

Asociación Ecuatoriana de Nutrición Parenteral y Enteral. Guayaquil. Ecuador

LAS DECLARACIONES DE CANCÚN Y CARTAGENA. ESFUERZOS EN LA AFIRMACIÓN DEL DERECHO DEL PACIENTE A UN CUIDADO NUTRICIONAL OPORTUNO Y ADECUADO

Dolores Rodríguez-Veintimilla^{1¶}, *Luis Marcelo Noles Rodríguez*^{2‡}, *Evelyn Frías-Tora*^{βϕ}, *Sergio Santana Porbén*^{4§}.

RESUMEN

La Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (reconocida por las siglas FELANPE) conduce esfuerzos permanentes para afirmar el derecho del paciente a un cuidado nutricional oportuno y adecuado como una condición inherente tanto para el éxito de los planes terapéuticos como propia de la dignidad y la integridad que le competen a un ser humano doliente y en situación de extrema vulnerabilidad. A tal efecto, las sociedades, asociaciones y colegios representados en el espacio FELANPE han promulgado las Declaraciones de Cancún (2008) y Cartagena (2019) donde se establecen pautas, principios y guías para la implementación de los cuidados nutricionales en los distintos escenarios de la atención médico-quirúrgica en los centros de salud de la América Latina mediante esfuerzos concertados e integrados de los grupos básicos de trabajo, los nutricionistas, académicos e investigadores, las autoridades sanitarias y las compañías productoras y distribuidoras de insumos para la nutrición clínica y hospitalaria. La letra y el espíritu de las Declaraciones de Cancún y Cartagena han provisto la plataforma filosófica para la concertación de alianzas entre la FELANPE y otras organizaciones suprarregionales que también se (pre)ocupan de la provisión de cuidados nutricionales al paciente hospitalizado, y por extensión, a todos aquellos sujetos de tratamientos médico-quirúrgicos dilatados en el tiempo. De esta manera, las Declaraciones de Cancún y Cartagena contribuirían a la realización global del derecho al cuidado nutricional como indisoluble de la práctica médica y el cuidado hospitalario. **Rodríguez-Veintimilla D, Noles Rodríguez LM,**

¹ Médico. Máster en Nutrición Clínica. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-7030-0461>.

² Licenciado en Sociología. Becario. HRP Alliance LID-HUB WHO Scholarship Program. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5368-4747>.

³ Médico. Máster en Investigación Clínica y Epidemiológica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2228-0141>.

⁴ Médico. Especialista de Segundo Grado en Bioquímica Clínica. Máster en Nutrición en Salud Pública. Profesor Asistente. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-6557-9875>.

[¶] Departamento de Nutrición Clínica. Hospital SOLCA de Lucha contra el Cáncer Hospital. Guayaquil. Ecuador.

[‡] Universidade UNICAMP Estadual de Campinas. Campinas. Brasil.

^β Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil. Guayas. Ecuador.

^ϕ Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez”. Marianao. La Habana. Cuba.

Recibido: 24 de Abril del 2022.

Aceptado: 21 de Mayo del 2022.

Dr. Sergio Santana Porbén. Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud. Vedado. La Habana. Cuba.

Correo electrónico: ssergito@infomed.sld.cu.

Frías-Toral E, Santana Porbén S. Las Declaraciones de Cancún y Cartagena. Esfuerzos en la afirmación del derecho del paciente a un cuidado nutricional oportuno y adecuado. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2022;32(1):5-15. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Palabras clave: *Nutrición / Desnutrición / Derechos humanos / Declaración de Cancún / Declaración de Cartagena.*

INTRODUCCIÓN

En el año 2003 el Estudio ELAN Latinoamericano de Desnutrición: el primero de su tipo completado en la América Latina, reportó una prevalencia del 50.2 % de desnutrición entre los pacientes hospitalizados en la región.¹ El Estudio ELAN reveló, además, que menos del 23 % de las historias clínicas auditadas contenían información sobre el estado nutricional del paciente, y en solo el 8.8 % de los casos se utilizaba un esquema formal de terapia nutricional.¹ Contra este trasfondo, solo Costa Rica y Brasil regulaban la práctica de la terapia nutricional mediante políticas gubernamentales.¹

En los años siguientes el estado nutricional de los pacientes hospitalizados (y por extensión aquellos sujetos a tratamientos médico-quirúrgicos dilatados en el tiempo) continuaría siendo motivo de preocupación para los académicos y los profesionales de las especialidades de Nutrición clínica y hospitalaria en Latinoamérica. Como expresión de tal compromiso, el 20 de mayo de 2008, en la ciudad de Cancún, capital del Estado mexicano de Quintana Roo, y dentro del marco del XI Congreso de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional de América Latina y el Caribe (auspiciado por la Federación Latinoamericana de Nutrición Clínica, Terapia Nutricional y Metabolismo*) y el XV Congreso Mexicano de Nutrición Clínica, Terapia Nutricional y Metabolismo (organizado por la Asociación AMAEE Mexicana de Alimentación Endovenosa y Enteral[†] bajo la Presidencia *pro tempore* 2005 – 2008 del Dr. Juan Carlos Castillo Pineda), los Presidentes de las sociedades y asociaciones reunidas promulgaron la que después fue denominada como la Declaración de Cancún que abogó por “el derecho humano de los enfermos a recibir una terapia nutricional oportuna y óptima en cualquier lugar donde se encuentren”.²⁻³

Un estudio de seguimiento completado en el año 2012 actualizó la tasa regional de desnutrición hospitalaria.⁴ El Estudio ENHOLA de Desnutrición en los Hospitales de América latina reveló una prevalencia de desnutrición del 45.0 %.⁴ La décima parte de los pacientes encuestados estaba gravemente desnutrida en ocasión de las encuestas.⁴ El (pequeño) cambio observado en el comportamiento de la desnutrición hospitalaria no se pudo atribuir a las políticas y acciones conducidas por los grupos básicos de la región dentro de sus respectivas áreas de influencia; y las falencias y debilidades de las políticas regionales de contención de la desnutrición asociada a la enfermedad y secundaria a la hospitalización y los tratamientos médico-quirúrgicos administrados fueron expuestas críticamente tras la publicación de los resultados del Estudio ENHOLA.⁵ Eventualmente, la envergadura del problema que representa la desnutrición hospitalaria es tal por sus numerosas ramificaciones y repercusiones que rebasa los esfuerzos (limitados en consecuencia) de un grupo de trabajo, una asociación gremial, o incluso un país.

* Reconocida de aquí en lo adelante como FELANPE.

† Hoy reconocida como el Colegio Mexicano de Nutrición Clínica, Terapia Nutricional y Metabolismo.

Las lecturas hechas y la invarianza de los eventos constatados condujeron necesariamente a la redacción de una nueva Declaración. Dicho proyecto se inició durante la Presidencia FELANPE *pro t mpore* (2017 – 2018) del Dr. Humberto Arenas Márquez; y sus propósitos se concretaron el 3 de mayo de 2019 en la ciudad colombiana de Cartagena de Indias, dentro del marco de los 33 Congreso Colombiano de Metabolismo y Nutrición Clínica y IV Congreso Regional Andino-Región Centro de la FELANPE, y con la Dra. Dolores Rodríguez Veintimilla ocupando la Presidencia *pro t mpore* (2019 – 2021) de la FELANPE. En esta ocasión, el Dr. Charles Bermúdez y la Dra. Diana Cárdenas, integrantes de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica (ACNC), lideraron el consenso y escritura de la nueva Declaración, la que fue presentada ante los Presidentes de las asociaciones, sociedades y colegio que integran la FELANPE como la “Declaración de Cartagena: Declaración Internacional sobre el Derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición” durante una asamblea convocada extraordinariamente con este fin.

Como colofón de la presentación, la Declaración de Cartagena fue aceptada un nimente por los países integrantes de la FELANPE, y promulgada mediante la firma de los Presidentes de las asociaciones, sociedades y colegio reunidos.⁶ Durante la firma de la letra de la Declaración de Cartagena los representantes de la Asociación Norteamericana de Nutrición Enteral y Parenteral (ASPEN), la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), la Sociedad Latinoamericana de Nutrición (SLAN), la Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición (ESPGHAN), y la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición (LASPGHAN) oficiaron como testigos de honor.

Tras la proclamación, divulgación e implementación de los 13 principios de la Declaración de Cartagena, la FELANPE ha recibido numerosas expresiones de apoyo por parte de varias organizaciones corresponsales que a nivel global proveen cuidados nutricionales a los enfermos. Tal reconocimiento ha llevado a la FELANPE a imaginar una alianza internacional entre todas estas organizaciones, a saber, la propia FELANPE, las antes citadas ASPEN y ESPEN, y la Sociedad Asiática de Nutrición Enteral y Parenteral (PENSA) y la Sociedad del Oeste de África de Nutrición Enteral y Parenteral (WASPEN); alianza ésta que se oriente al reconocimiento y la promoción del derecho humano que le es inherente a todo paciente a ser atendido nutricionalmente. La coordinación de esta alianza internacional estaría a cargo de la Dra. Diana Cárdenas, reconocida por su papel en la redacción de la Declaración de Cartagena (2019). La alianza celebró su primera reunión en modo virtual el 19 de octubre de 2020 como parte de las actividades previas a la celebración del XVII Congreso Latinoamericano de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo “Guayaquil 2020 + 1”. Durante la reunión celebrada se conformó el “International Working Group for Patients' Right to Nutritional Care”, quien presentó un documento programático con su postura sobre la atención nutricional como un derecho humano intr secamente vinculado al derecho a la alimentación y el derecho a la salud.⁷

Han transcurrido ya 14 años de la Declaración de Cancún y 3 años de la Declaración de Cartagena. Es entonces correspondiente examinar el rol de ambos instrumentos proclamatorios en la (re)afirmación de los derechos nutricionales de los pacientes en Iberoamérica, y las acciones que se requieren para la plena implementación de los mismos y la consecución de los propósitos en ellos contenidos.

La desnutrición asociada a la enfermedad y su impacto en los sistemas de salud

Toda enfermedad conlleva un componente metabólico.⁸ La enfermedad impacta negativamente los sistemas de regulación del medio interno, el metabolismo energético, y la síntesis y acreción de tejidos. De resultas de todo ello, la enfermedad desplaza la actividad

metabólica de la economía del anabolismo y la deposición de células y tejidos (procesos regidos por la hormona insulina) hacia el catabolismo y la movilización de sustratos (gobernados por el cortisol y la adrenalina). Los cambios metabólicos ocurren dentro de un ambiente de inflamación, resistencia a la acción de la insulina y estrés oxidativo aumentado que es precipitado por la propia enfermedad. Como expresión de los cambios metabólicos descritos, ocurre depleción de los tejidos magros, hipoproteïnemia, trastornos de la distribución hídrica a tipo ascitis y edemas periféricos, linfopenia e inmunocompromiso (que puede evolucionar hacia la inmunosupresión). La desnutrición (que siempre será energética y nutrimental) se manifestará entonces como pérdida de peso corporal a expensas primordialmente de los tejidos magros y la masa muscular esquelética (pérdida de peso que puede ir acompañada de edemas en miembros inferiores), y una susceptibilidad incrementada a gérmenes oportunistas.

Desde los 1970s se reconoció que sobre las causas biológicas de la desnutrición pueden superponerse actitudes y prácticas de los equipos de trabajo que atienden a los pacientes en los distintos escenarios de salud, el hospital incluido. Butterworth (1973), en un ensayo seminal aparecido en "Nutrition Today", reveló 13 de ellas.⁹ El ayuno diagnóstico, la suspensión injustificada (y muchas veces prolongada) de la vía oral, la postergación (e incluso el abandono) de las terapias de sostén | repleción nutricional son todavía hoy reconocidas como algunas de las prácticas hospitalarias que perpetúan y agravan la desnutrición que acompaña a la enfermedad en casi todos los hospitales del mundo.¹⁰ No es de extrañar entonces que la mitad de los pacientes hospitalizados se encuentre desnutrida, y que la décima parte de aquellos encontrados como desnutridos lo esté gravemente.

Algunos autores han equiparado la desnutrición hospitalaria con una forma de desnutrición iatrogénica,¹¹⁻¹² esto es: aquella originada de acciones médicas dolosas que se pueden remontar hasta la ausencia de formación del estudiante de Ciencias médicas en temas aunque sean básicos de Alimentación y Nutrición y la imposibilidad de instituir una cultura de trabajo multi- e interdisciplinaria en el hospital. La desnutrición hospitalaria también podría verse como el fracaso de la "oslerización" de la asistencia médica, el sistema piramidalizado de formación de las residencias médicas, y el papel central (por no decir monopólico) del jefe del equipo de trabajo en la atención del paciente.¹³

No debería asumirse la desnutrición hospitalaria como un mal inevitable (y por lo tanto acompañante) de la prestación hospitalaria. La desnutrición hospitalaria es hoy uno de los predictores más importantes de fracasos terapéuticos, prolongación de la estadía hospitalaria, complicaciones sobreañadidas (entre ellas la bronconeumonía nosocomial y las escaras por decúbito), aumentos de los costos hospitalarios, muerte institucional, insatisfacción del paciente y los familiares por el tratamiento recibido, y reclamos judiciales.¹⁴

Durante los últimos años se han ensayado varias soluciones de la desnutrición hospitalaria como un medio de aminorar los costos sobreañadidos que le son inherentes. Estas soluciones se han insertado dentro de la espiral de desarrollo de las organizaciones hospitalarias de provisión de cuidados nutricionales entre las que cabría citar al Servicio de Nutrición, el equipo multidisciplinario de terapia nutricional, y el Grupo de Apoyo Nutricional.¹⁵ Estas organizaciones han tratado de introducir en la cultura hospitalaria nuevos paradigmas como la evaluación nutricional universal y temprana, la endoscopia nutricional, la nutrición parenteral protocolizada, y la terapia nutricional a domicilio. Sin embargo, hay que reconocer que tales organizaciones han sido poco efectivas en el afrontamiento de la desnutrición hospitalaria por cuanto en el mejor de los casos solo pueden atender entre el 1 – 5 % de los ingresos hospitalarios. Por otro, el armado y gestión de estas organizaciones hospitalarias verticalizadas en la prestación de cuidados nutricionales suelen verse como un desafío de la "oslerización" de la asistencia médica, y por lo

tanto, ajenas y extrañas a la cultura institucional como para augurarle una larga (y productiva) vida.¹⁶

Se ha de decir también que el afrontamiento exitoso, sostenible y duradero de la desnutrición hospitalaria rebasa forzosamente los esfuerzos y alcances de varios especialistas y profesionales dedicados, que siempre serán pocos en comparación con los otros que atienden regularmente a los enfermos en las distintas instancias de la institución. Se trata entonces de encontrar (y promover) un argumento filosófico-ideológico único que compulse a todos los involucrados en la atención médica del paciente a lo largo de todo el *continuum* terapéutico para que los cuidados nutricionales sean parte integral (y a la vez natural) del programa general de salud que se le prescriba al enfermo.

La visión de la desnutrición hospitalaria como el resultado de conductas iatrogénicas pudiera brindar tal argumento. En efecto, la falla en reconocer (y documentar) la desnutrición presente en el enfermo desde el primer encuentro con el equipo médico, y por extensión, de implementar los requeridos esquemas de terapia | sostén nutricional, serían ahora tenidos como una violación injustificable de la santidad y la dignidad de la persona del enfermo. Así, el derecho al cuidado nutricional sería ahora apreciado como un derecho humano inalienable cuya proclamación justificaría las decisiones y acciones necesarias para que el enfermo esté acompañado en todo momento por los mejores especialistas y las mejores terapias y recursos que estén orientados a preservar el estado nutricional como condición *sine qua non* de la atención médica efectiva a la vez que humanista. En este sentido, la FELANPE ha sido una adelantada en la promoción y protección del derecho del enfermo y sus familiares al cuidado nutricional óptimo y oportuno, y de ello dan fe las Declaraciones de Cancún (2008) y Cartagena (2019) firmadas y proclamadas por las asociaciones, sociedades y colegio representados en la Federación[‡].

Pero una cosa es proclamar un derecho, y otra bien distinta es hacerlo cumplir. Si bien la Declaración de Cancún fue un importante paso adelante en la afirmación del compromiso de la FELANPE en incorporar los cuidados nutricionales dentro de los programas generales de atención de salud de los hospitales de la región, la puesta en práctica de los postulados y principios en ella contenidos rebasó las esferas de influencia gremial. Siempre habrá que ir más lejos en la génesis de la desnutrición hospitalaria como para no solo sugerir sino lograr además que la formación del personal médico y paramédico incorpore los cuidados nutricionales como una de las competencias que deben caracterizar a estos profesionales, y que deben después trasladar a sus correspondientes desempeños y actuaciones.

La Declaración de Cartagena ha rebasado el marco de la mera actualización de la letra de la declaración precedente para ofrecer un nuevo enfoque en la puesta en práctica de las acciones que conlleva la consecución de los propósitos de la misma. En la continuidad de la implementación de la Declaración de Cartagena, se ha constituido un grupo de tarea que, encabezado por la Dra. Diana Cárdenas Braz, y compuesto por especialistas en Nutrición clínica y hospitalaria provenientes de todos los países de la región ibero-latinoamericana, se han dedicado a divulgar los 13 principios de la Declaración al interior de los países que componen el espacio FELANPE, examinar el estado de la formación en Nutrición de los estudiantes de Ciencias médicas de la región, y diseñar y validar herramientas, recursos y prácticas para el reconocimiento oportuno y exacto de la desnutrición asociada a la enfermedad, la provisión efectiva (esto es: útil y segura) de las terapias nutricionales mediante tecnologías “*high-tech*”, el seguimiento y evaluación del impacto de la mismas, el

[‡] En este punto, se ha de mencionar que las dependencias entre la teoría y la práctica de Nutrición clínica y hospitalaria por un lado, y los derechos humanos del paciente por el otro, se establecieron por primera vez, y de manera explícita, en la resolución ResAP2003 del Consejo de Europa. Para más detalles: Consulte: Council of Europe Committee of Ministers. Resolution ResAP (2003) 3 on Food and Nutritional Care in Hospital. Brussels: 2003.

traslado de las terapias nutricionales al hogar del enfermo y la provisión de las mismas mediante el autocuidado y el automonitoreo; el análisis costo-efectivo de las terapias nutricionales prestadas; y la educación y capacitación permanentes de los equipos básicos de trabajo en temas (al menos) imprescindibles de Alimentación y Nutrición.

El derecho al cuidado nutricional como un derecho humano emergente

La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), suscrita por los países miembros de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su resolución 217 A (III), artículo 25, del 10 de Diciembre de 1948, expresa 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, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.¹⁷ Las Declaraciones de Cancún (2008) y Cartagena (2019), por lo expresado en sus artículos, constituirían importantes esfuerzos para garantizar tres de los componentes del citado derecho humano: la alimentación (oportuna y de calidad), la asistencia médica (acompañada por profesionales de la nutrición), y la salud de los pacientes[§].

La mención de la seguridad alimentaria como componente de un derecho humano en el artículo 25 de la DUDH es también concordante con los derechos que se derivan del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.¹⁸ En el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número dos “Hambre cero”, suscrito por 193 estados miembros de la ONU, se estipula también la importancia de iniciativas que busquen “poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición...”.¹⁹ Nuevamente, las Declaraciones de Cancún (2008) y Cartagena (2019), apoyándose en los resultados de encuestas epidemiológicas completadas en América Latina sobre el estado nutricional de los enfermos en las distintas etapas del tratamiento médico-quirúrgico, contribuyen con las agendas impulsadas por el sistema de las Naciones Unidas al proponerse, como se menciona en uno de sus planteamientos: “Que los enfermos reciban, sin discriminación alguna, una alimentación óptima y oportuna”.

Asimismo, la adopción de las Declaraciones de Cancún y Cartagena contribuiría a garantizar una asistencia médica integral y con arreglo a estándares elevados de calidad. La nutrición, a día de hoy, se ha constituido como un área de conocimiento propia, razón por la cual que en muchas universidades del mundo se estudia de manera separada respecto de las ciencias médicas. Bermúdez *et al.* (2019)²⁰ han observado que la educación en temas de Alimentación y Nutrición que se le ofrece a los estudiantes de Medicina podría no necesariamente traducirse en una atención nutricional que sea adecuada a las necesidades de los pacientes, en tanto no existe un estándar universalmente aceptado sobre las competencias nutricionales de los médicos. Ello pone en evidencia la importancia de la adecuada formación del médico en formación en temas (aunque sea mínimamente esenciales) de Alimentación, Nutrición y Dietética como parte de la implementación de un programa más abarcador que se encamine a mejorar la asistencia médica.²⁰

La importancia de la preparación del médico en Nutrición ha sido también señalada por Cárdenas *et al.* (2022).²¹ En una encuesta completada con 11 escuelas de Medicina de la América Latina que ofrecían cursos independientes de Nutrición, se le dedicaron 47 horas (como promedio)

[§] La Declaración de Cancún (2008) defiende la preservación del derecho del paciente a la alimentación y la nutrición durante la estancia hospitalaria. Por su parte, la Declaración de Cartagena (2019) promueve el derecho al cuidado nutricional como un derecho humano emergente. Para más detalles: Consulte: 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;40:4029-36.

a la educación en esta asignatura.²¹ Los estudiantes encuestados concordaron en la importancia de la mejoría del estado de salud del paciente mediante una nutrición adecuada, y que la consejería nutricional y la evaluación nutricional deben ser ejercicios incluidos en la actuación médica diaria.²¹ De cara a este objetivo, los estudiantes reconocieron que carecen de los conocimientos, la capacitación y el entrenamiento para identificar y tratar los problemas nutricionales que puedan presentarse en los pacientes que atienden.²¹

La definición de competencias en Nutrición sería un primer paso en la mejoría de la educación en Nutrición en las escuelas de Medicina. En un estudio publicado recientemente en el *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* (órgano de la *American Society of Parenteral and Enteral Nutrition*), Cárdenas *et al.* (2021)²² revisaron los objetivos de la educación en Nutrición del pregrado médico, las competencias básicas de Nutrición que debe exhibir el médico graduado, y las estrategias para el desarrollo curricular de la educación en Nutrición. Los autores concluyeron que un programa de Educación en Nutrición en el pregrado médico debería incorporar (al menos) 130 competencias en 4 áreas temáticas, entre ellas, la Nutrición pública y la prevención de los desórdenes nutricionales a lo largo del ciclo vital humano, y el reconocimiento y tratamiento de los trastornos nutricionales en la enfermedad.²²

Dicho lo anterior, se hace notar que la práctica de los profesionales en Nutrición se encuentra incorporada dentro de la atención médica integral de los centros de salud alrededor del mundo bajo la forma de departamentos específicamente orientados a la Nutrición y la Dietética. La “necesidad” de que los hospitales modernos cuenten con dietistas quedó establecida en el texto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) dedicó a la “Planificación y Administración de Hospitales” en el año 1970.²³ En este texto, el profesional en Nutrición es descrito como alguien con una formación “más científica que comercial”, y anota entre sus labores propias la supervisión de los alimentos y las dietas de los pacientes, la educación en las vías y los medios para preparar los alimentos en sus propios hogares, la asesoría sobre el valor nutritivo de las dietas servidas habitualmente en el hospital, y la instrucción en Nutrición de grupos de personas como parte del programa hospitalario de educación en salud.²³

Los profesionales en Nutrición y Dietética, con una formación científica reconocida, y a los que se le asignan funciones específicas tanto en los aspectos operativos del hospital como en las áreas ambulatorias, constituirían entonces un recurso fundamental en el aseguramiento de la calidad de la asistencia médica del centro de salud. Como quiera que la propuesta de las Declaraciones de Cancún y Cartagena, en un punto como éste, reza que “en los casos en que se requiera terapia nutricional enteral y/o parenteral, que ésta sea realizada por profesionales con experticia”, se recurriría a los profesionales en Nutrición y Dietética para asegurar este objetivo terapéutico. Adicionalmente, la frase antes mencionada cobraría sentido por los posibles vacíos en la formación en Nutrición de los médicos generales que han sido expuestos por Bermúdez *et al.* (2019)²⁰ y Cárdenas *et al.* (2022)²², así como también por la especificidad de las labores de los profesionales en Nutrición. En consecuencia, la incorporación y capacitación de profesionales en Nutrición a la prestación de cuidados nutricionales, el respeto por la actividad de los mismos, y la dotación de infraestructura y herramientas adecuadas para el cumplimiento de sus labores (como lo han sugerido las Declaraciones de Cancún y Cartagena) contribuirían a que los prestadores de servicios de salud (independientemente de la naturaleza de los mismos) garanticen en toda su dimensión el derecho humano a la asistencia médica de calidad, oportuna y costo-efectiva.

Finalmente, las Declaraciones de Cancún (2008) y Cartagena (2019) también constituirían un esfuerzo por garantizar en toda su plenitud el derecho humano a la salud. Como establece la OMS, una nutrición saludable es fundamental para la prevención de los factores de riesgo relacionados con la dieta (como el exceso de peso y la obesidad) y las enfermedades no

transmisibles asociadas.²⁴ Una nutrición adecuada también pudiera contribuir a la mejoría de la calidad de vida de pacientes aquejados de enfermedades graves como el cáncer²⁵ o la fibrosis quística²⁶, por solo mencionar dos ejemplos.

La OMS, a través de un comunicado de prensa, y en respuesta a un estudio publicado por el Banco Mundial, manifestó que “un mayor énfasis en la nutrición en los servicios de salud podría salvar 3,7 millones de vidas para 2025”.²⁷ En el mismo comunicado, la Dra. Naoko Yamamoto, Subdirectora General de la OMS, afirmó que los servicios de salud “deben centrarse más en garantizar una nutrición óptima en cada etapa de la vida de una persona”, buscando “proporcionar servicios de salud de calidad y lograr la cobertura sanitaria universal”, donde “la nutrición debe ser una de las piedras angulares de los servicios de salud esenciales”.²⁷ Por lo tanto, las Declaraciones de Cancún (2008) y Cartagena (2019) contribuirían a la preservación del derecho humano a la salud mediante un pronunciamiento global de sostener (y defender) la nutrición como un aspecto fundamental en la preservación de la salud, y la recuperación y rehabilitación de los pacientes.

CONCLUSIONES

Las Declaraciones de Cancún (2008) y Cartagena (2019) han afianzado la posición de la FELANPE como promotora del derecho del paciente a recibir en todo momento el cuidado nutricional requerido de acuerdo con la enfermedad y la etapa del tratamiento médico-quirúrgico que reciba. La implementación de los postulados expuestos en tales declaraciones conllevará cambios sustanciales en la forma en que los cuidados alimentarios y nutricionales son provistos en cada uno de los escenarios de salud. La educación y capacitación en contenidos especificados de Alimentación y Nutrición contribuirá a empoderar a los equipos de salud en la identificación y el tratamiento oportuno y adecuado de los trastornos nutricionales que puedan concurrir en el enfermo. El diseño y puesta en marcha de organizaciones hospitalarias verticalizadas en la provisión de cuidados nutricionales harán posible la construcción de consensos y el establecimiento de Buenas Prácticas que redunden en cuidados nutricionales con arreglo a estándares de calidad a la vez que costo-efectivos. Todas estas (y otras tantas) acciones deben conducir en última instancia a mayores autonomía y validismo del enfermo y sus familiares, y por esta vía, a una mayor dignidad e integridad.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Diana Cárdenas Braz, Editora principal de la Revista Colombiana de Nutrición Clínica y Metabolismo, por las sugerencias hechas durante la preparación de este ensayo.

SUMMARY

The Latin American Federation of Nutritional Therapy, Clinical Nutrition and Metabolism (recognized as FELANPE) leads efforts permanently in order to affirm the right of the patient to a timely and adequate nutritional care as an inherent condition for the success of therapeutic plans as well as the dignity and integrity entitled to a human being in pain and in a situation of extreme vulnerability. To such end, the societies, associations and colleges represented in the FELANPE space have promoted the Declarations of Cancún (2008) and Cartagena (2019) wherein guidelines, principles and norms for implementing nutritional care in the different scenarios of the surgical-medical assistance in the Latin American health centers by means of concerted and integrated efforts of the medical care teams, the nutritionist, the health authorities and companies manufacturing and distributing resources for clinical nutrition applications are set forth. The letter and the spirit of the Declarations of Cancún and Cartagena have provided the

philosophical platform for concerting alliances between FELANPE and other global organizations that are also occupied in (worried for) for providing nutritional care to the hospitalized patient, and by extension, to all those subjected to medical-surgical treatments dilated in time. Consequently, the Declarations of Cancún and Cartagena should contribute to the global realization of the right to nutritional care as indissoluble from the medical practice and hospital care. Rodríguez-Veintimilla D, Noles Rodríguez LM, Frías-Toral E, Santana Porbén S. The Declarations of Cancún and Cartagena. Efforts in the affirmation of the right of the patient to a timely and adequate care. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2022;32(1):5-15. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Subject headings: Nutrition / Undernutrition / Human rights / Cancún Declaration / Cartagena Declaration.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Correia MI, Campos AC; for the ELAN Cooperative Study. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: The multicenter ELAN study. *Nutrition* 2003;19(10):823-5. Disponible en: [http://doi:10.1016/s0899-9007\(03\)00168-0](http://doi:10.1016/s0899-9007(03)00168-0). Fecha de última visita: 24 de Noviembre del 2021.
2. De la Cruz 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. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2008;23:413-7.
3. Castillo Pineda JCC. Reflexiones acerca de la Declaración de Cancún: 2008 – 2018 [Editor: Santana Porbén S]. *RCAN Rev Cubana Aliment* 2019;29(1 Supl 1):S1-S32. Reimpreso de: *Rev Nutr Clín Metab [Colombia]* 2018;1:55-8
4. Castillo Pineda JC, Gómez García A, Velasco N, Díaz-Pizarro Graf JI, Matos Adámes 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(3):655-72. Disponible en: <http://doi:10.20960/nh.275>. Fecha de última visita: 24 de Noviembre del 2021.
5. 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(Supl 1):S1-S79.
6. Cárdenas D, Bermúdez CH, Echeverri S, Pérez A, Puentes M, López M; *et al.* Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2019;36(4):974-98. Disponible en: <http://doi:10.20960/nh.02701>. Fecha de última visita: 24 de Noviembre del 2021.
7. Cárdenas D, Correia MITD, Ochoa JB, Hardy G, Rodríguez-Veintimilla D, Bermúdez CE; *et al.* Clinical nutrition and human rights. An international position paper. *Nutr Clin Pract* 2021;36(3):534-44. Disponible en: <http://doi:10.1002/ncp.10667>. Fecha de última visita: 24 de Noviembre del 2021.
8. Correia MI, 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 Enteral Nutr* 2016;40:319-25.
9. Butterworth CE. The skeleton in the hospital closet. *Nutrition Today* 1974;9:4-8.
10. Porbén SS. The state of the provision of nutritional care to hospitalized patients- Results from the Elan-Cuba Study 2006;25:1015-29.

11. Mayer J. Iatrogenic malnutrition. *Postgrad Med* 1971;49(3):247-9. Disponible en: <http://doi:10.1080/00325481.1971.11696564>. Fecha de última visita: 24 de Noviembre del 2021.
12. Waitzberg DL. Desnutrición calórico-proteica y su importancia clínica. *Nutrinews* 1997;3:12-3.
13. Santana Porbén S. La desnutrición hospitalaria: ¿Mal inherente a los sistemas actuales de salud, y/o próximo reto a vencer? *RNC [Publicación científica sobre Nutrición clínica]* 2009;18:5-17.
14. Souza TT, Sturion CJ, Faintuch J. Is the skeleton still in the hospital closet? A review of hospital malnutrition emphasizing health economic aspects. *Clin Nutr* 2015;34(6):1088-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.02.008>. Fecha de última visita: 24 de Noviembre del 2021.
15. Santana Porbén S. Organizaciones hospitalarias para la provisión de cuidados nutricionales al enfermo. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2011;21(2 Supl):S4-S8.
16. 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.
17. Universal Declaration of Human Rights. General Assembly Resolution 217A III of the United Nations. Paris: 1948. Disponible en: <https://www.un.org/en/sections/universal-declaration/human-rights-law/index.html>. Fecha de última visita: 24 de Noviembre del 2021.
18. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, as adopted on December 16th, 1966, and entered into force on January 3th, 1976. 993 UNTS 3. New York: 1966. Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>. Fecha de última visita: 24 de Noviembre del 2021.
19. Zero Hunger. Sustainable Development Goal number 2. UN General assembly. 69th Session. Agenda Item 13(a). Disponible en: <https://sdgs.un.org/goals/goal2>. Fecha de última visita: 24 de Noviembre del 2021.
20. Bermúdez C, Pérez A, Puentes M, López L, Guerrero M, Velasquez EG; *et al.* Implementación de la Declaración Internacional sobre el derecho al cuidado nutricional en el ámbito clínico y la lucha contra la malnutrición *Rev Nutr Clín Metab [Colombia]* 2019;2(Supl.1):82-6.
21. Cardenas D, Diaz G, Cadavid J, Lipovestky F, Canicoba M, Sanchez P; *et al.* Nutrition in medical education in Latin America: Results of a cross-sectional survey. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 2022;46:229-37.
22. Cárdenas D, Díaz G, Fuchs-Tarlovsky V, González MC, Carrasco F, Cano AMP; *et al.* Nutrition competencies for undergraduate medical education: Results of an international interdisciplinary consensus. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2021:2021. Disponible en: <http://doi:10.1002/jpen.2203>. Fecha de última visita: 24 de Noviembre del 2021.
23. Llewelyn-Davies R, Macaulay HM. Planificación y administración de hospitales. Publicación científica 191. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: 1970. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1239/40223.pdf>. Fecha de última visita: 18 de Diciembre del 2021.
24. Di Daniele N. The role of preventive nutrition in chronic non-communicable diseases. *Nutrients* 2019;11(5):1074. Disponible en: <http://doi:10.3390/nu11051074>. Fecha de última visita: 18 de Diciembre del 2021.
25. Ravasco P. Nutrition in cancer patients. *J Clin Med* 2019;8(8):1211. Disponible en: <http://doi:10.3390/jcm8081211>. Fecha de última visita: 18 de Diciembre del 2021.

26. Luque CBS, Alonso PAB. El estatus nutricional y la sobrevida en los adultos con fibrosis quística. *Acta Gastroenterol Latinoamer* 2020;50:226-7.
27. Yamamoto N. Stronger focus on nutrition within health services could save 3.7 million lives by 2025. World Health Organization. Geneva: 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/04-09-2019-stronger-focus-on-nutrition-within-health-services-could-save-3.7-million-lives-by-2025>. Fecha de última visita: 18 de Diciembre del 2021.