en temas de educación e investigación en nutrición clínica. La poca formación y entrenamiento de los profesionales de la salud (médicos, nutricionistas, enfermeras y farmacéuticos, entre otros) en el campo de la nutrición clínica es alarmante⁽²⁾. A esto se suma la falta de concientización de estos profesionales sobre la importancia de abordar con los pacientes los problemas nutricionales en forma adecuada. La integración en los currículos de pregrado de contenidos y un número suficiente de horas de



Figura 1. Etapas de la Declaración de Cartagena

enseñanza de la nutrición es una prioridad. Además, es fundamental el reconocimiento de la nutrición clínica como una especialidad para poder promover su enseñanza en el posgrado y en programas de educación continuada. Brindar educación nutricional de alta calidad a médicos y otros profesionales de la salud es un mecanismo que contribuye a construir poblaciones más sanas. De la mano de la educación, la investigación promoverá y asegurará el desarrollo de la disciplina. Es prioritario el desarrollo de líneas de investigación sobre los problemas más frecuentes en este campo. En particular, se deben orientar los esfuerzos al entendimiento de la fisiopatología de la malnutrición, de las alteraciones y adaptaciones metabólicas y nutricionales a través de tecnología innovadora (por ejemplo, la metabolómica) lo que será importante para optimizar el tratamiento y desarrollar nuevas estrategias tendientes a obtener mejores resultados.

Tercero, la necesidad de tener herramientas para abordar los cuestionamientos y dilemas bioéticos. La

posibilidad de alimentar a todas las personas enfermas que lo requieran gracias a los avances de la ciencia y la tecnología conlleva cuestionamientos y dilemas bioéticos. Consideramos que el ejercicio de la nutrición clínica debe realizarse en el marco de un conjunto de principios y valores éticos el cual debe tener como fundamento el respeto de la dignidad humana. La Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO promulgada el 19 de octubre de 2005, sirvió como referencia para el desarrollo de estos principios.

En este artículo presentaremos los lineamientos generales del programa de implementación de la Declaración de Cartagena, en particular el desarrollo de la caja de herramientas.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN

1. Definir los mecanismos necesarios para promover la Declaración de Cartagena en el ámbito académico, con las sociedades científicas nacionales e internacionales, en las instituciones de salud, con la industria farmacéutica y los gobiernos.

Las acciones encaminadas a cumplir este objetivo se han determinado desde la firma misma de la Declaración y se mantendrán de manera continua.

2. Desarrollar las herramientas necesarias para la implementación de los principios de la Declaración de Cartagena. La difusión de las herramientas iniciará en tercer trimestre de 2019 y se extenderá hasta 2020.
3. Adoptar la estrategia para medir, a través de indicadores, el cumplimiento de la implementación de la Declaración de Cartagena. En primera instancia se definirán y se desarrollarán los indicadores para posteriormente promocionar su implementación.

GRUPOS DE INTERÉS

El programa de implementación y el desarrollo de las herramientas del programa estarán a cargo de tres grupos de interés conformados por expertos en nutrición clínica de Latinoamérica.

- Investigación y educación
- Ética
- Promoción del cuidado nutricional

Cada grupo de interés se centrará en el desarrollo de herramientas que tengan en cuenta los principios de la Declaración. La relación de los grupos de interés con los principios de la Declaración de Cartagena se muestra en la Tabla 1.

LA CAJA DE HERRAMIENTAS

Estará conformada por las nueve herramientas siguientes:

1. Manual y guía de implementación del proceso de cuidado nutricional

El objetivo de este manual es brindar los lineamientos y las herramientas básicas necesarias para implementar el modelo del cuidado nutricional en las instituciones y en los distintos niveles de atención nutricional en Latinoamérica. Incluirá recomendaciones sobre el uso de herramientas de tamizaje, diagnóstico, terapia nutricional y vigilancia. Además, facilitará los argumentos económicos y científicos para promover el desarrollo del cuidado nutricional en las instituciones o los sistemas de salud. Con esta herramienta se busca proporcionar orientación detallada para mejorar el cuidado nutricional en la práctica clínica y para que las instituciones que aún no cuentan con una estructura de cuidado nutri-

cional puedan implementarla. Es decir, que esta herramienta también pretende dar asistencia metodológica para desarrollar el modelo de cuidado nutricional, recomendaciones sobre la planificación, la implementación y el monitoreo del cuidado nutricional.

2. Guía para el fomento de la creación de grupos interdisciplinarios de terapia nutricional

Con esta herramienta se busca proporcionar orientación detallada para la creación de grupos interdisciplinarios de terapia nutricional. Dará asistencia metodológica y operativa para desarrollarlos.

3. Manual para educación y empoderamiento del paciente

El objetivo de este manual es brindar los lineamientos y las herramientas básicas necesarias para educar y empo-

Tabla 1. Grupos de interés y los principios de la Declaración de Cartagena

Principios de la Declaración de Cartagena		Grupos de interés		
Principios		Promoción del cuidado nutricional	Investigación y Educación	Ética
1	La alimentación en condiciones de dignidad de la persona enferma	x		x
2	El cuidado nutricional es un proceso	x		
3	El empoderamiento de los pacientes como acción necesaria para mejorar el cuidado nutricional	x		x
4	El enfoque interdisciplinario del cuidado nutricional	x	x	x
5	Principios y valores éticos en el cuidado nutricional	x	x	x
6	La integración de la atención en salud basada en el valor (aspectos económicos)	x		
7	La investigación en nutrición clínica es un pilar para el cumplimiento del derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición		x	
8	La educación en nutrición clínica es un eje fundamental para el cumplimiento del derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición		x	
9	Fortalecimiento de las redes de nutrición clínica	x	x	x
10	Creación de una cultura institucional que valore el cuidado nutricional	x		x
11	Justicia y equidad en el cuidado nutricional	x		x
12	Principios éticos, deontológicos y de transparencia de la industria farmacéutica nutricional (IFyN)	x		x
13	Llamado a la acción internacional	x	x	x

derar al paciente. El desarrollo de este manual tendrá como punto de partida la revisión de la literatura y una reunión de consenso de expertos.

4. Política de ética y transparencia para las sociedades de nutrición

Su objetivo es desarrollar un documento modelo donde se defina una política de ética y transparencia basada en los principios de la Declaración. El objetivo principal es favorecer relaciones éticas y más transparentes entre las sociedades científicas y diferentes actores, como la industria farmacéutica, entre otros.

5. Manual de fundamentos y principios éticos en nutrición

Se realizarán materiales explicativos y académicos de los principios y fundamentos éticos para facilitar el abordaje de los problemas y dilemas éticos en nutrición. El desarrollo de este manual tendrá como punto de partida la revisión de la literatura y una reunión de consenso de expertos.

6. Manual de principios de la investigación en nutrición clínica

El objetivo de este manual es brindar los lineamientos y las herramientas básicas necesarias para promover la investigación en nutrición clínica.

7. Currículo base para la enseñanza de la nutrición clínica en pregrado (medicina, nutrición, enfermería, farmacia, etc.)

El currículo base para pregrado tiene como objetivo establecer las competencias, actitudes y habilidades necesarias para los profesionales de la salud. Se iniciará con el currículo base para los médicos. El currículo se realizará luego de una revisión de la literatura y una reunión de consenso de expertos.

8. Currículo y competencias en nutrición para la educación posgraduada

El currículo incluirá las recomendaciones y el contenido curricular mínimo así como las competencias para el profesional de la salud que quiera desarrollarse en las áreas de la nutrición clínica y la terapia nutricional. El currículo se realizará luego de una revisión de la literatura y una reunión de consenso de expertos.

9. Estrategias y directivas para la creación de políticas pública y legislación en nutrición clínica

Esta directiva tendrá los elementos clave para poner en la agenda política y de salud pública el tema de la malnutrición. Se realizará una encuesta para conocer el estado actual de las legislaciones y políticas públicas en nutrición clínica de todos los países parte de la FELANPE.

CONCLUSIÓN

El programa de implementación tiene como misión traducir los principios de la Declaración de Cartagena en acciones concretas. La caja de herramientas representa un paso importante para que el cuidado nutricional sea reconocido con un derecho humano. Mientras la Declaración de Cartagena contiene los Principios sobre lo que debe hacerse, la caja de herramientas muestra la manera como esto puede ser realizado. Se incluirán una serie de herramientas analíticas, prácticas y educativas que ofrecen orientación y consejos sobre los aspectos prácticos de los 13 Principios. El programa llega en un momento oportuno. Las sociedades, colegios y asociaciones de nutrición clínica buscan la manera de mejorar las tasas de malnutrición asociada a la enfermedad y promover la educación y la investigación en nutrición clínica. En ese sentido, estas herramientas representan una valiosa orientación. La FELANPE mantiene su compromiso para seguir apoyando estos esfuerzos.

Financiación

El presente artículo no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Declaración de autoría

Los autores declaran que revisaron de artículo y validaron su versión final.

Referencias bibliográficas

1. Cardenas D, Bermudez CH, Echeverri S. Is nutritional care a human right? Clin Nutr Exp. 2019;26:1-7.
2. Crowley J, Ball L, Hiddink GJ. Nutrition in medical education: a systematic review. Lancet Planet Health. 2019; 3: e379-89.