

Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo. Guayaquil. Ecuador

SOBRE LAS PERSPECTIVAS DE LA NUTRICIÓN CLÍNICA EN IBEROLATINOAMÉRICA

Dolores Rodríguez Veintimilla¹.

RESUMEN

Iberolatinoamérica atraviesa varios, diferentes y simultáneos cambios epidemiológicos, como resultado de la transición en los órdenes demográfico, sanitario y nutricional. Todos estos cambios impactan negativamente sobre el estado de salud de las personas, las comunidades y las poblaciones, imponen tensiones adicionales sobre los sistemas locales y regionales de salud, y amplían la brecha de desigualdad social y económica. Es entonces llamativo que el estado nutricional no sea reconocido como el determinante más importante del cuadro actual de salud. El exceso de peso y la obesidad se destacan como los factores de riesgo en el alza de las enfermedades crónicas no transmisibles hoy prevalentes. Por el otro lado, la desnutrición asociada | secundaria a la enfermedad distingue a los adultos mayores y ancianos plurimórbidos, los enfermos hospitalizados, y los que siguen tratamientos médicos dilatados en el tiempo. La doble carga de morbilidad nutricional se constituye entonces en causa de fracasos terapéuticos y encarecimiento de las prestaciones de salud. La Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE) está comprometida con el derecho del enfermo al mejor cuidado nutricional posible y la lucha permanente contra las distintas formas de la malnutrición. Como expresión de este compromiso, la FELANPE conduce programas propietarios de educación y capacitación continuas en las disciplinas de su pertinencia, promueve la creación y gestión de formas hospitalarias para la provisión efectiva de cuidados alimentarios y nutricionales en los diversos escenarios de la atención médica, y avanza guías y estándares para armonizar y unificar criterios de actuación alimentaria, nutrimental y metabólica en distintas situaciones clínico-quirúrgicas. La unidad en la diversidad, la decisión para avanzar, el trabajo en equipo, y la creación de alianzas entre los Estados y Gobiernos de la región servirán para afianzar los propósitos de la FELANPE en su misión y encargo sociales como organización dedicada al avance de las disciplinas de la Nutrición clínica y hospitalaria, la Terapia nutricional, la Nutrición artificial, y el Apoyo nutricional en Iberolatinoamérica. **Rodríguez Veintimilla R.** *Sobre las perspectivas de la Nutrición Clínica en Iberolatinoamérica. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2020;30(2):287-299. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.*

Palabras clave: *Nutrición / Iberolatinoamérica / Desnutrición hospitalaria.*

¶ Conferencia magistral impartida en ocasión de la segunda versión de la entrega del Galardón a la Excelencia en Nutrición Hospitalaria. Organización para la Excelencia en la Salud. Santa Fe de Bogotá [Colombia]: Marzo del 2019.

Una nota de presentación

En el mes de Marzo del 2019 fui invitada, en mi condición de Presidenta de la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE), a la ceremonia de entrega del Galardón a la Excelencia en Nutrición Hospitalaria que auspicia la Organización para la Excelencia en la Salud (OES), con sede en la ciudad colombiana de Santa Fe de Bogotá.

La Fundación Santa Fe de Bogotá fue una de las agraciadas con el galardón en esta ocasión. Aprovecho este momento para dejar dicho que la Fundación Santa Fe ha mantenido una trayectoria ascendente en las distintas especialidades de las Ciencias médicas y paramédicas, y ha sido referencia para el área latinoamericana en la asistencia médica, la docencia y la investigación. La Fundación Santa Fe también ha desarrollado una incesante labor en la prestación de cuidados nutricionales (terapias de nutrición artificial también incluidas) al paciente hospitalizado, y ha contribuido con ello a la definición de las buenas prácticas del hacer en las especialidades de la Terapia nutricional, Nutrición hospitalaria, Apoyo nutricional, Nutrición artificial y Metabolismo.

La OES me solicitó amablemente que expusiera a la audiencia reunida mis consideraciones sobre las perspectivas presentes y futuras de desarrollo, crecimiento y expansión de la especialidad de la Nutrición hospitalaria en el área de influencia de la Federación que presido actualmente. Atendiendo a esta invitación, compartí con los presentes varias ideas y consideraciones que estimé pertinentes en cuanto a las dificultades, retos y oportunidades que la Nutrición hospitalaria enfrenta como interespecialidad en Ibero-latinoamérica.

Se me ha presentado ahora la oportunidad para que acomode las palabras dichas en aquella oportunidad en este texto que con tanta gentileza el Comité editorial de la Revista Cubana de Alimentación y Nutrición (RCAN) ha accedido a atesorar dentro de las páginas de este número. Solo me queda desearles que disfruten con la lectura de estas palabras, y quedo en la esperanza que les puedan ser de utilidad en vuestros futuros emprendimientos y desempeños.

INTRODUCCIÓN

He dividido esta conferencia en tres bloques temáticos interrelacionados entre sí que me servirán para, apurada la fase expositiva, mostrar las enormes oportunidades que las especialidades de la pertinencia de la FELANPE tienen ante sí para desarrollarse, y arraigar finalmente en la práctica cotidiana de las instituciones de salud de la región latinoamericana. Por orden, estos 3 bloques se dedicarán, primero, a presentar un panorama social, económico y salubrista de América latina, las dificultades que se han encontrado para el desarrollo de las ciencias de la Alimentación y la Nutrición en la región, y por último, las posibles soluciones y avenidas de desarrollo y expansión de las especialidades que constituyen el objeto y sustento de la existencia y la actuación de la Federación que presido en este término.

Iberolatinoamérica en cifras

La región iberolatinoamericana comprende 22 países, un área geográfica combinada de más de 20 millones de km² (lo que representaría el 5 % de la superficie mundial), y unos 690 millones de habitantes, lo que equivaldría al 9 % de los habitantes del planeta.¹ Ibero-latinoamérica se distingue por la riqueza histórica, y la diversidad de tradiciones, culturas y costumbres. La región ha experimentado un pujante desarrollo económico unido a una relativa calma política durante los

últimos 10 años, pero ello no se ha traducido (o si lo ha hecho, lo ha sido en poco grado) en una reducción de las brechas sociales y económicas que se han acumulado con el tiempo. Para muchos especialistas, Ibero-latinoamérica es una de las regiones del mundo más desiguales que existen.²

Aun así, la prosperidad económica experimentada por los países del área se ha trasladado a mejores indicadores de salud. En años recientes se ha comprobado una reducción de la mortalidad infantil junto con una prolongación de la expectativa de vida. Chile hoy muestra una expectativa promedio de vida al nacer de 82.5 años.³ En este país la expectativa de vida se ha triplicado en los últimos 100 años. En 1900 estas cifras se estimaban en 23.6 años para las mujeres y 23.5 años para los hombres. Por su parte, la expectativa de vida en Bolivia fue de 71.2 años en el año 2018: un salto notable si se tiene en cuenta que apenas una década atrás esta cifra solo ascendía a 65 años.⁴

Estos hallazgos, si bien loables, apuntan en otra dirección. El envejecimiento demográfico ya comienza a cambiar la dinámica social y económica de la región. En este momento, Argentina, Uruguay y Cuba son los países más envejecidos de Ibero-latinoamérica.⁵ Según los datos estadísticos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) de España, el número de personas contabilizadas con edades mayores de 60 años en el año 2018 era de 8'908,151: el 19.1 % de la población del país (estimada en unos 46 millones de personas).⁶ Una población cada vez más envejecida implicará una mayor carga de morbilidades crónicas, y con ello, una mayor cuota de cuidados de salud.

En la región también está ocurriendo una transición sanitaria. El cuadro de salud de la región está dominado hoy por las enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), la hipertensión arterial (HTA), y las manifestaciones clínicas de la Gran Crisis Aterosclerótica (GCA), entre ellas, la enfermedad cardiovascular, la enfermedad cerebrovascular, y la insuficiencia arterial periférica.⁷ El cáncer también se ha posicionado como una importante causa de enfermedad y muerte en la América latina.⁸ El cuadro de salud antes descrito compone también la infección por VIH/sida, las arbovirosis, la malaria y el paludismo, y las enfermedades infecciosas reemergentes de la mano del complejo VIH/sida como la tuberculosis.⁹

Una tercera transición se solapa sobre el cuadro corriente de salud de la América latina. La transición nutricional ha traído consigo la aparición de la doble carga de morbilidad nutricional, con las poblaciones divididas entre la desnutrición energético-nutricional (DEN) por un lado, y el exceso de peso y la obesidad, por el otro.¹⁰ La morbilidad nutricional se manifestaría también en las poblaciones vulnerables de la región mediante las carencias de micronutrientes como el hierro y la vitamina A.¹¹ Igualmente, habría que dejar dicho que el reconocimiento de la morbilidad nutricional estaría oscurecida por fenotipos como el "hambre oculta".¹²

Los determinantes de las transiciones demográfica, sanitaria y nutricional podrían interactuar entre sí, lo que haría aún más compleja la intervención del cuadro de salud regional. Así, en una misma persona podrían concurrir una edad avanzada junto con el exceso de peso, la anemia, y alguna(s) de las enfermedades crónicas descritas más arriba.

Los cambios demográficos, sanitarios y nutricionales están ocurriendo en medio de una situación de contracción económica. Todo parece indicar que la prosperidad económica de años anteriores está llegando a su fin, y con ello, la posibilidad de que los gobiernos y sistemas políticos de los países de la región puedan sostener el ritmo de inversión social de los años precedentes.¹³

Tabla 1. Indicadores selectos del gasto público y la gestión sanitaria en países de la región Iberoamericana. Leyenda: RHS: Recursos humanos en salud.

País	Gasto en educación % PIB	Gasto en salud % PIB	RHS x 10,000 habitantes	Mortalidad infantil x 1,000 nacidos vivos	Esperanza de vida
Chile	4.2	3.7	36.0	6.4	82.5
Costa Rica	7.8	7.4	33.8	7.8	80.0
Cuba	12.8	10.6	136.6	4.9	79.9
Panamá	4.7	4.9	27.0	9.6	78.1
Uruguay	4.9	6.1	63.0	6.6	77.7
México	3.9	3.2	26.4	11.3	77.4
Argentina	8.0	4.9	37.0	9.5	76.8
Ecuador	5.2	3.9	18.2	15.9	76.6
Nicaragua	4.4	4.5	16.0	17.7	75.8
Perú	3.0	3.1	26.1	16.9	75.4
Brasil	8.3	4.7	30.4	16.9	75.3
Venezuela	6.4	1.5	82.4	11.9	74.8
Colombia	3.1	5.2	26.1	16.0	74.6
República Dominicana	2.8	2.8	26.7	22.7	74.0
El Salvador	4.0	4.6	32.0	16.3	73.8
Honduras	6.0	4.3	13.6	16.7	73.7
Paraguay	3.4	3.5	34.4	17.0	73.2
Guatemala	3.2	2.4	12.5	23.3	72.5
Bolivia	5.6	4.8	14.3	34.2	69.5
Las Américas [¶]	4.8	3.7	26.2	17.9	76.0
España	4.2	8.4	53.8	3.3	83.4

[¶]Se exceptúan los Estados Unidos y Canadá

Fuente: Literatura internacional consultada.

Se ha de transitar entonces de un modelo extensivo de desarrollo social hacia otro intensivo explotando reservas y ahorros que puedan identificarse. Si la prestación de salud fuera más efectiva, las personas que viven en la región latinoamericana extenderían su esperanza de vida en 4 años más (como promedio). Por consiguiente, alcanzar la cobertura sanitaria universal requerirá no sólo más dinero para la salud, sino más salud por cada dólar invertido.

Las inversiones para la reforma y la mejoría de los sistemas de salud no siempre se han orientado a afrontar los nuevos desafíos derivados en gran medida con la transición demográfica y epidemiológica que se vive en la región, así como con las expectativas de la población. El gasto público promedio en salud (GPS) en las Américas es de cerca del 4 % del producto interno bruto (PIB) de la región: un gasto inferior al 8 % que los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) destinan a este rubro.¹⁴⁻¹⁵ Se estima que un 30 % de la población no tiene acceso a la atención en salud debido a las precariedades económicas, mientras que otro 21 % renuncia a buscar atención médica debido a las barreras geográficas.¹⁶ Las barreras en el acceso a los servicios de salud (sean éstas económicas, geográficas, culturales, demográficas, u otras), y el deterioro resultante de la salud individual y colectiva, no solo implica mayores gastos, sino también la pérdida de ingresos. La inexistencia de mecanismos de

protección contra el riesgo financiero de la enfermedad origina y perpetúa un círculo vicioso de enfermedad y pobreza.

Un análisis del gasto fiscal en salud en los países de América Latina y el Caribe reveló grandes ineficiencias y derroches que podrían sumar el 4.4 por ciento del PIB. Veintidós de los 27 países de América Latina y el Caribe se encuentran en la posición media del *ranking* de eficiencia.¹⁷ Por consiguiente, existe un margen para mejorar los servicios públicos de salud sin necesidad de aumentar el gasto en el sector.

El “gasto de bolsillo” sería un indicador de la ineficiencia de los sistemas nacionales de salud para cubrir las necesidades de la población.¹⁷ El gasto de bolsillo se correspondería con los desembolsos directos en salud que realizan los hogares, por fuera de las cuotas preestablecidas y preasignadas. Como promedio, cerca de la tercera parte del gasto total en salud de un país es pagado por los hogares. El gasto de las personas en servicios de salud sobrepasa el 40 % del gasto total en países como el Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay y Venezuela. Por comparación, este gasto es menor del 20 % en Colombia y Uruguay.

La ineficiencia en el sector de salud podría obedecer a varias causas, pero una de ellas sería la insuficiencia del recurso humano, y la desigual distribución del mismo. En la región latinoamericana se cuentan (como promedio) con 26 médicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes.¹⁶ Estos estimados oscilan entre +130 especialistas de salud por cada 10,000 habitantes en Cuba, hasta 12.5 en Guatemala. Se ha de decir que gran parte de los recursos humanos en salud se concentra en las ciudades-capitales de los países de la región, y los centros económicos y sociales más importantes, dejando a las áreas rurales y semiurbanas virtualmente abandonadas, o con redes asistenciales precarizadas e insuficientes.

La ineficiencia del sector de la salud también ser el resultado de la actuación de fuerzas no reconocidas en toda su extensión e impacto sobre el cuadro local de salud. La morbilidad nutricional de las personas y las poblaciones podría ser una de estas fuerzas. En efecto, el alza en las enfermedades crónicas no transmisibles ha venido de la mano de la incidencia aumentada del exceso de peso y la obesidad en la América latina. Se estima que la obesidad está presente hoy en la cuarta parte de la población adulta de la región.¹⁸ El exceso de peso, y la acumulación abdominal de la grasa corporal, provoca resistencia a la insulina e inflamación lo que, a su vez, acelera el daño arterial y predispone al sujeto a las enfermedades cardio- y cerebro-vasculares, y las complicaciones de la insuficiencia arterial periférica: entidades que dominan el cuadro de salud regional.

Por el otro lado, la DEN podría ser el fenotipo prevalente de los sujetos ancianos y/o pluripatológicos, y que reciben tratamientos médicos dilatados en el tiempo, se encuentran hospitalizados, o se atienden en las unidades de cuidados intensivos.¹⁹ Se cuentan con estimados de la desnutrición asociada | secundaria a las enfermedades. La mitad de los pacientes hospitalizados se encuentra desnutrida. La desnutrición suele concentrarse entre los enfermos aquejados por enfermedades orgánicas crónicas, cáncer, y los críticamente enfermos. La desnutrición hospitalaria (DH) se traslada a mayores tasas de infecciones nosocomiales, fracasos terapéuticos, estadía hospitalaria, y mortalidad. Es solo inmediato que la DH implicaría mayores costos económicos.

De todo lo anteriormente dicho, se desprendería que la identificación primero, la intervención después, y la prevención en última instancia de la morbilidad nutricional, podrían significar no solo una mayor cuota de éxitos terapéuticos, sino también ahorros económicos importantes, y una mejor ejecución presupuestaria. Los ahorros logrados podrían liberar recursos, dineros e insumos que se reinvertirían en el sector de la salud.

Sobre el desarrollo de las ciencias de la Alimentación y la Nutrición en la América latina

Las premisas expuestas en párrafos precedentes encierran grandes atractivos a la vez que beneficios potenciales. Sin embargo, todavía distan mucho de ser realizadas. Se esperaría que el médico fuera un emisor de contenidos alimentarios y nutricionales efectivos durante el encuentro con el enfermo en cualquier escenario de la prestación de cuidados de salud, y que tales contenidos (que recorrerían desde recomendaciones alimentarias y dietoterapéuticas hasta instrucciones para el consumo de suplementos nutricionales de diverso tipo) contribuirían a un mejor tratamiento de las enfermedades, la sinergia terapéutica, y la intervención de los factores de riesgo de futuras complicaciones. No parece ser el caso. En un editorial del *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* (JPEN) aparecido en el 2013 se mencionaba que en menos del 1 % de los encuentros médico-paciente registrados en un año se habían emitido recomendaciones para el uso de suplementos nutricionales orales (SNO).²⁰ Un estudio reveló el estado de los conocimientos de Alimentación y Nutrición de los médicos que trabajaban en un hospital verticalizado en la atención de adultos.²¹ Solo 53.7% de los encuestados refirió tener conocimientos sobre Alimentación y Nutrición.²¹ Apenas la tercera parte de los encuestados declaró que estimaba los requerimientos nutrimentales del paciente como parte del proceso de la prescripción dietética hospitalaria, mientras que la décima parte de los encuestados refirió que consultaba con un nutricionista sobre la mejor intervención nutricional en el enfermo.²¹

Asimismo, varios estudios completados en diversas comunidades de Cuba han revelado también que los médicos generalistas no dominan contenidos requeridos para la promoción de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria entre las madres de niños con edades entre 0 – 5 años de edad.²²⁻²³

El desconocimiento en Alimentación y Nutrición podría tener un impacto negativo en la respuesta terapéutica y la evolución de la enfermedad. Se ha observado un aumento en el número de las muertes causadas por la enfermedad cardiovascular, y la mortalidad aumentada se ha relacionado con la ausencia de conocimientos de los médicos en Nutrición, por cuanto tal ausencia les impediría asesorar a los pacientes en la adopción de las conductas dietoterapéuticas requeridas para la prevención de las complicaciones de las enfermedades cardiovasculares.²⁴

La situación no parece ser mejor en el área de la Enfermería. El conocimiento del personal de Enfermería sobre Nutrición clínica y Terapia nutricional es escaso.²⁵ La práctica asistencial del(la) enfermero(a) no incluye la detección oportuna de la desnutrición y sus complicaciones.²⁵

Se ha tratado de trazar las falencias de la actuación alimentaria y nutricional del médico (y los actores de los cuidados médicos) al estado actual de la educación del estudiante de las Ciencias médicas en temas aunque sea mínimamente necesarios de Alimentación y Nutrición. El monto horario de contenidos de Alimentación y Nutrición es limitado e insuficiente en la carrera de Medicina.²⁶⁻²⁷

La Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (Red Mel-CYTED) concluyó una investigación multinacional, multicéntrica sobre el estado de la formación en Nutrición en Iberoamérica.²⁸ De las 925 titulaciones de Ciencias de la Salud encontradas en las disciplinas de Enfermería, Medicina y Farmacia, menos de la mitad de ellas impartían en sus programas alguna asignatura relacionada con la Nutrición.²⁸

Por el otro lado, si bien el médico de asistencia (y por extensión los demás integrantes de los equipos de salud) reconoce la importancia de la actuación alimentaria y nutricional para el mejor tratamiento de las enfermedades en el paciente que asiste, también refiere que no considera una prioridad involucrarse en actividades de educación de posgrado, asistir a congresos de las especialidades, o estudiar artículos publicados en revistas biomédicas *arbitradas-por-pares* que

se relacionan con la Alimentación y la Nutrición. La capacitación continua comprende todo acto que se desarrolla institucionalmente para mejorar las competencias laborales del proveedor de servicios de salud.²⁹ La capacitación continua sería entonces una de las vías para la inculcación de las Buenas prácticas del hacer, y con ello, introducir mejoras en los cuidados asistenciales. El autoestudio y la motivación personal son determinantes en la capacitación continua del personal de salud.

Mejía *et al.* (2018) condujeron un estudio multicéntrico con 1,283 encuestados entre el personal de salud de las instituciones médicas de ocho países de América Latina.³⁰ Como parte de la investigación, fueron encuestados médicos generalistas y especialistas, enfermeras y auxiliares de Enfermería, odontólogos y obstetras, entre otros trabajadores de instituciones de salud situadas tanto en entornos urbanos como rurales.³⁰ Cuatro de los 600 médicos encuestados revelaron que habían tomado en un curso de posgrado.³⁰ Ocho de ellos habían participado en un congreso nacional, y solo uno en uno internacional.³⁰ Los restantes actores de salud declararon que ni participan en cursos de posgrado, ni asisten a congresos de las especialidades de pertenencia y desempeño.³⁰

Un cuestionario organizado por preguntas abiertas de respuestas múltiples fue administrado por escrito a 70 enfermeros con más de 1 año de experiencia en distintas unidades de terapia intensiva de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires (República Argentina).³¹ El cuestionario, administrado de forma voluntaria y anónima, y con el consentimiento del respondedor, constó de 3 dominios, a saber: la formación profesional y la actitud frente al soporte nutricional; el conocimiento sobre los ejercicios de evaluación nutricional y estimación de los requerimientos energéticos; y las probables intervenciones de Enfermería ante la desnutrición detectada en el enfermo, extendiéndose este último punto al conocimiento de las indicaciones de uso de las distintas modalidades de soporte nutricional, las técnicas disponibles para estos fines, y la implementación, seguimiento, y prevención de complicaciones del uso de la mismas.³¹ El 73.0% de los respondedores consideró que el soporte nutricional puede incidir en la morbimortalidad del paciente hospitalizado, mientras que, al mismo tiempo, otra proporción similar consideró como insuficiente su formación en este tema.³¹ De forma interesante, más de las cuatro quintas partes de los encuestados confesó que no había completado un curso sobre soporte nutricional en los últimos 5 años, y otro número igual expresó durante la entrevista que no leía contenidos sobre este tema que aparecían publicados en revistas especializadas.³¹

En los últimos años se ha puesto a disposición de los sistemas de salud, las instituciones hospitalarias, y los equipos de salud un nuevo recurso de salud: el nutricionista. Por nutricionista* se tiene a un graduado universitario con competencias para reconocer y documentar el estado nutricional de sujetos y poblaciones, interpretar y aplicar recomendaciones y guías para una alimentación saludable, prescribir correctamente un menú alimentario, administrar adecuadamente suplementos nutricionales (llegado el caso que el sujeto así lo requiera); y diseñar, implementar, y conducir esquemas de Nutrición artificial (con particular énfasis en las modalidades de Nutrición enteral, pero no limitada a ellas)†.

Ibero-latinoamérica atesora una rica historia en el desarrollo de las disciplinas de la Nutrición clínica y hospitalaria. En el año 1924‡, en el Hospital Presbiteriano de San Juan de Puerto Rico, se fundó la primera cocina hospitalaria que ofrecía y servía menús alimentarios

* En otros países de Ibero-latinoamérica el nutricionista es referenciado como nutriólogo.

† Las competencias del nutricionista se extienden a la actividad docente, investigativa y editorial.

‡ De forma interesante, en ese mismo año de 1924 se había creado el primer Departamento de Nutrición y Dietética en el Hospital de la Universidad de Londres. Para más detalles: Consulte las Referencias [28], [47].

orientados a la satisfacción de las necesidades de los enfermos ingresados.³² En 1933 el Dr. Pedro Escudero instituyó la profesión de nutricionista-dietista en la ciudad de Buenos Aires (República Argentina).³³ En 1940 las Escuelas de Salud Pública de Chile, Venezuela y Brasil iniciaron la formación de profesionales de salud en Nutrición con titulación universitaria.³⁴ En 1946 se fundó el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) en la ciudad de Guatemala.³⁵ En 1956 se estableció el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) en la ciudad de Santiago de Chile (Chile).³⁶

En virtud de estas competencias, el nutricionista podría ser determinante en la contención de la desnutrición hospitalaria, y el mejor uso de las terapias de la Nutrición artificial.³⁷ La actuación del nutricionista podría garantizar también la continuidad de los cuidados nutricionales desde el hospital hasta el hogar del enfermo.³⁸⁻³⁹ Igualmente, el nutricionista jugaría un rol importante en la diseminación de las mejores prácticas de alimentación y nutrición del paciente en cualquiera de los escenarios de la atención médica, y la evaluación del impacto de las intervenciones hechas.

A pesar de ello, todavía los sistemas de salud no han asimilado al nutricionista dentro de sus organigramas. En España se presenta la contradicción entre la formación de los nutricionistas dentro de sistemas públicos de enseñanza y la escasa presencia de los mismos en los hospitales y dependencias de salud.⁴⁰ En otros países de la región la presencia del nutricionista en el sector de salud es limitada, y relegada a tareas incongruentes con la formación técnico-profesional recibida y las competencias con las que ha sido dotado.⁴¹ Se desperdicia así una enorme oportunidad para darle un vuelco a la situación de la desnutrición asociada | secundaria a la enfermedad que la región padece, y con ello, lograr una mejor ejecución de los presupuestos hospitalarios y de salud.

Posibles soluciones y avenidas de desarrollo de las especialidades de la Nutrición clínica y hospitalaria, la Terapia nutricional y el Metabolismo

La FELANPE, de la que me honro en presidir y representar en esta etapa de su historia, ha construido estándares para la actuación del nutricionista en el ámbito clínico y hospitalario.⁴² La FELANPE también ha pautado el desempeño del profesional de Enfermería en la provisión de la terapia nutricional.⁴³ Asimismo, la FELANPE conduce formas propietarias de educación continuada en Nutrición clínica y hospitalaria, Apoyo nutricional y Nutrición artificial para los distintos actores involucrados en la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al paciente durante el tránsito del mismo por las distintas etapas del tratamiento médico-quirúrgico, e incluso al final de la vida.⁴⁴

La FELANPE ha completado sus propias indagaciones epidemiológicas sobre el estado actual de los cuidados alimentarios y nutricionales que el paciente recibe durante la estancia en el hospital.⁴⁵⁻⁴⁶ Mientras me dirijo a ustedes, la FELANPE está conduciendo el proyecto “Fistula Day” con el objetivo de revelar el estado nutricional de los pacientes atendidos por fístulas enterocutáneas en los hospitales de la región, y la calidad de las acciones alimentarias y nutricionales que en ellos se realizan. Igualmente, les anticipo del deseo de mi Presidencia de diseñar y conducir un estudio multicéntrico, multinacional sobre el estado de los cuidados alimentarios y nutricionales que reciben los pacientes atendidos por cáncer, leucemias y linfomas durante las distintas etapas de la citorreducción tumoral. Todos los esfuerzos y realizaciones expuestas en párrafos precedentes demuestran el compromiso de la FELANPE con el desarrollo de las especialidades de la Nutrición clínica y hospitalaria, la Terapia nutricional y el Metabolismo en la región iberolatinoamericana.

La Declaración de Cancún “Por el derecho humano de los enfermos a recibir una terapia nutricional oportuna y óptima en cualquier lugar donde se encuentren” marcó un hito relevante en los esfuerzos de la FELANPE por avanzar la Nutrición clínica y hospitalaria, la Terapia nutricional y el Metabolismo en Ibero-latinoamérica.⁴⁸⁻⁴⁹ Por primera vez se contaba con un instrumento (si bien no vinculante) que pautara las acciones que los nutricionistas y los equipos de salud debían realizar sobre la evaluación y el tratamiento nutricionales en los hospitales, los proveedores profesionales de cuidados nutricionales, la práctica de los servicios hospitalarios de alimentación, la actuación nutricional en Pediatría, la economía de la salud, y la investigación en temas de Nutrición clínica y hospitalaria.

El reanálisis crítico de la Declaración de Cancún, y las insuficiencias y las insatisfacciones encontradas en el tiempo transcurrido desde su promulgación, han justificado la reescritura de la misma.⁵⁰ Les hago saber entonces que en el próximo mes de Mayo del 2019 estaremos reuniéndonos todos los presidentes de las sociedades, asociaciones y colegios representados en el espacio FELANPE con motivo del 33 Congreso Colombiano de Nutrición Clínica y Metabolismo, junto con invitados y testigos, para firmar y promulgar una nueva Declaración, ésta ahora con el título “Sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición”, en la ciudad de Cartagena. La promulgación de esta nueva Declaración se acompañará de un proyecto de implementación, supervisión, evaluación y acompañamiento de los principios que la componen, en aras de ofrecer a los pacientes y sus familiares un mejor cuidado alimentario y nutricional en cualquier etapa de tratamiento en la que se encuentren.

CONCLUSIONES

Enormes retos tenemos por delante. Es imperativo que coloquemos a nuestros nutricionistas en todos los escenarios de la atención médica, y la actuación comunitaria, para que intervengan, corrijan y prevengan las asimetrías acarreadas por la doble carga de la morbilidad nutricional presente actualmente en la región de la influencia de la FELANPE. Solo la unidad en la diversidad, la decisión para avanzar, el trabajo en equipo, y la creación de alianzas entre los Estados y Gobiernos de la región servirán para afianzar los propósitos de la FELANPE en su misión y encargo sociales como organización dedicada al avance de las disciplinas de la Nutrición clínica y hospitalaria, la Terapia nutricional, la Nutrición artificial, y el Apoyo nutricional en Ibero-latinoamérica. Les convoco a todos para ello.

ADDENDUM

Cuando se presentó esta conferencia, aún no había estallado la pandemia de la Covid-19. La crisis global de salud generada tras la irrupción del nuevo coronavirus SARS Cov-2 ha hecho resurgir el discurso sobre el estado nutricional como un importante factor en la infección viral y la aparición de complicaciones (la muerte incluida). Se ha constatado repetidamente que los pacientes más propensos al contagio por el SARS Cov-2, y que han compuesto gran parte de la mortalidad causada por la Covid-19, son los adultos mayores y los ancianos, los sujetos aquejados por varias comorbilidades, los que muestran exceso de peso y obesidad, los atendidos por enfermedades orgánicas crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la enfermedad renal crónica); y los que sufren de cáncer. La intervención alimentaria, nutricional y metabólica de tales poblaciones vulnerables podría ser la diferencia en el resultado del tratamiento antiviral.

AGRADECIMIENTOS

Dr. Sergio Santana Porbén, Editor-Ejecutivo de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, por el auspicio en la publicación de este ensayo, y la colaboración prestada en la redacción del mismo.

SUMMARY

*Iberolatinamerica is going through several, different and concurrent epidemiological changes, as a result of the transition in the demograhic, sanitary and nutritional domains. All these changes impact negatively upon the health status of persons, communities and populations; impose additional tensions on the regional and local health systems; and widen the gap of social and economical inequality. It is then only striking that nutritional status is not recognized as the most important determinant of the current health picture. Excessive body weight and obesity stand out as the risk factors for the rise in non-communicable chronic diseases prevalent today. On the other hand, undernutrition associated with | secondary to illness distinguishes pluripathological elderlies, hospitalized patients, and those ones following medical treatments prolonged in time. The double burden of nutritional morbidity then constitutes a cause for therapeutical failures and increasing costs of health actions. The Latin American Federation for Nutritional Therapy, Clinical Nutrition and Metabolism (FELANPE) is committed with the right of the patient to the better possible nutritional care and the permanent fight against the different forms of malnutrition. As reflection of this commitment, FELANPE conducts proprietary programs for continuous education and training in the disciplines of its pertinence, promotes the creation and managment of hospital forms for the effective provision of food and nutritional care in the various settings of the medical care, and fosters guidelines and standards in order to harmonize and unify criteria for food, nutritional and metabolic interventions in different clinical-surgical situations. Unity in diversity, decision to go forward, teamwork, and the creation of alliances between States and Governments of the region will serve to strength the endeavours of FELANPE in its social mission and contract as an organization devoted to the advancement of hospital and clinical nutrition, nutritional therapy, artificial nutrition, and nutritional support in Iberolatinamerica. **Rodríguez Veintimilla R.** On the perspectives of Clinical Nutrition in Iberolatinamerica. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2020;30(2):287-299. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.*

Subject headings: Nutrition / Iberolatinamerica / Hospital malnutrition.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Datos básicos de los 22 países de la comunidad iberoamericana. La Vanguardia. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/politica/20141202/54420453724/datos-basicos-de-los-22-paises-de-la-comunidad-iberoamericana.html>. Fecha de última visita: 13 de Enero del 2020.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La matriz de la desigualdad social en América latina. CEPAL. Santiago de Chile: 2019. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40668-la-matriz-la-desigualdad-social-america-latina>. Fecha de última visita: 13 de Enero del 2020.
3. Chile: Esperanza de vida. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/chile>. Fecha de última visita: 13 de Enero del 2020.
4. Bolivia: Esperanza de vida. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/bolivia>. Fecha de última visita: 13 de Enero del 2020.

5. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS. Ginebra: 2019.
6. Abellán García A, Aceituno Nieto P, Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red número 22. Madrid: 2019. Pp 1-38.
7. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe [Editores: Legatic B, Medici A, Hernández-Avila M, Alleyne G, Hennis A]. OPS/OMS. Washington: 2017.
8. Kielstra P, Koehring M. Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina: Una historia de luces y sombras. The Economist Intelligence Unit. Westminster: 2017.
9. Lewnard JA, Reingold AL. Emerging challenges and opportunities in infectious disease epidemiology. *Am J Epidemiol* 2019;188:873-82.
10. Kim M, Basharat A, Santosh R, Mehdi SF, Razvi Z, Yoo SK; *et al.* Reuniting overnutrition and undernutrition, macronutrients, and micronutrients. *Diab Metab Res Rev* 2019;35(1):e3072-e3072. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/dmrr.3072>. Fecha de última visita: 6 de Abril del 2019.
11. Pasricha SR, Drakesmith H, Black J, Hipgrave D, Biggs BA. Control of iron deficiency anemia in low-and middle income countries. *Blood* 2013;121: 2607-17.
12. Miteva P, Ruano E, Jordan I. Latin America and the Caribbean: Strategies to fight hidden hunger. En: *Hidden Hunger: Strategies to improve nutrition quality*. Volume 118. Karger Publishers. Berlin: 2018. pp. 167-175.
13. Duryea S, Robles M. Realidades y perspectivas. Pulso social de América latina y el Caribe 2016. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington DC: 2016.
14. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. Disponible en: <http://www.who.int/gho/database/en>. Fecha de última visita: 13 de Enero del 2019.
15. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD data. Disponible en: <https://data.oecd.org>. Fecha de última visita: 13 de Enero del 2019.
16. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Resumen: Panorama regional y perfiles de país. Washington: 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/>. Fecha de última visita: 13 de Enero del 2019.
17. Izquierdo A, Pessino C, Vuletin G. Desarrollo en las Américas: Mejor gasto para mejores vidas. Cómo América Latina y el Caribe puede hacer más con menos. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington: 2018.
18. Rodríguez JH, Domínguez YA, Espinal OMM. Prevalencia y tendencia actual del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Rev Cubana Endocrinol* 2020;30(3):0-0. Disponible en: <http://www.revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/193>. Fecha de última visita: 17 de Enero del 2020.
19. Correia MITD, Hegazi RA, Diaz-Pizarro Graf JI, Gomez-Morales G, Fuentes Gutiérrez C, Goldin MF; *et al.* Addressing disease-related malnutrition in healthcare: A Latin American perspective. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 2016;40:319-25.
20. Tapenden KA. The value of nutrition intervention. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 2013;37:160.
21. Garcés García-Espinosa L, Barreto Penié J, Gutiérrez Rojas AR, Argüelles Barreto D, Díaz Hernández JM, Morales Hernández L; *et al.* Estado de los conocimientos sobre Alimentación y Nutrición entre los médicos de un hospital verticalizado en la atención de adultos. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2012;22:246-56.

22. Jiménez Acosta SM, Rodríguez Suárez A, Domínguez Ayllon Y. Estado del conocimiento del personal de salud sobre la alimentación de niño menor de dos años y la anemia del preescolar. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2016;26(1):7-20.
23. Sibero Pérez Y. Estado de la consejería nutricional brindada a niños menores de 3 años en un municipio de Sancti Spiritus. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 20015;25:132-61.
24. Aggarwal M, Devines S, Freeman AM, Ostfeld R, Gaggin H, Taub P; *et al.* The deficit of nutrition education of physicians. Am J Med 2018;131(4):339-45. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.amjmed.2017.11.036>. Fecha de última visita: 18 de Enero del 2020.
25. González Benítez M. Estado del conocimiento del personal de Enfermería sobre temas de Nutrición clínica. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2013;23:44-64.
26. Khandelwal S, Zemoe SE, Hemmerling A. Nutrition education in Internal medicine residency programs and predictors of residents' dietary counseling practices. J Med Educ Curric Dev 2018; 5:2382120518763360. Disponible en: <http://doi:10.1177/2382120518763360>. Fecha de última visita: 19 de Enero del 2020.
27. Fernández Regalado R, Camps Calzadilla E. La enseñanza de la Nutrición en las asignaturas del ciclo básico de la carrera de Medicina en Cuba. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2019; 29(1):150-66.
28. Wanden-Berghe C, Martínez de Victoria E, Sanz-Valero J, Castelló I; para la Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo. La formación en nutrición en Iberoamérica. Nutrición Hospitalaria [España] 2010;25(Supl 3):S1-S13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900011. Fecha de última visita: 20 de Enero del 2020.
29. Kris-Etherton PM, Akabas SR, Bales CW, Bistrrian B, Braun L, Edwards MS; *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(5 Suppl):S1153-S1166.
30. Mejía CR, Chacón JI, Garay Jaramillo E, Torrealba MJ, Delgado García S, Aveira Róbaló R; *et al.* Capacitaciones e investigación realizados por los recursos humanos en salud, Latinoamérica. Educación Médica 2018;21(5):292-8. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.08.005>. Fecha de última visita: 18 de Enero del 2020.
31. Ilari S, Salas MA. Evaluación nutricional y soporte nutricional por vía enteral: Nivel de conocimientos de enfermeros de unidades de terapia intensiva adultos de los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Enfermería Global [Murcia] 2009;16:0-0. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200012. Fecha de última visita: 17 de Agosto del 2019.
32. Colegio de Nutricionistas y Dietistas de Puerto Rico. Historia. Página oficial. Disponible en: <http://www.nutricionpr.org/historia.htm>. Fecha de última visita: 18 de Enero del 2020.
33. Buschini J. La alimentación como problema científico y objeto de políticas públicas en la Argentina: Pedro Escudero y el Instituto Nacional de la Nutrición, 1928-1946. Apuntes 2016;43(79):129-56. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0252-18652016000200004&script=sci_arttext&tlng=pt. Fecha de última visita: 19 de Enero del 2020.
34. Bengoa JM. Nutrición en América Latina. Algunos eslabones de su historia. Historias de la Nutrición en América Latina. Sociedad Latinoamericana de Nutrición. Caracas: 2002. Disponible en: [https://www.slan.org.ve/libros/Historias de Nutrición en América Latina.pdf](https://www.slan.org.ve/libros/Historias_de_Nutrición_en_América_Latina.pdf). Fecha de última visita: 18 de Enero del 2020.

35. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Historia. Página institucional. Disponible en: <http://www.incap.int>. Fecha de última visita: 12 de Mayo del 2020.
36. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Historia. Página institucional. Disponible en: <http://www.inta.cl/>. Fecha de última visita: 12 de Mayo del 2020.
37. Tejeda Díaz I. Dinámica de la asistencia nutricional desde una perspectiva compleja. Utopía Praxis Latinoamer 2017;22(78):79-90. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27952381007>. Fecha de última visita: 19 de Enero del 2020.
38. Lovesley D, Parasuraman R, Ramamurthy A. Combating hospital malnutrition: Dietitian-led quality improvement initiative. Clin Nutr 2019;30:19-25. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405457719300336>. Fecha de última visita: 24 de Febrero del 2019.
39. Khan M, Hui K, McCauley SM. What is a registered dietitian nutritionist's role in addressing malnutrition? J Acad Nutr Diet 2018;118(9):1804-1804. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.jand.2018.06.013>. Fecha de última visita: 23 de Febrero del 2019.
40. Benítez Brito N. El Dietista-Nutricionista dentro del Sistema Nacional de Salud Español: Abordando la desnutrición hospitalaria. Rev Esp Nutr Hum Diet 2017;21(2):199-208. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452017000200012. Fecha de última visita: 20 de Enero del 2020.
41. Crovetto M. ¿Es suficiente el recurso humano nutricionista en el sistema hospitalario público en Chile?: Una deuda pendiente. Rev Méd Chile 2015;143:1468-77.
42. Canicoba M, de Baptista GA, Visconti G; para el Comité de Nutricionistas de la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo. Funciones y competencias del nutricionista clínico. Documento de consenso. Una revisión de diferentes posiciones de sociedades científicas latinoamericanas. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2013;23:146-72.
43. Pellejero M; para el Comité de Enfermería de la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo. Estándares para el desempeño del profesional de Enfermería en terapia nutricional. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2010;20:361-75.
44. Arenas Márquez H, Rodríguez Veintimilla D, Tihista S, Echenique S, Correia MTID. El reto de Felanpe en el campo educativo. Memorias de una Mesa Redonda celebrada en ocasión del III Congreso Regional Andino (Región Centro) y III Congreso Ecuatoriano de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo. Guayaquil: Octubre 26 – 28, 2017 [Editor: Santana Porbén S]. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2018;28(2 Supl 2):S1-S17.
45. Correia MI, Campos AC. The prevalence of hospital malnutrition in Latin America: The Multicenter ELAN Study. Nutrition 2003;19:823-5.
46. Castillo Pineda JC de la C, Gómez García A, Velasco N, Díaz-Pizarro Graf JI, Matos Adames A, Miján de la Torre A. Nutritional assessment of hospitalized patients in Latin America: Association with prognostic variables The ENHOLA study. Nutrición Hospitalaria [España] 2016;33:655-62.
47. Pybus R. The training of dieticians: The current position. Proc Nutr Soc 1946;4(3-4):262-6. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/proceedings-of-the-nutrition-society/article/training-of-dieticians-the-current-position/25A328ED0099CBBDA76880988FD8E71>. Fecha de última visita: 18 de Enero del 2020.

48. Castillo Pineda JC de la C, Figueredo Grijalva R, Dugloszewski C, Ruy Díaz Reynoso JAS, Spolidoro Noroña JV, Matos A; *et al.* Declaración de Cancún. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2008;23:413-7.
49. Rodríguez Veintimilla D. La Declaración Internacional de Cancún sobre el Derecho a la Nutrición en los hospitales: Una década después. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2019; 29:10-6.
50. Arenas Márquez H, Cárdenas D, Castillo Pineda JC, Bermúdez C, Rivas V, Correia I; *et al.* La Declaración internacional de Cancún sobre el Derecho a la Nutrición en los hospitales: Una década después [Editor: Santana Porbén S]. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2019;29(1 Supl 1):S1-S79.