



Mesa Debate

¿Es la atención nutricional durante la enfermedad un derecho humano? *Is nutritional care during disease a human right?*

Moderadora:

Pilar Matía Martín

Ponentes:

Julia Álvarez Hernández. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Cristina Cuerda Compés. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

INTRODUCCIÓN

Según la *Guía de Implementación de los Derechos Humanos* (1), se apunta que “los derechos humanos son principios morales considerados como normas que tienen como objetivo proteger a las personas de los abusos sociales y políticos”. Estos derechos fueron reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, tras las atrocidades cometidas durante el Holocausto, y son importantes porque permiten a las personas vivir en dignidad, libertad, igualdad, equidad, justicia y paz. Los derechos humanos son universales, inalienables, interconectados, indivisibles y no discriminatorios, reflejando el mínimo necesario para poder vivir con dignidad.

DERECHOS HUMANOS, SALUD Y NUTRICIÓN CLÍNICA

Existe una interconexión entre los derechos humanos y la salud, ya que la violación de algunos derechos humanos conduce inequívocamente a una mella en el bienestar; por ejemplo, la violencia, la tortura, la esclavitud, las prácticas peligrosas pueden dar lugar, sin duda, a una enfermedad. Con esto cabe concluir que la salud y los derechos humanos deben informar e inspirarse entre sí.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el derecho a la alimentación es fundamental, y el acceso inadecuado a los alimentos puede dar lugar a desnutrición, sobrepeso, obesidad u otros problemas de salud (2). En el caso de la Nutrición Clínica, no solo se tiene en cuenta el derecho a la alimentación, sino que se considera la

propia enfermedad; el componente inflamatorio que conllevan estas patologías condiciona la evolución de las distintas formas y grados de desnutrición (3,4).

En 1974, el Dr. C.E. Butterworth, cirujano de Estados Unidos, llamó la atención de la comunidad científica sobre las prácticas atentatorias en relación con el estado nutricional del paciente: no se conocía ni el peso ni la talla de los pacientes, no se monitorizaban las ingestas, no se revisaban las necesidades nutricionales, se mantenían ayunos innecesarios en el proceso diagnóstico y terapéutico, no había comunicación entre profesionales acerca de la alimentación del paciente, se tardaba mucho en plantear un tratamiento nutricional... (5). Toda esta serie de condiciones conducían al deterioro del estado nutricional de los pacientes. Este artículo conmovió a la comunidad científica en EE. UU., y a finales de los años 70 comenzaron a aparecer modelos de organización en la atención nutricional de los hospitales americanos en los que intervenían equipos multidisciplinares que se denominaron Equipos de Soporte Nutricional (*Nutritional Support Teams*).

En Nutrición Clínica necesitamos un enfoque basado en derechos humanos ya que, a pesar del avance del conocimiento en el área del tratamiento nutricional y del control de la infamación, se siguen generando situaciones adversas que dificultan la consecución de los objetivos nutricionales en los enfermos. Gran parte de la desnutrición hospitalaria se genera debido a que se obliga al paciente a ayunar por razones diagnósticas o terapéuticas, a las exigencias de la propia enfermedad que condicionan una reducción de ingesta, y a la disminución de absorción de nutrientes y/o aumento de requerimientos; además, también influye la falta de sensibilidad de los profesionales y las instituciones sobre aspectos relacionados con la nutrición en el contexto clínico.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de interés.

Matía Martín P, Cuerda Compés C, Álvarez Hernández J. ¿Es la atención nutricional durante la enfermedad un derecho humano? *Nutr Hosp* 2023;40(N.º Extra 1):58-65

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04682>

©Copyright 2023 SENPE y ©Arán Ediciones S.L. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Estas afirmaciones se apoyan en los datos recogidos en el proyecto *Nutrition Day*, auto auditoría que se realiza un día al año en distintas instituciones sanitarias: centros hospitalarios, residencias u otros servicios. Fue una iniciativa propuesta en 2004 por la Universidad de Viena y ESPEN (*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*), con la que se pretendía analizar información de cientos de miles de pacientes. En 2005, 5 países europeos la testaron y se abrió de forma libre esta actividad en 2006; en la actualidad participan en el *Nutrition Day* 71 países, en 37 lenguas distintas, y permite obtener información relevante sobre el riesgo nutricional de los pacientes.

En el contexto del *Nutrition Day* se ha descrito una prevalencia global de riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados del 32 %, riesgo que se relaciona con mayor mortalidad intrahospitalaria, estancias más prolongadas y menor probabilidad de alta a domicilio (6).

Del análisis de la base de datos del estudio transversal *Nutrition Day* (2006-2015), y del análisis del estado del proceso de cuidado nutricional y los desenlaces (2016-2018) en unidades médicas, quirúrgicas y de larga estancia (n = 153.470), también

se extraen aportaciones de interés (7). Así, se determina que el proceso de cuidado nutricional no se realizaba en más del 50 % de los pacientes en unidades médicas, quirúrgicas y de larga estancia; además, casi el 50 % de pacientes con antecedentes de pérdida de peso no tenían control de su ingesta nutricional durante su estancia en el hospital. Tampoco se consultó a un experto en nutrición en más del 46 % de los pacientes, y el registro de la desnutrición en la historia clínica del paciente fue siempre inferior al 41 % (infracodificación) (Fig. 1).

De la base de datos del *Nutrition Day* 2009-2015 también se desvelaba que solo un 29 % de los pacientes en riesgo recibía algún tipo de tratamiento nutricional (6).

En el estudio PREDyCES (8-10) se obtuvieron datos muy similares. En España, entre 2009-2010, los pacientes en riesgo nutricional solo recibían suplementación oral en el 25 % de los casos, 5 % estaban con nutrición enteral y 8 % eran tratados con nutrición parenteral. Estos resultados pusieron en evidencia el importante déficit de tratamiento que reciben estos enfermos (Fig. 2).

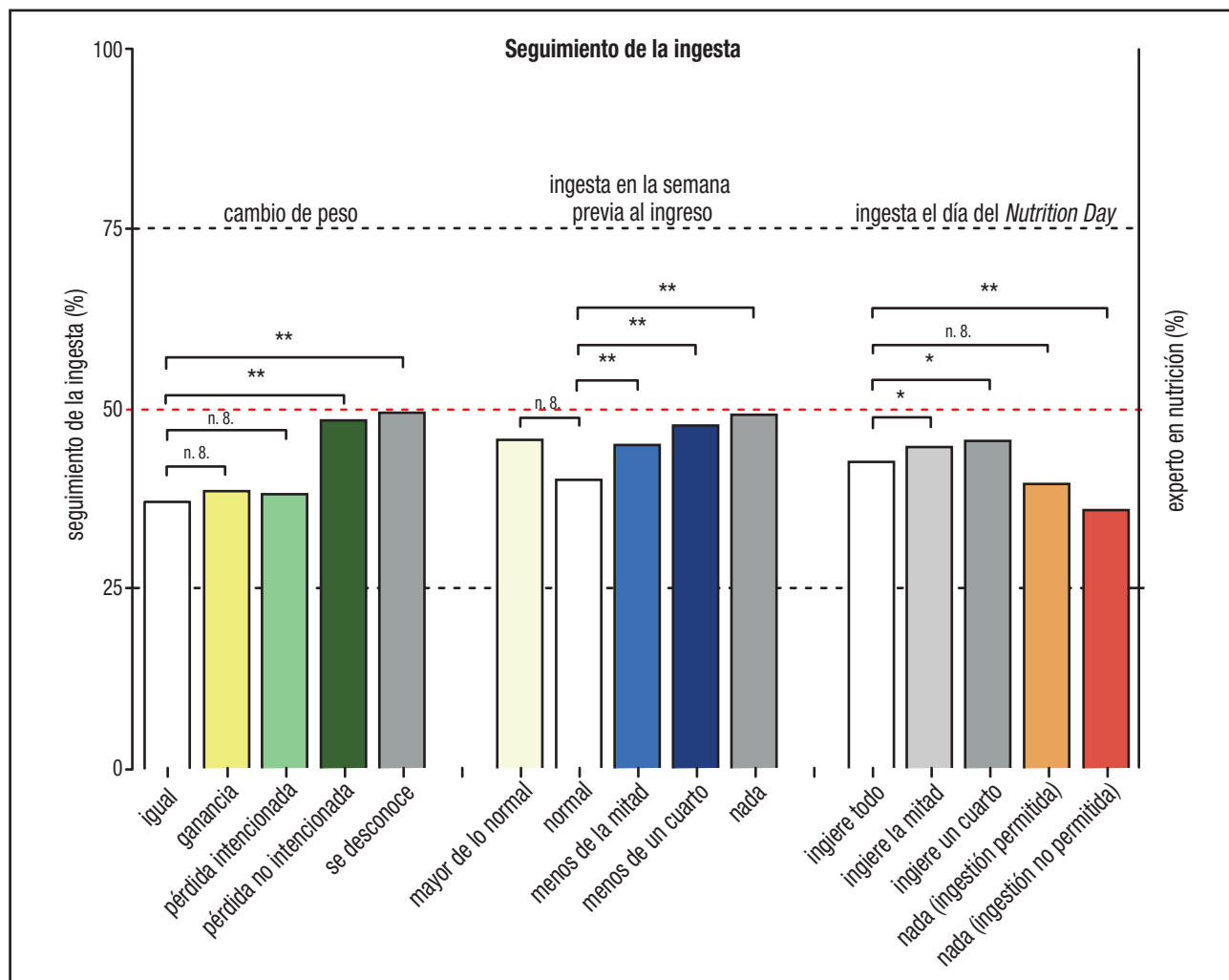


Figura 1. Porcentaje de pacientes con ingesta de alimentos monitorizada. Fuente: cita 7.

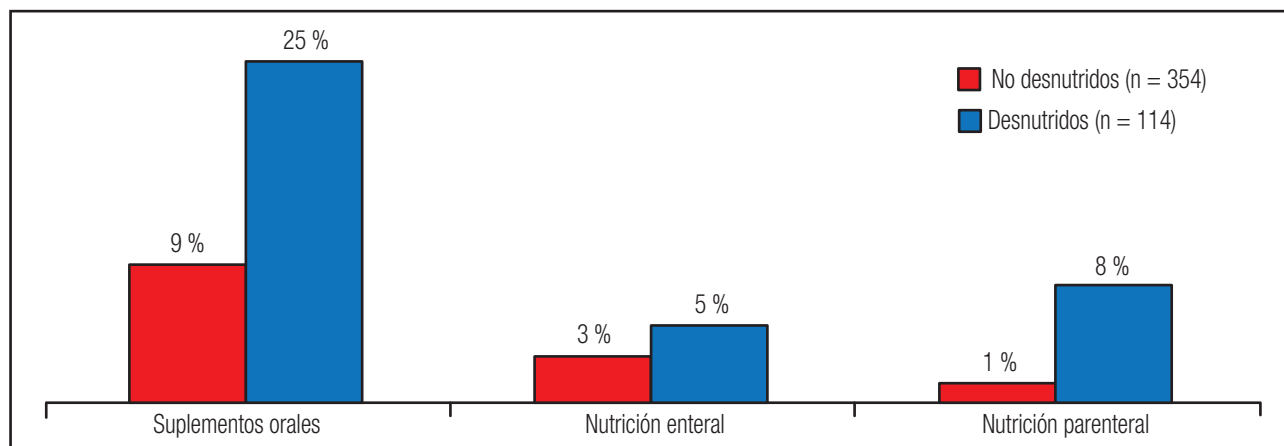


Figura 2.

Frecuencia de intervenciones nutricionales hospitalarias. Fuente: cita 10.

UNA CUESTIÓN DE ÉTICA

Pero la necesidad de contar con un enfoque basado en derechos humanos en nutrición clínica también se basa en matices éticos: la falta de acceso al cuidado nutricional deriva en una privación de principios éticos como la beneficencia, la autonomía y la justicia, además de ser una violación de la dignidad humana.

La propuesta de que el cuidado de la alimentación debería ser un derecho surgió hace años; sin embargo, aún es una asignatura pendiente y algo que los pacientes, los decisores políticos y la sociedad deben empezar a reclamar y solventar.

En 2003 se publicó la resolución del Derecho a la Alimentación en los Hospitales planteada por el *Council of Europe Committee of Ministers*, con una repercusión relevante. En 2008, la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE), a la cual pertenece la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE), redactó la “Declaración de Cancún del Derecho a la Alimentación en los Hospitales”; esta declaración se modificó en 2019, pasando a llamarse “Derecho al Cuidado Nutricional” conocida también como la Declaración de Cartagena. Esto llevó a la creación de un grupo internacional de trabajo del que forman parte ASPEN (*American Society of Parenteral and Enteral Nutrition*), ESPEN (*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*), FELANPE, PENZA (*Parenteral and Enteral Nutrition Society of Asia*), SASPEN (*South African Society for Parenteral and Enteral Nutrition*) y WASPEN (*West African Society of Parenteral and Enteral Nutrition*). Tras estas iniciativas se espera que en el año 2022, en el 44.º Congreso de ESPEN, se pueda disponer de una declaración global del “Derecho al Cuidado Nutricional” que se conocerá como la Declaración de Viena¹. En esta esperada declaración global se distinguen el concepto del derecho a la alimentación y el derecho al cuidado nutricional, siendo este último parte de un tratamiento especial que se ofrece a un paciente enfermo. Estos conceptos no son superponibles, aunque sí están conectados (11).

CUIDADO NUTRICIONAL, UN DERECHO HUMANO

El cuidado nutricional debe asumirse ya como un derecho humano. Actualmente se contemplan 3 niveles en el abordaje del cuidado nutricional desde la perspectiva de los derechos humanos:

1. *Un análisis de causalidad*: buscando la causa (por ejemplo, en el origen de la desnutrición y de la ausencia de cuidado nutricional).
2. *Un análisis de la obligación*: ayudando a definir quién tiene la obligación, qué obligaciones son y para quién (especialmente en la identificación de las causas).
3. *Un análisis de intervención*: identificar las intervenciones necesarias para salvaguardar las necesidades de los beneficiarios de derecho y mejorar la actuación de los garantes de esos derechos.

Los derechos pueden articularse en un grupo de valores conocidos por las siglas en inglés FREDa, que responden a Justicia (*Fairness*), Respeto (*Respect*), Equidad (*Equity*), Dignidad (*Dignity*) y Autonomía (*Autonomy*). En el ámbito del cuidado nutricional estas siglas tienen una aplicación clara como, por ejemplo: el consentimiento del paciente, la comunicación con él, el proceso de intervención considerando los valores del enfermo salvaguardando su dignidad, entre otros (Fig. 3).

Estos valores FREDa en el cuidado nutricional se encuentran con barreras como la falta de reconocimiento de la desnutrición, de educación de los profesionales sanitarios, pacientes y población, de reembolso de los tratamientos nutricionales, de legislación pública adecuada y de concienciación a nivel político.

El fundamento del derecho al cuidado nutricional se basa en que la merma de este derecho compromete la dignidad humana del paciente y compromete los principios éticos. Los garantes del derecho son el Estado, los decisores políticos, los gestores institucionales y los cuidadores, entre otros.

¹La Declaración de Viena fue aprobada en el último congreso de ESPEN en septiembre de 2022.

¿Cómo pueden los profesionales sanitarios aplicar los principios FREDa en la práctica diaria?

Justicia (Fairness)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aportando información relevante 2. Buscando el consentimiento 3. Protegiendo la información personal 4. Apoyando a la persona a realizar un documento de voluntades anticipadas 5. Participando en las decisiones
Respeto (Respect)	<ol style="list-style-type: none"> 6. Comunicación en el día a día 7. Planificación centrada en la persona 8. Respalando el logro de los derechos humanos
Equidad (Equity)	<ol style="list-style-type: none"> 9. Aportando a todos una atención nutricional de calidad 10. Suponiendo y respaldando la capacidad 11. Fomentando la igualdad y un servicio respetuoso con los derechos humanos
Dignidad (Dignity)	<ol style="list-style-type: none"> 12. Cumpliendo con la necesidad nutricional básica 13. Manteniendo la privacidad 14. Comunicándose de forma efectiva
Autonomía (Autonomy)	<ol style="list-style-type: none"> 15. Buscando el consentimiento 16. Comprendiendo y respetando la voluntad y las preferencias de la persona 17. Respalando la capacidad y respondiendo en consecuencia



La atención nutricional es un derecho humano

Figura 3. Como se pueden aplicar los principios FREDa en la práctica nutricional. Fuente: cita 16.

El alcance de todo esto, su contenido, es poder declarar el derecho humano a beneficiarse de todo el proceso de atención nutricional: del derecho a ser examinado y diagnosticado por desnutrición relacionada con la enfermedad, a recibir dieta hospitalaria regular o dieta terapéutica (modificación realizada sobre el plan dietético basal de forma individualizada en función de la enfermedad y de las características del enfermo) y a la atención médica basada en evidencia. Esto garantiza que los pacientes reciban una terapia nutricional administrada por un equipo interdisciplinar de expertos, teniendo los gestores el deber de garantizarla. De esta forma se busca proporcionar a todas las personas, especialmente a los enfermos, el acceso al cuidado nutricional óptimo mientras se trata de reducir las elevadas tasas de desnutrición hospitalaria y de morbilidad asociadas (3,4). Este planteamiento del derecho está vinculado a los aspectos éticos, ya que cada uno de los momentos del abordaje nutricional puede relacionarse con diferentes valores (12) (Fig. 4).

El derecho al cuidado nutricional no implica que haya obligación de alimentar a los pacientes en cualquier estadio de la enfermedad y a cualquier coste; por el contrario, el derecho implica que se debe tomar la medida adecuada para cada enfermo, según su caso. Esto puede incluir la decisión de no nutrir al paciente al final de la vida, cuando el paciente, la familia y el equipo médico lo deciden como lo más oportuno.

El cuidado nutricional se encuentra en la intersección entre el derecho a la salud y el derecho a la alimentación, por lo que crea

oportunidades para su aplicación en legislación, políticas y programas para la atención nutricional a los pacientes (3) (Fig. 5).

IMPLICACIONES

El reconocimiento del cuidado nutricional como derecho humano permite identificar objetivos y prioridades, reconocer los deberes de las distintas partes implicadas y cumplir con el compromiso ético necesario para respetar la dignidad del paciente, reconocer la vulnerabilidad del enfermo desnutrido y promover la justicia y la igualdad.

La exigencia de muchos profesionales de elevar el cuidado nutricional se ha ido fraguando con los años. Jen Kondrup, una figura relevante en ESPEN y diseñador de un cribado nutricional muy utilizado a nivel hospitalario, hacía referencia en 2004 a que “proporcionar en el hospital una nutrición adecuada debería considerarse un derecho humano” (13). Tras esta publicación, muchos grupos se han sumado a esta idea, respaldando la implantación del cuidado nutricional como derecho humano (3,14).

En los últimos años se han publicado varios artículos (3,15) relacionados con esta temática. Actualmente se está realizando una encuesta internacional para evaluar la implementación de los derechos humanos en el cuidado nutricional en la práctica clínica, previa a la declaración en Viena del Derecho al Cuidado Nutricional.

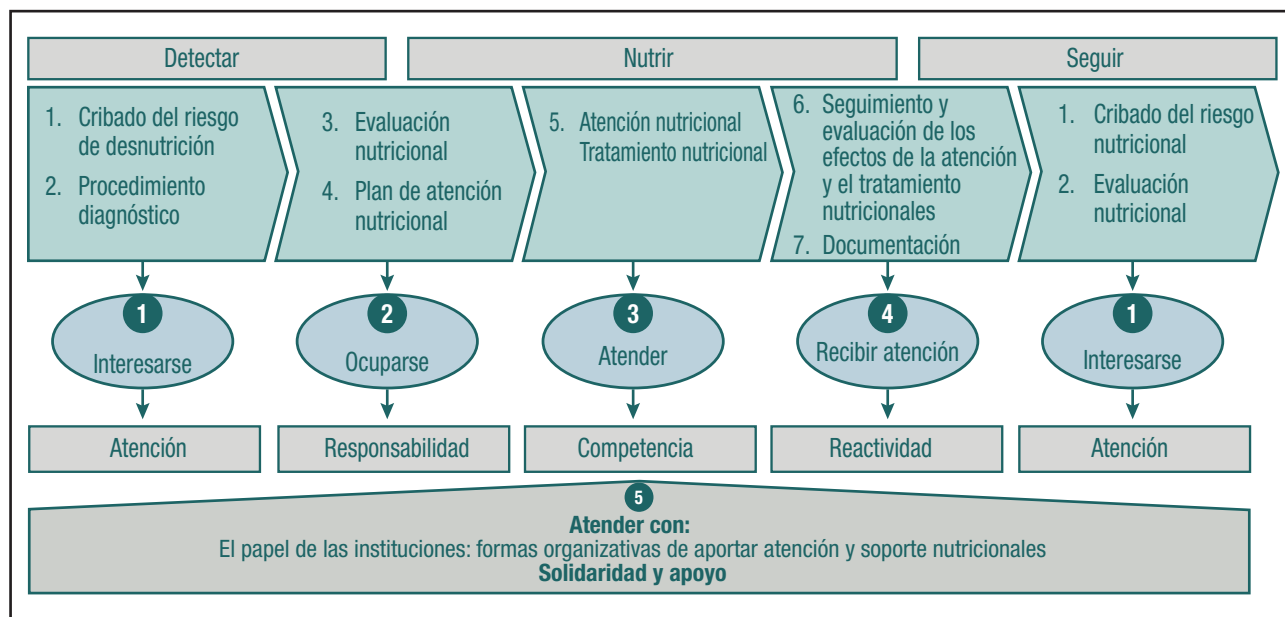


Figura 4. Relación entre los principios éticos y los momentos del abordaje nutricional. Fuente: cita 16.

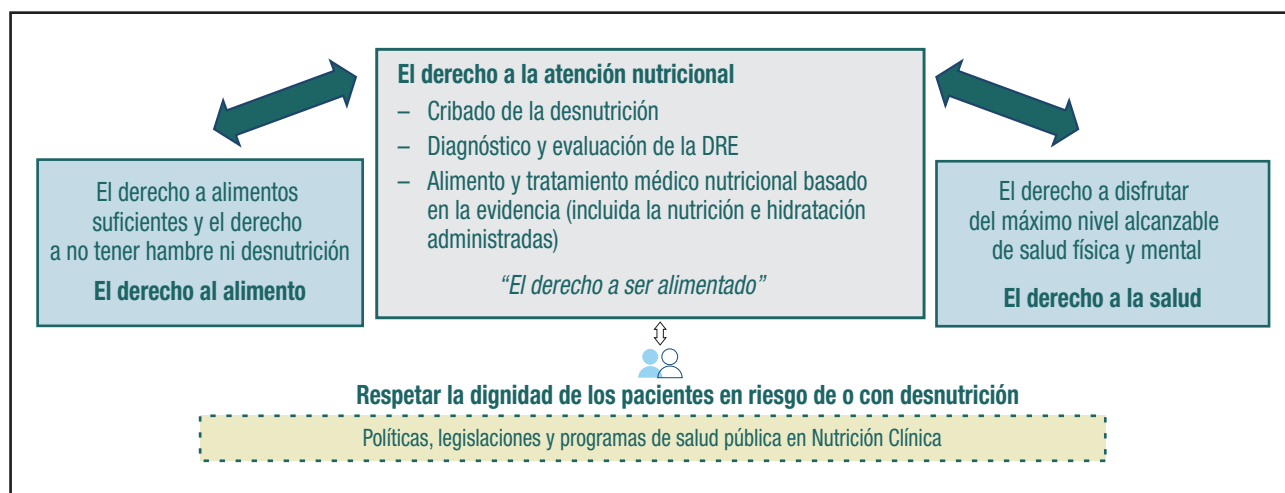


Figura 5. Programas y legislaciones de salud pública en nutrición clínica (DRE: desnutrición relacionada con la enfermedad). Fuente: cita 3.

CONCLUSIONES

- Como resumen final de este análisis nos gustaría destacar tres mensajes clave:
- El cuidado nutricional ha sido definido como un derecho humano.
 - Las implicaciones que se derivan de la aplicación del enfoque basado en derechos humanos nos conciernen a todos: clínicos, pacientes y decisores políticos.
 - El compromiso global en torno a este derecho permitirá avanzar en el acceso al cuidado nutricional.

BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations. Human Rights Indicators A Guide to Measurement and Implementation; 2012.
2. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Le droit à l'alimentation : le temps d'agir : avancées et enseignements tirés lors de la mise en application; 2012.
3. Cardenas D, Correia MITD, Ochoa JB, Hardy G, Rodriguez-Ventimilla D, Bermúdez CE, et al. Clinical nutrition and human rights. An international position paper. Clin Nutr 2021;40(6):4029-36. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.02.039
4. Braz DC. Nutrición clínica y el enfoque basado en derechos humanos. Rev Nutr Clínica y Metab. 2019;2(Sup.):49-45.
5. Butterworth CE. The Skeleton in the Hospital Closet. Nutr Today 1974;9(2):4-8. DOI: 10.1097/00017285-197403000-00001

6. Cardenas D, Bermúdez C, Pérez A, Díaz G, Cortes LY, Contreras CP, et al. Nutritional risk is associated with an increase of in-hospital mortality and a reduction of being discharged home: Results of the 2009-2015 nutritionDay survey. *Clin Nutr ESPEN* 2020;38:138-45. DOI: 10.1016/j.clnesp.2020.05.014
7. Hiesmayr M, Tarantino S, Moick S, Laviano A, Sulz I, Mouhieddine M, et al. Hospital Malnutrition, a Call for Political Action: A Public Health and Nutrition-Day Perspective. *J Clin Med* 2019;8(12):2048. DOI: 10.3390/jcm8122048
8. León-Sanz M, Brosa M, Planas M, García-de-Lorenzo A, Celaya-Pérez S, Hernández JÁ; PREDyCES Group Researchers. PREDyCES study: The cost of hospital malnutrition in Spain. *Nutrition* 2015;31(9):1096-102. DOI: 10.1016/j.nut.2015.03.009
9. Planas Vila M, Álvarez Hernández J, García de Lorenzo A, Celaya Pérez S, León Sanz M, García-Lorda P, et al. The burden of hospital malnutrition in Spain: methods and development of the PREDyCES® study. *Nutr Hosp* 2010;25(6):1020-4.
10. Álvarez-Hernández J, Planas Vila M, León-Sanz M, García de Lorenzo A, Celaya-Pérez S, García-Lorda P, et al.; PREDyCES researchers. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES Study. *Nutr Hosp* 2012;27(4):1049-59. DOI: 10.3305/nh.2012.27.4.5986
11. Braz DC, Echeverri S, Bermúdez C. Del derecho a la alimentación al derecho al cuidado nutricional. *Rev Nutr Clínica y Metab* 2019;2(Sup.):42-8. DOI: 10.35454/rncm.v2supl1.029
12. Cárdenas D, Pérez Cano AM, Díaz G, Pacheco-Orozco RA, Parra-García I, Chaparro D, et al. Nutrition care as a health policy in the 21st century: A phenomenological study. *Clin Nutr ESPEN* 2022;47:306-14. DOI: 10.1016/j.clnesp.2021.11.027
13. Kondrup J. Proper hospital nutrition as a human right. *Clin Nutr* 2004;23(2):135-7. DOI: 10.1016/j.clnu.2004.01.014
14. Cardenas D, Bermudez C, Echeverri S. Is nutritional care a human right? *Clin Nutr Exp* 2019;26:1-7.
15. Cárdenas D, Toulson Davisson Correia MI, Hardy G, Ochoa JB, Barrocas A, Hankard R, et al. Nutritional care is a human right: Translating principles to clinical practice. *Clin Nutr* 2022;41(7):1613-8. DOI: 10.1016/j.clnu.2022.03.021
16. Cárdenas D, Toulson Davisson Correia MI, Hardy G, Ochoa JB, Barrocas A, Hankard R, et al. Consensus Statement. Nutritional care is a human right: Translating principles to clinical practice. *Nutr Clin Pract* 2022;1-9. DOI: 10.1016/j.clnu.2022.03.021

Mesa Debate

La perspectiva de los expertos

The expert perspective

Pilar Matía Martín¹, Carmen Arraiza Irigoyen², José Enrique Palacio Abizanda³, Javier Júdez⁴, Esther Arnanz Narganes⁵, Julia Álvarez Hernández⁶

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Hospital General de Jaén. Jaén. ³Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ⁴Vicepresidente de la Asociación Española de Bioética Fundamental y Clínica (AEBFyC). ⁵Directora de las actividades técnicas de la CAM de la Fundación Alzheimer España. ⁶Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

En primer término, la Dra. Carmen Arraiza describió las carencias que se ha encontrado en su práctica clínica a la hora de garantizar el cuidado nutricional de un paciente, apuntando también nichos de desigualdad en el acceso a estos recursos. Según indicó, “debería ser una obligación que todo aquel que pone sus pies en el hospital se le hiciera un cribado nutricional en las primeras 24 horas”. Además, señaló que en Andalucía existe un pronunciamiento del Parlamento que reconoce la obligatoriedad de incluir el cribado nutricional en los primeros instantes del ingreso en el hospital; sin embargo, sigue existiendo un déficit condicionado por diversos factores, como el déficit de personal, la carencia de coordinación entre diferentes especialidades y la falta de financiación de la nutrición de los pacientes con ciertas patologías. Se destacó que algunos de los profesionales no dedicados a la Nutrición aún son reticentes a aceptar la importancia de la correcta alimentación del paciente y el posible impacto que esto pueda llegar a tener en sus tratamientos.

El Dr. Javier Júdez aportó una visión externa al mundo de la Nutrición respecto a si la nutrición debía considerarse como derecho humano. El Dr. Júdez comenzó aclarando antes de dar su opinión que, como profesional sanitario, “los marcos de derechos son un concepto en cierto modo ajeno a su rol profesional”; sin embargo, los consideró muy relevantes a nivel de ciudadano. En su visión se reflejó que la circunstancia de los pacientes dependía más de las buenas prácticas clínicas ejercidas por los profesionales que de la consideración que se tenga a nivel legal del concepto de Nutrición Clínica. En este sentido, comentó que quizás podría tener más utilidad hacer que la Nutrición Clínica fuese una indicación en las guías, pudiendo así juzgarse como negligencia su incumplimiento.

Al Dr. José Enrique Palacio Abizanda se le preguntó qué se había hecho a nivel mundial y europeo para combatir la desnutrición relacionada con la enfermedad. Según indicó, se han formulado muchas resoluciones, actas y declaraciones, aportando

abundantes y diversos ejemplos de esta tendencia; sin embargo, “partimos de que en España el derecho a la alimentación no está contemplado como derecho fundamental en la Constitución”. A juicio de este experto, hay otras vías para agilizar estos trámites, siendo posible registrarse por la modificación del estándar de actuación de los profesionales, ya que esto podía ser más efectivo que continuar con burocracia legal que no llega a reflejarse en la práctica clínica diaria.

El Dr. Palacio aportó un dato impactante: “el estudio PREDyCES nos mostró que hay un 9,6 % de pacientes que entran normnutridos en un hospital y salen desnutridos”; se trata de un indicador que refleja la situación actual hospitalaria y la falta de atención a los problemas nutricionales de los pacientes. Esto podría determinar una responsabilidad en el ámbito de la actuación profesional ya que, como conocedores del problema, su facilidad diagnóstica y la disponibilidad de tratamiento determina que pueda ser interpretado como falta de la diligencia debida y ser exigible ante los tribunales.

Dña. Esther Aranz Narganes expuso su visión sobre cómo las familias, y ocasionalmente los propios pacientes, abordan la desnutrición relacionada con la enfermedad cuando se encuentran ya en estadios avanzados. Contó cómo, cuando las familias llegaban a la Fundación Alzheimer España, tenían una falta de información respecto al problema nutricional que se presenta en las fases avanzadas de la enfermedad, destacando así la importancia de que los profesionales sanitarios informen previamente a los afectados (cuidadores/familiares), de forma que se pueda ofrecer el mejor manejo posible del paciente. Esto resalta el hecho de que no solo existe un problema en el derecho a la alimentación y al cuidado nutricional de los pacientes, sino también en el derecho a la información.

La Dra. Julia Álvarez Hernández indicó que este año el encuentro de la ONCA (*Optimal Nutrition Care for All*), celebrado en Copenhague, también abordó en una de sus sesiones un debate similar al planteado en este encuentro. Su foco fundamental: conseguir, compartir y difundir la idea de la necesidad de reconocer el cuidado nutricional como uno de los Derechos Humanos por los distintos estados presentes en el evento.

Desde el público se puso el foco en que los cuidados en Nutrición tienen muchas barreras; sin embargo, se valoró que, quizás, haría más sencillo este proceso que el paciente pudiese realizar ciertos pasos de forma autónoma, como pesarse una vez a la semana durante su tiempo ingresado, o que el propio paciente o cuidador señalen la ingesta de cada toma de alimentos durante su estancia hospitalaria. Resulta muy importante dar al paciente la información necesaria para que tome sus propias decisiones, y luego trasladar esto al contexto de la nutrición.

También desde los asistentes se resaltó que el problema fundamental tiene su origen en el sistema de salud, ya que la mayor parte de lo que se hace y se puede hacer en el contexto nutricional depende de una decisión política. Esto se ve reflejado en que no se haya tratado de incorporar a profesionales de la Nutrición, como los dietistas, como parte del sistema público de salud para tratar de erradicar la desnutrición. También se hizo hincapié en la importancia de la presión de la sociedad a la hora de cambiar las indicaciones y universalizarlas en las diferentes comunidades.

Por otra parte, se planteó desde la sala el escaso tiempo que se dedica a la nutrición en el grado de Medicina, siendo claramente insuficiente, sobre todo en comparación con otros grados relacionados con salud que dedican una mayor cantidad de tiempo a evaluar y estudiar aspectos de nutrición. Sin duda, este déficit de formación en Nutrición de los profesionales de la Medicina impide una óptima sensibilización sobre los problemas que subsisten en este ámbito. El Dr. Palacio se mostró de acuerdo con lo afirmado, y añadió que recientemente se habían incorporado algunos cambios en los exámenes para tratar de incorporar temario relacionado, ya que anteriormente este tema se ignoraba de forma mayoritaria.

En relación con esta controversia, se aseguró desde el público que existe una falta de formación académica en el ámbito de la Nutrición Clínica entre los docentes alejados de la práctica asistencial. Pese a que esto puede ser cierto, hay excepciones en las que el profesorado universitario hace un importante esfuerzo para tratar de actualizarse. De forma más optimista, la Dra. Álvarez destacó que en la especialidad de Endocrinología y Nutrición se han desarrollado avances en este ámbito, dejando una puerta abierta al optimismo para el futuro de la formación médica.

El papel de la educación fue nuevamente destacado por el Dr. Júdez, “ya que es la base de la exigencia de la sociedad respecto a los servicios prestados”, animando a los sanitarios a tratar de informar al paciente, ya que, pese a que el cambio debe realizarse a nivel del sistema educativo, esta información puede ser el principio del cambio y promover la observación ética en este ámbito.

La Dra. Pilar Matía Martín, moderadora, quiso entonces intervenir para que el Dr. Júdez aclarase la siguiente afirmación: “los derechos humanos y la ética del cuidado de la salud están estrechamente vinculados, puesto que se apoyan y se complementan cuando se aplican juntos”. El objetivo de esta pregunta era saber si los principios éticos podían estar siendo incumplidos por parte del personal sanitario sin pretenderlo. En respuesta, el Dr. Júdez indicó que “lo ideal sería poder conservar todos los valores inviolados; sin embargo, frente a un paciente con carencias, el profesional establecerá unos juicios y tomará diferentes decisiones”. También se indicó la importancia de cambiar los objetivos según la etapa en la que se encuentre la enfermedad crónica del paciente, además de tener en cuenta las preferencias de este en la medida de lo posible.

Nuevamente, la Dra. Matía planteó que, a pesar de que en muchas ocasiones los pacientes o sus familiares demanden nutrición clínica, ya que es su derecho, el personal sanitario siempre debe analizar la situación desde un punto de vista profesional. La Dra. Arraiza declaró estar de acuerdo, ya que “el tratamiento nutricional no es parte de la alimentación, es otra cosa”. De esta forma se pudo contrastar cómo, a pesar de que todos los pacientes tienen derecho a un análisis nutricional al entrar al hospital, es necesario tener en cuenta el diagnóstico previamente a plantear si el paciente debe recibir tratamiento nutricional. Muchas personas exigen ser tratadas cuando esto realmente puede no ser lo adecuado, y la Dra. Arraiza aclaró que “la falta de información que se transmite al paciente y a sus familiares puede ser la raíz del problema”.

Por otra parte, Dña. Esther Aranz expuso su experiencia respecto a cuánta información querían recibir realmente los pacientes y sus familiares. Ella describió diferentes escenarios: cuando no quieren saber nada debido a que les resulta demasiado doloroso, o cuando (sobre todo en el caso de pacientes más jóvenes) se demanda información y se quiere hablar sobre esto. Usualmente, los familiares desconocen que en la enfermedad de Alzheimer se acababan generando muchos problemas de desnutrición, y realmente les cuesta decidir qué tratamiento escoger de forma anticipada. El Dr. Júdez vio en esta declaración una oportunidad para poner el foco en las vivencias personales de aquellas personas que han experimentado cuidar a familiares con Alzheimer de forma previa, algo que luego influía en las decisiones para sí mismos.

El Dr. Javier Júdez declaró que “nuestra gran negligencia profesional en cómo organizamos nuestros sistemas de atención reside en no hacer acompañamientos precoces adaptados a lo que cada etapa de una enfermedad representa”. Esto concuerda con las afirmaciones de Dña. Esther Aranz, según las cuales los pacientes y los familiares generalmente desconocen muchos factores respecto al desarrollo de la enfermedad, con lo que experimentan arduas dificultades a la hora de llevar a cabo elecciones que afectarán al enfermo a largo plazo. Se planteó que el acompañamiento precoz del médico a los afectados puede paliar los miedos y dificultades tan comúnmente encontrados. La Dra. Arraiza aprovechó el momento para destacar nuevamente la importancia de la información que pueden proporcionar los profesionales sanitarios a pacientes con determinadas patologías, de las cuales se conoce la progresión que probablemente vaya a tener el sujeto. Además, se recalcó que esta información debía ser transmitida de forma temprana, ya que no se sabe cuánto puede tardar en evolucionar la enfermedad.

La Dra. Matía también quiso debatir si era posible que los médicos tuviesen alguna responsabilidad civil o penal en el ámbito jurídico tras omitir información sobre distintos aspectos de la enfermedad de un paciente recién diagnosticado. Respondió el Dr. Palacio, indicando que “en la profesión médica existe la obligación de proporcionar los medios para aliviar o sanar al paciente, pero no de resultados”; con esto se puede deducir que omitir información, siempre que implique que esto derivará en que el paciente tenga menos medios u oportunidades terapéuticas para sobrellevar o superar su enfermedad, puede ser juzgado por los tribunales. Si un paciente decide denunciar a un hospital sin un programa de cuidado nutricional, se hará cargo la institución.

Por último, la Dra. Álvarez aportó su visión sobre la posibilidad de avanzar en el derecho humano a la Nutrición Clínica desde una perspectiva global y desde el ámbito de la investigación. Destacó que se cuenta con la limitación de que la Nutrición Clínica aún sigue siendo una disciplina demasiado joven. En cualquier caso, apuntó que desde el Grupo Internacional se pretende poner en valor la terapia nutricional como tal, pero es cierto que los estudios de investigación que sopesan la necesidad de nutrir o no nutrir a un paciente determinado se encuentra con impedimentos éticos; esto y otros factores han limitado que haya una investigación científica robusta en este campo. Debido a que solo desde una óptima investigación se puede poner el valor de una práctica clínica, “el déficit de estudios en este ámbito supone un problema para su implantación. Esto pone de manifiesto la necesidad internacional de que los estados regulen cómo los centros hospitalarios se enfrentan al reto de cubrir las necesidades nutricionales de sus pacientes”.