

---

## LEGISLACIÓN DE LOS ALIMENTOS CON PROPÓSITOS MÉDICOS ESPECIALES, APME

---

Patricia Savino\*

La Academia Nacional de Medicina (ANM) en conjunto con la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica (ACNC) y representantes del Ministerio de Salud Pública y Protección Social (MSPS) de las EPS y expertos internacionales, realizó el 18 de Noviembre de 2014, en el auditorio César Augusto Pantoja de la ANM el foro sobre “Legislación de los Alimentos con Propósitos Médicos Especiales (APME)” para encender las alarmas sobre el manejo del estado nutricional de los pacientes internados en las IPS de Colombia. El Presidente de la ANM, académico Juan Mendoza Vega, dio apertura al evento. A continuación se presentan las intervenciones de los diferentes participantes.

**Académico José Félix Patiño Restrepo,**  
Coordinador de la Comisión de Salud de la ANM.

En su presentación habló de la importancia de la nutrición “de primera línea” que es la que mantiene la homeostasis y la recuperación celular durante procesos patológicos de cualquier índole. Al conocer la importancia de la nutrición de primera línea, es responsabilidad de los profesionales de la salud aportar al paciente la calidad y cantidad de

nutrición necesaria para la recuperación adecuada del estado de salud. Hoy se conoce más acerca de las consecuencias de la desnutrición y se sabe que con una pérdida del 40% de la masa corporal magra el paciente tiene un altísimo riesgo de morir por problemas respiratorios.

La nutrición clínica –dice el académico Patiño– es una rama del armamentario terapéutico hospitalario y extrahospitalario para el manejo de pacientes en estado de desnutrición, de estrés agudo por enfermedad crítica o por enfermedad crónica. La nutrición clínica es, pues, la nutrición de pacientes bajo cuidado de salud, hospitalizados o de manejo domiciliario y/o ambulatorio. El propósito de la nutrición clínica es recuperar y mantener el balance energético, propender el anabolismo y controlar el catabolismo y lograr la recuperación de la masa celular corporal y demás constituyentes del organismo humano. Esto requiere la provisión de carburantes energéticos, proteína, grasa, vitaminas, electrolitos, elementos traza y demás.

La nutrición clínica nació como una disciplina bien definida con el desarrollo de la nutrición

---

\* Lic. Nutrición y Dietética. Miembro Asociado, Academia Nacional de Medicina.

parenteral por Stanley J. Dudrick en Filadelfia a finales de los años 1960 y representa uno de los avances más importantes en el devenir histórico de la medicina (1).

Se ha dicho que la medicina ha tenido ocho grandes advenimientos en el curso de los últimos 100 años:

1. La anestesia;
2. la asepsia y antisepsia;
3. los antibióticos;
4. **la nutrición parenteral y la nutrición clínica;**
5. el trasplante de tejidos y órganos;
6. la cirugía mínimamente invasora;
7. la robótica;
8. la genómica.

La nutrición clínica es una actividad terapéutica, y como tal utiliza agentes farmacológicos que, por su naturaleza son nutrientes. O sea, que un nutriente es un agente farmacológico-terapéutico, y no un simple alimento. El manejo de los nutrientes se hace por personal profesional especializado, que incluye fundamentalmente a médicos, nutricionistas, enfermeras y químicos farmacéuticos. La administración de estos productos requiere conocimientos profundos de fisiopatología y farmacología, y un monitoreo permanente, tanto clínico como de laboratorio. En el medio hospitalario tal manejo está a cargo de servicios o grupos interdisciplinarios de soporte metabólico y nutricional, y los miembros del servicio o grupo son los responsables de la prescripción de tales productos. Los productos de uso en la nutrición clínica son nutrientes o complementos de nutrientes, claramente diferentes de las dietas hospitalarias, de las cuales hay una diversidad. Las denominadas mezclas artesanales, refiriéndose a los licuados que salen de las cocinas hospitalarias, han demostrado ser más costosos, bastante menos efectivos y con altas tasas de complicaciones en comparación con los productos comerciales.

La malnutrición y la desnutrición en el ámbito clínico se presentan en una variedad de condiciones clínicas, diferentes de la desnutrición por pobreza extrema. Las causas más frecuentes son la enfermedad aguda, el trauma, los problemas de deglución, las enfermedades neoplásicas o inflamatorias del tracto gastrointestinal, condiciones neurológicas, etc. Con lastimosa y muy preocupante frecuencia la desnutrición es causada o agravada por fallas en la provisión de servicios adecuados por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud que estableció la Ley 100 de 1993. En efecto, algunas EPS, ante la deficiente claridad en la regulación gubernamental, tienden a negar el pago por la provisión de estos productos de nutrición clínica argumentado que son alimentos como los de la dieta hospitalaria. Se propone que el Gobierno en cabeza del INVIMA defina con claridad la calidad de los elementos terapéuticos que utiliza la nutrición clínica, para lo cual con seguridad la Academia Nacional de Medicina, las universidades y las sociedades científicas prestarían gustosamente la debida asesoría.

Lo importante es saber que con la adecuada intervención nutricional se pueden revertir varias de las consecuencias de la desnutrición tanto aguda como crónica. pero se requiere del personal de salud entrenado y de las soluciones nutricionales específicas para estos propósitos. Es difícil ver como por barreras diferentes a la efectividad de una intervención se limita el uso de una "terapia" beneficiosa, por falta de conocimiento que lleva a la incapacidad de la adecuada toma de decisiones que muy seguro afectarán la salud y bienestar de nuestra población enferma y más vulnerable. Al ser reconocida por los académicos la nutrición como parte de las herramientas de primera línea en el tratamiento integral de los pacientes, la Comisión de Salud de la Academia preparará un comunicado oficial de la posición de la Academia Nacional de Medicina al respecto.

**Licenciada Adriana Amaya**, presidente de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica (ACNC).

Inició su conferencia exponiendo varios documentos donde se reitera la nutrición como un derecho fundamental de las personas, tanto sanas como enfermas. La Licenciada Amaya compartió el trabajo que desde hace 4 años la Asociación lleva a cabo con una encuesta anual en los hospitales colombianos, llamada el “día de la nutrición” (*Nutrition Day*, como se le llama internacionalmente) un programa global de liderazgo europeo. Este proyecto es un estudio transversal multicéntrico, que tiene como objetivo, en un solo día, determinar cómo se maneja la nutrición en los hospitales. Permite obtener un mapa de la prevalencia de la malnutrición en la institución hospitalaria y las condiciones de riesgo de los pacientes para desarrollarla. La información recopilada contribuye a desarrollar estrategias de manejo hospitalario para mejorar la atención nutricional y hacer que esta sea costo efectiva (2,3).

El “Día de la Nutrición” es un proyecto internacional, ubicando en Austria, su objetivo es obtener un mapa preciso de la prevalencia de la malnutrición en las instituciones hospitalarias y medir la disminución de la ingesta de nutrientes de acuerdo a los factores de riesgo por especialidad médica y de acuerdo a la estructura organizativa. Por medio de aplicación de cuestionarios, que a su vez, pueden convertirse en un instrumento de evaluación estándar que permite la evaluación comparativa con las instituciones en el ámbito local y europeo. Los cuestionarios están disponibles para todos los países en más de 24 idiomas diferentes para que los pacientes y el personal de cada hospital puedan llenarlos con facilidad en su lengua materna. Los datos recogidos son analizados de forma anónima y los resultados de cada hospital quedan a disposición del personal de la institución.

La malnutrición es una condición frecuente en pacientes hospitalizados, atendidos en centros de cuidado intermedio y otro tipo de instituciones alternativas (4). Teniendo en cuenta que la hospitalización aumenta el riesgo de mayor deterioro nutricional en un 60%, esta malnutrición retarda la cicatrización de las heridas, aumenta las complicaciones, el tiempo de hospitalización y las tasas de mortalidad; por consiguiente, aumenta los costos de hospitalización y tratamiento, repercutiendo así en el aumento los costos globales de la salud. La magnitud del problema ha sido evaluada desde el año 2001 a nivel europeo y se han identificado las principales barreras para el cuidado nutricional en los hospitales. Estas barreras son:

- Falta de una clara definición de la responsabilidad del estado nutricional de los pacientes.
- Falta de educación y formación en nutrición clínica del personal médico y paramédico.
- Falta de conocimiento de los pacientes.
- Falta de compromiso de los gerentes de los centros hospitalarios.

Basándose en esta información, el Consejo Europeo ha subrayado el problema en 2003 y ha ejecutado una resolución, firmada por 18 países.

El proyecto “Día de la Nutrición en los hospitales europeos” pone en práctica la voluntad política de la declaración del Consejo Europeo (Resolución sobre La Alimentación y Atención Nutricional en Hospitales, Consejo de Europa, 12 de noviembre de 2003). Bajo sus lineamientos y el auspicio de ESPEN (*European Society for Clinical Nutrition*), se creó el “Día de la Nutrición” o “**Nutrition Day**” en el año 2006. Se establece y es totalmente apoyado por la Sociedad Austríaca de Nutrición Clínica (AKE), la Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral (ESPEN) y la contribución de otras sociedades de nutrición clínica, con el fin de realizar una evaluación comparativa de la malnutrición en los hospitales europeos, así como una evaluación de la atención

nutricional en la práctica diaria y sus cambios en el tiempo. Es de resaltar que en Latinoamérica ya lo realizó Brasil. Colombia y Estados Unidos se han unido a esta iniciativa y este año se llevó a cabo.

El portal web de la ACNC presenta los informes completos de las encuestas realizadas en los últimos cuatro años (3). Se presentaron las cifras del último Nutrition Day en Colombia (2013), que muestran que el 54.1% de los pacientes llegan ya desnutridos a los hospitales y de todos el 13% llega con desnutrición severa aumentando los riesgos de morbilidad y generando una baja respuesta a los tratamientos ofrecidos. Pero si esta situación es ya desafortunada, tiende a empeorar debido a que durante la hospitalización, como lo demuestran las estadísticas, el 45.3% come menos del 50% de lo que se les ofrece en el menú de los hospitales. Esto podría ser manejado medicamente, pero en Colombia tan sólo el 6.8% recibe algún tipo de suplemento nutricional oral comparado con el 13% que se hace en el resto de países participantes de la misma encuesta. La desnutrición hospitalaria (4)

constituye uno de los principales retos dentro de la gestión de salud en las unidades asistenciales de alto nivel. Indica el estudio que entre las personas que se encuentran en desnutrición hospitalaria, de ellos el 13.8% perdió más de 8 kg clasificándolos en un alto riesgo nutricional (Figura 1). La información que sigue es parte del trabajo que se realizó en 2013. Se contó con la participación de 23 instituciones en 7 ciudades (Bogotá, Barranquilla, Medellín, Cali, Cúcuta, Yopal y Neiva), 69% de carácter privado y 35% público. Quince instituciones (65%) realizaron el estudio al menos por dos años consecutivos. El 60% de las instituciones son de carácter universitario a nivel de pre y posgrado. El total de pacientes incluidos fue 1.428; por no completar la totalidad de la información, se perdió el 3,3% de los pacientes, quedando para el análisis final 1.381 pacientes cuya información está completa.

Llama la atención la magnitud del peso perdido por los pacientes en corto periodo de tiempo. Esta situación es aún más preocupante en los ancianos en quienes la pérdida de peso se asocia

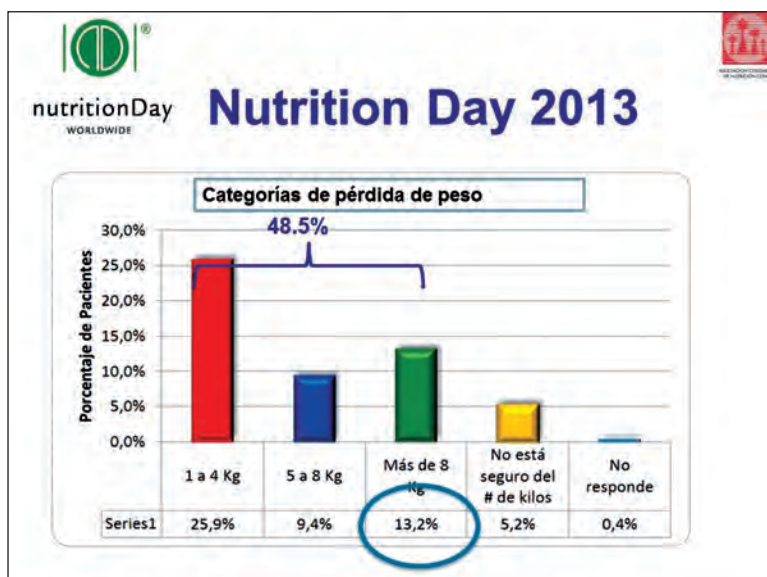


Figura 1. Categorías de pérdida de peso.

con reducción de la supervivencia sobre todo si la pérdida es involuntaria. El *Health Study* demostró como los mayores de 65 años que perdieron 5% o más de su peso corporal en un periodo de tres años tuvieron una mortalidad dos veces mayor durante los siguientes cuatro años (5). Del mismo modo el estudio *Systolic Hypertension in the Elderly Program* (SHEP), demostró que las personas mayores de 60 años que perdieron 1,6Kg de peso por año o más, tuvieron una mortalidad 4,9 mayor que aquellos que no perdieron peso (6). La cuantificación de la pérdida de peso al ingreso, es entonces, una herramienta que debe determinar la implementación de un tratamiento nutricional enfocado a la recuperación del paciente o por lo menos a detener el deterioro del estado nutricional.

El consumo de alimentos es un indicador de estado nutricional, ya que muestra el cubrimiento de los requerimientos de energía, macro y micro-nutrientes. El patrón de consumo está influenciado por diversos factores entre los que se encuentran: la disponibilidad económica, la conducta alimentaria, la situación emocional, el apetito y la capacidad de

consumir alimentos; y a su vez el requerimiento nutricional está influenciado por enfermedad aguda o crónica y el estrés metabólico. Cuando se rompe el equilibrio entre la ingesta y el requerimiento el individuo entra en riesgo nutricional, y si la situación se perpetua en el tiempo se llega a cambios en la composición corporal detectables mediante examen físico y que permiten clasificarlo en la categoría de desnutrido.

A la pregunta, **¿cómo ha comido en la última semana?**, los pacientes participantes en el estudio respondieron: normal 45,3%, un poco menos de lo normal 21,6%, menos de la mitad de lo normal 16,5%, menos de un cuarto de lo normal o casi nada 12,1%, en el 4,5% de los pacientes no se registró la respuesta (Figura 2). Esta situación es muy cercana a la presentada en las instituciones participantes a nivel mundial (7). Si se asume que la respuesta comer normal implica un cubrimiento de las necesidades nutricionales, se deduce que el 50,2% de los pacientes vienen presentando un déficit en el consumo, lo cual los ubica en condición de alto riesgo a desnutrirse. Al indagar la causa por la

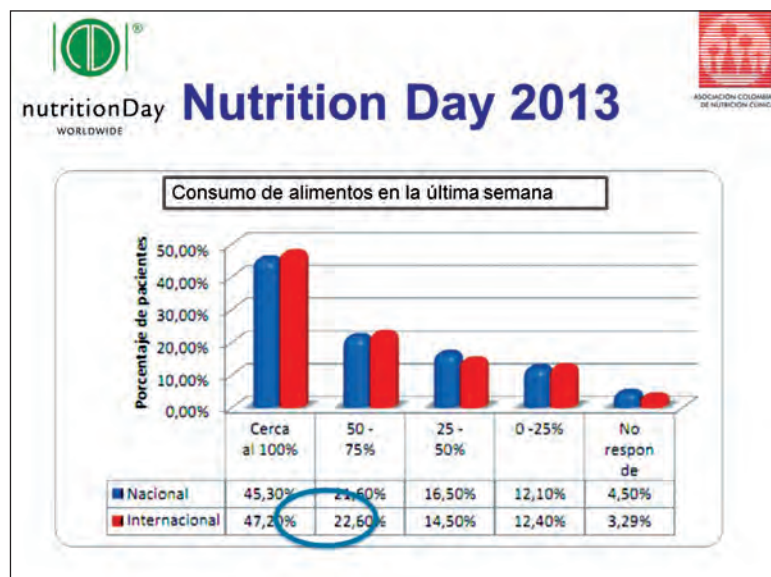


Figura 2. Consumo de alimentos el día de la encuesta.

cual los pacientes refieren disminución de la ingesta, el 24,4% refiere que esta es secundaria a pérdida del apetito, el 5,6% a problemas para masticar o tragar y 20% a causas inespecíficas. Es tarea del equipo de salud detectar estos pacientes a riesgo e intervenirlos prioritariamente. Las intervenciones nutricionales pueden ir desde el suministro de una dieta hospitalaria mínimamente modificada hasta la implementación de soporte nutricional especializado por vía enteral o parenteral. La situación general de los individuos al hospitalizarse, la causa de hospitalización, la edad, las comorbilidades, la intervención nutricional, los tratamientos médicos, el consumo de alimentos entre otros, son factores que marcan la evolución y pronóstico de los pacientes.

El 51% de los participantes fueron hombres, el 49% mujeres, los rangos de edad están entre 16 y 102 años, con una media de 63 años. A pesar que se encuentra un promedio de Índice de Masa Corporal de  $24,6 \pm 4,8$  se logró el dato solo en el 53% de los pacientes. En 8 de las 22 instituciones se encontraron datos de peso y talla en más del 80% de los pacientes, resaltando dos hospitales que lo registraron en la totalidad de los mismos. En cuanto a días de hospitalización, el promedio es de 12 días (intervalo de 2 a 128 días), se observó la estancia en UCI del 15,9% de los pacientes, 11% en preoperatorio y 34,4% en posoperatorio. En los pacientes participantes, se observaron múltiples causas de hospitalización, siendo las enfermedades del corazón y sistema circulatorio 18,4% y del sistema osteomuscular 17% las de mayor prevalencia. Es de recalcar que en un mismo paciente pueden coexistir dos o hasta tres condiciones, lo cual incrementa aún más el efecto de la malnutrición y requiere un tratamiento nutricional especializado prioritario, que va desde la prescripción de alimentación por vía oral hasta el soporte nutricional enteral o parenteral. Varios estudios han demostrado que los pacientes tienden a desnutrirse durante la hospitalización (especialmente en hospitalizaciones prolongadas)

y que el estado nutricional es un condicionante del pronóstico y evolución, por lo que los pacientes desnutridos prolongan su estancia hospitalaria generando un círculo vicioso de alto costo para el sistema de salud.

La adecuada y oportuna implementación del tratamiento nutricional contribuye significativamente a la recuperación de los pacientes, disminuyendo las complicaciones, el tiempo de estancia hospitalaria y por ende los costos al sistema de salud. Si se tiene en cuenta que la hospitalización per se constituye un riesgo nutricional es responsabilidad del equipo de salud y especialmente de los nutricionistas garantizar que el aporte nutricional de la dieta ofrecida realmente cubra las necesidades nutricionales de los pacientes. En los servicios de alimentación de los hospitales se cuenta con el manual de dietas que se define como **“compendio de tratamientos alimentarios para proveer la alimentación de individuos hospitalizados”** (8). Para planificar el manual de dietas se parte del cálculo de necesidades nutricionales de la población referencia, en el caso Colombia las recomendaciones del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF 1988, a partir de allí se derivan las dietas terapéuticas modificadas en consistencia o en contenido nutricional. De la eficiencia y eficacia del servicio de alimentación dependerá que el tratamiento nutricional haga parte de la terapia médica y contribuya a la recuperación del paciente (9).

En las instituciones colombianas participantes en el estudio, la relación de uso dieta terapéutica/dieta normal es 52,3/34 comparativamente con la tendencia mundial que muestra 25,5/59,7 (Figura 3). El estudio no permite saber si los aportes nutricionales de las dietas terapéuticas se mantienen aún con la modificación de nutrientes o consistencia. Un estudio realizado en 2010 (10) que incluyó seis (6) instituciones hospitalarias en Bogotá, de nivel IV de atención, mostró cómo los manuales de dietas incluyen de 11 a 20 tipos distintos de dietas, con 37

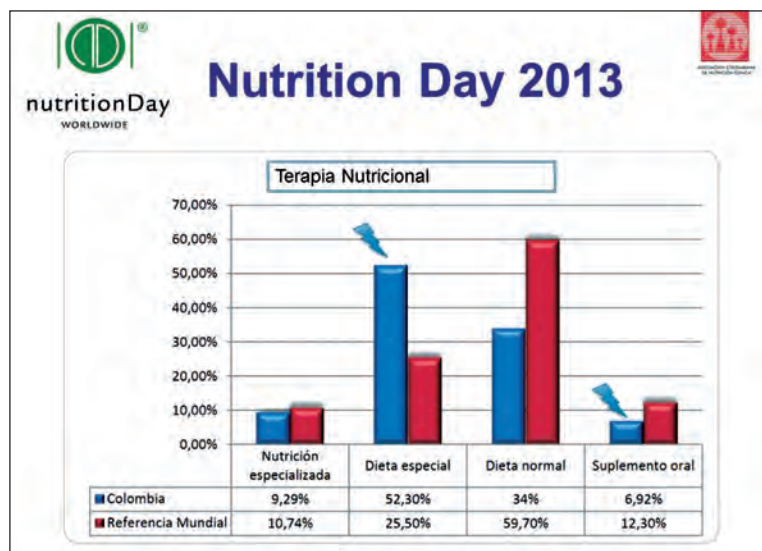


Figura 3. Dieta Terapéutica comparativa con la tendencia mundial.

denominaciones distintas. Se sabe que este tipo de denominaciones se hacen tratando de responder a las necesidades de cada institución según el perfil de pacientes, sin embargo, estas múltiples modificaciones pueden generar desbalance en el aporte nutricional y un incumplimiento en el porcentaje de adecuación con respecto a los requerimientos poblacionales. En el mismo estudio solo el 81,1% del total de dietas estaba analizado en cuanto al contenido nutricional y llama la atención como las dietas para diabéticos (hipoglúcida) se ajustan al concepto de dieta hipocalórica por aportar menos de 1.500 Kcal al día y las más cercanas a la recomendación de energía de ICBF fueron la hiperproteica, hipercalórica, para paciente renal y vegetariana (11). Por otra parte cuando la situación patológica del paciente no permite la alimentación por vía oral o esta no cubre los requerimientos nutricionales, se hace necesario la suplementación nutricional o el soporte nutricional especializado (vía enteral o parenteral) (Tabla 1).

La suplementación nutricional es una herramienta terapéutica que puede definirse como la

adición de un nutriente específico o un conjunto de los mismos a la alimentación de un individuo, con un objetivo definido: mejorar el estado de salud, no exclusivamente el estado nutricional (12,13). Tener claro el riesgo nutricional del individuo al ingreso y conocer la respuesta metabólica propia de la enfermedad permite elegir de manera efectiva los pacientes a quienes se debe suplementar. Es de aclarar que no solo los pacientes desnutridos deben ser suplementados, también se indica en pacientes eutróficos o incluso obesos en quienes se requiera completar el aporte nutricional en condiciones fisiopatológicas que lo aumenten, pues el uso de suplementos mejora el curso clínico de la enfermedad y/o la efectividad de las intervenciones (14). En cuanto al soporte nutricional por vía enteral un hallazgo significativo de nuestros datos con respecto a la referencia es la gran diferencia en el uso de accesos enterales definitivos en los pacientes registrados en el *Nutrition Day*. El uso de sondas está ligeramente por encima de la referencia pero el uso de accesos permanentes tiene una gran diferencia con reporte en la referencia de un

28,3% versus nosotros con 4.19%. Es importante revisar las indicaciones para colocar accesos permanentes y que pueden ser un obstáculo para el uso adecuado de intervenciones nutricionales.

**Tabla 1. Comportamiento de las instituciones en Colombia y en el mundo con respecto a la terapia nutricional.**

Terapia Nutricional	Nacional (%)	Internacional (%)
Enteral	6,74	7,37
Parenteral	2,19	2,79
Enteral + Parenteral	0,36	0,58
Dieta Terapéutica (especializada)	52,3	25,5
Suplementación Oral	6,92	12,3
Dieta Normal	34,0	59,7
Otros	3,73	4,82

El día de la encuesta se evaluó por observación directa el consumo de alimentos sólidos recibidos por los pacientes. El 46,2% de los pacientes refirió no tener hambre. El 16,7% no consumió nada de lo ofrecido, el 9,88% una cuarta parte, el 23% la mitad y el 46,8% la totalidad. En el 3,7% de los pacientes no se diligenció el dato. Al indagar las razones de no consumo, 55 pacientes (9,72%) manifestaron disgusto por la comida ofrecida. Adicionalmente, el 28,8% refiere comer alimentos diferentes a los ofrecidos en el hospital. Esta información es muy valiosa tanto para el seguimiento nutricional de los pacientes como para el manejo administrativo de los servicios de alimentos. Es preocupante que tan sólo el 48% de los pacientes esté consumiendo la totalidad de lo ofrecido, que como se ha dicho, no garantiza el cubrimiento de los requerimientos nutricionales. El estudio no permite saber si dentro de aquellos pacientes que no consumen la totalidad de lo ofrecido se incluyen los que reciben suplementación nutricional.

En el seguimiento a los 30 días, el 82,7% de los pacientes fue dado de alta al domicilio, el 6,1% permanecían aún en la institución, se reportaron 3,83% de los pacientes fallecidos y el 10,4% de los pacientes fueron readmitidos en ese lapso de tiempo. La evolución de los pacientes, su permanencia en la institución, el traslado a unidades de cuidado crónico y los reingresos pueden estar influenciados por el estado nutricional; sin embargo, el tipo de estudio no permite establecer si los pacientes a riesgo o malnutridos son los mismos que permanecen hospitalizados o los que tuvieron que ser readmitidos.

En cuanto a la situación de riesgo nutricional, que incluye pérdida de peso, baja ingesta en la última semana y baja ingesta el día de la encuesta, se observa cómo la pérdida de peso en los últimos tres meses la presenta un porcentaje muy importante de pacientes en los tres años, lo cual indica que el déficit nutricional a nivel comunitario es una realidad; por otra parte se observa como en los tres años se reporta una disminución de la ingesta en más del 50% de los pacientes encuestados. La ingesta hospitalaria que de alguna u otra manera es el único factor que se puede controlar directamente desde las instituciones muestra resultados preocupantes especialmente en 2012 y 2013.

El realizar el estudio de manera consecutiva a través de los años las instituciones logran implementar estrategias que optimizan el proceso de cuidado nutricional y vinculan no solo a los profesionales clínicos sino a los administrativos responsables de la toma de decisiones en cuanto a contratación de personal. En dos hospitales participantes durante 3 y 4 años consecutivos, se logró que a partir del segundo año, todos los pacientes fueran pesados al ingreso y el dato se registrara en la historia.

En otra institución hospitalaria mediante la socialización de resultados, se logró concientizar



al equipo administrativo y de profesionales acerca de la importancia del tamizaje nutricional. Se afianzó más la forma como se está formulando la terapia nutricional convencional y a partir de 2015 se espera lograr que en la historia clínica aparezca la herramienta de tamizaje y se generen alertas que sean visibles de riesgo, e inmediatamente se genere la interconsulta al departamento de nutrición y probablemente así, ampliar la contratación de profesionales.

La Licenciada Amaya también presentó los resultados del consenso acerca de tecnologías de primera línea requeridas en el ámbito de la nutrición hospitalaria. Este consenso fue realizado por la ACNC, en el mes de agosto de 2014, a solicitud del MSPS, y sus datos fueron enviados al MSPS. Como resultados, encontramos que los encuestados quienes son profesionales de la salud, refieren que están viendo pacientes donde subjetivamente consideran que el 60% de ellos tienen ya compromiso nutricional y el 85.6% piensa que parte de este estado de “mala nutrición” podría ser iatrogénica. Es perceptible la confusión que se vive en el sistema por la falta de coherencia y claridad en el manejo por parte del estado de los productos nutricionales afectando a los pacientes que se encuentran en sus lechos de hospital. Es así como reportan un nivel de glosas mayores al 65% de las formulaciones nutricionales y también más del 60% refirió que las instituciones prestadoras de salud estaban restringiendo el uso de los productos por “temor e inseguridad normativa”, afectando a muchos pacientes que necesitan de la intervención nutricional para sobrevivir a sus enfermedades. Es aún más grave observar que debido a esta confusión se glosan terapias incluidas en el POS como la nutrición parenteral en un 23% por parte de las EPS y en un 30% secundario a restricciones por parte de los administradores de las IPS. La diferencia de recibir nutrición parenteral o no es decidir entre la vida y la muerte de los pacientes.

La Guía Técnica para la Seguridad del Paciente en la Atención de Salud que el Ministerio de Salud y Protección Social publicó en el 2010 asegura que “*la malnutrición hospitalaria continúa siendo un problema grave de salud, pobremente reconocido por los administradores de salud, aun cuando es una intervención de beneficios reconocidos y probados por la comunidad científica*”.

De ahí que la comunidad médica advierta la importancia de fijar las miradas en esta problemática, recordando que la nutrición intrahospitalaria tiene una importancia fundamental porque puede definir los resultados clínicos de un paciente en las diferentes etapas de intervención y recuperación; se debe comenzar con la tamización nutricional que es una forma rápida y práctica reconocida para identificar el riesgo y tomar decisiones médicas acertadas.

El estado de confusión generado por la falta de la normativa del MSPS ha llevado al retorno de prácticas inseguras donde una intervención adecuada, y costo efectiva, se convierte en una intervención inadecuada, insegura y riesgosa para la salud y la vida de los pacientes, como son los licuados de comida, denominados también mezclas artesanales o gastroclisis.

Este panorama actual de la nutrición en Colombia es paradójico debido a que se le considera como uno de los más conocedores de los efectos benéficos de la nutrición clínica en América Latina, pero con los mayores índices de desconocimiento por parte de administradores, aseguradores y gobernantes dentro del sistema.

**Dr. Jens Kondrup**, Presidente del Consejo de Nutrición de la Corporación de Hospitales de Copenhague, Dinamarca y Presidente de la Sociedad Danesa de Nutrición Clínica.

El Dr. Kondrup mostró cómo en muchos países de Europa la terapia nutricional está siendo incluida

en los planes de salud y los parámetros que han sido tenidos en cuenta para que esté sucediendo. Comenzó mostrando varios estudios de los costos humanos y económicos de la desnutrición y en especial los trabajos de la Dra. Freijer de Holanda donde pudo demostrar que los pacientes desnutridos presentan un sobrecosto del 30%. Agregó que una intervención nutricional adecuada por 12 semanas en personas mayores con compromiso nutricional disminuye el 4.7% de los costos en el manejo en salud. El punto más relevante de su presentación fue el concepto de costo utilidad, donde se tiene en cuenta no solo el tiempo de sobrevida de una enfermedad sino la calidad de vida durante este periodo. Para la terapia nutricional (en especial la suplementación nutricional oral) el costo es actualmente aceptable para los efectos que espera el paciente para su salud según las publicaciones expuestas. Además, los efectos de la intervención nutricional se pueden medir con otros parámetros como el reingreso no programado de los pacientes a las instituciones prestadoras de salud donde los estudios mostraron una disminución hasta del 50%. El Dr. Kondrup mostró que la intervención nutricional tiene un efecto contundente en cuanto a calidad de vida y tiempo de recuperación después de ciertas intervenciones médicas y quirúrgicas cuando se comparó con la sola consejería nutricional. Por todas las razones expuestas y la evidencia estudiada, estos productos nutricionales están siendo incluidos en el sistema de salud en muchos países de Europa.

**Dr. Dan Waitzberg**, Profesor del Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, Universidad de Sao Paulo.

El Dr. Waitzberg presentó la experiencia de este país de América Latina, que está más cerca de nuestra realidad colombiana. En Brasil se han hecho muchos estudios nutricionales en el paciente hospitalizado que son referencia para el mundo; en ellos se muestra que el sobre costo de los pacientes

desnutridos oscila entre 60 y 300%. Estos efectos son potencialmente reversibles con adecuada terapia nutricional disminuyendo el tiempo de estancia hospitalaria, complicaciones y reingresos. Además presentó un estudio que se encuentra publicado en Nutrición Hospitalaria acerca del uso de las fórmulas artesanales, con los siguientes efectos deletéreos: son más costosas, no contienen la cantidad de nutrientes calculados, carecen de ciertos nutrientes esenciales y presentan alto riesgo de contaminación. Esta combinación de deficiencias empeora el estado nutricional, incrementando la morbimortalidad. El Dr. Waitzberg ha trabajado conjuntamente con el gobierno de Brasil pudiendo definir el concepto de “terapia nutricional”, que es como se define la administración, vigilancia y control de la nutrición intrahospitalaria en el sistema hospitalario de dicho país. Esta terapia nutricional incluye tanto la nutrición parenteral como la enteral. Particularmente la terapia nutricional enteral no se limita a la intervención mediante accesos especializados como ostomías o sondas, también incluye la suplementación nutricional oral, la cual está indicada en casos específicos, dependiendo de la patología del paciente y del riesgo nutricional.

**Dra. Ana Patricia Heredia**, Subdirectora de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas Ministerio de Salud y Protección Social.

La posición del MSPS era suspender la reglamentación para alimentos de propósitos médicos especiales (APME) porque consideraron que al ser emitida traería más problemas, debido a que incluiría varios productos que no serían apropiados para esta categoría. El MSPS considera que el término APME no se maneja en el entorno nacional y por ello ha causado la confusión en las instituciones generando los problemas de recobro. Propone el término “Nutrición Enteral”, porque este es el que se usa en el país y al emplearlo se daría fin a la confusión generada. En esta regulación se incluirán

las definiciones de todas las subcategorías de los ARES (nutrición enteral, deportistas, mujeres embarazadas, libres de gluten etc....) y el Ministerio considera que con este cambio se daría formalidad y claridad. Hicieron público que prontamente el MSPS emitiría un comunicado en el cual se aclararía cómo manejar el proceso de recobro para estos productos, pero no se comprometieron con una fecha específica.

**Dr. Jaime Arias Ramírez**, Presidente de la Asociación Colombianas de Empresas de Medicina Integral (ACEMI).

El Dr. Arias, comentó que esta sesión había sido de gran aprendizaje para él. Resaltó que de acuerdo con los expositores anteriores y al logro tanto de la disminución de costos como de la estancia hospitalaria consideraba la nutrición de gran importancia; por lo tanto que las EPS no tenían ninguna intención de limitar la terapia nutricional en los hospitales y que si sucedía de esta manera, eran hechos aislados. Se refirió a la cantidad de personas que recibieron nutrición en el 2013 y fueron 5.000 personas con un costo de 2 mil millones de pesos, cifras que son realmente muy bajas con respecto a lo que representa para las EPS el gasto hospitalario. Además aclara que aquello que no estaba incluido en el POS, lo pagaba el Fosyga, por lo tanto dejaba que la Dra. Sabogal, representante de dicha entidad, lo aclarara en su intervención. Además, que la buena noticia era que en dos años todo iba a estar incluido en el POS, otra cosa era si el sistema tendría suficiente dinero para pagar lo que esto significaba.

**Dra. Patricia Sabogal**, Directora Nacional de Auditoría del Fosyga.

La Dra. Sabogal tuvo una intervención clara donde manifestó que evidentemente los productos

nutricionales no incluidos en el POS, si son adecuadamente justificados y sus formatos diligenciados correctamente, son reconocidos ante las EPS. Infortunadamente esto puede tomar unos días (15). Además presentó los siguientes puntos que facilitarían el entendimiento del papel del Fosyga:

- La cobertura de los productos por parte del sistema de salud no depende de su categoría de registro.
- En la actualidad, estos productos nutricionales no están incluidos en el POS.
- No pueden estar incluidos en la estancia hospitalaria porque hay una exclusión explícita en las normativas de base. La estancia es un costo POS y si son incluidos en este rubro deben ser incluidos formalmente al plan obligatorio de salud.
- Pueden estar prescritos por un profesional de la salud idóneo como una nutricionista o un médico.
- Se pueden recobrar mediante el diligenciamiento de un formato recientemente actualizado.

En la sesión de preguntas, muchas de ellas fueron dirigidas a la Dra. Heredia, del MSPS. Los efectos de la falta de claridad que ha traído sobre pacientes y usuarios del sistema de salud el vacío de la normatividad son poco conocidos por la funcionaria; esto fue resaltado por un delegado de grupos de pacientes de terapias de alto costo, que refirió que los pacientes con cáncer mueren antes de hambre y no por su enfermedad, siendo esto generado por el rechazo de darles este tipo de productos. Adicionalmente, nutricionistas y médicos allí presentes manifestaron su preocupación y su desacuerdo por la falta de una normativa clara que facilite la terapia nutricional intrahospitalaria, la preocupación acerca de la demora para que esta salga y le preguntaron a la Dra. Heredia qué deberían hacer con sus pacientes a los cuales les era negada la nutrición.

Del Foro, surgen las siguientes inquietudes:

- ¿Por qué se detuvo la regulación argumentando el riesgo que se incluyan productos no indicados con la subsecuente acción de NO regular?
- ¿Por qué el Ministerio no ha buscado apoyo en la ANM o en la ACNC para estas acciones?
- ¿Son conscientes -el Ministerio y sus funcionarios- de cómo afectan a la salud de los colombianos con sus acciones o ausencias?
- ¿Son autónomas las EPS para legislar la administración de Salud de los Colombianos?
- ¿Por qué no ha habido claridad en este asunto tan crítico para la salud de los colombianos?
- ¿Por qué los procesos en el Sistema de Salud son desordenados lo que origina vacíos jurídicos y normativos, que son el verdadero motivo de la confusión dentro del sistema de salud?
- ¿Por qué se delegó en personas que no manejan la problemática específica y que no pueden ofrecer explicaciones y/o soluciones?

Finalmente el Dr. Mendoza Vega, presidente de la ANM, concluyó que es lamentable que los diferentes entes responsables de la salud se preocupen principalmente por la financiación, mientras que los pacientes sufren las consecuencias de una inadecuada atención nutricional. Manifestó su desacuerdo con respecto a lo dicho por la representante del MSPS, debido a que se había divagado sobre la respuesta y las acciones a tomar, considerando que ya se llevaban dos años estudiando el cambio de normatividad y ahora se requería un tiempo igual para continuar estudiándola.

## REFERENCIAS

1. Patiño JF. Nutrición Clínica. <http://www.nutriclinica-colombia.org/web/articulo-nutricion-clinica-jose-felix-patino.html>
2. Asociación Colombiana de Nutrición Clínica. ¿Qué es el Nutrition Day? <http://www.nutriclinicacolombia.org/web/que-es-nutrition-day.html>
3. Contreras CP. El día de la nutrición en Colombia, 2013. <http://www.nutriclinicacolombia.org/web/images/nday/NUTRITION%20DAY%202013%20PAGINA%20WEB.pdf>
4. Rugeles S. Impacto del uso de alimentos con propósitos médicos especiales en el sistema de salud colombiano. <http://vimeo.com/98480589>
5. Willard C, Luker K. Working with the team: strategies employed by hospital cancer nurse specialists to implement their role. *J Clin Nurs*. Apr 2007; 16(4):716-724.
6. Newman AB, Yanez D, Harris T, et al. Weight change in old age and its association with mortality. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:1309–18).
7. Somes GW, Kritchevsky SB, Shorr RI, et al. Body mass index, weight change, and death in older adults: the systolic hypertension in the elderly program. *Am J Epidemiol* 2002; 156:132–8)
8. Tappenden K, Quatrara B, Parkhurst ML, et al. Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care: An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Hospital Malnutrition *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2013 37: 482 originally published online 4 June 2013
9. Muñoz y Zape Alimentación Hospitalaria 1. Fundamentos. Madrid España. Ediciones Díaz de Santos 2004).
10. Herrera M. Nuevas Tecnologías en restauración hospitalaria: Su aplicación en el cocinado, conservación, distribución y servicio. V Congreso Internacional: Alimentación, nutrición y dietética. Calidad y Seguridad Alimentaria. Madrid 2001).
11. Villamil R, Barriga G. Caracterización de las dietas terapéuticas ofrecidas en hospitales y clínicas universitarios de Bogotá. 2010)
12. Kling G, J: Suplementación nutricional oral. Estado del arte. *RMNC Vol 1 N. 2 Diciembre 2010,*
13. Terminology, Definitions and General Topics. *Clinical Nutrition* 2006; 25: 180-6.)
14. The FOOD Trial Collaboration. Effect of timing and method of enteral feeding for dysphagic stroke patients (FOOD): a multicenter randomized controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 755-63, Milne AC, Avenell A, Potter J. Meta-analysis: protein and energy supplementation in older people. *Ann Intern Med* 2006; 144: 37-48
15. Sabogal P. El “Fosyga” sí paga. <http://vimeo.com/98480588>

**Recibido:** Octubre 10, 2014  
**Aceptado:** Diciembre 12, 2014

**Correspondencia:**  
[publicaciones@anmdacolombia.org.co](mailto:publicaciones@anmdacolombia.org.co)