

# *Bioética, Nutrición y Enfermo Hospitalario*

Eduardo Mendoza Carrera  
Investigador, UNAM  
E-mail: [emitme@avantel.net](mailto:emitme@avantel.net)

[Recibido: Enero 26, 2009. Aceptado: Febrero 3, 2009](#)

## RESUMEN

En esta ocasión nos vamos a referir a una de estas dimensiones del ser humano, que es aquella que esta relacionada con las expresiones de los estados nutricionales de determinada población, considerando que es un indicador válido para aproximarnos a los preceptos de la calidad de vida, de construcción de vida ética y en esa posibilidad poder determinar las condiciones de desarrollo de un país, a través literalmente de precisar el equilibrio de la salud integral de los sujetos. Estas razones son elementales para configurar un contexto alimentario-nutricional que está inmerso y vinculado con todas las esferas de una economía nacional, desde el campo agrícola que produce los insumos naturales, el comercio abusivo que hacen los intermediarios para hacer llegar a los mercados y de allí a todas las casas, —a cada uno de nosotros—, para completar un ciclo recurrente al consumo diario de nuestros alimentos; consideraciones que incluyen circunstancialmente a enfermos en labor hospitalaria. Tales ponderaciones se implican a una serie de características, que desde el campo de cultivo, hasta las cocinas, requieren de una demanda de presupuestos éticos y bioéticos; en tal inteligencia, no es de extrañar, las múltiples y complejas aplicaciones de la bioética en esta área del conocimiento.

*Palabras Clave: bioética, ética, nutrición, pobreza, atención hospitalaria, alimentos, transgénicos.*

## ABSTRACT

This time we are going to talk about one of these dimensions of human beings, which is the one related to the expressions of nutritional aspects of a given population, considering it a valid indicator to approach to the precepts of life quality, construction of ethical life and, in such possibility, being able to determine the development conditions of a country, through, literally, précising the equilibrium of integral health of individuals. These reasons are basic to configure a feeding-nutritional context immerse and linked to all spheres of a national economy, from the agriculture field that produces the natural inputs, the abusive trade performed by intermediaries in order to reach the markets and, from there, to all homes —to each one of us—, to complete a recurring cycle to the daily consumption of our meals; considerations including hospital patients by circumstance. Such major considerations are implied to a series of characteristics that, from the agricultural fields to the kitchens, require demanding ethical and bioethical assumptions; under such circumstances it should not result strange the multiple and complex applications of bioethics to this area of knowledge.

*Keywords: bioethics, ethics, nutrition, poverty, hospital care, genetically modified (GM) foods.*

## Introducción

En estas ciencias de la salud —como lo significan las nutricionales—, hace poco menos de cuatro años se propuso una serie de cursos de posgrado relacionados con la bioética de la nutrición y la alimentación; con tal propósito, se inició una línea de investigación sobre Bioética y Nutrición, estudiando artículos publicados, libros, documentos de Internet, configurando una bibliografía que fue posible establecer desde la década de los ochenta hasta la actualidad. La búsqueda develó una serie de autores que aplicaban conceptos bioéticos en las áreas de: responsabilidad profesional de la nutrición, realización de una praxis disciplinaria; tendencias históricas filosóficas, religión y costumbres alimentarias; una cultura alimentaria específica de cada pueblo; ingeniería genética y biotecnología alimentaria; disciplinas deportivas y suplementos nutricionales; educación en nutrición y una serie de enfermedades metabólicas que hacen precisar, entre otras cosas, —como Paracelso lo mencionó— *“la cantidad hace el veneno”*, creando tal vez el primer pensamiento estructurado en torno a los congestionamientos gastro-intestinales y a la prevención real de comer solamente la cantidad necesaria para nutrir y no a excesos que produjeran malestares.

Desde luego, las áreas de mayor interés y significación para la bioética establecieron a la nutrición como un derecho humano, también establecieron la política alimentaria-nutricional de los países; los derechos de los enfermos y la investigación en nutrición; los derechos del consumidor y la publicidad; la veracidad del etiquetado nutricional y el área de la nutrición clínica-asistencial, donde la mayoría de los artículos se refieren a la indicación o suspensión de soporte nutricional parenteral y enteral, las implicaciones de justicia distributiva y la administración de recursos escasos en las instituciones hospitalarias, que tienen una importancia enorme por ser una de las vías más importantes para dotar de un necesario equilibrio y lograr que un ser humano enfermo retorne a la salud.

## La nutrición como ética del cuidado, derecho humano y las políticas alimentarias

En términos de la construcción de la vida ética identificamos las necesidades básicas de la vida cotidiana de los seres humanos, para poder enumerar: la libertad, la autonomía, la responsabilidad, la recreación, el trabajo, la vivienda, la forma de vestir, el afecto, la salud, la educación y la alimentación, las cuales significan un patrón de experiencia, —único en motivos para cada ser humano— y con ello un proceso esencial, de formación de la personalidad vital para la existencia como seres vivos,<sup>1</sup> en donde el cuidado es una actitud de ocupación, de preocupación, de responsabilidad y compromiso afectivo por el otro, semejante en la inteligencia de que el hombre inventó máquinas y técnicas de aplicación, pero éstas inventaron a su vez, nuevos entes humanos.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Los filósofos griegos de la tradición helénica pensaron que la ética es un asunto de aprender a vivir bien, es decir, cuando aludimos al término de construcción, es porque la ética no nos viene dada a la par de nuestra existencia, sino que se implica en la tarea de otorgar valores y posteriormente decidir, sin tener en ese momento la precisión de si tal decisión va a ser para siempre, o si es lo mejor o lo peor; por lo que es claro decir que cada vez que decidimos alguna cuestión ganamos unas cosas, pero perdemos otras. Sin embargo, dicha construcción se da a partir de una moral social heredada, de tal manera que tenemos que preguntarnos: ¿Cómo construir esa vida ética que es siempre crítica dentro del contexto de moralidad social? La vida ética es en primer término el lugar del cuidado del *“ethos”* (casa o morada del ser humano); cuidado que requiere saber de articular el sentido, las normas y los patrones de experiencia de vida; de tal manera que la ética crea así un campo de la realidad social. Por lo tanto, los discursos éticos no pueden pretender la comprensión del estado moral, sino que deben de buscar el logro de una vida buena. En esta pretensión la ética es una actividad de cada ser humano, que como ser holístico —configura la relación de sus partes con el todo para lograr una totalidad ordenada— y en sí mismo interpreta la autonomía en calidad de una autonomía contextualizada subjetivamente, de tal manera que precisar el sentido de la ética es preguntarnos: ¿cómo debemos vivir? y enmarcar el carácter de la autonomía dentro del contexto de pertenencia de cada ser humano.

<sup>2</sup> Realza Agustín Herrera Frago en su libro: *“El cuidado en la bioética”* [1] la idea tangencial de cómo actuar con nuestros potenciales humanos y otorgar un sentido común, práctico e inteligente, además de benéfico a la tecnociencia y neo medicina, que tanto se ha complicado en su aplicación en nuestros días dentro de un *ethos* en el cuidado de la vida, que fue como un principio rector en la ciencia y la medicina y ahora en la actual

Precisamente en el ámbito de esta casa —la habitación más importante la significa el cuerpo— y por eso en una primera instancia de la reflexión exigimos pensamientos acerca de la nutrición como un derecho humano, sería como pensar en el derecho de respirar aire puro, o en el derecho a vivir, cuestiones que nos son naturales debido a que a ningún ser humano le preguntaron si quería vivir, la referencia de F. Savater [2] es extraordinariamente didáctica, porque nos remite a la utilidad de la ética, desde un sentido de la existencia real del ser humano: (...)“Para lo único que sirve la ética es para intentar mejorarse a uno mismo y lo único seguro que sabe la ética es que tú, yo y los demás estamos hechos, de uno en uno, con amorosa diferencia”. [3]

En tal sentido de la argumentación, ¿acaso es necesario declarar que tenemos derecho a comer? la importancia y relación de este campo reflexivo tiene una implicación vital a la bioética desde los foros mundiales y las decisiones tomadas respecto de comer, y al llegar a la praxis del comer, estar en posición de definir la nutrición en términos de una finalidad para la salud integral de los sujetos.

Por lo tanto, la reflexión acerca de algo tan obvio toma carácter universal, pero primordialmente pensando en la relación alimento-pobreza, es decir, de ser testigos pasivos de cómo comunidades enteras son devastadas por el hambre y la desnutrición extrema en muchos lugares del mundo, y de cómo en nuestros propios países y casi frente a nuestra propia mirada, la inseguridad alimentaria y la incompreensión de las enfermedades relacionadas con los casos de malnutrición por exceso o por déficit y el hambre oculta nos van rodeando socialmente.<sup>3</sup>

En esta orientación, si la tendencia era la de asociar la desnutrición con falta de alimento, sin duda es posible decir que se trata de una postura reduccionista —que persistía hasta hace poco tiempo—, ante una problemática de mayor importancia política y económica. Es decir, en la idea de postular la *diet-ética* (dietética) de cada día, la política de estado no puede circunscribirse a sólo programas de suplementación y donación de alimentos, debe ir más allá y abarcar desde la producción y disponibilidad de alimentos hasta la biodisponibilidad de nutrientes, el estado de pobreza y la marginalidad misma, cuestiones que exigen definitivamente una trascendencia, desde su propia comprensión etimológica.<sup>4</sup>

En muchos países, desde la década de los setentas del siglo pasado en nuestra América Latina, la mayoría de los programas alimentarios han fracasado principalmente por falta de componentes educativos, de control y seguimiento, pero sobre todo porque no se ha trabajado en lo que UNICEF propone como “*people’s empowerment*”, es decir, la comunidad organizada, participativa que, junto con el apoyo del estado, se apoderan de sus problemas, procurando su solución y el desarrollo de la comunidad, bajo el enfoque de desarrollo del prestigiado economista, el Dr. Amartya Sen,<sup>5</sup> como “*proceso de*

---

bioética y de cómo esa estrella polar (*ethos*) no debemos perder de vista. Tal vez parafraseando a S. Freud diríamos: después de tanto alejarnos es necesario “*volver a casa*” (*ethos*).

<sup>3</sup>UNICEF [4] publicó un libro sobre los derechos del niño, en donde se dedica todo un capítulo para la exposición y análisis de la nutrición como derecho humano. Por su parte, la FAO [5] convocó a una Cumbre Mundial sobre la Alimentación, celebrada en Roma. El resultado de ambos esfuerzos: llegar a un consenso universal sobre la necesidad inmediata de que cada nación se haga responsable de fijar unos mínimos morales a través de sus metas nutricionales, las cuales deberían concretarse dentro de las Políticas, Planes de la Nación y en sus Programas subsecuentes, teniendo como orientación la seguridad alimentaria, la viabilidad y sustentabilidad de los programas, y la aceptabilidad por la población, al respetar y proteger sus costumbres alimentarias positivas.

<sup>4</sup> Es decir, transformar las instancias de la realidad y elevar (superar) las exigencias que la realidad nos reclama, de tal manera que trascendencia quiere decir tomar un punto de vista y de acción superior ante los campos problemáticos que nos reclaman en la vida real una posición y compromiso.

<sup>5</sup> Amartya Kumar Sen es un economista bengalí bien conocido por sus trabajos sobre las hambrunas, la teoría del desarrollo humano, la economía del bienestar y los mecanismos subyacentes a la pobreza, recibió el premio Nobel en 1998 y el Bharat Ratna en 1999 por su trabajo en la matemática económica. La obra más reconocida del Dr. Sen es su ensayo “*Pobreza y hambruna*”: sobre el derecho y la privación en el año de 1981, ensayo en el cual demostró que el hambre no es consecuencia de la falta de alimentos, sino de desigualdades en los

*expansión de las capacidades de la gente*” y de los presupuestos por este autor vertidos en su libro de *Ética y Economía*. [6] En tal horizonte y hasta nuestros días ya de siglo XXI, los estados paternalistas, —siguen haciendo de las suyas— algunos con abundancia de recursos económicos provenientes del petróleo y con claras muestras “*de intereses partidistas*”, en el discurso de economías benefactoras, cuya apariencia les facilitan recursos en el supuesto de que aprendieran a tener control sobre la producción y reproducción de los sembradíos y animales,<sup>6</sup> acciones en que se mencionó “*hubo donaciones de leche*” a la cual se adicionaban anticonceptivos para control de la natalidad y así evitar la sobre población —obviamente sin preguntar a los pueblos su libre auto-determinación—, entendiéndose que lo que se trataba era de mantener e incrementar la sumisión, el conformismo y la dependencia del pueblo. Basta entonces una leve crisis económica para que todo el sistema se caiga, —como en México lo sabemos bien— ocasionando un incremento en el costo, que discreta (ocultamente) o cínicamente se ostenta. Lamentablemente las decisiones políticas en materia alimentaria-nutricional no han sido prudentes ni justas en el horizonte histórico de México.<sup>7</sup>

### Los derechos del consumidor, la publicidad y el etiquetado nutricional

En este contexto relacionado de manera directa entre economía y ética —otro campo problemático— de gran significación bioética y moral es la manipulación de la información nutricional por parte de la industria farmacéutica y de alimentos. Vemos con sorpresa cómo día a día, por los medios masivos de comunicación (televisión, radio, prensa) nos saturan con productos o entrevistas a supuestos “*expertos en nutrición o de medicamentos cuasi mágicos*” que no manejan información veraz, sino que responden a intereses mercantilistas y de lucro particular. No obstante, que todos estamos bajo la influencia de las modas y falacias sobre alimentos y suplementos nutricionales, y lo que es peor, muchas veces se indican suplementos vitamínicos y de minerales, sin efectividad comprobada y por lo tanto sin la oportunidad de valorar los riesgos-beneficio que me otorgan los distintos productos,<sup>8</sup> incluso a veces la leyenda de “*científicamente*

---

mecanismos de distribución de alimentos. Aparte de su investigación sobre las causas de las hambrunas, su trabajo en el campo del desarrollo económico ha tenido mucha influencia en la formulación del índice de desarrollo humano (IDH) de las Naciones Unidas (ONU).

<sup>6</sup> Como pasó con las propuestas de tecnologización iniciadas por la FAO en la década de los 70 del siglo XX en que mandaron a muchos ingenieros agrícolas a las selvas y lugares apartados de América Latina para llevar a los campesinos los conocimientos para hacer más eficientes los trabajos en el campo y en el cuidado reproductivo de sus animales.

<sup>7</sup> En 1992, cuando el esquema de la pirámide o guía alimentaria se publicó por primera vez en forma oficial, la intención era transmitir de manera didáctica y sencilla cuáles eran esos comestibles capaces de asegurar energía y bienestar a grandes y chicos. La geometría del triángulo permitió ilustrar la medida o cantidad de proporciones que se debían ingerir. Pero el asunto es que en la base del gráfico —que desde sus primeros esbozos, en 1980, fue seguido al pie de la letra por las madres de muchos de los países llamados subdesarrollados estaban los famosos carbohidratos, que conservaron el puesto por largo rato dado que siempre se los tuvo por buenos, al contrario de las grasas, todas consideradas peligrosas—. “La pirámide alimentaria es un desastre”, resumió indignado un miembro de *Oldways*, una organización benéfica de Boston que orienta sobre temas de salud. Pero esta sentencia no sólo alude al resonante fracaso. Muchos médicos y nutricionistas están convencidos de que en los últimos años los organismos de gobierno han estado manipulando la información en beneficio de los intereses económicos de las grandes corporaciones. Concretamente, trazando políticas para dirigir las tendencias de consumo según las conveniencias del sector ganadero, la industria de las donas y, créase o no, del negocio del *low fat*.

<sup>8</sup> Menciona la autora Marian Araujo [8] que existen grupos de la población que son más propensos al fraude, como por ejemplo: **Los Obesos:** ante la angustia y desesperación por perder peso corporal, toman cualquier pastilla o infusión que se encuentre en el mercado para tal fin. O, a través de anuncios publicitarios, se contactan con pseudo-profesionales que ofrecen “*dietas mágicas*”, que hacen perder todo, hasta la vida. **Los Ancianos:** otros en su deseo de retardar los procesos de envejecimiento, adquieren productos de altísimo costo y de resultados no comprobados. **Los Deportistas:** en su afán de destacarse rápidamente en una disciplina, sobre todo en las de multifuerza y fisicoculturismo, los atletas y los principiantes toman sobrecargas de aminoácidos y otros suplementos que le proveen un medio ergogénico extra. Muchos de estos productos no advierten los efectos colaterales adversos, principalmente en las funciones endocrinas y metabólicas del hígado y riñón. **Los Enfermos Crónicos:** ciertas enfermedades crónicas y degenerativas, como la diabetes y el cáncer, cuyo control y tratamiento en muchos casos son paliativos, conllevan a quienes las padecen, de ser víctimas de los productos naturistas o a consultar terapias heterodoxas no estudiadas, no dosificadas y no comprobado el principio activo o curativo presente en algunos de ellos.

*probado*”, aparece como sistema de irrefutabilidad, haciendo que el ser humano se desvíe a través del poder de la ciencia y la técnica, padeciendo una crisis de civilización, comportándose como contemplador ante el final de un tipo de mundo, es decir, la aparición del fenómeno del descuido, la indiferencia y el abandono conducen a la pérdida de la conexión con el todo, en otras palabras “*no se piensa el saber*”, sino simplemente se asume el ente humano en su poder y se dedica a consumir lo que otros dicen que es verdadero, sin que nunca realmente lo prueben.

Por todas estas referencias, sin duda alguna los principios bioéticos involucrados en estos casos —la *justicia* y la *no-maleficencia*—, que combinados con el *deber ser* de los entes institucionales involucrados (autoridades de salud pública, colegios profesionales, protección al consumidor, presupuestos éticos y biojurídicos, etc.) resultan en la vigilancia sanitaria, el control de los productos expendidos y de los servicios ofrecidos, y por supuesto, en la educación en salud y en nutrición que debe impartirse regularmente a todo nivel, porque consumidores somos todos los seres humanos y porque necesitamos educar nuestras personalidades y nuestros modos de vida.

### La investigación en nutrición y los derechos de los enfermos

Ríos de tinta se han escrito en relación a la condición que puede exigir, que cada ser humano sea tratado como semejante a los demás, sea cual fuere su sexo, color de piel, ideas o gustos, religión, entretenimientos, profesión, etc., llamándole dignidad. Aunque la dignidad es lo que tenemos todos los seres humanos en común, es precisamente lo que sirve para reconocer a cada cual como único e irrepetible en función directa de su autonomía y de su derecho natural, cuestiones que la bioética de nuestros días se ha encargado de enfatizar en diferentes reuniones mundiales en relación a la ética de investigación con seres humanos.

Precisamente desde que se pronunció el Código de Nuremberg (1947), hasta las más recientes declaraciones y documentos del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, [9] de Bioética y de Derechos Humanos, muchos han sido los encuentros y consensos mundiales a favor de los derechos de los enfermos y de los sujetos humanos que participan en una investigación biomédica. En todos estos planteamientos la ética del investigador juega un papel fundamental durante todas las fases de desarrollo de los proyectos de investigación, sin embargo posiblemente tres momentos son vitales, en los que la base moral del investigador puede ser más susceptible a influencias externas poco éticas. Dichos momentos son: el proceso del diseño metodológico y la ejecución de las investigaciones, al evaluar y utilizar los resultados y al actuar como arbitraje científico en la posición de ejercer presupuestos generales.

Muchos aspectos propios de la investigación epidemiológica experimental presuponen una tendencia de la relación enfermedad-población, como lo presenta De Abajo [8:7-28] considerando los aspectos éticos principales de la investigación epidemiológica y su asignación a los niveles correspondientes del ámbito moral, de acuerdo a las premisas del Dr. Diego Gracia: [10]

- Nivel 1: **no maleficencia-justicia**: utilidad social de la investigación, corrección técnica del estudio, competencia del equipo investigador, selección equitativa de la muestra, relación beneficio/riesgo apropiada de las intervenciones del ensayo, garantía de *clinical equipoise* entre las intervenciones a comparar (no-preferencia clínica o colectiva), compensación por daños/seguro, interpretación rigurosa y veraz de los resultados y su publicación.
- Nivel 2: **autonomía-beneficencia**: Proceso de consentimiento informado, especial protección de grupos vulnerables y decisiones de sustitución,

preferencias de asignación, protección de la intimidad y confidencialidad de la información, continuación del tratamiento o de la asistencia sanitaria después de la investigación.

Ante tales implicaciones de la bioética y la humanidad integral de los tratamientos médicos, las ciencias de la nutrición no escapan de estos preceptos, éticos, bioéticos, teóricos, metodológicos y técnicos; no obstante, observamos con asombro como la sociedad científica discrimina positivamente aquellas investigaciones de carácter experimental, mientras más alejada de los sujetos y más sub-especializada sea, aun en su propia área de estudio. El positivismo —entendido como objetivismo— y la tecnificación desmedida de las ciencias de la salud, han encontrado actualmente su contraparte en la bioética y los movimientos humanistas. Hoy más que nunca, los investigadores nacionales deben buscar la utilidad social de la investigación en nutrición y tratar de dar respuesta a una diversidad de problemas de interés común para el beneficio de todos.

De acuerdo a lo expresado por Mendoza Carrera, [11] la importancia de buscar presupuestos que vinculen los viejos conocimientos, con los nuevos saberes de la investigación —lejos de negar la historia de nuestras ciencias—, debemos aprender a motivarnos por la historia y vincular ambos ámbitos de conocimiento, en la idea de potencializar de manera plena nuestros campos de utilización, a manera de aplicar lo aprendido en nuestros patrones de experiencia. Al respecto menciona el autor:

(...) mi experiencia personal en el contexto del sistema de salud o más concretamente de la bio-medicina, en nuestro medio, en nuestro país, me permitió observar una serie múltiple de elementos de deshumanización de la práctica médica y la investigación en medicina, marcando un límite entre las idealizaciones de un estudiante de Bioquímica (Ciencias Biológicas) y las aplicaciones reales que no guardan una relación lineal, creándose una espiral de desencantamientos en mi relación con nuestra sociedad individualista, hipermoderna e hiperconsumista, en donde conviven signos evidentes de decepción, significados en la violencia y la destrucción del ser humano para sí mismo, olvidando en muchos aspectos el valor de la persona y el sentido colectivo de lo humano y su humanidad. Sin embargo, en el mundo real todo esto se expresa aunado con otros elementos positivos que conviene tomar en cuenta y valorar desde una amplia reflexión. Por estas razones es que me propuse escribir un documento que empezara a dar cuenta de estas dicotomías y de un tránsito obligado de comprensión.

Con base a estas razones, podemos decir que hoy en día, en el avance pleno del siglo XXI, nos encontramos de frente a las consecuencias económicas, políticas, sociales, educativas y filosóficas surgidas del progreso del conocimiento médico. Asistimos de hecho, a una tendencia importante del reduccionismo del humanismo médico y, en cambio se ha favorecido la adopción de una bioética estándar de una medicina más técnica, defensiva y privada, y con ello más indiferente al sujeto en su expresión más social; creándose así una lógica mucho más complicada de los problemas ligados a la salud pública, con un cierto desligamiento entre las culturas, científica, tecnológica y humanista. No obstante, se ha mencionado que, en general, la ética regula las acciones de las relaciones intra-individuales, es decir, entre el individuo y la sociedad, entre los congéneres humanos y el entorno natural, configurando una incesante labor entre las capacidades de significar y decidir, comprender y optar ante las problemáticas inéditas que la práctica profesional presenta día con día.

Esta aparentemente nueva concepción ética, que llamamos 'bioética' consiste en un modo de apropiación de las circunstancias surgida de los casos clínicos, que desde luego es diferente de un acercamiento puramente teológico o filosófico. Las discusiones especulativas y abstractas no dan cuenta de la forma en que los médicos y demás profesionales de la salud toman y resuelven los problemas. Por estas razones, la ética, particularmente la bioética, para representar un acercamiento válido y pertinente en el ámbito de la salud, debe ser capaz de abordar las problemáticas concretas y, a través de

la deliberación y equipos interdisciplinarios, ponderar el rescate incesante del buen hacer científico, ético y bioético, que traduzca en lo real un ejercicio de volver a la salud a los enfermos, encaminando así un proceso que vuelva a sus fundamentos más humanistas.<sup>9</sup>

### La nutrición clínica-asistencial

La nutrición ubicada en el contexto clínico [12] nos circunscribe al ambiente hospitalario y al ambulatorio si del sector público se trata, o, a la clínica y a la consulta privada si nos ubicamos en el sector privado de la atención en salud. En cualquiera de los mencionados escenarios de ejercicio profesional, nos encontraremos con una *Comunidad Interrelacionada*, compleja, interactuante y sinérgica, donde cada uno de los entes humanos que la componen debe ser considerado como *Persona Humana*: sujeto espiritual, asiento de la vida moral de un ser humano; respetando sus características de ser intemporal, de poseer libre albedrío, interioridad y dignidad. Además, de considerar la Regla de Oro, como norma fundamental de la conducta humana, que contiene la totalidad de las exigencias éticas y morales de las relaciones interpersonales de los seres humanos, para hacer del apoyo y comprensión *Afectivo*,<sup>10</sup> la piedra angular para confrontar las enfermedades, puesto que en la mayoría de las veces nos matan los diagnósticos y no necesariamente las enfermedades. [11] Según el enunciado de esta configuración conceptual en torno a la comunicación de los profesionales con los pacientes, —sea de presencia como el caso de médicos y enfermeras, sea de manera virtual desde el diseño del profesional de la nutrición—, nos permite entonces ubicar un primer punto concreto acerca de las *Relaciones del Profesional de la Nutrición* dentro de la relación “*textos*”– “*contexto*” de la comunidad de profesionales de la salud.<sup>11</sup>

Las Relaciones Profesionales del Nutriólogo —al igual que las de otros profesionales de la salud—, pueden agruparse en tres grandes bloques, cada uno con sus peculiaridades. La más importante de ellas es también la más discutida y es en donde realmente la profesión como ciencia se transforma en arte, es decir, como vocación de servicio hacia el bienestar común, es precisamente la **Relación con el Paciente**

<sup>9</sup> Mendoza Carrera, [11] *op. cit.*: “El Ethos es la raíz o fuente de la vida de donde brotan todos los actos humanos” Zenón el estoico, “Los hombres no comprendemos en absoluto cual es el poder del Ethos”. “Ethos” = Casa o Morad, “Eros”, “Psique”, Inteligencia de “Sentir”, “Espíritu”. Movimiento del “Ethos” = **Ética**: Dos capacidades ontológicas, significar y tomar decisiones en lo único real que tenemos como e-xistentes -el verdadero reto es mantener el equilibrio-. Si relacionemos estos dos fundamentos “Bios” = Vida “Ethos” con el término Bio -Ética, pensando en como los viejos griegos lo pudieron acuñar, aludiendo a dos magnitudes de indiscutible significación: Hacemos conciencia de la existencia del Sujeto y de los Sujetos (“Yo” y el Otro “Yo” / Naturaleza con el todo de la realidad global del mundo. Entonces con este valor etimológico encontramos la significación para el ser humano de la: “Ética de la Vida”. La Bioética se ocupa de la vida, del cuidado de sí mismo, De la inquietud de ser, De la Libertad y la Responsabilidad. Los viejos griegos conocían a estos términos como “*terapéuten*” y se implicaba a la cura del cuerpo y del alma, de la atención del cuidado de sí, de la inquietud de ser, del cuidado de sí mismo, pues si logras cuidar de ti, puedes estar en capacidad de cuidar al Otro.

<sup>10</sup> Araujo, [8] *op. Cit.* recupera en este sentido el enunciado del Mahabharata expresa lo siguiente: “No hagas a ninguno lo que él no quiere que a él mismo le suceda”; frase del todo sabia y que pretende respetar ante todo la autonomía y la identidad en las relaciones personales.

<sup>11</sup> El caso de Terry Schiavo es un caso que relaciona el ámbito de bioética y nutrición. Su nombre era Marie Schindler: nació en Pensilvania y en 1982 conoció a quien luego sería su esposo, el señor Michael Schiavo. Esta señora de 41 años de edad duró 15 de ellos en estado vegetativo persistente después de un ataque que la introdujo en dicho estado. La causa de sus problemas estuvieron originados por desordenes alimenticios que instaló como consecuencia de su interés por combatir su sobrepeso, ingiriendo sólo líquidos y vomitando de manera espontánea para cumplir dicho objetivo lo cual le ocasionó un ataque cardiaco por pérdida súbita de potasio. Este episodio es el que la da a conocer en el mundo de lo legal y lo moral, cuando se obtuvo el permiso de un juez para desconectarla de la alimentación y la hidratación por solicitud de su esposo. Terry Schiavo fue víctima varias veces de nuestra sociedad, de su congéneres, de las leyes y de la publicidad. Le convirtieron en icono y perdió el anonimato ante las situaciones que se le han impuesto. A la pregunta de qué dice la bioética al respecto, la respuesta es: “no dice nada”. Somos nosotros las personas los que hacemos para que los otros digan. La justicia no sabe de bioética ni los jueces tampoco, están viendo objetivamente el caso desde la técnica. Es un error haberla alimentado sin esperanzas de recuperación, es un crimen retirar las medidas de la forma indigna en que se hizo.

**(usuario) y sus Familiares**, la cual muestra una tendencia hacia la autonomía.<sup>12</sup> Este proceso de transición nos permite fusionar ambos modelos, tomar “*lo bueno*” que ofrece cada uno y favorecer progresivamente la toma de conciencia sobre la responsabilidad y participación del ciudadano en la promoción y mantenimiento de su estado de salud. En las otras relaciones: **Relación en el ámbito interno** (gremio profesional, colegas, estudiantes de pre y postgrado, auxiliares de nutrición, empleados y obreros) y la **Relación en el ámbito externo** (médicos, enfermeras, bioanalistas, sociólogos, psicólogos, trabajadores sociales, religiosos, estudiantes de otras carreras, personal administrativo, entre otros), las principales cualidades a cultivar, desarrollar y optimizar serían la solidaridad y la comunicación, en base a presupuestos de identidad, fusionando la tradición histórica y la misión social y espiritual que se considere presente.<sup>13</sup>

Estas relaciones profesionales planteadas bajo el contexto de las teorías éticas y bioéticas actuales, toman sustento moral al incorporar en la comunidad de la salud las **éticas comunitarias**, los conceptos de consenso social, bienes comunitarios e historia de la comunidad; de las **éticas discursivas**, como lo marcan los preceptos de la teoría de la acción comunicativa, [13] donde se desarrolla la simetría, la no-exclusión y la no-violencia, como los principios del proceso comunicativo; y de las **éticas de responsabilidad**, configuradas en las ciencias de la salud, justamente a través de la bioética. En este contexto, cuyos ejercicios profesional y ético se conjugan con lo dietético (nutricional), podemos preguntar una vez más: ¿Cómo participa la bioética en el entorno clínico? En esa calidad de otorgar(nos) como ética de la responsabilidad, la bioética, ¿conjugua lo deontológico (*a priori*), determinado por los principios, con lo teleológico?, es decir, las finalidades que el ejercicio de una fraternidad y hospitalidad y de una sucedánea alimentación, sean consideradas en sus fines últimos; atendiendo en la relación de lo empírico, la búsqueda y encuentro de verdades después de la experiencia (*a posteriori*), subordinado a las consecuencias, en esa relación medios-fines.

De esta forma, ante los hechos de configuración ética y moral, la persona toma una decisión autónoma, racional, axiológica bajo un proceso civil, pluralista, universal y culturalmente específico, de orden deliberativo de la expresión de una ética de la responsabilidad, a través de los Comités de Bioética que se formen en cada institución. En esta inteligencia, los conceptos de Beauchamp y Childress, [14] se encuentran en los diferentes autores, aplicándolos a la nutrición clínica, sobre todo pensando en esa orientación de la relación de las partes al todo, establecido en un planteamiento holístico y reto mayor de reunir, concertar y conjugar los elementos multidisciplinarios que concurren en las prácticas hospitalarias y de considerar en la bioética del cuidado el principio de precaución,<sup>14</sup> que interrelaciona el saber científico con una praxis de los valores. Por estas consideraciones, al hablar de **justicia**, necesariamente abordamos el área de la administración de **recursos escasos** y aunque parezca exagerado **pensar los alimentos como recurso escaso**, la crisis presupuestaria por la que atraviesan nuestros hospitales, obliga a que se revise y evalúe la eficiencia y eficacia de todos los servicios que conforman los departamentos de nutrición.<sup>15</sup>

<sup>12</sup> Sin embargo en nuestras sociedades latinas el patrón paternalista sigue siendo el imperante, pensando en otras palabras la denominación individualismo esta a relacionada al individuo, en una parte que confiere un egoísmo, un preocuparse por tener para sí mismo y nunca por los otros seres humanos; idealmente la preocupación por el ser, confrontarse al futuro no forma parte de la idea de elaborar un proyecto de vida.

<sup>13</sup> Como sucede en el caso de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (OHSJD) cuya identidad la brinda la forma de hospitalidad y asistencia al estilo de San Juan de Dios, desde hace poco más de 500 años y las formas de penetración hospitalaria que se han filtrando a través de los siglos para distinguir una práctica hospitalaria, que se reflexiona a si misma y que lucha en este siglo XXI por preservarse con autenticidad en sus raíces históricas y con la participación de la formación médico-científica de sus colaboradores actuales en 50 diferentes países del mundo.

<sup>14</sup> Se pueden consultar estos planteamientos en el libro extraordinario del Dr. Agustín Herrera Frago [1] publicado en México.

<sup>15</sup> Por ejemplo, el Servicio de Nutrición Normal y Dietas Terapéuticas, donde se preparan todas las dietas de los pacientes hospitalizados, debiera estudiar cuánto del presupuesto se pierde en residuos por bandeja de alimentos que no fueron consumidos, porque estaban fríos, porque al llegar a la cama se consideren inadecuadamente indicados, mal presentados o por hiporexia del paciente. Otros servicios que trabajan con

En el sentido real de la práctica cotidiana en búsqueda de la salud, la **no maleficencia** puede ser vulnerada cuando incurrimos en mala praxis, ya sea por incompetencia, impericia, negligencia o iatrogenia. Una situación realmente alarmante es la de la alta tasa de desnutrición intrahospitalaria, es decir, de pacientes que se desnutren dentro del hospital, además de la patología de base con que ingresan, adquieren otra dentro del hospital, repercutiendo negativamente en el pronóstico y recuperación de su estado de salud general. ¿Qué está pasando en la realidad? ¿Ni siquiera el mínimo moral de no maleficencia se está cumpliendo?, siguiendo indicaciones de las guías y protocolos establecidos. Ante esta indiferencia parecieran intervenir al menos dos factores elementales, primeramente: la vocación profesional, en especial la de los nutriólogos, que no está claramente definida; según Schuftan, [15] hacen falta nutriólogos más radicales, aunque es preferible —según mi opinión— ubicar una conciencia crítica, con una visión formativa integral, una consideración social más alta y sobre todo orientados hacia la acción y a ser protagonistas de un compromiso mayor, sin tantas palabras, ejercer mayor acción hacia su finalidad última. Es también digno de reflexionar la propuesta de Drane, [16] nos hacen falta más profesionales con expresiones de una ética de la virtud y del carácter que, además de practicar una buena técnica, sean buenos técnicos. En segundo aspecto, es de suma importancia proponer el sentido de pertenencia y referencia en nuestro quehacer profesional, vinculado a la visión de los centros de salud en el sentido de expresarse como comunidad, sea una identidad o un estilo de atención hospitalaria.

En el sentido integral de esta comunidad, la finalidad se orienta a la **beneficencia**, que se refiere a una atención adecuada y de alta calidad, en donde la educación en nutrición que se imparta al paciente y familiares tiene gran significación, especialmente en aquellos enfermos con enfermedades crónicas como diabetes, obesidad; o bien en aquellos con trastornos alimentarios como anorexia y bulimia pero, sobre todo, en aquellos con enfermedades carenciales producto de deprivaciones alimentarias y sociales como puede pasar con el enfermo mental. Desde luego que en todo momento se debe repetir todo aquello que los autores han mencionado incesantemente en relación con el principio de **autonomía**, que se hace presente al hablar de los derechos del enfermo —subjetivos y personalísimos—, a través de su consentimiento informado al acceder o no a algún régimen dietético, al respetar sus hábitos y costumbres alimentarias vinculadas o no a creencias religiosas.

En este sentido, es necesario poner de relevancia, dentro de las situaciones clínicas donde la **autonomía** ha sido poco respetada, —en relación a este tópico—, pues encontramos la indicación de nutrición parenteral y enteral, encontrando signos de incompreensión a estas indicaciones, pues no se dirige la mirada profesional a vincular una alimentación diferente y de relación a ubicar pacientes con cuidados paliativos en vías de una enfermedad terminal, precisamente por esto requiere una mención especial, además de ser el tema con más artículos publicados, el de mayor controversia y polémica.<sup>16</sup> Al respecto, diferentes autores, argumentan que el soporte nutricional

---

productos especializados importados y de alto costo, como el Servicio de Soporte Nutricional Parenteral y Enteral, donde muchas veces las tomas nocturnas de nutrición enteral quedan refrigeradas sin ser suministradas al paciente, o en otros casos se adquieren productos con indicación muy especializada en mayor cantidad de la requerida y se vencen sin haber sido consumidos; o bien en el Servicio de Fórmulas Lácteas se preparan gran cantidad de biberones con sucedáneos de leche materna, en vez de fomentar y propiciar la práctica de la lactancia materna y crear un Banco de Leche Humana. La iniciativa de UNICEF de "*Hospitales amigos de los niños y de la Madre*" ha ayudado a mejorar la relación costo/beneficio significativamente.

<sup>16</sup>. El trabajo de J. E. Hortelano Martínez, A. Azulay Tapiero y M. Castillo Blasco [17], nos comparte lo siguiente: El soporte nutricional artificial mediante sondas de acceso digestivo es un tratamiento médico ampliamente utilizado. La indicación de soporte nutricional prolongado en pacientes terminales y en pacientes con deterioro neurológico irreversible crea conflictos éticos y legales de difícil solución. En este trabajo, además de aportar nuestra casuística en enfermos con deterioro psicorgánico avanzado, se revisan las bases culturales y ético-legales, así como se sugieren líneas de actuación sencillas que puedan servir de orientación clínica, si bien la toma de decisiones clínicas debe ser siempre individualizada y pormenorizada en cada caso, incluyendo en el proceso de decisión clínica, las preferencias del paciente y de sus familiares.

parenteral y enteral (SNPE) es una forma de alimentación artificial (no natural), y que por lo tanto se pueden aplicar las normas dispuestas para las medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida. El paciente competente es autónomo para decidir sobre el inicio o continuidad del SNPE y se requiere su consentimiento para proceder; este asunto confiere, pues, una relación natural a la bioética, pero sobre todo de revisar y valorar las diferentes opiniones de los investigadores, considerando que los motivos en cada uno de los casos pueden tener validez y confiabilidad para después rescatar y aplicar en las circunstancias clínicas.

Estas orientaciones del pensamiento deben de partir del principio de que, ante todo, no dañare: *"primum non nocere"*. El equipo multidisciplinario de SNPE debe tener claro que el principio que rige este tipo de terapia, es el de **no maleficencia**, seguido por el de **autonomía** y el de **beneficencia**, entendiéndose por beneficio una extensión de la vida o una mejoría en la calidad de esta. Si los productos para SNPE son escasos, la norma que se deberá seguir es la de dar prioridad a aquellos pacientes recuperables, considerando que si un paciente pudiese fallecer por desnutrición y no por otra causa, es un candidato para recibir SNPE. No obstante, el pronóstico de algunos enfermos es incierto y la única forma de conocer la utilidad de las medidas terapéuticas es intentarlo. ¿Negar la alimentación por sonda o interrumpirla aumenta las probabilidades de aceptación de la eutanasia?

Menciona Hortelano: [17] *El Council on Ethical and Judicial Affairs* de la *American Medical Association* define la eutanasia como *"el acto de producir la muerte de una persona sufriendo y desesperanzadamente enferma de una manera relativamente rápida e indolora por motivos de compasión"*. Algunos análisis éticos utilizan la doctrina del doble efecto y la distinción entre asistencia activa y pasiva para distinguir entre actos permisibles, que pueden adelantar la muerte (retirada de tratamientos de soporte vital) y otros que no son permisibles, como son la eutanasia activa y el suicidio médicamente asistido. La bioética normativa médica determina que las medidas activas que adelantan la muerte son inaceptables, mientras que las medidas pasivas podrían ser permitidas, sin embargo, la distinción entre matar y dejar morir es muy controvertida.

En una evaluación ética de determinados actos médicos deben tenerse en cuenta la decisión del paciente, la futilidad de los tratamientos y las secuelas morales de las decisiones, no sólo para el paciente, sino también para su familia y el personal sanitario que lo atiende. Existen evidencias que demuestran que los pacientes y sus familiares suelen aceptar lo que el personal de la salud, fundamentalmente el médico, sugiere; su decisión depende, en gran medida, de la información que se les suministre, esto demuestra la gran importancia que tiene la formación en bioética de los profesionales de la salud, la necesidad del trabajo en equipo interdisciplinario para tomar decisiones consensuadas y la gran ayuda que pueden ofrecer los comités de bioética para intentar resolver dilemas complejos.

## Conclusiones

Exhaustiva, minuciosa y extensa ha sido la reflexión realizada, aún faltaría sin duda revisar más tópicos de bioética y nutrición que presentan nuevos horizontes en los cuales aplicar la bioética a la nutrición y a la dietética. Las reflexiones<sup>17</sup> sobre la ética en el proceso de planeación, producción, promoción, comercialización e ingesta de los

---

<sup>17</sup> El Instituto Católico Canadiense de Bioética auspició del 14 al 17 de junio de 2004 un coloquio en Toronto. El propósito de este coloquio era discutir el discurso hecho por el Papa Juan Pablo II el 20 de marzo de 2004 a los participantes del Congreso Internacional en "Tratamientos Sostenedores de Vida y Estado Vegetativo" y asistir a los profesionales de la salud, pacientes, sus familias y la comunidad para tomar decisiones acerca de la Nutrición Artificial e Hidratación (NAH) para pacientes de avanzada edad que tienen otras condiciones médicas que no son "estado vegetativo". Los participantes del coloquio en Toronto, que trabajaron en varios campos relacionados con la bioética y que tuvieron distintos puntos de partida y perspectivas, estuvieron de acuerdo que las siguientes reflexiones sintetizaban en general el resultado de sus discusiones. [18]

alimentos, fue el motivo que nos animó, pero tal vez de suma manera aquella que nos acercó a la asistencia al desvalido, —sea en los diferentes niveles de exclusión social como la pobreza, sea el desnutrido en la asistencia hospitalaria—. En estas dos tesisuras del pensar de la bioética se trata de suministrar la respuesta para los nuevos dilemas éticos derivados del aumento del conocimiento científico y tecnológico. Esta expresión deriva de dos términos griegos: *bios*, vida y *ethos*, ética. El término fue por primera vez utilizado en el año 1970, por Von R. Potter. Su idea desarrolla un plan de unificación mediante el cual ciencia y ética interaccionan en sus campos específicos. Algunos investigadores definen la Bioética como *"el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, a la luz de los valores morales y principios de la ética"*.<sup>18</sup>

Derivados de estos elementos se precisan otros conceptos básicos que consideramos importantes de puntualizar, en la aplicación de la bioética en nutrición, ellos son: persona humana, proyección afectiva y los principios, normas morales y obligaciones para los profesionales de la salud. La persona es una totalidad, no una simple suma de cualidades aisladas, sino integradas entre sí. En el centro de esta totalidad personal está una subjetividad que es propia de cada ser humano, que sólo a él le pertenece, que le permite tomar decisiones libremente y que tiene conciencia de sí mismo, de las demás personas y del mundo con el que se relaciona. Siendo la nutrición y la dietética, profesiones del área de la salud, que combinan justamente conocimientos de otras ciencias y de la suya propia, por lo que es de esperar que sus implicaciones bioéticas sean múltiples y complejas, por razón misma de su denominación y de su interacción.

Así, podemos interrelacionar la investigación, la salud pública en relación con el enfermo y sus derechos, el derecho a la alimentación [4] y el estado nutricional como indicador de calidad de vida; asimismo, con aspectos legales y publicitarios, es decir, en la promoción del alimento se orienta a una alimentación inadecuada que hace que se formen grupos vulnerables y por tanto susceptibles al fraude, como pueden ser obesos, diabéticos, ancianos, etc. Tal fenómeno puede pasar desde la publicidad masiva de la televisión hasta los etiquetados nutricionales en los productos, que se concretan, en la *praxis* profesional y en el gremio de nutriólogos, asimismo por aspectos relacionados con la religión y tendencias filosóficas; con la ingeniería genética y la biotecnología, con la tecnología de los alimentos,<sup>19</sup> con el deporte<sup>20</sup> y con la educación.<sup>21</sup> Tal sería el campo problemático de esta disciplina y las posibilidades de aplicación de la bioética en el campo de la alimentación y la nutrición. Un ámbito que hemos referido como muy importante es el área clínica y asistencial, donde la mayor cantidad de artículos publicados se refieren a la administración o suspensión del soporte nutricional parenteral y enteral en diferentes grupos de pacientes con diversas patologías; pediátricas, de ancianos con desnutrición, enfermos de cáncer, SIDA, en estado crítico o terminal, pacientes con anemias, con complicaciones gineco-obstétricas, de trastornos de la alimentación —como anorexia y bulimia— y pacientes con enfermedades mentales.

En este sentido las decisiones médicas respecto a la instauración de nutrición artificial mediante sondas, son difíciles. La nutrición artificial es un tratamiento médico y, por tanto, prescribirla se basa en una evaluación entre los beneficios-desventajas en el paciente que las recibe. Si hay deterioro cognitivo del paciente y se desconocen las preferencias de éste, la mejor manera de valorar beneficio/desventaja es intentar un tratamiento de prueba. Si se necesita la restricción física para conservar la SNG o sobrevienen complicaciones médicas de importancia, es ético interrumpir el tratamiento. La nutrición artificial es un tratamiento de soporte vital al que no debe concederse un rango especial de otros tratamientos similares (soporte hemodinámico, soporte

---

<sup>18</sup> Universidad.

<sup>19</sup> Ej.: aguas fluoradas, alimentos enriquecidos y/o fortificados y nuevas alternativas alimentarias.

<sup>20</sup> Ej.: utilización de medios ergogénicos nutricionales.

<sup>21</sup> Ej.: la educación holística, el discurso pedagógico y la incorporación de los estudios en bioética.

respiratorio). La nutrición e hidratación son tratamientos médicos que se deben negar o interrumpir éticamente cuando sus desventajas superen a los beneficios.

Además en este concierto de complejidad bioética se debe rescatar la declaración "*Alimentación en el Mundo*" vertida en el II Congreso Mundial de Bioética (Gijón, España, 2002) en la cual expresaron lo siguiente en términos de lograr un propósito tangible al futuro:

Nosotros, los participantes en el II Congreso Mundial de Bioética: Conmocionados por el inmenso número de personas que mueren de hambre y malnutrición cada año, lo cual constituye una emergencia global creciente de enorme escala; alarmados por la amenaza a la prosperidad global, a la seguridad y a la estabilidad que se ven representadas en la gran barrera que divide la sociedad entre pobres y ricos y la distancia cada vez más creciente entre los mundos desarrollados y los subdesarrollados. Decepcionados por la actual tasa de reducción de solamente seis millones al año en el número de personas mal nutridas, lo cual significa que no será llevado a cabo el propósito y el ánimo de la Cumbre de la Alimentación en el Mundo, como se reafirmó en la Declaración Millenium, de reducir a la mitad el número de personas malnutridas para antes del 2015. [19]

Sin embargo, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) constituyeron un informe concluyente sobre dieta y salud, a través de puntualizar las siguientes consideraciones: una dieta basada en el bajo consumo de alimentos muy energéticos ricos en grasas saturadas y azúcar y en la ingesta abundante de frutas y hortalizas, así como un modo de vida activo, figuran entre las principales medidas para combatir las enfermedades crónicas recomendadas en un informe que expertos independientes han preparado para dos organismos de las Naciones Unidas. El trabajo, encargado a un equipo internacional de expertos de la (OMS) y la (FAO), se propuso identificar nuevas recomendaciones sobre régimen alimentario y actividad física destinadas a los gobiernos, con miras a tratar de resolver el problema que plantea el creciente número de personas que mueren anualmente por enfermedades crónicas.<sup>22</sup>

En esta inteligencia, muchos de los fallecimientos por enfermedades crónicas obedecen a factores de riesgo que podrían prevenirse fácilmente, a saber: tensión arterial alta, niveles de colesterol elevados, obesidad y escasa actividad física. En los países en desarrollo cada vez más personas sufren enfermedades crónicas, un cambio preocupante con respecto a unos pocos decenios atrás, cuando las enfermedades crónicas se asociaban a los países ricos y desarrollados. Según el informe, esto se debe en gran parte al creciente desarrollo urbano provocado por el hecho de que los habitantes de las zonas rurales abandonan el campo y se dirigen a las ciudades. Los habitantes de las ciudades son más propensos a seguir dietas muy energéticas, ricas en grasas saturadas y carbohidratos refinados. Este repentino cambio en la dieta, combinado con un modo de vida sedentario, está teniendo graves consecuencias para los grupos pobres de la población urbana.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Según el doctor Ricardo Uauy, director del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile y profesor de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, que presidió el Grupo de Expertos, "*el informe tiene una gran importancia porque se basa en las mejores pruebas científicas sobre la relación entre el régimen alimentario, la nutrición y la actividad física, por una parte, y las enfermedades crónicas por otra, y, además, está avalado por el dictamen colectivo de un grupo de expertos, formulado desde una perspectiva mundial*". En el informe figuran sugerencias para modificar la dieta cotidiana y aumentar el gasto de energía mediante: la reducción de los alimentos muy energéticos ricos en grasas saturadas y azúcar; la disminución de la cantidad de sal en la dieta; el aumento de la ingesta de frutas y hortalizas frescas; la práctica de actividad física moderada durante, por lo menos, una hora al día. Tal fue el dictamen colectivo de un grupo de 30 expertos, que reafirmaron que la ingesta energética diaria debe ser equivalente al gasto de energía.

<sup>23</sup> No todas las grasas ni todos los carbohidratos son iguales, y vale la pena conocer la diferencia. Las personas deberían comer menos alimentos hipercalóricos, especialmente los alimentos ricos en grasas saturadas y azúcar; realizar actividad física; consumir preferentemente grasa no saturada en vez de saturada, y menos sal; ingerir frutas, hortalizas y legumbres y dar preferencia a los alimentos de origen vegetal y marino. Una dieta con abundantes frutas y hortalizas, ricas en micro nutrientes que fortalezcan el sistema inmunitario, también podría ayudar a las defensas naturales del organismo a defenderse de las enfermedades infecciosas.

Con todos estos problemas una opción de mayor productividad se debe al desarrollo de una gran cantidad de alimentos transgénicos de alta calidad que pueden ser producidos por la biotecnología moderna en la cual, no obstante, es necesario establecer métodos apropiados de evaluación para poder garantizar que esas nuevas fuentes de alimentos no entrañen riesgos para el consumo humano, ni para el medio ambiente. Entre estos métodos tenemos el análisis de riesgo, el cual es un instrumento que puede usarse para establecer la seguridad de un alimento.<sup>24</sup> Todas las evaluaciones se harán caso por caso, paso a paso y de una manera científicamente adecuada, debiéndose tener en cuenta el tipo de consumidores al cual va dirigido el producto, ya sean lactantes, ancianos, enfermos u otros tipos; realizándose los estudios toxicológicos sobre bases de identificación molecular, biológica y química de las etapas del proceso de producción hasta llegar al consumidor. [27-30] La tecnología de los OMGs destinados a la alimentación es un fenómeno irreversible, aunque existen interrogantes a las que las investigaciones, los análisis, las discusiones y los acuerdos que se han producido en el transcurso de su corta historia aún no han podido dar respuesta; el debate al respecto es noticia diaria en el mundo. No obstante, no se pueden obviar las repercusiones sociales de la aplicación de esta nueva tecnología y es una obligación informar a la sociedad de sus amplias posibilidades y también de sus posibles riesgos; es necesario trabajar con total transparencia e información a los consumidores.<sup>25</sup>

En este corolario no es menester dejar sin mencionar la evaluación y tratamiento nutricionales en los hospitales.<sup>26</sup> Al respecto la declaración de Cancún [12] especifica de manera puntual los siguientes aspectos: a) la atención nutricional no es una opción, es una necesidad impostergable para todo paciente. El soporte nutricional es obligatorio para todo paciente mal nutrido o en riesgo. La finalidad del mismo es brindar y satisfacer las necesidades del organismo, aportando los nutrientes precisos cuantitativa y cualitativamente en forma oportuna; b) todo paciente hospitalizado debe ser evaluado dentro de las primeras 24 a 48 horas, con un método de tamizaje validado, y de acuerdo con su resultado deberá ser derivado para evaluación nutricional formal; c) el cuidado nutricional del paciente hospitalizado y la administración del soporte nutricional requieren de la implementación de guías de práctica clínica que contemplen el método de tamizaje nutricional en todos los hospitales, la evaluación metabólica-nutricional formal, la implementación del plan de alimentación y/o terapia nutricional, el programa de seguimiento, la reevaluación y reformulación del plan y/o terapia o su finalización; d) el soporte nutricional es más costo-efectivo cuando es realizado por un grupo especializado.

Cada institución debe contar con un grupo interdisciplinario responsable del soporte nutricional. Si esto no es posible, cada institución debe proveer la mejor estructura responsable de la realización adecuada del Soporte Nutricional. Las sociedades

---

<sup>24</sup> Este análisis de la evaluación de riesgo consta de tres elementos: 1º procedimiento mediante el cual se identifican los peligros tanto potenciales como reales, 2º la gestión de los riesgos, que permite establecer las medidas que conlleven a minimizar o eliminar dichos peligros y 3º la comunicación del riesgo, procedimiento mediante el cual el público que va a consumir esos alimentos debe conocer que los mismos proceden de organismos genéticamente modificados (OMGs). En la evaluación de la inocuidad de los OMGs destinados a la alimentación se aplica el concepto de equivalencia sustancial, el mismo es utilizado para determinar similitudes y diferencias entre el alimento genéticamente modificado y un comparador con una historia de inocuidad alimentaria, para orientar después el proceso de evaluación de la inocuidad sobre la base de las diferencias halladas. Si se estima que el alimento OMGs es sustancialmente equivalente a su homólogo tradicional, ha de considerarse que es tan inocuo como éste. De no ser así, deberán realizarse nuevos ensayos. [20-26]

<sup>25</sup> Se hace imprescindible el establecimiento de regulaciones internacionales estrictas que aseguren la utilización correcta de la ingeniería genética. Relacionarse con esta temática, desde la investigación hasta la comercialización, incluida la necesaria legislación, con un enfoque bioético y científico permitirá que los alimentos transgénicos se conviertan en una vía más que ayude a incrementar la disponibilidad de alimentos a nivel mundial.

<sup>26</sup> En relación a los aspectos bioéticos se debe asegurar que se cumplan los principios universales de bioética: justicia, no maleficencia, autonomía y beneficencia, además de aspectos legales que deberán de registrarse en el expediente clínico: la evaluación nutricional, el diagnóstico y el plan de cuidado o tratamiento nutricional. Las fórmulas o mezclas nutricionales para uso enteral y parenteral deben cumplir con los requerimientos de identificación y rotulación.

científicas deben proveer capacitación y actualización, así como definir guías de práctica clínica. Los sistemas nacionales de salud tienen que sostener y regular su aplicación, todo esto para que los pacientes tengan garantizado su derecho a recibir el óptimo tratamiento alimentario-nutricional, independientemente del lugar donde se encuentren. Además de que los trabajadores de la salud estén respaldados en su práctica clínica y que los sistemas nacionales de salud realicen la vigilancia epidemiológica, fiscalización y planificación financiera.<sup>27</sup>

Los sistemas de salud latinoamericanos deben establecer la normatividad y los procesos que garanticen que los pacientes hospitalizados reciban una atención nutricional de calidad, de tal manera que al cumplir con una nueva normatividad en materia de nutrición hospitalaria, deberán implementar las estrategias basadas en la mejor evidencia, permitiéndoles una atención nutricional de calidad, así como medir el costo minimizado de las mismas, garantizando la educación y promoción necesaria para que los pacientes hospitalizados participen activamente en el cumplimiento del objetivo nutricional planteado entre él y su personal de salud, procurando que las acciones sean costo eficaces. En relación con la investigación en nutrición clínica, documentar y publicar las evidencias mundiales en terapia nutricional y estimular la creación de oportunidades de educación, en metodología, en investigación y la bioética en nutrición clínica, entendiendo que la bioética no frena el desarrollo de la investigación, sino que la encuadra y autoriza en el momento adecuado, cuando el perfil beneficio/riesgo es asumible, evitando que se ponga en juego, inútilmente, la dignidad y la vida de las personas. La frase de San Agustín de Hipona: *"Después de haber discutido el todo, siempre queda todo por discutir"*, me hace rescatar la precisión de De Sagrera:<sup>28</sup> *"El paciente ha dejado de ser un menor de edad, tutelado por los profesionales, para convertirse en un adulto que asume su autonomía. Ha sido un paso de gigante en la historia de las ciencias médicas."*

## REFERENCIAS

- [1] Herrera Fragoso, A. (2008). *El cuidado en la bioética*. México: Publicaciones Administrativas contables Jurídicas, S. A. de C. V.
- [2] Savater, F. (1991). *Ética para Amador*. Barcelona: Ariel, 7a. edic.
- [3] Araujo Yaselli, M. M. (2001). Bioética y Nutrición clínica. *Ciencia y Sociedad*. República Dominicana: Universidad Instituto Tecnológico de Santo Domingo, vol. 26, no. 1.
- [4] UNICEF. (1995). Implementing the Convention on the Rights of the Child. Resource Mobilization in Low-income Countries. Himes, J. R., editor. Netherlands: Martunus Nijhoff Publishers. [En línea] Disponible en: <[http://www.unicef-irc.org/cgi-bin/unicef/download\\_insert.sql?ProductID=4](http://www.unicef-irc.org/cgi-bin/unicef/download_insert.sql?ProductID=4)>, consultada en octubre de 2008.

<sup>27</sup>. La segunda gran recomendación: 2) Proveedores profesionales de los Cuidados Nutricionales: a) en vista de la importancia que reviste el cuidado nutricional en nuestros hospitales se insta, de manera categórica a los encargados de dirigir estos centros, a promover de manera responsable, la constitución de equipos de terapia nutricional acreditados en cada uno de ellos, y a dar la correcta consecución a estos equipos a fin de garantizarla un nivel óptimo de atención a nuestros pacientes; b) se insta a las diferentes escuelas de ciencias de la salud, a incluir en el currículum de estudios, la materia Nutrición Clínica en el currículo académico de pregrado y postgrado, a fin de que los estudiantes reciban una sólida formación en la materia, y sean en un futuro portavoces del cuidado nutricional de los pacientes; c) se recomienda a las diferentes instituciones de salud, tomar en cuenta las normas de las organizaciones internacionales reguladoras, en cuanto al número adecuado de nutricionistas que deberían laborar en los diferentes centros asistenciales; d) tomando en cuenta la disminución de costos que significa el buen cuidado del estado nutricional, al evitar las complicaciones. Los administradores de salud, como norma indiscutible deben garantizar, exigir y facilitar la educación continua del personal a cargo en la materia; e) es responsabilidad del servicio de enfermería, llevar un registro de consumo alimentario y tomar las acciones necesarias cuando se detecte la disminución en la ingesta.

<sup>28</sup>. Juan Esteva de Sagrera del documento de Internet: La bioética y los medicamentos.

- [5] FAO. (1996). Alimentos para todos. *Cumbre Mundial sobre la Alimentación*. Roma, noviembre 13-17. [En línea] Disponible en: <[http://www.fao.org/wfs/index\\_es.htm](http://www.fao.org/wfs/index_es.htm)>, <[http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/alimentos/dec\\_plan\\_aliment1996.htm](http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/alimentos/dec_plan_aliment1996.htm)>, consultada en octubre de 2008.
- [6] Sen, A. K. (2003). *Ética y Economía*. Buenos Aires: Alianza, 151pp.
- [7] Araujo Yaselli, M. M. (2001). *Bioética en Nutrición*. Centro Nacional de Bioética. CENABI. Venezuela: Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela de Nutrición y Dietética: cátedra de educación y comunicación.
- [8] De Abajo, F. (1996). Ética de la Investigación epidemiológica. *OPS-OMS. Cuadernos del Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe*, noviembre, no. 3.
- [9] CIOMS. (2002). International Ethical guidelines for biomedical research involving human subjects, Geneva: autor. [En línea] Disponible en: <[http://www.cioms.ch/frame\\_guidelines\\_nov\\_2002.htm](http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm)>, consultada: enero de 2009.
- [10] Grazia, D. (1991). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. España: Eudema Universidad, 168pp.
- [11] Mendoza Carrera, E. (2007). *Bioética: De su mirada estándar, al arte de las humanidades médicas*. México: Editores de Textos Mexicanos. [En línea] Disponible en: <<http://www.etmsa.com.mx>>, consultada en junio 26 de 2008.
- [12] Declaración internacional de Cancún sobre el derecho a la nutrición en los hospitales. (2008). XI Congreso de FELANPE/XV Congreso de AMAEE, en Cancún, Q. Roo, Méx., mayo 20.
- [13] Habermas, J. (2001). *Teoría de la Acción Comunicativa*. España: Taurus, 517pp.
- [14] Beuchamp, T. L. y Childress, J. F. (2008). Autonomía y beneficencia. Dos principios en tensión. Universitat Ramon LLull: Càtedra Ethos. [En línea] Disponible en: <[http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=4576](http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=4576)>, consultada en septiembre de 2008.
- [15] Schuftan, C. (1983). Ethics and ideology in the battle against malnutrition. en: *Nutrition in the Community*. UK: D. S. McLaren. John Wiley & Sons Ltd. [En línea] Disponible en: <<http://nzdl.sadl.uleth.ca/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0mhl--00-0-0-10-0---0---0prompt-10---4-----0-1|-11-en-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&c=mhl&cl=CL3.3&d=HASH0152bba307ea278d29bd39ab.7>>, consultada en septiembre de 2008.
- [16] Drane, J. (1991). El SIDA y la ética, en *Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA*, publicación científica no. 530. OPS-OMS, 300 pp.
- [17] Hortelano Martínez, J. E., Azulay Tapiero, A. y Castillo Blasco, M. (2002). *Servicio de Medicina Interna. Hospital Dr. Moliner. Valencia. España: Decisiones ético-clínicas sobre la alimentación e hidratación artificial mediante sonda en la enfermedad Terminal Nutr. Hosp. vol. 17, no. 6, pp. 279-283. ISSN: 0212-1611. CODEN NUHOEQ S.V.R. 318.*
- [18] Asociación Internacional de Bioeticistas Canadienses. (2004). Reflexiones acerca de la nutrición artificial e hidratación. *I Coloquio Internacional del Instituto de Bioética Católico Canadiense*. Julio. [En línea] Disponible en: <<http://www.iacbweb.org/ANHSpanish.pdf>>, consultada octubre de 2008.
- [19] II Congreso Mundial de Bioética. (2002). *Declaración "Alimentación en el mundo"*. Gijón, España, sept. 30-oct. 4. . [En línea] Disponible en: <[http://www.aeds.org/documentos/gijon\\_alimentacion.htm](http://www.aeds.org/documentos/gijon_alimentacion.htm)>, consultada en octubre de 2008.

- [20] FAO. (1996). Biotechnology and Food Safety. *Alimentación y Nutrición* 61. Roma, pp. 29-34.
- [21] FAO/OMS. (2001). Evaluation of Allergenicity of Genetically Modified Foods. *Report of a FAO/WHO Expert Consultation on Allergenicity of Food Derivides from Biotechnology*, January, Roma, [En línea] Disponible en: <<http://www.fao.org/docrep/meeting/005/y0412s/y0412s09.htm#fnB11#fnB11>>, consultada en febrero 19 de 2002.
- [22] FAO/OMS. (2000). Aspectos relativos a la inocuidad de los alimentos de origen vegetal genéticamente modificados. *Informe de Consulta Mixta FAO/OMS de Expertos sobre Alimentos Obtenidos por Medios Biotecnológicos*. Ginebra, OMS, 2000. [En línea] Disponible en: <<http://www.fao.org/WAICENT/FAOINFO/ECONOMIC/ESN/biotech.htm>>, consultada en abril 12 de 2004.
- [23] FAO/OMS. (1996). Biotechnology and Food safety. *Report of a joint FAO-WHO Consultation*. Roma. [En línea] Disponible en: <<http://www.Healthnet.org/programs/promed.html.27/1/99>>, consultada en octubre 31 de 2004.
- [24] OCDE. (1996). Food Safety Evaluation. *Informe de taller*. Oxford. [En línea] Disponible en: <<http://www.oecd.org/ehs/food/index.htm>>, consultada en junio 15 de 2003.
- [25] OMS. (1995). Application of the principle of substantial equivalence to the safety evaluation of foods or food components from plants derived by modern biotechnology. *Informe de taller*. Ginebra, OMS.
- [26] OMS. (1991). Estrategias para evaluar la inocuidad de los alimentos producidos por biotecnología. *Informe de reunión consultiva mixta FAO/OMS*. OMS, Ginebra.
- [27] FAO. (2001b). Los Organismos Modificados Genéticamente, los Consumidores, la Inocuidad de los Alimentos y el Medio Ambiente. Roma. [En línea] Disponible en: <<http://www.fao.org/DOCREP/003/X9602S/x9602s00.htm>>, consultado el 5 de noviembre de 2002.
- [28] FAO/OMS. (2001). *Observaciones acerca del documento de examen sobre la rastreabilidad*. Chiba, marzo, Segunda reunión. CX/FBT/CRD3.
- [29] Hernández, M. L. (2002). Aspectos a tener en cuenta para realizar el análisis de riesgo de los alimentos derivados de la biotecnología moderna. *Revista Electrónica de la Agencia de Medio Ambiente*. Cuba. [En línea] Disponible en: <<http://www.medioambiente.cu/revistama/articulo23.htm#regreesquema1>>, consultada en julio 31 de 2004.
- [30] Sánchez, O. y Álvarez, M. (2003). Bioética en la nutrición y alimentación humana. Consideraciones sobre alimentos transgénicos. *I Encuentro UH-ELAM-Sociedad Cubana de Investigaciones Filosófica sobre Bioética en la Educación Superior*.

## BIBLIOGRAFÍA

- Beuchamp, T. L. y Childress, J. F. (1990). Principios de Ética Biomédica. EUA.
- Emanuel, E. (1988). A review of the ethical and legal aspects of terminating medical care. *The American Journal of Medicine*. Febrero, UK: Elsevier, no. 84, pp. 291-301.
- FAO. (1999). Aspectos Importantes sobre la Biotecnología. 15o. período de sesiones, Roma, enero. [En línea] Disponible en: <<http://www.fao.org/unfao//bodies/GOAG/COAG15/x0074s.htm>>, consultada en marzo 29 de 2002.

FAO. (2000). Declaración de la FAO sobre Biotecnología. Japón. [En línea] Disponible en: <[http://www.fao.org/WAICENT/OIS/PRESS\\_NE/PRESSSPA/2000/prsp0017.htm](http://www.fao.org/WAICENT/OIS/PRESS_NE/PRESSSPA/2000/prsp0017.htm)>, consultada: octubre 16 de 2002.

FAO. (2001a). Examen de la labor realizada por las organizaciones internacionales respecto de la evaluación de los aspectos nutricionales y de inocuidad de los alimentos obtenidos por medios biotecnológicos. Roma. [En línea] Disponible en: <<http://www.fao.org/docrep/meeting/005/y0412s/y0412s07.htm#TopOfPage>>, consultada en noviembre 25 de 2003.

FAO. (2002). Cuestiones alimentarias importantes. Consideraciones de alcance mundial. Roma. [En línea] Disponible en: <<http://www.fao.org/DOCREP/006/Y8705S/y8705s03.htm#TopOfPage>>, consultada en junio 12 de 2005.

FAO. (2003). Biotecnología agrícola: ¿servirá de algo? Roma. [En línea] Disponible en: <<http://www.fao.org/spanish/newsroom/focus/2003/gmo1.htm>>, consultada en noviembre 5 de 2004.

FAO/OMS. (2005). Examen de los trabajos de otras organizaciones internacionales sobre la evaluación de los aspectos de inocuidad y nutrición de los alimentos obtenidos por medios biotecnológicos. *Actividades del CDB, la FAO, el CIIGB, la OCDE y la OMS*. Chiba, Japón, septiembre, 5a. reunión. Tema 3 del Programa CX/FBT 05/5/3.

García Sainz, M. (1995). Cáncer, apoyo nutricional y ética. En: Robles Gris, J. y Ochoa, F. Apoyo nutricional en cáncer. México: Interamericana Mc Graw Hill, 1era. edic., cap. 29, pp. 302-305.

OMS. (2002). 20 preguntas sobre los alimentos genéticamente modificados. OMS. [En línea] Disponible en: <<http://www.who.int/foodsafety/publications/biotech/20questions/en/index.html>>, consultada en enero 15 de 2004.

Rabbi Schostak, Z. (1994). Jewish ethical guidelines for resuscitation and artificial nutrition and hidration of the dying elderly. *Journal of Medical Ethics*. GB: BMJ Publishing Group Ltd, no. 20, pp. 93-100.

Souchon, E. (1991). Cuando no deben aplicarse medidas de nutrición parenteral o enteral. En: Castillo, A. y Mugarra, X. *Ética, política, derecho y situaciones de muerte*. Caracas: Ediciones Rectorado, Universidad Central de Venezuela. pp. 95-99.